



## **beHandeln statt verwalten**

### **„Gesundheitliche Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge“**

**Fachgespräch am 18.01.2012 im Humboldt-Carré in Berlin**

In Kooperation von:



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren  
für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAFF)



Diakonisches Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V.

## **Inhalt**

- 3 Vorwort**  
Silvia Schriefers
- 5 Begrüßung**  
Petra Zwickert
- 8 Trauma und Bedingungen einer nachhaltigen Behandlung**  
Dr. Thomas Bär
- 12 Rechtliche Grundlagen der Versorgung besonders  
schutzbedürftiger Flüchtlinge in Deutschland**  
Sebastian Ludwig
- 16 Struktur und Defizite der Versorgung von besonders  
schutzbedürftigen Flüchtlingen**  
Silvia Schriefers
- 22 Finanzierungsprobleme der Psychosozialen Zentren für  
Flüchtlinge und Folteropfer in der Bundesrepublik Deutschland**  
Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker

## Vorwort

Angesichts der anstehenden Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes veranstaltete die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) gemeinsam mit dem Diakonischen Werk der Evangelischen Kirche in Deutschland e.V. am 18.01.2012 in Berlin ein Fachgespräch zur „Gesundheitlichen Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge“.

Im Rahmen dieser Veranstaltung haben wir Experten eingeladen, die die Thematik aus rechtlicher, wissenschaftlicher und berufspraktischer Perspektive beleuchtet haben. Ebenso wurden Modelle vorgestellt und diskutiert, anhand derer sich die Situation der defizitären gesundheitlichen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen in Deutschland aus Sicht der Fachöffentlichkeit verbessern ließe. Die Veranstaltung ist eingebunden in die Kampagne "beHandeln statt Verwalten", welche die Sicherstellung der medizinischen und therapeutischen Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge zum Ziel hat.<sup>1</sup>

Eine breite Datenlage einer deutschen ebenso verschiedener internationaler Studien belegt, dass 40% der in die EU einreisenden Flüchtlinge durch Krieg, Bürgerkrieg, Verfolgung, Folter und/oder Flucht traumatisiert sind und entsprechend spezieller Hilfe und Behandlung bedürfen.<sup>2</sup> Die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung für diese besonders schutzbedürftige Personengruppe ist nicht nur ein Gebot der Humanität sondern eine zwingende Verpflichtung des EU-Rechts.<sup>3</sup>

Die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland weist jedoch noch immer gravierende Defizite auf, denen die öffentliche Gesundheitsversorgung hilflos gegenübersteht, so dass das Problem ständig zwischen den verschiedenen Kosten- und Leistungsträgern hin- und hergeschoben wird. Neben den fehlenden fachlichen und finanziellen Voraussetzungen stellen administrative Vorgaben sowie die Problematik fehlender Verständigungsmöglichkeiten große Hindernisse für eine angemessene Versorgung der Betroffenen dar.

Wir sind in Deutschland in der glücklichen Lage, dass wir auf die Erfahrung von über 20 Psychosozialen Zentren - die in der BAF zusammengeschlossen sind -, aufbauen können, die das komplexe Leistungsspektrum kultursensibler, dolmetschergestützter sozialer Beratung, Begleitung und Therapie vorhalten.

Dass es diesen gesundheitlichen Versorgungsbedarf gibt, ist unumstritten, denn er wird von staatlicher, kommunaler und der Regelversorgung sowie von Flüchtlingsbetreuungsorganisationen in Anspruch genommen. Leider ist jedoch die Finanzierung der Arbeit der Psychosozialen Zentren nicht gesichert und eine europäische Projektförderung in naher Zukunft nicht mehr möglich. Dabei übersteigen die von traumatisierten Flüchtlingen gestellten Anträge auf Beratung und Behandlung die Kapazitäten der Einrichtungen um ein Vielfaches, in vielen Regionen haben Flüchtlinge überhaupt keinen Zugang zu diesen Leistungen. Durch Chronifizierung der Krankheiten aufgrund von

---

1 Die Kampagne wurde 2009 von der BAfF zusammen mit IPPNW initiiert und hat mittlerweile zahlreiche Bündnispartner gefunden. Dazu zählen u.a. die Wohlfahrtsverbände, Bundesärztl. und Therapeutenkammer, medico international, Ärzte der Welt, etc. ([www.behandeln-statt-verwalten.de](http://www.behandeln-statt-verwalten.de)).

2 50% der Opfer von Vergewaltigungen weisen Traumafolgestörungen auf, bei Folteropfern sind es fast 90%. Wirtgen, W. (2009): „Traumatisierte Flüchtlinge. Psychische Probleme bleiben meist unerkannt“, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.106, Heft 49, S. 2463.

3 EU-Aufnahmerichtlinie 2003/9/EG

Nichtbehandlung entstehen für die Betroffenen unnötiges Leid und für die öffentlichen Haushalte hohe Folgekosten.

Von der strukturellen Verankerung eines bedarfsorientierten Versorgungssystems im Sinne der Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinien sind wir aktuell noch weit entfernt. Das Thema ist in der politischen Debatte kaum existent, im politischen Alltag fühlt sich kaum jemand verantwortlich für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge. Die Veranstaltung greift diese Problematik auf und versucht Lösungswege und Möglichkeiten zu erörtern, wie das (Menschen) Recht der Flüchtlinge auf gesundheitliche Versorgung in Deutschland sichergestellt werden kann.

Für die BAfF

Silvia Schriefers

# Begrüßung

## **Petra Zwickert**

Leitung des Zentrums Migration und Soziales im Diakonischen Werk der EKD

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir freuen uns sehr, dass Sie heute hierher gekommen sind, um ein sehr bedeutsames, aber in der politischen Kommunikation schwieriges Thema zu besprechen.

Es geht vor allem um Menschen, die mitten unter uns in Deutschland leben und teilweise mehrere Jahre reduzierte Sozialleistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) bekommen. Soziale Teilhabe ist damit nicht möglich. Dies betrifft Asylsuchende, geduldete Personen, aber auch Personen, die ein dauerhaftes humanitäres Aufenthaltsrecht erhalten haben.

Vor fast zwei Jahren hat das Bundesverfassungsgericht am 9. Februar 2010 in Bezug auf die Regelleistungen des SGB II ein Urteil gefällt, in dessen Lichte allen, auch der Bundesregierung - wie sie selbst eingeräumt hat - klar ist, dass das Asylbewerberleistungsgesetz in dieser Form nicht verfassungsgemäß ist. In der Folge sind Klagen in Bezug auf dieses Gesetz anhängig. Ein Urteil des Bundesverfassungsgerichtes dazu wird im Frühjahr dieses Jahres erwartet. Damit wird der Verfassungswidrigkeit dieses Gesetzes seit fast zwei Jahren nicht abgeholfen. Bis Ende 2011 sollten Eckpunkte einer Bund-Länder-Arbeitsgruppe zur Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes vorliegen, die wir gerne in unsere heutige Diskussion mit einbezogen hätten. Leider gibt es sie noch nicht.

In dieser Auseinandersetzung geht es vor allem um die Regelleistungen. Wir sprechen heute aber über ein spezielles Thema: Über die gesundheitliche Versorgung für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge, die krank und traumatisiert sind. Wenn es schon seit zwei Jahre nicht möglich ist, die Regelleistungen verfassungsgemäß zu gestalten, wie sieht es dann mit diesen besonderen Leistungen aus?

Gerade, weil es um besonders schutzbedürftige Flüchtlinge geht, deren Bedarf im politischen Raum nicht zur Geltung kommen, freuen wir uns umso mehr, dass Sie heute hier sind!

Es geht im politischen Raum in Bezug auf Zuwanderung – und dies ist gegenüber früheren Debatten ein großer Fortschritt - vor allem um Integration. Ende dieses Monats wird der 5. Integrationsgipfel der Bundesregierung stattfinden. Die Personengruppe und ihr Bedarf, um die es uns heute geht, werden dort im Wesentlichen jedoch nicht erwähnt. Dabei ist die gesundheitliche Versorgung ein ganz zentraler Baustein für die Integration. Menschen, die krank und traumatisiert sind und die nicht genesen können, weil es keine ausreichenden Hilfen für sie gibt, können sich nicht integrieren. Dennoch bleiben sie – und auch dies ist ein großer Fortschritt – oftmals dauerhaft in Deutschland, weil Traumatisierung sich als ein Abschiebehindernis zu Recht mehr und mehr durchsetzt, wenn keine Behandlung im Herkunftsland möglich ist. Wenn ich diesen Fortschritt jedoch benenne, darf nicht unerwähnt

bleiben, dass nach wie vor viel zu viele kranke und traumatisierte Menschen abgeschoben werden. Insbesondere fallen sie aus den bisherigen Bleiberechtsregelungen für langjährig Geduldete heraus, weil sie aufgrund ihrer Krankheit keine Chance haben, das Kriterium der geforderten eigenständigen Lebensunterhaltssicherung zu erfüllen. Vielleicht gibt es mit der Bundesratsinitiative für eine neue gesetzliche Bleiberechtsregelung aus Schleswig-Holstein hier jedoch einen Hoffnungsschimmer. Ein sicherer Aufenthaltsstatus ist insbesondere für die psychische Stabilisierung traumatisierter Flüchtlinge zentral.

Wir möchten unser heutiges Fachgespräch zur gesundheitlichen Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge möglichst informell gestalten, es ist daher ein nicht öffentliches Fachgespräch. Wir möchten Gelegenheit geben, sich mit dem Thema und damit mit dem Bedarf und den möglichen Hilfen vertraut zu machen. Es sind daher einige Personen anwesend, die sich nicht schon seit Jahr und Tag mit dem Thema beschäftigen. Von daher scheuen Sie sich bitte nicht, Fragen zu stellen.

Unsere Referentinnen und Referenten werden in wesentliche Punkte einführen, danach wird es jeweils Gelegenheit zum Austausch geben.

Zunächst wird Dr. Thomas Bär von der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) die notwendigen Rahmenbedingungen für eine nachhaltige psychische Stabilisierung von traumatisierten Menschen allgemein erläutern. Trauma ist die Zerstörung oder schwere Beeinträchtigung des Vertrauens in „Gott und die Welt“ und in sich selbst. Hier ist vor allem eine Lebenssituation unterstützend, die verloren gegangenes Vertrauen wieder entstehen lassen kann. Es wird deutlich werden, dass die derzeitigen Lebensbedingungen für Flüchtlinge dem diametral entgegen stehen. Teilweise kommen traumatisierte Menschen sogar in Abschiebungshaft, zumindest müssen sie oft in Gemeinschaftsunterkünften ohne Privatsphäre leben. Sie haben keinen sicheren Aufenthaltsstatus, der ihnen erlaubt zur Ruhe zu kommen. Das sogenannte Sachleistungsprinzip, also Esspakete vom Amt, gebrauchte Kleidung aus der Kammer, etc. setzen die Demütigung fort und lassen Selbstversorgung und damit Selbstwirksamkeit als eine Voraussetzung des „Sichselbstwahrnehmens“ keine Chance.

Folgend wird Sebastian Ludwig vom Diakonischen Werk der EKD aus dem Arbeitsfeld Flüchtlings- und Asylpolitik die rechtlichen Rahmenbedingungen darstellen, insbesondere inwiefern die Richtlinie 2003/9/EG, die Mindeststandards zur Aufnahme von Schutzsuchenden definiert, weitergehende Mindeststandards vorschreibt, als es die deutsche Rechtslage vorsieht. Demnach soll es beispielsweise ein System der Identifizierung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge geben, sodass es nicht dem Zufall überlassen bleibt, ob ihre besondere Schutzbedürftigkeit erkannt und behandelt wird. Zudem sollen Leistungen entsprechend dem besonderen Bedarf gewährt werden, während es im Asylbewerberleistungsgesetz darauf ankommt, ob eine „akute“ Krankheit oder Schmerzen vorliegen (§4) und ob die Leistung für die Gesundheit „unerlässlich“ (§6) ist, mit der entsprechenden oftmals restriktiven Anwendung. Psychische Erkrankungen sind demnach zumeist nicht akut.

Silvia Schriefers von der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer wird die Versorgung von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen darstellen. In Deutschland gibt es 24 Psychosoziale Zentren, die sich in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft zusammen geschlossen haben, davon fast die Hälfte in diakonischer Trägerschaft. Aufgrund der fehlenden Kostenübernahmen durch die Leistungsträger können die Angebote fast ausschließlich im Rahmen drittmittelfinanzierter Projekte erbracht werden, die den Bedarf nicht decken. Hinzu kommt, dass im Falle der Kostenübernahme durch

Sozialleistungsträger sowohl nach dem Asylbewerberleistungsgesetz als auch nach dem SGB V für den therapeutischen Erfolg notwendige Zusatzleistungen wie Sprachmittlung und sozialarbeiterische Unterstützung nicht berücksichtigt werden. Hinzu kommt, dass Flüchtlinge die Psychosozialen Zentren aufgrund der sog. Residenzpflicht und fehlender Mittel für Fahrkarten oft gar nicht erreichen können.

Prof. Dr. med. Heinz-Jochen Zenker, stellv. Vorsitzender der BAfF e.V., wird Möglichkeiten beschreiben, die einen Ausweg aus dieser schwierigen Situation darstellen können. Dabei werden einerseits Modellprojekte zur Identifizierung von Flüchtlingen wie dem Berliner Modellprojekt dargestellt, aber auch Modelle, wie die Versorgung analog durch andere Strukturen bereitgestellt werden könnte. Hier bieten sich z.B. sog. Psychiatrische Institutsambulanzen aufgrund ihrer integrierten Versorgung als Vorbild an. Auch die Versorgung in anderen europäischen Ländern soll angesprochen werden.

Wir möchten Ihnen mit diesen Impulsen darstellen, welche Anforderungen an die gesundheitliche Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge wir aus fachlicher Sicht sehen und sie in den Kontext der realen Lebensbedingungen von Flüchtlingen, der rechtlichen Grundlagen und tatsächlichen Strukturen stellen. Darüber hinaus möchten wir einen Weg weisen, wie die gesundheitliche Versorgung vor diesem Hintergrund verbessert werden kann.

Nach diesen Impulsen möchten wir in der Abschlussdiskussion mit Ihnen die Frage diskutieren „Wie kann die gesundheitliche Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge sichergestellt werden?“.

Wir freuen uns auf einen informativen und konstruktiven Austausch!

# Trauma und Bedingungen einer nachhaltigen Behandlung

Vortrag von Dr. Thomas Bär

Bundespsychotherapeutenkammer, wissenschaftlicher Referent

Sehr geehrte Frau Zwickert,

sehr geehrte Damen und Herren,

liebe Kolleginnen und Kollegen,

ich möchte zunächst allgemein über Traumafolgen und deren psychotherapeutische Bearbeitung sprechen, um dann spezifischer auf die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen einzugehen und die Schwierigkeiten der psychosozialen Versorgung traumatisierter Flüchtlinge in Deutschland aufzuzeigen.

Eine traumatische Situation ist immer eine Situation, in der die Grenzen dessen, was ein Mensch verarbeiten kann, überschritten werden. Dies bedeutet, dass die betroffenen Menschen solche Situationen nicht wie alltägliche Situationen in ihr Erleben integrieren können. Ich möchte dies an einem Beispiel veranschaulichen: Wenn Sie sich an eine neutrale oder angenehme Situation, wie z. B. den Besuch eines Konzertes erinnern, dann sind Sie in der Lage, die wesentlichen Details dieses Ereignisses zu benennen, diese Details in eine zeitliche und logische Abfolge zu bringen, für sich emotional zu bewerten und in einen Gesamtzusammenhang einzuordnen, z. B. in den Verlauf der Woche, hinsichtlich der Erholung vom Alltag oder hinsichtlich der persönlichen Relevanz (also jemand zu sein, der gerne bestimmte Konzerte besucht). Bei traumatischen Ereignissen ist dies oft nicht möglich. Man spricht in der Fachliteratur davon, dass die Erinnerung im Gedächtnis der Betroffenen „fragmentiert“ und Fragmente dieser Erinnerungen als so genannte „Intrusionen“ im Schlaf oder im Alltag ungewollt auftreten. Diese oft bruchstückhaft auftretenden Erinnerungen sind stark emotional besetzt. Die betroffenen Menschen fühlen sich hilflos. Mit den Intrusionen treten starke Ängste oder auch Ärger und Gereiztheit auf. Hierbei kann es auch dazu kommen, dass so genannte „dissoziative Zustände“ auftreten, das heißt, die Personen verlassen kurzzeitig in ihrem Erleben die Realität. Das Auftreten der Intrusionen ist in Situationen, die irgendeine Ähnlichkeit mit der traumatischen Situation aufweisen häufiger. Sehr häufig entwickeln die betroffenen Menschen Ängste vor dem Auftreten der Intrusionen und beginnen, Orte zu vermeiden, an denen sie dieses Auftreten befürchten. Dies kann auf sehr unterschiedliche, oft subtile Weise geschehen. Typischerweise weitet sich ein solches Vermeidungsverhalten systematisch aus und kann dazu führen, dass sich die betroffenen Personen kaum noch trauen, ihr Haus zu verlassen. Man spricht von einer Posttraumatischen Belastungsstörung, wenn die Intrusionen und ein entsprechendes Vermeidungsverhalten über einen Zeitraum von mindestens einem Monat in einem bestimmten Schweregrad vorliegen. Die Diagnostik solcher posttraumatischen Erkrankungen ist durchaus komplex. Gerade bei sexuellen Traumatisierungen, die mit starken Scham- und Schuldgefühlen verbunden sind, ist es den Betroffenen meist nicht möglich, sofort über diese Beschwerden zu berichten. Ich denke, dass ich nicht betonen muss, dass es sich um eine Erkrankung handelt, die das Leben der betroffenen Menschen sehr stark einschränkt und beeinträchtigt. Posttraumatische Erkrankungen sind aber nur eine mögliche Form der Erkrankung, die sich im Zusammenhang mit einer Traumatisierung entwickeln kann, typischerweise treten in diesem



Kontext auch andere Angsterkrankungen, Depressionen, Medikamenten-, Alkoholmissbrauch oder Suizidalität auf – häufig auch in Kombination.

Für Posttraumatische Belastungsstörungen ist Psychotherapie die Behandlung der ersten Wahl, deren Wirksamkeit in nationalen und internationalen Leitlinien bestätigt wurde. In der psychotherapeutischen Behandlung von Traumatisierungen sind konfrontative Elemente wichtig. Das bedeutet, die Leute werden mit den Erinnerungen oder den vermiedenen Situationen so konfrontiert, dass sie diese wieder in ihr Erleben und in ihren Alltag integrieren können. Dies kann oft das Ergebnis eines langwierigen Prozesses sein. Für alle Psychotherapieschulen ist das Teilen der traumatischen Erfahrung im Sinne einer „Zeugenschaft“ oder „Würdigung“ des Überstehens der Erlebnisse von zentraler Bedeutung. Jeder Psychotherapeut, der eine solche Behandlung schon mal gemacht hat, weiß, dass dies sehr belastend sein kann, für den Patienten, aber auch für den Therapeuten. Nicht jedem Patienten kann eine solche konfrontative Behandlung zugemutet werden, gewisse Grundvoraussetzungen müssen erfüllt sein. In der S3-Leitlinie zur Behandlung Posttraumatischer Belastungsstörungen werden beispielsweise anhaltende Selbstmordgedanken oder anhaltender Täterkontakt als absolute Kontraindikationen und geringe Affekttoleranz oder selbstschädigendes Verhalten als relative Kontraindikationen einer psychotherapeutischen Behandlung aufgeführt. Kurz gefasst, kann man sagen, dass die Bearbeitung der Ursachen einer Posttraumatischen Erkrankung erst dann möglich ist, wenn die Menschen nicht (mehr) so instabil oder depressiv sind, dass sie dies überfordert.

Von ganz besonderer Bedeutung ist es auch, dass elementare Lebensbedingungen hinreichend konstant sind. In der S3-Leitlinie zur Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung und der entsprechenden NICE-Guideline wird an erster Stelle die Herstellung einer sicheren Umgebung („Schutz vor weiterer Traumaewirkung“) betont. Der Hintergrund davon ist, dass weitere Hilflosigkeitserfahrungen vermieden werden sollen, die auch zu Re-Traumatisierungen führen können. Auf diese Weise wird auch die Stabilität, sich der Konfrontation mit dem Traumata stellen zu können, gefährdet. Wenn diese Voraussetzungen nicht gegeben sind, bedeutet dies jedoch nicht, dass eine psychotherapeutische Behandlung nicht möglich ist. Neben der kausalen psychotherapeutischen Bearbeitung der Ursachen der Erkrankung ist auch so genannte „kompensatorische“ oder „korsettierende“ psychotherapeutische Arbeit möglich, welche die Unterstützung der Betroffenen im Umgang mit den Symptomen oder die Unterstützung bei der Bewältigung des Alltags in den Vordergrund stellt. Anders gesagt, müssen die Ziele und Maßnahmen einer Psychotherapie unter ungünstigen Bedingungen angepasst werden - wobei dies natürlich nicht erstrebenswert ist, da von einer kausalen Psychotherapie erheblich bessere Wirkungen zu erwarten sind.

Psychopharmaka werden gemäß der Empfehlung der S3-Leitlinie zur Behandlung posttraumatischer Erkrankungen nicht als alleinige Behandlungsform empfohlen. Dort wird ausgeführt: „Adjuvante Psychopharmakotherapie kann zur Unterstützung der Symptomkontrolle indiziert sein, ersetzt aber keine traumaspezifische Psychotherapie“. Die internationale NICE-Guideline empfiehlt Psychopharmaka bei Posttraumatischen Belastungsstörungen nur dann, wenn Patienten keine Psychotherapie wünschen, wenn die Traumatisierung anhält (z. B. bei häuslicher Gewalt) oder wenn durch die Psychotherapie kein hinreichender Erfolg erreicht werden konnte. In den internationalen Behandlungsleitlinien wird aber explizit auf die hohe Bedeutung der psychosozialen Betreuung der betroffenen Menschen hingewiesen, die am besten Hand in Hand mit der Psychotherapie gehen soll.

Was ich gerade beschrieben habe, betrifft leider sehr viele Menschen. Weltweit befinden sich etwa 44 Millionen Menschen auf der Flucht oder in flüchtlingsähnlichen Situationen, mehr als die Hälfte von ihnen Kinder und Jugendliche. Nur einem Bruchteil dieser Flüchtlinge gelingt es, nach Europa und in die Bundesrepublik Deutschland zu gelangen und diesen Torturen zu entgehen. 2010 haben sich in Deutschland 41.300 Menschen neu um Asyl beworben. Viele dieser Flüchtlinge haben Folter, Gefängnisaufenthalte, Verfolgung, Unterdrückung oder andere traumatisierende Dinge erlebt. Ein Großteil dieser Menschen leidet als Folge davon an psychischen Erkrankungen. In einer Untersuchung von Gaebel (2005) wurde bei etwa 40 Prozent der deutschen Asylbewerber eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert, andere Studien kommen auf Punktprävalenzen bis 70 Prozent psychischer Erkrankungen bei Asylbewerbern. In Anbetracht dessen, was ich gerade berichtet habe, ist dies auch nicht weiter überraschend. Gerade Traumata wie Folter, Vergewaltigung oder Kriegserfahrungen führen im Vergleich zu anderen traumatisierenden Ereignissen (z. B. Naturkatastrophen oder Unfälle) mit einer deutlich höheren Wahrscheinlichkeit zur Ausbildung psychischer Erkrankungen. Bei der Diagnostik psychischer Erkrankungen bei Flüchtlingen kommen zu der hohen Komplexität des Gegenstandsbereichs noch kulturelle und religiöse Besonderheiten, die zu berücksichtigen sind. Es sind in hohem Maße interkulturelle Kompetenzen erforderlich, um diesen Menschen adäquate Hilfe zukommen zu lassen – und in der Regel entsprechend qualifizierte Dolmetscher. Die BPTK und die Landespsychotherapeutenkammern sind sehr gerne bereit, entsprechende Fortbildungen für Psychotherapeuten oder Vernetzungen zu unterstützen.

Nicht zu unterschätzen ist der „Kulturschock“, den viele Menschen mit Migrationserfahrung kennen, der traumatisierte Flüchtlinge aber nun ganz besonders betrifft. Die Konfrontation mit der ungewohnten Kultur der aufnehmenden Gesellschaft wird neben den Konsequenzen der Traumatisierung zu einer weiteren Belastung. Bei vielen dieser Menschen sind die psychischen Konsequenzen des erlebten Leids so gravierend, dass die Integration in die neue Gesellschaft nahezu unmöglich wird. Traumatisierte Flüchtlinge werden zudem allerdings noch mit ganz anderen Problemen konfrontiert, die sich durch die politischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen ergeben, ich nenne nur die Stichworte Residenzpflicht und Arbeitsverbot, Frau Schriefers wird darüber im Anschluss ausführlich berichten. Es werden oft Bedingungen vorgefunden, die zu Re-Traumatisierungen oder zum Fortbestehen der traumatischen Situation im Erleben der Betroffenen führen. Besonders problematisch ist dabei die Unsicherheit über den Aufenthaltsstatus, d. h. die Betroffenen wissen nicht, wo sie ihre Zukunft verbringen oder ob sie sogar in naher Zukunft wieder an die Orte der Traumatisierung zurückgeschickt werden könnten. Das zentrale Gefühl, einem Ereignis hilflos ausgeliefert zu sein, wiederholt sich an dieser Stelle. Dies bedeutet in Bezug auf die Behandlung der betroffenen Menschen, dass man – sofern die Politik nicht entscheidet, die Zustände grundlegend zu ändern – Psychotherapie in der Regel nur mit eingeschränkten, also stützenden oder kompensierenden Interventionen durchführen kann.

Ein großer Teil der Asylsuchenden gehört aufgrund der hohen Prävalenz psychischer Erkrankungen gemäß der europäischen Richtlinie 2003/EG zur Gruppe der besonders Schutzbedürftigen und hat einen Rechtsanspruch auf die erforderlichen Hilfen. Zur Gewährleistung dieser Hilfen sind zwei zentrale Punkte entscheidend: erstens die Verbesserung der Lebensbedingungen und zweitens die Sicherstellung einer adäquaten Gesundheitsversorgung. Der Zugang zur Psychotherapie im GKV-System kann zwar mit langen Wartezeiten verbunden sein kann, aber es gibt alleine im ambulanten Sektor immerhin 21.000 Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder psychotherapeutisch tätige Ärzte, die über umfangreiche Qualifikationen verfügen und einen substanziellen Beitrag zur Behandlung traumatisierter Flüchtlinge leisten können. Allerdings

sind die Leistungen von Menschen, die in Deutschland Asyl suchen (und deren Verfahren noch läuft), durch das Asylbewerberleistungsgesetz erheblich eingeschränkt – auch gegenüber Sozialhilfeansprüchen. Herr Ludwig wird im Anschluss gleich ausführlich davon berichten. So besteht gemäß § 4 (1) des Asylbewerberleistungsgesetzes zunächst nur ein Anspruch auf die erforderliche Behandlung „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“. Aktuell ist nicht ausreichend gewährleistet, dass der Leistungsanspruch auch die Behandlung chronischer Erkrankungen umfasst, oder ob diese nur als „sonstige Leistungen“ im Einzelfall gewährt werden können. Der in der Verwaltungspraxis und in Gerichtsentscheidungen anzutreffende Verweis auf eine vermeintlich günstigere medikamentöse Behandlung und die damit verbundene Ablehnung einer Psychotherapie sind fachlich nicht begründet – wie ich bereits erläutert habe. Die BPtK hat in einem Standpunkt Papier gefordert, dass über konkrete Verwaltungsvorschriften Auslegungs- und Ermessungsentscheidungen der Verwaltungsbehörden verbessert werden könnten. Noch besser wäre eine Angleichung der Leistungsansprüche der Asylbewerber im Krankheitsfall an die der Sozialhilfeempfänger. Solange an dieser Stelle keine Gleichstellung erfolgt, muss leider weiterhin ein großer Teil der psychotherapeutischen Versorgung durch die psychosozialen Zentren der BAfF abgedeckt werden. Deren herausragende Leistungen hat die deutsche Psychotherapeutenchaft im letzten Jahr auch mit der Verleihung des Diotima-Ehrenpreises gewürdigt.

Für die psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen muss die Basis der Verständigung stimmen. Psychotherapie ist im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen besonders darauf angewiesen, persönliche Empfindungen und Erfahrungen mit dem Psychotherapeuten besprechen zu können. Leider ist im GKV-System die Finanzierung von Dolmetscherleistungen derzeit nicht vorgesehen. Die BPtK hat sich diesbezüglich für eine Änderung eingesetzt. GKV-Versicherten sollte für die Behandlung psychischer Erkrankungen der Anspruch auf die Übernahme der Kosten für einen Dolmetscher eingeräumt werden, sofern kein Therapieplatz in der Muttersprache oder einer anderen ausreichend beherrschten Sprache zur Verfügung steht. Darüber hinaus besteht ein Bedarf an speziell qualifizierten Dolmetschern, deren Ausbildung und Vernetzung gefördert werden sollte.

Wir als aufnehmende Gesellschaft stehen in der Verantwortung, für neue Mitglieder unserer Gesellschaft ein lebenswertes Umfeld zu schaffen. Dies umfasst auch die adäquate Behandlung von Erkrankungen. Psychotherapie hat für einen großen Teil der Flüchtlinge eine hohe Bedeutung. Sie dient nicht nur der Linderung subjektiven Leids, sie ermöglicht es in vielen Fällen auch, die Bereitschaft für Anpassungsleistungen an die neue Kultur herzustellen. Wenn nach Wegen und Lösungen, dies zu ermöglichen, gesucht wird, würden wir uns sehr freuen, daran mitzuwirken.

# **Rechtliche Grundlagen der gesundheitlichen Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge in Deutschland**

**Sebastian Ludwig**

Diakonisches Werk der EKD, Zentrum Migration und Soziales

Im Folgenden werde ich auf die rechtlichen Grundlagen für die gesundheitliche Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge mit dem besonderen Fokus auf Psychotherapien eingehen. Dabei sind verschiedene Rechtsnormen zu beachten.

## **Aufenthaltsstatus und Sozialleistungen**

Im nationalen Recht sind insbesondere die §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) und § 264 SGB V zu beachten. Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG sind insbesondere Asylsuchende (mit Aufenthaltsgestattung nach § 55 Asylverfahrensgesetz) und Geduldete (mit Duldung nach § 60a Aufenthaltsgesetz), teilweise auch Personen mit humanitären Aufenthaltstiteln, so z.B. Opfer von Menschenhandel (mit Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Abs. 4 S.1, 4a oder 5 Aufenthaltsgesetz). Im Falle von Asylsuchenden sind die Regeln des AsylbLG vor dem Hintergrund der Richtlinie 2003/9/EG der Europäischen Union (sog. Aufnahmerichtlinie) auszulegen. Alle anderen sind krankenversichert oder bekommen Krankenhilfe nach § 48 SGB VII.

Für Kontingentflüchtlinge (mit Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Aufenthaltsgesetz) entsprechend der Richtlinie 2001/55/EG der Europäischen Union (sog. Massenzustromsrichtlinie) sind deren Regelungen einschlägig. Darauf nimmt § 6 Abs. 2 AsylbLG Bezug, der jedoch bisher keine Anwendung fand. Für Geduldete gibt es keine europäischen Vorgaben, jedoch ist mit Art 1 i.V.m. Art 20 des Grundgesetzes das soziokulturelle Existenzminimum geschützt. Für anerkannte Flüchtlinge und subsidiär Geschützte (mit Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 1, 2 oder 3 Aufenthaltsgesetz) ist das SGB V (insbesondere § 264) einschlägig, dessen Bestimmungen vor dem Hintergrund der Richtlinie 2004/83/EG der Europäischen Union (sog. Qualifikationsrichtlinie) auszulegen sind.

## **Das Asylbewerberleistungsgesetz**

Die Leistungen nach dem AsylbLG sind im Verhältnis zu den Leistungen nach dem Sozialgesetzbuch deutlich reduziert, der Regelsatz teilweise um die Hälfte. Erst nach vier Jahren reduziertem Leistungsbezug nach AsylbLG erhalten die Betroffenen, wenn sie weiterhin Sozialleistungen in Anspruch nehmen müssen, gemäß § 2 AsylbLG analoge Leistungen nach dem SGB II oder SGB XII.

Psychotherapien werden nach dem AsylbLG sehr restriktiv bewilligt. Es können jedoch auch Fahrtkosten zu einer ambulanten Psychotherapie und die Kosten für einen erforderlichen Dolmetscher übernommen werden. Im Falle der Übernahme von Kosten für eine Psychotherapie nach § 264 SGB V können die Dolmetscher- und Fahrtkosten dagegen nur in wenigen Ausnahmefällen von der Krankenkasse übernommen werden. Sie müssen separat beim Sozialamt beantragt werden. Fahrtkosten können dann als Regelsatzzuschlag nach § 28 Abs 1 S. 2 SGB XII und Dolmetscherkosten nach § 73 SGB XII übernommen werden. Dies setzt jedoch viel Vorarbeit voraus, bei oftmals ungewissem Ausgang, ob die Anträge auch bewilligt werden. Hinzu kommt ein umfängliches Gutachten, bei dem hohe Standards einzuhalten sind, um die Notwendigkeit einer Therapie zu begründen. Oftmals wird es trotzdem von einem Amtsärztlichen Dienst ohne ausreichende Sachkenntnis in Diagnostik und Behandlung von Traumata verworfen und vom Leistungsträger aufgrund dieses Votums abgelehnt.

Im Rahmen des AsylbLG werden Therapien nur vom öffentlichen Leistungsträger übernommen, wenn die Krankheit gemäß §4 schmerzhaft oder akut oder die Therapie gemäß § 6 für die Gesundheit unerlässlich ist. Die Abgrenzung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen ist jedoch medizinisch schwierig. Leitlinie müsste hier daher sein, dass ein „akuter Behandlungsbedarf“ besteht.<sup>4</sup>

### **Die Vorgaben der Aufnahmerichtlinie, insbesondere das Identifizierungsverfahren**

Art.15 Abs 2 in Verbindung mit Art 17ff. der Aufnahmerichtlinie hingegen garantiert für Asylbewerber mit besonderen Bedürfnissen - wie z.B. Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben die "erforderlichen medizinischen und sonstigen Hilfen".

Bevor besonders schutzbedürftige Flüchtlinge angemessen versorgt werden können, sind sie und ihr Bedarf zu identifizieren. Dazu gibt es jedoch bisher in der Bundesrepublik kein gemäß Art 17 Abs. 2 Aufnahmerichtlinie geregeltes Verfahren. Auch ist nicht geregelt, welche Leistungen besonders schutzbedürftigen Personen entsprechend der Aufnahmerichtlinie gewährt werden sollen. So ist die Bewilligungspraxis nicht nur zwischen den Bundesländern, sondern auch in den einzelnen Kommunen sehr unterschiedlich. Die Erkennung der besonderen Schutzbedürftigkeit hängt so oftmals von dem Zufall ab, ob die betreffende Person Hilfe sucht und findet. Angesichts der Überlastung der niedrigschwelligen fachlichen Stellen ist die Gefahr, keine Hilfe zu erhalten, relativ hoch.

Die Aufnahmerichtlinie beschreibt jedoch Mindeststandards, die nicht unterschritten werden dürfen. Das Identifizierungsverfahren soll qualifizierende und leistungskoordinerende Wirkung haben und antragsunabhängig durchgeführt werden. Erst die Anerkennung der besonderen Schutzbedürftigkeit durch ein solches Verfahren eröffnet den konkreten Leistungsbereich nach Art 18 ff der Richtlinie.

Auch die Europäische Kommission hat in ihrem Grünbuch von 2007 kritisiert, dass die Bestimmungen der Aufnahmerichtlinie aufgrund des Fehlens eines geregelten Identifikationsverfahrens ins Leere liefen. Die Kommission hat daher in ihrem neuen Vorschlag zur Änderung der Aufnahmerichtlinie von 2011 eine Bestimmung eingefügt, die das Einrichten eines Identifizierungsverfahrens konkreter beschreibt. Bisher gibt es nur vereinzelte Modellprojekte, zum Beispiel das „Berliner Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge“ (BNS), die ein systematisches Verfahren zu installieren versuchen. Hier bescheinigen NGOs eine besondere Schutzbedürftigkeit. Jedoch sind Diese entfaltet jedoch keine Bindungswirkung für die Leistungsträger nicht daran gebunden, um die entsprechenden Leistungen zu gewähren. Ebenso sind diese Bescheinigungen nicht rechtsmittelfähig und genügen damit nicht den Anforderungen der Aufnahmerichtlinie, wenngleich positiv herauszustellen ist, dass NGOs versuchen, die Lücke zu füllen und damit das Bewusstsein für das Fehlen eines Verfahrens zu schärfen. Letztlich muss jedoch eine Anerkennung und eine Qualifizierung der Leistung staatlicherseits erfolgen, die entsprechenden Sachverstand zu Rate zieht.

Wenn eine Richtlinie nicht europarechtskonform umgesetzt wurde, müssen bestehende Normen im nationalen Recht zumindest europarechtskonform ausgelegt werden. Dies eröffnet einen Spielraum, europarechtskonformes Verwaltungshandeln gerichtlich einzuklagen. Dann stellt sich die Frage, inwiefern der Rechtsweg für die Betroffenen angesichts fehlender Information tatsächlich beschreitbar ist. Selbst wenn in europarechtskonformer Auslegung letztlich Leistungen gewährt werden, ist die Antragsabhängigkeit eine hohe Hürde. Wenn jedoch aufgrund des Fehlens des vorgesehenen Verfahrens die betreffenden Personen nicht identifiziert

---

<sup>4</sup> Vgl. Meyer/Röseler zitiert in Classen 2012 „Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“, S. 7, siehe [fluechtlingsrat-berlin.de](http://fluechtlingsrat-berlin.de)

sind, kann das nationale Recht, das europarechtskonform ausgelegt werden könnte, in diesen Fällen gar nicht zur Anwendung kommen.

### **Eingeschränktes Angebot von Therapeuten und Therapien**

Ein weiteres Problem liegt nicht nur in der Kostenübernahme von psychotherapeutischen Leistungen, sondern auch in der Zulassung von Therapeuten und Therapien. So ist die Zulassung entsprechend der Bundesärzteordnung, dem Psychotherapeutengesetz und dem SGB V von Therapeuten, die weder Deutsche noch Unionsbürger, sondern Drittstaater sind, deutlich eingeschränkt. Dies führt dazu, dass Flüchtlinge in Deutschland kaum muttersprachliche Therapeuten finden können. Die Kassenzulassung ist auf das Versorgungsgebiet begrenzt. Auch wenn es in einem Gebiet keine Therapeuten mit einer bestimmten Sprache gibt, können diese keine Zulassung erhalten, wenn der allgemeine Bedarf an Therapeuten pro Einwohnerzahl gedeckt ist, auch wenn der spezifische Bedarf vorhanden wäre. Auch ist das anerkannte Leistungsspektrum auf Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie und Psychoanalyse beschränkt. Andere Therapieformen, bei denen interkulturell verständliche Medien eingesetzt werden, wie die Gestalt- oder die Musiktherapie, sind nicht anerkannt.

Bevor Frau Schriefers gleich darstellen wird, inwiefern diese rechtlichen Regelungen an den Bedarfen der Flüchtlinge vorbei gehen und welche Schwierigkeiten die Psychosozialen Zentren, die ein integriertes Leistungsspektrum entsprechend der Bedarfe besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge anbieten, haben, dies angesichts eines zersplitterten Leistungssystems zu refinanzieren, möchte ich auf weitere gesetzliche Regelungen, die die Gesundheit besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge betreffen, eingehen.

Auf die rechtlichen Möglichkeiten, die sich aus dem SGB V ergeben, wird Herr Zenker genauer eingehen.

### **Weitere, die Gesundheit beeinträchtigende ausländerrechtliche Regelungen**

Auf die gesundheitliche, insbesondere psychische Stabilisierung von Flüchtlingen wirken sich weitere gesetzliche Regelungen teilweise negativ aus. Wie Herr Bär dargestellt hat, sind für die Behandlung von Traumata konstante Lebensbedingungen von ganz besonderer Bedeutung. Um sich der Konfrontation mit dem Trauma stellen zu können, sei Stabilität notwendig. Daraus folgend ist ein unsicherer Aufenthaltsstatus für die gesundheitliche Genesung hinderlich. Gerade Personen, die psychisch krank sind, brauchen Sicherheit ihrer Lebensumstände und -perspektive. Die Unsicherheit des Aufenthaltsstatus kann als existentielle Gefährdung empfunden werden. Flüchtlingsschutz ist rechtlich grundsätzlich als ein vorübergehender Schutz normiert. So wird selbst bei einer Anerkennung als Flüchtling nach drei Jahren überprüft, ob ein Widerruf eingeleitet wird. Bei subsidiär geschützten Personen, insbesondere wenn der Schutz aufgrund der Krankheit gemäß § 60 Abs. 7 S.2 anerkannt wurde, kann die Stabilisierung bzw. Genesung direkt zur Abschiebung führen. Bei geduldeten Personen wird die Therapie oftmals sogar abgebrochen, wenn das Abschiebehindernis entfällt. Die aufenthaltsrechtlichen Regelungen lassen keine langfristige Lebensperspektive zu, um ein Trauma bearbeiten zu können.

Das sog. Sachleistungsprinzip im AsylbLG gibt vor, dass Flüchtlinge nach Möglichkeit statt mit Geld mit Sachleistungen versorgt werden sollen. Dass heißt, ihre Möglichkeit, sich mit Unterkunft, Essen und Kleidung selbst zu versorgen, wird erheblich eingeschränkt. Dies begrenzt die Möglichkeiten der Wahrnehmung eigener Selbstwirksamkeit. Selbstwirksamkeit, das Gefühl, handelndes Subjekt und nicht Objekt der Verwaltung zu sein, ist für die gesundheitliche Verfassung eines jeden Menschen entscheidend. Da jedoch die Selbstwirksamkeit von kranken Menschen ohnehin eingeschränkt ist, wirken sich zusätzliche Restriktionen umso dramatischer aus.

Des gleichen gilt auch für das Arbeitsverbot im ersten Jahr des Aufenthalts in Deutschland. Das Warten in Unsicherheit, ob der Asylantrag bewilligt wird, ohne sich sinnvoll beschäftigen und für sich selbst sorgen zu können, ist für das gesundheitliche Wohlergehen abträglich. Insofern kranke Menschen arbeitsfähig sind, kann Arbeit ein sinnvoller Baustein der Therapie sein.

Die sog. Residenzpflicht wirkt sich insbesondere dann negativ auf die Gesundheit der Betroffenen aus, wenn die Familie durch die Wohnortzuweisung getrennt wurde und die Familienmitglieder, wenn sie schon nicht zusammenleben, sich nicht einmal treffen können. Die Trennung verhindert die bei Krankheit hilfreiche, oft notwendige Unterstützung durch Familienmitglieder. Das Familienleben ist für eine gute Gesundheit eine der wichtigsten Ressourcen. Aber auch wenn durch die Residenzpflicht der Arztbesuch, der Schulbesuch, eine Arbeitsplatzaufnahme oder nur das Treffen mit Freunden, Verwandten und Bekannten sowie die Teilnahme an gemeinsamen Aktivitäten der Community verhindert wird, wirkt sich dies nachteilig auf die Gesundheit aus.

Asylbewerber und Geduldete sind damit umfangreichen gesetzlichen Restriktionen unterworfen, die der Gesundheit nicht zuträglich sind. Sie rufen individuelles Leid und gesellschaftliche Folgekosten hervor. Für die Behandlung von Traumata sind die begleitenden Lebensumstände und damit auch gesellschaftlichen Rahmenbedingungen jedoch von elementarer Bedeutung, sie können nicht ausgeblendet werden. Daher muss eine Therapie sozialpädagogisch begleitet werden, die den Umgang des Klienten mit diesen Lebensbedingungen unterstützt.

# Struktur und Defizite der Versorgung von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen

**Silvia Schriefers**

Projektleiterin der BAfF e.V.

*„Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, im Bedarfsfall die Behandlung erhalten, die für Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich ist“<sup>5</sup> - so schreibt es die im Jahr 2003 verabschiedete EU-Richtlinie zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern vor.*

Die Umsetzungsfrist zur Inkraftsetzung entsprechender Rechts- und Verwaltungsvorschriften in den Mitgliedsstaaten ist inzwischen bereits seit über 7 Jahren abgelaufen.

## **Mangelnde Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2003/9/EG**

Insbesondere Deutschland jedoch ist - wie Herr Ludwig ausgeführt hat - von einer Umsetzung dieses Versorgungsauftrags in nationales Recht sowie einer richtlinienkonformen Auslegung seiner Gesetze in der behördlich-gerichtlichen Verwaltungspraxis trotz Anmahnung der EU-Kommission noch immer weit entfernt.

Den Aussagen der Bundesregierung, eine entsprechende Versorgung sei auf dem Gebiet der BRD gewährleistet, steht dabei der Bericht der EU-Kommission über die Anwendung der Richtlinie gegenüber. So spricht der Evaluationsbericht der Kommission vom 26.11.2007<sup>6</sup> von *„größten Mängeln bezüglich des Eingehens auf die Bedürfnisse besonders schutzbedürftiger Personen“*: im Aufnahmeprozess existiere bis heute kein Instrument zur qualifizierten Diagnostik besonders schutzbedürftiger Flüchtlingsgruppen. Es bestünden Beschränkungen beim Zugang zu medizinischer Versorgung und es mangle an besonderer Behandlung - insbesondere für Opfer von Folter und Gewalt. Die Kostenübernahme sei unzureichend.

## **"beHandeln-statt-verwalten" - Kampagne zur Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen**

Vor diesem Hintergrund setzen wir uns im Rahmen unserer Kampagne „beHandeln statt verwalten“ seit 2009 bei EntscheidungsträgerInnen aus dem Gesundheits- und Sozialsystem dafür ein, dass besonders schutzbedürftige Flüchtlinge die psychosoziale und medizinische Hilfe bekommen, die sie benötigen. Gemeinsam mit inzwischen zahlreichen weiteren Organisationen und Einzelpersonen, u.a. der Internationale Ärzte für die Verhütung des Atomkriegs (IPPNW), der Bundesärztekammer, den Wohlfahrtsverbänden, Pro Asyl, der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT), dem Dachverband der transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum e.V. (DTPPP), medico international und Ärzte der Welt möchten wir dabei öffentlichen Druck aufbauen und

---

<sup>5</sup> Artikel 20 der Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten.

<sup>6</sup> Bericht der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament über die Anwendung der Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten /\* KOM/2007/0745 endg. \*/.



eine Auseinandersetzung der (Fach-) Öffentlichkeit sowie der Verantwortlichen in Bund und Länderministerien mit unseren Forderungen anregen:

Es darf nicht dem Zufall überlassen werden, wer Behandlungsleistungen erhält. Daher fordern wir:

1. Die Implementierung von Maßnahmen zum frühzeitigen Erkennen körperlicher und seelischer Erkrankungen entsprechend der EU-Richtlinie.

Der zum aktuellen Zeitpunkt nicht zugänglichen Kostenerstattung für Behandlungen durch die Leistungsträger ist

2. der gesicherte Zugang zu qualifizierter Behandlung entgegenzusetzen.

Konkret ist eine nachhaltige, bedarfsgerechte Versorgung, die sich an den komplexen Bedürfnissen der Zielgruppe orientiert

3. nur über eine interdisziplinäre Beratung und Begleitung zu erreichen, die neben der medizinischen und psychotherapeutischen auch die psychosoziale Versorgung und kulturelle Integration in die Gesellschaft fördert.

Diese Leistungen müssen strukturell verankert werden.<sup>7</sup>

### **Reaktionen der politisch Verantwortlichen auf das Versorgungsdefizit**

Mit diesem Ziel hat sich die BAfF in den vergangenen Jahren intensiv bemüht, auf das Behandlungsdefizit und die Unterversorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge hinzuweisen. Obgleich unsere Aktivitäten dabei durchaus das Bewusstsein für die Problematik geschärft und erste Teilerfolge bewirkt haben, werden wir bei unseren Bemühen, Gesprächspartner zu finden, immer wieder mit einer „Fragmentierung der Zuständigkeiten“ konfrontiert: die Verantwortlichkeit wurde jahrelang von Leistungsträger zu Leistungsträger, von der Bundes- auf die Länderebene und wieder zurück verschoben. So fühlte sich das Bundesministerium für Arbeit und Soziales, damals unter Franz Müntefering, nicht angesprochen - die Zuständigkeit läge beim Innen- bzw. beim Gesundheitsministerium. Das Gesundheitsministerium jedoch, damals unter Ulla Schmidt, sieht sich nur für Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherungen zuständig - wenden müsse man sich an das Innen- bzw. das Bundesministerium für Arbeit und Soziales. Das Innenministerium seinerseits verwies uns daraufhin auf die Zuständigkeit der Länder. Das Ministerium Familie, Senioren, Frauen und Jugend behauptete gar, die Versorgung sei bereits sichergestellt, da bundesweit bereits vier Zentren unterstützt würden - das reiche aus, so die damalige Ministerin Ursula von der Leyen.

Die Bundesregierung sieht sich für die Unterversorgung von in Deutschland Schutz suchenden Opfern schwerer Gewalt also in keiner Form in der Verantwortung. Ein Versorgungsanspruch für diese besonders schutzbedürftige Personengruppe existiert zwar formal in Form der Bindung an EU-Richtlinien und internationale Menschenrechtskonventionen – in der Praxis ist sie jedoch nicht garantiert.

---

<sup>7</sup> Details und Hintergründe zu Forderungen und Aktivitäten der Kampagne “beHandeln statt verwalten” sind auf der Kampagnenhomepage [www.behandeln-statt-verwalten.de](http://www.behandeln-statt-verwalten.de) zu finden.

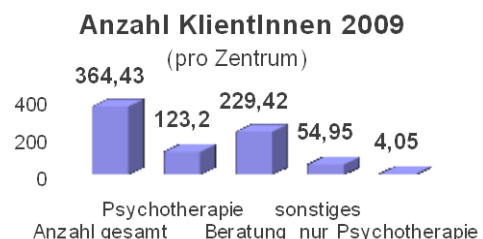
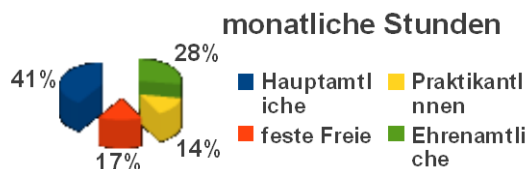
## Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern durch die Psychosozialen Behandlungszentren

So wird das komplexe Leistungsspektrum kultursensibler, dolmetschergestützter sozialer Beratung und Therapie nach wie vor ausschließlich von den instabil finanzierten psychosozialen Behandlungszentren angeboten. Die Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer arbeiten seit über 30 Jahren mit viel Idealismus und zu großen Teilen ehrenamtlich daran, die Defizite der Regelversorgung in ihrer Region zu kompensieren. Seit Jahrzehnten bieten die 24 - in der BAfF zusammengeschlossenen - Zentren eine integrierte Versorgung für die komplexe Problemlage ihrer Zielgruppe an. Dabei übersteigen die von traumatisierten Flüchtlingen gestellten Anträge auf Beratung und Behandlung die Kapazitäten der Einrichtungen jedoch um ein Vielfaches. Vor dem Hintergrund wissenschaftlicher Untersuchungen, nach denen der Anteil traumatisierter Flüchtlinge unter den Asylsuchenden auf mindestens 40% geschätzt wird, ist davon auszugehen, dass die relevanten Angebote für einen Großteil hilfsbedürftiger KlientInnen nicht erreichbar sind.

Dieser Befund ist konsistent mit den Ergebnissen einer durch uns im Jahr 2010 durchgeführten bundesweiten Evaluation des Versorgungsangebotes für Flüchtlinge und Folteropfer über die in der BAfF vernetzten Behandlungszentren.

Im Jahr 2009 betreuten die 23 von uns befragten Behandlungszentren insgesamt knapp 8400 KlientInnen, die einzelnen Zentren dabei im Schnitt 365.

Für diese Aufgabe standen jedem Zentrum im Schnitt lediglich 2,5 volle Stellen zur Verfügung.



Zu über einem Viertel (25,6%) und mit durchschnittlich 260 Arbeitsstunden pro Monat engagieren sich die in deutschen Behandlungszentren beschäftigten MitarbeiterInnen ehrenamtlich.

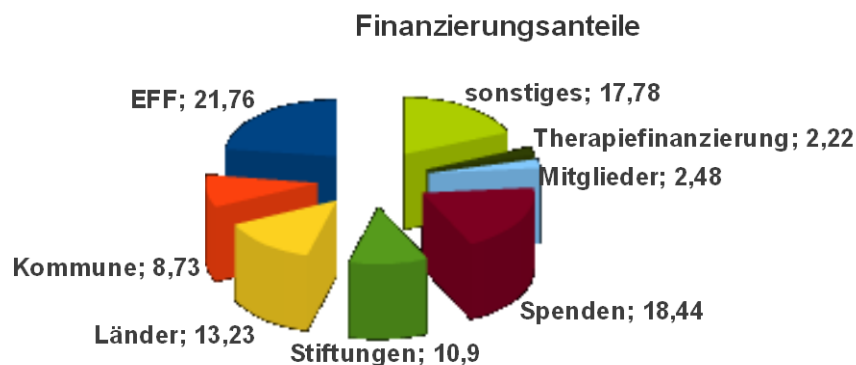
Tätigkeitsschwerpunkt der Einrichtungen sind dabei psychosoziale Hilfen und asylrechtliche Beratung. Der Therapieanteil beträgt etwa 30%. Sowohl Beratung als auch Therapie erfolgen dabei nahezu immer mit Unterstützung durch den Einsatz qualifizierter DolmetscherInnen bzw. durch muttersprachliche MitarbeiterInnen.

Vor dem Hintergrund ihrer knappen eigenen Kapazitäten leisten die Zentren außerdem kontinuierlich Vermittlungsarbeit in die gesundheitliche Regelversorgung. Diese ist allerdings nur innerhalb eines stark begrenzten Rahmens möglich: sie erfolgt hauptsächlich an ÄrztInnen bzw. PsychiaterInnen oder Sozialberatungsstellen. Lediglich in 286 Fällen gelang im Jahr 2009 eine Vermittlung an niedergelassene PsychotherapeutInnen.

Über die direkte Klientenarbeit hinaus leisten fast alle Zentren zudem Gremien- und Beratungsarbeit für externe Einrichtungen, bieten Fortbildungsangebote etwa in Form von Dolmeterschulungen, Fortbildungen für ÄrztInnen, RichterInnen oder EinzelentscheiderInnen des BAMF an und führen Forschungs- und Evaluationsprojekte durch. Sie flankieren die tägliche Beratungsarbeit durch Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit,

organisieren Veranstaltungen, die das gesellschaftliche Bewusstsein für die Bedürfnisse traumatisierter Flüchtlinge sensibilisieren sollen, leisten kontinuierlich Pressearbeit, geben Broschüren und Magazine heraus, arrangieren Ausstellungen und Theateraufführungen und sind in Radio- und TV-Beiträgen präsent.

Dieses umfassende Leistungsangebot wird im Falle der meisten Zentren über eine äußerst prekäre, instabile Mischfinanzierung getragen: einen Großteil der Fördermittel beziehen sie aus dem Europäischen Flüchtlingsfond, EFF (22%), aus sonstigen Mitteln (18% - vornehmlich Mittel der Kirche, der UNO-Flüchtlingshilfe und Mitteln des Bundes), Spendengeldern (18%), Landesmitteln (13%), Stiftungs- (11%) und kommunalen Geldern (9%) sowie zu sehr geringen Anteilen aus Mitgliedsbeiträgen (2,48%) und über die Refinanzierung von Psychotherapie (2,22%). Die Kosten für Psychotherapie ebenso wie die entsprechenden Dolemtscherkosten werden also fast immer (zu über 80%) von den Behandlungszentren selbst getragen - in den seltensten Fällen kommen hierfür das Sozialamt (6%), die Krankenkasse (4%) oder sonstige Leistungsträger (0,5%) auf.



Die Anfälligkeit einer derartigen Finanzierung ist offensichtlich: Mittel werden in der Regel projektbezogen und für einen begrenzten Zeitraum bewilligt. Strukturelle, langfristige Förderungen fehlen zumeist, so dass fortlaufend nach neuen Geldgebern gesucht werden muss. In der Folge sind immer wieder Zentren mit einer möglichen Schließung konfrontiert, müssen ihre Angebote einstellen bzw. auf ein Minimum herunterfahren. Aktuell befinden sich zwei unserer Mitgliedszentren in genau dieser Situation, im vergangenen Jahr mussten mit der Psychosozialen Beratungsstelle für Flüchtlinge der Diakonie Ruhr-Hellweg in Soest und mit Refugio Kiel zwei Zentren schließen.

Zusammenfassend wird hier sehr deutlich, dass die Zentren bereits jetzt am Rande ihrer personellen und finanziellen Möglichkeiten arbeiten: sie können dem Bedarf bei weitem nicht gerecht werden, es gibt lange Wartelisten und immer wieder müssen aufgrund fehlender Kapazitäten auch schwerst traumatisierte Menschen abgewiesen werden.

### **Möglichkeiten und Grenzen einer Integration in die gesundheitliche Regelversorgung**

Eine Kompensation dieser Situation durch die Überführung des komplexen Leistungsspektrums in die Angebote der gesundheitlichen Regelversorgung scheint zur Zeit nicht möglich. Die aktuelle Gesundheitsregelversorgung ist nicht in der Lage, notwendige Hilfsangebote für traumatisierte Flüchtlinge bereitzuhalten - das deutsche Gesundheitssystem ist auf diese Gruppe von Menschen nicht vorbereitet. Es besteht ein Mangel an Konzepten für die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge sowie an qualifiziertem Fachpersonal mit entsprechendem traumatologischem und transkulturellem Wissen. Darüber hinaus ist der rechtliche und

sprachliche Zugang zu Beratung und Behandlung im Rahmen der Gesundheitsregelversorgung nur mit erheblichen Einschränkungen gegeben: für psychosoziale Hilfen bzw. Integrationshilfen existieren nach SGB keine Kostenregelungen.

Die meisten Flüchtlinge fallen unter das "Asylbewerberleistungsgesetz" (AsylbLG), das medizinische Hilfe allein bei akuten Erkrankungen garantiert. Hier ist die Gewährleistung psychotherapeutischer Hilfen lediglich eine „Kann“-Bestimmung und in das Ermessen der jeweiligen Kreisverwaltungen im Einzelfall gestellt. Flankierende psychosoziale Hilfen und Behandlungen in Kooperation mit DolmetscherInnen – ohne die Psychotherapie in der Regel nicht durchführbar ist - werden in diesem Rahmen nicht finanziert.

Dass dieses Problemfeld jedoch von Seiten der politisch Verantwortlichen in der Bundesrepublik nach wie vor in keiner Weise zur Kenntnis genommen wird, zeigt die Antwort des früheren Gesundheitsministers, Dr. Philipp Rösler, mit der er am 21. 3. letzten Jahres auf eine Anfrage zur Übernahme von Dolmetscherkosten für Psychotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung von Flüchtlingen reagiert:

*"Für die Versorgung von Menschen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung steht in Deutschland ein flächendeckendes Netz von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Verfügung. Der Leistungsanspruch der gesetzlichen Krankenversicherung erstreckt sich jedoch nicht auf die Verständigung mit den Leistungserbringern in einer ausländischen Sprache."*

Erfahrungen von ExpertInnen aus der Behandlungspraxis, international und im gesamten Bundesgebiet, zeigen jedoch, dass Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen ohne DolmetscherInnen nicht funktioniert. Dies ist auch fachlich unumstritten: die "Ethischen Richtlinien" Psychotherapeutischer Vereinigungen vieler europäischer Länder schreiben übereinstimmend vor, dass psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlungen ohne Sprachkenntnisse bzw. qualifizierte DolmetscherInnen nicht vertretbar sind.

### **Konsequenzen aus der aktuellen Versorgungssituation**

Der eklatante Mangel an qualitativ und quantitativ ausreichenden Hilfsangeboten für traumatisierte Flüchtlinge im deutschen Gesundheitswesen resultiert inzwischen in einer deutlichen Unterversorgung dieser vulnerablen Personengruppe. Besonders verheerende Konsequenzen sind diesbezüglich in ländlichen Gebieten und insbesondere den östlichen Bundesländern zu beobachten.

Das Versorgungsdefizit wird aktuell jedoch nicht allein quantitativ sichtbar. Vor dem Hintergrund fehlender bedarfsgerechter, kultursensibler Verfahren zur Identifizierung und Behandlung gesundheitlicher Probleme zeichnet sich darüber hinaus auch eine Fehlversorgung der Zielgruppe ab: auf medizinischem Gebiet werden Flüchtlinge, die niedergelassene Ärzte wegen der psychosomatischen Symptome ihrer Traumafolgeerkrankungen aufsuchen, aus Hilflosigkeit und Unkenntnis häufig zahllosen apparativen diagnostischen Verfahren unterzogen und "übermedikalisiert".

Für die Betroffenen führt dies zu einer Chronifizierung ihres Leides, für die öffentlichen Gesundheitssysteme zugleich zu unnötiger finanzieller Belastung.

### **Was folgt daraus?**

Die umfassende integrierte Versorgung, die in den bundesweit 24 Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer seit Jahrzehnten angeboten wird, ist auf dem Versorgungsgebiet der jeweiligen Regionen durchaus in der Lage, die genannten Lücken der Regelversorgung schließen – vorausgesetzt, ihr Leistungsangebot würde über eine stabile Finanzierung abgesichert.

Darüber hinaus haben die langjährige engagierte Arbeit der Zentren und die kontinuierliche Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit der BAfF als ihr Dachverband die gesellschaftliche Sensibilität für die Thematik entscheidend erhöht: so wurde uns im letzten Jahr durch die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) der „Diotima-Ehrenpreis“ verliehen, um das besondere Engagement in der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen, politisch Verfolgten und Opfern von Menschenrechtsverletzungen der Zentren zu würdigen. Prof. Dr. Rainer Richter, Präsident der BPtK, würdigte in seiner Rede zur Vergabe des Ehrenpreises „nicht nur die herausragenden Versorgungsleistungen“, den „Idealismus und das Engagement der MitarbeiterInnen der psychosozialen Behandlungszentren“, sondern auch deren „erheblichen Beitrag zur Weiterentwicklung der psychotherapeutischen Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern“. In diesem Sinne ist die Preisvergabe auch als Anerkennung der gesellschaftlichen Verantwortung zu sehen, Menschen, die in unserem Land Sicherheit suchen, selbstverständlich die professionelle Hilfe zu gewährleisten, die sie benötigen, um die erlittenen seelischen Qualen zu verarbeiten.

Die Zentren selbst entwickeln ferner seit langem immer wieder modellhaft Systeme zur Umsetzung der von der EU-Richtlinie geforderten Kriterien. Sie initiieren damit in der praktischen Realität Projekte, die in der Politik zunächst keinen Rückhalt finden, in einigen Fällen aber im Nachhinein aufgegriffen werden. Auf diese Weise wurden auf Länderebene beispielsweise interessante Projekte und Bewegungen angestoßen, die Verfahren zur Feststellung besonderer Vulnerabilität entwickeln und kontinuierlich in der Praxis überprüfen.

Für einen bundesweiten Transfer entsprechender Feststellungs- und Versorgungssysteme ist jedoch eine Verantwortungsübernahme durch Entscheidungsträger in der Sozial- und Gesundheitspolitik nötig: im Sinne der Realisierung stabilisierender, gesundheitsförderlicher Lebensbedingungen bedarf es - soll der Geist der EU-Aufnahmerichtlinie nicht ausgehöhlt werden - konkreter Entscheidungen, die die komplexe Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge flächendeckend strukturell verankern.

# **Finanzierungsprobleme der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in der Bundesrepublik Deutschland**

**Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker**

Vorstand der BAfF, ehem. Leiter des Gesundheitsamtes Bremen, Vorstandsmitglied Refugio Bremen und Präsident von Ärzte der Welt

Stellvertretend für unzählige Menschenrechtsdeklarationen forderte die World Medical Association im Jahr 2010 alle nationalen Ärztekammern zur Unterstützung und Förderung des Rechtes aller Menschen auf bedarfsgerechte medizinische Versorgung auf. Gegen alle gesetzlichen Bestimmungen und Verfahrensweisen, die diesem fundamentalen Recht entgegenstünden, sei die Stimme zu erheben. Flüchtlinge, einschließlich Asylsuchende und abgewiesene Asylsuchende, undokumentierte MigrantInnen ebenso wie Binnenflüchtlinge in allen Regionen der Welt zählten zu den schutzbedürftigsten Gruppen unserer Gesellschaft und hätten gemäß internationalen menschenrechtlichen und medizinethischen Konventionen ein Recht darauf, ohne jegliche Diskriminierung eine ihren Bedürfnissen angemessene medizinische Versorgung zu erhalten.<sup>8</sup>

Defizite ebenso wie der entsprechende Handlungsbedarf in der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen werden auch in Deutschland durchaus seit Jahrzehnten gesehen. Flüchtlingsströme steigen Jahr für Jahr kontinuierlich an und das Arbeitsfeld „Migration und Gesundheit“ gewinnt zunehmend an wissenschaftlicher und praktischer Relevanz.

Die Sensibilität auf Seiten von Kosten- und Leistungsträgern ist jedoch nach wie vor unzureichend. Initiativen, die sich für die Anliegen von seelisch kranken Asylsuchenden, von „sans papiers“ und unbegleiteten Kindern und Jugendlichen mit Flüchtlingshintergrund einsetzen, werden ausschließlich durch außerhalb staatlicher Institutionen implementierte Behandlungszentren und Trägervereine, durch ExpertInnen der psychosozialen Arbeit sowie engagierte Bürgerinnen und Bürger vorangetrieben.

## **Leistungen und Finanzierungssituation der psychosozialen Behandlungszentren**

Inzwischen engagieren sich in Deutschland 24 psychosoziale Behandlungszentren, Initiativen und Einrichtungen in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung und Rehabilitation von Opfern von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen. Die angebotene Hilfe in den Zentren wird niedrigschwellig organisiert und orientiert sich an den Bedürfnissen und der Lebenssituation der Flüchtlinge: essentiell sind dabei die transkulturelle und psychotraumatologische Kompetenz der MitarbeiterInnen sowie der barrierefreie Zugang zu den Versorgungsleistungen durch die Arbeit mit ethisch und fachlich qualifizierten DolmetscherInnen.

Konkret umfasst das komplexe Leistungsspektrum der Behandlungszentren die folgenden Beratungs- und Behandlungsmaßnahmen:

- Erstkontakt/ Beratung/ Früherkennung schutzbedürftiger Flüchtlinge
- Psychotherapie (kurz-, mittel-, und langfristig)
- Ärztliche und psychologische Stellungnahmen
- Einsatz, Fortbildung und Supervision von DolmetscherInnen

---

<sup>8</sup> Stellungnahme „Medical Care for Refugees“. General Assembly of the World Medical Association. Vancouver, Canada, 18.10.2010. Zugriff unter: [http://www.wma.net/en/40news/20archives/2010/2010\\_10/](http://www.wma.net/en/40news/20archives/2010/2010_10/)

- Begleitung ehrenamtlicher Betreuungen
- Fortbildung für Dritte
- interne Qualitätssicherung
- Vernetzung und Kooperation
- Öffentlichkeitsarbeit, Zielgruppen – Advocacy
- Allokation von Mitteln, Berichterstattung, Verwaltung

Eine bedarfsgerechte gesundheitliche Versorgung könnte von den psychosozialen Behandlungszentren damit durchaus geleistet werden. Ihre Kapazitäten sind jedoch für eine nachhaltige, flächendeckende Versorgung bei weitem nicht ausreichend: die Finanzierung der angebotenen Leistungen in ihrer Komplexität ist eine enorme Herausforderung. Nahezu alle deutschen Behandlungszentren tragen sich über äußerst prekäre, instabile Mischfinanzierungen und kämpfen mit viel Idealismus und zu großen Teilen ehrenamtlich um verschiedenste Fördermittel. Als Geldgeber finden sich Mittel des Europäischen Flüchtlingsfonds, der Kirchen, der UNO-Flüchtlingshilfe, des Bundes und der Länder, Stiftungs- und Lotterieförderungen, kommunale Zuwendungen sowie Spenden und Mitgliedsbeiträge engagierter Privatpersonen. Die Refinanzierung von Psychotherapien durch die gesetzlichen Krankenkassen bzw. die Sozialämter beschränkt sich auf einen minimalen Anteil: Die von Frau Schriefers vorgestellte, von uns im Jahr 2009 durchgeführte Leistungsabfrage ergab, dass die Kosten für Psychotherapie fast immer die Behandlungszentren selbst (85%) tragen. In den seltensten Fällen kommen hierfür das Sozialamt (6%), die Krankenkasse (4%) oder sonstige Leistungsträger (0,5%) auf.

Gerade aktuell zeigt sich durch das sukzessive Ausscheiden verschiedener Geldgeber die Anfälligkeit einer derartigen Finanzierung. Existentiell zuspitzen wird sich diese Situation nach dem Rückzug der EU aus der Förderung im Jahre 2013: die Förderung durch den European Instrument for Democracy and Human Rights (EIDHR), der bisher viele der Zentren auf Projektebene finanziert hat, ebenso wie die Unterstützung durch den United Nations Voluntary Fund for Victims of Torture (UNVFVT) wird im nächsten Jahr auslaufen - die Nationalstaaten sind damit selbst zur Erfüllung der entsprechenden Aufgaben verpflichtet.

Verhandlungen in Richtung einer Integration der komplexen Leistungen in die gesundheitliche Regelversorgung sind aktuell u.a. bedingt durch die fragmentierten Zuständigkeiten im Gesundheits- und Sozialsystem der Bundesrepublik noch äußerst schwierig.

Obleich in diesem Zusammenhang inzwischen sowohl die Europäische Kommission<sup>9</sup> als auch die Vereinten Nationen<sup>10</sup> scharfe Kritik an der mangelhaften Umsetzung des Rechts auf Gesundheit im Sinne des UN-Sozialpakts sowie der EU-Aufnahmerichtlinie üben, lässt die Bundesregierung kaum Bemühungen erkennen, ihrer humanitären und insbesondere auch

---

<sup>9</sup> So kritisiert die Europäische Kommission in ihrem Bericht zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie bereits im Jahr 2007, die Bundesrepublik würde „größte Mängel bezüglich des Eingehens auf die Bedürfnisse besonders schutzbedürftiger Personen“ aufweisen. „Es besteht z.B. kein echter Zugang zu medizinischer Versorgung, es mangelt an besonderer Behandlung und die Kostenübernahme ist unzureichend. Ein Verfahren zur Ermittlung dieser besonders vulnerablen Flüchtlingsgruppen existiert nicht.“ (aus: „Bericht der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament über die Anwendung der Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten /\* KOM/2007/0745 endg. \*/“).

<sup>10</sup> Der Ausschuss für wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte der UN sieht vor allem bezogen auf die gravierenden Mängel in der medizinischen Versorgung, die unangemessenen und überfüllten Unterkünfte sowie den eingeschränkten Zugang von AsylbewerberInnen zum Arbeitsmarkt enormen Handlungsbedarf (Vgl. „Überprüfung der Berichte der Vertragsstaaten nach Artikel 16 und 17 der Vereinbarung . Abschließende Betrachtungen des Ausschusses über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte “. Ausschuss über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte . 46. Sitzung . Genf, 2. - 20 Mai 2011))

rechtlichen Verantwortung, schwer erkrankten Flüchtlingen die notwendige psychosoziale und medizinische Hilfe zu gewährleisten, nachkommen zu wollen.

### **Menschen- und Sozialrechtsansprüche besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge**

Das Recht auf Gesundheit als Menschenrecht fand in den letzten Jahrzehnten weltweit Anerkennung. Geschützt wird es im Wesentlichen durch den Internationalen Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (UN-Sozialpakt). Auch Deutschland ist seit 1973 an dieses völkerrechtliche Abkommen gebunden und damit verpflichtet, einem jeden Menschen das für ihn bzw. sie erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit zu gewähren. Sichergestellt sein müssten demnach für jede Person, „im Krankheitsfall den Genuss medizinischer Einrichtungen und ärztlicher Betreuung“ in Anspruch nehmen zu können.<sup>11</sup>

Auch in der Europäischen Richtlinie 2003/9 EG zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedsstaaten (insbesondere in Art. 5; 15; 17; 20)<sup>12</sup> wird in diesem Zusammenhang explizit formuliert, dass insbesondere „AsylbewerberInnen mit besonderen Bedürfnissen“<sup>13</sup> durch die Mitgliedstaaten die „erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe“ zu gewähren ist, insofern sie „nach einer Einzelprüfung ihrer Situation als besonders hilfebedürftig anerkannt werden“. Vor allem für Opfer von Folter und Gewalt sei von Seiten der Mitgliedsstaaten dafür Sorge zu tragen, dass sie „im Bedarfsfall die Behandlung erhalten, die für Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich ist“.

### **Umgang der Bundesregierung mit europäischen und internationalen Richtlinien und Konventionen**

In Deutschland wird AsylbewerberInnen auf Grundlage der aktuellen Gesetzeslage (Vgl. AsylVG, AsylbLG SGB XII, VIII und V) und Verwaltungspraxis jedoch nach wie vor nur eine erheblich eingeschränkte Gesundheitsversorgung gewährleistet: etwaige Leistungen reduzieren sich auf Infektionskrankheiten (§ 62 AsylVG)<sup>14</sup> und medizinische Notfälle (§4 AsylbLG), „sonstige Leistungen“ werden nach §6 AsylbLG nur nach Maßgabe einschränkender Begutachtungsverfahren bewilligt. Im Hinblick auf die Entscheidung des Bundesverfassungsgerichtes zum Arbeitslosengeld II<sup>15</sup> dürften demnach auch die Leistungen nach AsylbLG verfassungswidrig sein - das beim Arbeitslosengeld II als unzulänglich kritisierte Bedarfsbemessungssystem fehlt im AsylbLG vollständig. Erschwert wird der Zugang zu angemessener Behandlung darüber hinaus durch die Übermittlungspflichten der Sozialbehörden nach §§ 87 und 88 Aufenthaltsgesetz.

Die Vorschläge der EU-Kommission, die Mitgliedsstaaten mit der nächsten Überarbeitung der Aufnahmerichtlinien eindeutiger zur Umsetzung von „Maßnahmen zur raschen Ermittlung der besonderen Bedürfnisse schutzbedürftiger Personen“ zu verpflichten und materielle Leistungen sowie medizinische Versorgung einem Lebensstandard anzupassen, der den „Bezugsgrößen, um eigenen Staatsangehörigen einen angemessenen Lebensstandard zu gewährleisten“ entspricht, hat Deutschland 2009 in einem Bundesratsbeschluss mit einer klar menschenrechtswidrigen Argumentation abgelehnt. Beispielsweise würde eine Gleichstellung mit eigenen

---

<sup>11</sup> UN-Sozialpakt, Artikel 12 Absatz 2 d

<sup>12</sup> Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedsstaaten

<sup>13</sup> „Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben“ - definiert in Art. 17 (1)

<sup>14</sup> Vgl. § 62 Asylverfahrensgesetz

<sup>15</sup> BVerfG, 1 BvL 1/09 vom 9.2.2010, Zugriff unter: [http://www.bverfg.de/entscheidungen/1s20100209\\_1bvl000109.html](http://www.bverfg.de/entscheidungen/1s20100209_1bvl000109.html)



Staatsangehörigen sich im Sinne einer Schaffung von Pullfaktoren bzw. Anreizen zur Einreise aus wirtschaftlichen Gründen kontraproduktiv auswirken, der Zugang zum Arbeitsmarkt die Rückführung erschweren, die Angleichung der Gesundheitsversorgung über die Behandlung akuter Schmerzzustände hinaus dazu führen, dass Asylsuchende in das Bundesgebiet einreisen, um im Heimatland nicht verfügbare Behandlungen zu erhalten.<sup>16</sup>

### **Modelle der Finanzierung**

Für die Planung einer flächendeckenden bedarfsgerechten Versorgung in der notwendigen Komplexität haben wir bereits etablierte Modelle der Gesundheitsversorgung analysiert und diskutiert. Die relevanten Modelle werden im Folgenden kurz dargestellt.

#### **Das dänische Modell**

Verglichen mit der Situation in Deutschland liegen die Anliegen der Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Dänemark sehr viel stärker im Fokus auch der staatlichen Aufmerksamkeit und Anerkennung. Mit dem International Rehabilitation Council for Torture Victims (IRCT) hat sich hier in der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge eine lange Tradition entwickeln können. So gelang es im Jahr 2005, die durch 5 öffentliche und 7 private Zentren geleisteten Behandlungsangebote ins nationale Gesundheitssystem zu integrieren. Durch ein speziell festgelegtes Regelwerk zur Finanzierung wird Asylsuchenden damit formal bei freier Wahl des Behandlungszentrums eine kostenfreie Versorgung garantiert: Öffentliche Behandlungszentren finanzieren sich in diesem Modell durch eine steuerfinanzierte Quartalspauschale von 450 Euro über die Regionen, private Einrichtungen sind entweder an psychiatrische Krankenhäuser angebunden oder werden über sog. „service agreements“ mit den Regionen getragen. Über das vom Gesundheitsministerium vorgegebene Budget bzw. im Rahmen besagter „service agreements“ können dabei sowohl interdisziplinäre kultursensible Behandlungsformen (max. 12 Sitzungen psychologischer Behandlung sowie ggf. 15 psychiatrische Konsultationen) als auch Teile der für die Arbeit im jeweiligen Zentrum notwendigen Supervisionen, Aus- und Weiterbildungsmaßnahmen etc. abgerechnet werden: jedes Zentrum hat die Möglichkeit, neun Prozent des für das aktuelle Jahr kalkulierten Budgets nach eigenem Ermessen auf die spezifischen Zusatzleistungen zu verteilen.

Problematisch an diesem Modell ist jedoch, dass lediglich *anerkannte* Flüchtlinge prinzipiell denselben Zugang zur Gesundheitsversorgung erhalten wie die dänische Bevölkerung. Asylsuchende bekommen in den Erstunterkünften ein Angebot durch das Traumazentrum des Dänischen Roten Kreuzes, ihre Versorgung ist jedoch an Aufenthaltsstatus sowie Notwendigkeit und Dringlichkeit der Behandlung abhängig von der Art der Erkrankung gebunden.

Damit ist die Versorgungslage in Dänemark zusammenfassend zwar, verglichen mit der in Deutschland, als rein formal günstiger zu bewerten, faktisch kann allerdings auch hier aufgrund beschränkter Kapazitäten keine flächendeckende Behandlung gewährleistet werden: so liegen die Wartezeiten auf Therapieplätze aktuell bei rund einem Jahr. Nach Angaben von Amnesty International (2009) befindet sich demzufolge die Mehrheit der Folterüberlebenden nach 1,5 Jahren in Dänemark noch immer in unverändertem bzw. sogar verschlechtertem Zustand. Auch hier gilt es also weiterhin, Barrieren zur Gesundheitsversorgung zu beseitigen, AsylbewerberInnen in die spezialisierte Versorgung für traumatisierte Flüchtlinge zu integrieren, die Voraussetzungen für eine möglichst frühzeitige medizinische Untersuchung zu

---

<sup>16</sup> Vgl. „Beschluss des Bundesrates . Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten (Neufassung) . Drucksache 961/08 (Beschluss) . 13.02.09.

schaffen und die Ressourcen sowohl für Behandlung, als auch für Dokumentation, Monitoring, klinische Forschung etc. zu erhöhen.

### **Das Bremer Modell**

In Bremen erhalten seit 2005 alle Asylsuchenden nach §§ 3 bis 7 AsylbLG eine vollgültige Krankenversicherungskarte der AOK nach § 264 I SGB V. Eingeschränkt, d.h. erst nach erfolgter Begutachtung des Bedarfs, werden dabei Leistungen wie Psychotherapie, Zahnersatz, Kieferorthopädie, Sehhilfen, Reha-Maßnahmen und Vorsorge, Heil- und Hilfsmittel erstattet.

Nach nunmehr 7 Jahren in der Praxis sind die Resultate dieses Modells regional durchaus als erfolgreich zu bewerten: der bürokratische Aufwand für die öffentliche Hand konnte drastisch gesenkt werden und bis heute zeigen sich keinerlei Auffälligkeiten in der von AsylbewerberInnen beanspruchten Leistungshöhe.

Im Hinblick auf einen überregionalen Transfer des Modells werden im Allgemeinen jedoch nur geringe Realisierungschancen gesehen: integrierte Versorgungsverträge sind insofern problematisch, als dass zum einen die Zielgruppe sehr klein, zum anderen die notwendige psychosoziale Versorgung nicht Bestandteil des SGB V ist. Perspektivisch müssen hier also soziale Arbeit, Aktivitäten der Öffentlichkeitsarbeit, Fortbildung und Supervision klar von Leistungen des SGB getrennt werden: gesundheitliche Behandlungen werden von den zugelassenen Leistungserbringern erstattet, sonstige Hilfeleistungen müssen drittmittelfinanziert eingeworben werden. Refugio Bremen stellt hier mit 20-jähriger Senatsförderung ein glückliches Beispiel dar, das - einschließlich der notwendigen Sensibilität der politisch Verantwortlichen - allen anderen Regionen zu wünschen ist.

### **Integrierte Versorgung**

Als Refinanzierungsmöglichkeit kommt ferner eine Anlehnung an die Anwendung von § 140 SGB V in Betracht. Mit dem § 140 SGB V hat die Bundesregierung die gesetzlichen Vorgaben zum Aufbau Integrierter Versorgungsnetze geschaffen, um die Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und Sektoren im Gesundheitswesen zu fördern. In diesem Sinne verlangt der §140 SGB V die Kooperation verschiedener Leistungserbringer, z.B. niedergelassener ÄrztInnen, Kliniken etc.

Vorausgesetzt der Zustimmung der GKV und der Sozialbehörden als Hauptleistungsträger können damit Verträge außerhalb der kassenärztlichen Versorgungsstrukturen abgeschlossen werden, die Abrechnungen sowohl als Quartals- als auch als Einzelleistungsvergütungen ermöglichen. Im Bereich ambulanter psychiatrischer Pflege haben sich in dieser Form bereits einige Verträge etabliert.

### **Institutsambulanzen (PIA)**

Ein weiteres interessantes Versorgungsmodell ist inzwischen auch die spezifische Öffnung der Psychiatrischen Institutsambulanzen für die Behandlung von Flüchtlingen nach §118 SGB V.

Die GKV-Gesundheitsreform, nach der Allgemeinkrankenhäuser mit Abteilungen zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung nun ermächtigt sind, die Behandlung speziell derjenigen Kranken durchzuführen, die wegen Art, Schwere oder Dauer ihrer Erkrankung eines besonderen, krankenhausnahen Versorgungsangebots bedürfen und die im Rahmen anderer Versorgungsangebote nicht behandelbar sind, begünstigte zunächst eine stärkere Öffnung Psychiatrischer Institutsambulanzen für psychisch kranke MigrantInnen und Flüchtlinge. In Düsseldorf beispielsweise konnte auf diese Weise erfolgreich auf den steigenden Kostendruck reagiert und das Versorgungsangebot für Flüchtlinge in der Region erweitert

werden: eine fruchtbare Kooperation der „Sprechstunde für transkulturelle Psychotherapie“ an der Psychiatrischen Institutsambulanz der Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf mit dem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge entstand, die auch die Finanzierung des komplexen Leistungsspektrums inklusive der Sozialarbeit, nonverbaler Verfahren, der Arbeit mit DolmetscherInnen sowie Angehörigenarbeit einschloss.

Die Abrechnung der Komplexleistungen ist in diesem Modell also möglich: die Integration von Sprach- und KulturmittlerInnen sowie spezifischer sozialtherapeutischer Maßnahmen wird zwar durch die Quartalspauschalen der Kostenträger (Hauptvertragspartner sind die Krankenkassen) über 300 Euro nicht kostendeckend vergütet, zusätzlich sind darüber hinaus aber Leistungsverträge nach dem SGB VIII möglich.

Bedacht werden muss hier jedoch die eingeschränkte Zielgruppe des Modells: Behandlungen können ausschließlich in Kooperation mit psychiatrischen Versorgungskrankenhäusern im Sinne einer Nachbehandlung durchgeführt werden. Versorgt werden in diesem Rahmen nur anderweitig nicht behandelbare Personen, die zudem einen Leistungsanspruch nach §4 AsylbLG haben müssen. Die Kostenübernahme kann damit theoretisch auch hier auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände begrenzt werden, wenn sich Leistungsträger in der Praxis eher an der im Gesetz normierten Beschränkung im AsylbLG orientieren.

### **Kooperation in Psychotherapie-Netzwerken (Frankfurt)**

Ein erfolgreiches Beispiel im Kampf gegen lange Wartelisten und Versorgungsdefizite infolge der Streichung von Mitteln des EFF setzt seit Jahren auch der Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil (FATRA): um trotz Budgetknappheiten den Abbruch laufender Therapien vermeiden zu können, haben sich die KollegInnen aus Frankfurt entschieden, gezielt niedergelassene PsychotherapeutInnen in ihre Arbeit einzubeziehen und ein „Psychotherapienetzwerk“ aufzubauen, in dessen Rahmen Flüchtlinge, die langfristige Psychotherapien benötigen, vermittelt werden können.

In diesem Modell findet die Erstberatung und soziale Arbeit für Hilfe suchende KlientInnen im Psychosozialen Zentrum statt. An erster Stelle steht dabei die Klärung der Anliegen und Themen der Flüchtlinge. Nicht selten folgen dieser zunächst Kriseninterventionen bzw. die Vermittlung in akutpsychiatrische Hilfen. Gegebenenfalls wird im Anschluss an PsychotherapeutInnen vermittelt und Unterstützung bei Kostenanträgen sowie der DolmetscherInnensuche gewährleistet.

Als erheblicher Nachteil muss hier jedoch im Blick behalten werden, dass alle Therapien, die keine sog. „Richtlinienverfahren“ sind, sowie sämtliche Zusatzleistungen, insbesondere verschiedene Gruppentherapien, die psychosoziale Begleitung, die Schulung und Vermittlung von DolmetscherInnen, die Vermittlung beispielsweise in die Rechtsberatung sowie die notwendigen Aktivitäten der Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit von niedergelassenen PsychotherapeutInnen nicht geleistet werden können.

Darüber hinaus müssen kontinuierlich die vielfältigen Hürden reflektiert werden, auf die Flüchtlinge im Zusammenhang mit Angeboten der Regelversorgung stoßen: so finden sich von Seiten der TherapeutInnen häufig Unsicherheiten bezogen auf Sprachbarrieren, die Arbeit mit DolmetscherInnen, den Umgang mit dem unklaren Aufenthalts- und Versicherungsstatus der KlientInnen sowie die fehlende Vergütung aufwendiger Zusatzleistungen. Auch kulturell attribuierte Unsicherheiten sowie Bedenken in Bezug auf eine mögliche Überforderung durch die Behandlung schwer traumatisierter Kriegsoffer spielen hier eine bedeutsame Rolle.

Dieses Beispiel zeigt, dass die Integration von Flüchtlingen in die Regelversorgung notwendig, aber keinesfalls hinreichend ist: eine stabile Finanzierung der Arbeit in den Zentren als zentralem Bestandteil der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen muss weiter vorangetrieben werden.

### **Einzelleistungsvergütung**

Analog zur ambulanten ärztlichen und psychologischen Versorgung durch von den Kassen zugelassene TherapeutInnen wären darüber hinaus bei einem geringen Teil der Klientel auch Einzelleistungsvergütungen möglich. Dabei müsste sich der Sozialleistungsträger den verhandelten Gebühren anschließen.

Diese Modellelemente sind insofern sehr voraussetzungsvoll, als dass die behandelnden TherapeutInnen durch Berufsverbände und Leistungsträger, d.h. die GKV, zugelassen und die entsprechenden Institutionen durch die regionale Gesundheitsbehörde akkreditiert sein müssen.

Die Refinanzierung käme dabei hauptsächlich für Psychotherapie (§ 95 SGB V) im engeren Sinne in Frage, DolmetscherInnen- sowie ein großer Teil der übrigen Leistungen würden zunächst nicht bezahlt werden. Zumindest Sozio- (§ 37a SGB V) und Physiotherapie (§124 SGB V) sowie z.B. Leistungen, die nach SGB XI § 14 ambulante psychiatrische Pflege abgerechnet werden, könnten jedoch in die Refinanzierung einbezogen werden. Eine analoge Anwendung bei SGB XII ist möglich, Einschränkungen ergeben sich allerdings infolge der §§4 und 6 AsylbLG.

Verhandlungen dürften diesbezüglich regional sehr unterschiedlich ausfallen, zumal sie von der Akkreditierung durch die Gesundheitsbehörden abhängig wären und einer Zustimmung der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen bedürfen. Zudem läge der finanzielle Fehlbedarf hier auch unter günstigen Bedingungen bei mindestens 70% des Gesamtbudgets.

### **Gepoolte Fehlbedarfsfinanzierung**

In einem Modell, welches das Leistungsspektrum und die Trägerstrukturen der Psychosozialen Zentren in ihrer Komplexität beibehält und finanziell optimal absichert, würde die finanzielle Fehlbedarfsdeckung über einen entsprechenden Verteilungsschlüssel gemeinsam von Bund, Ländern und Kommunen übernommen werden. Dies setzt voraus, dass jedes Zentrum zunächst alle gesetzlichen Refinanzierungsmöglichkeiten für Behandlungen ebenso wie alle Drittmittelquellen voll ausschöpft. In einem zweiten Schritt müsste jährlich über notwendige Bezuschussungen zur Deckung der Budgetlücken verhandelt werden. Um auf diesem Weg eine stabile Mischsubventionierung aller Psychosozialen Zentren erreichen zu können, sind weiträumige Aktivitäten der Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit nötig: Verhandlungen auf Bundesebene, u.a. mit dem BAMF, müssen dabei durch nationale ebenso wie internationale Netzwerkbildung flankiert werden; die Arbeit auf Ebene der Länder erfordert kontinuierliche Gremien- und Fortbildungsaktivitäten sowie eine Intensivierung der Kooperation mit Ämtern und Ministerien. Auch auf kommunaler Ebene müssten AkteurInnen der psychosozialen Arbeit stärker vernetzt und mit Leistungs- und Entscheidungsträgern ins Gespräch gebracht werden.

### **Resumé**

Langfristiges Ziel bleibt die Sicherstellung eines gleichberechtigten, barrierefreien Zugangs von Flüchtlingen und Überlebenden schwerer Menschenrechtsverletzungen zu Gesundheitsfürsorge und sozialen Sicherungssystemen. Dies kann nur über eine dauerhaft tragfähige flächendeckende Finanzierung des aktuell nahezu ausschließlich von den 24 Behandlungszentren angebotenen komplexen Behandlungsspektrums realisiert werden.

Im Rahmen der Kampagne „beHandeln statt verwalten“ sind wir bereits seit längerem mit den Bedingungen einer strukturellen Verankerung der psychosozialen Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge befasst. Mit Blick sowohl auf die aktuelle Position der Bundesregierung – besonders deutlich im Bundesratsbeschluss zum Vorschlag einer Neufassung der Aufnahmeleitlinie – als auch auf die fragmentierten Zuständigkeiten im bundesrepublikanischen Gesundheits- und Sozialsystem ist eine zeitnahe Durchsetzung integrierter Konzepte zur Finanzierung einer ganzheitlichen Gesundheitsversorgung zum aktuellen Zeitpunkt jedoch leider noch wenig realistisch. Für die nahe Zukunft muss sich daher zunächst an der Realisierung konkreter Teilschritte und Kompromisslösungen orientiert und im Blick auf eine dauerhafte Lösung zugleich intensive Verhandlungs- und Lobbyarbeit mit politisch Verantwortlichen geleistet werden. Die drängendsten Defizite, insbesondere im Bereich der Übernahme von Dolmetscherkosten sowie der Finanzierung von Psychotherapie durch die gesetzlichen Krankenkassen und die Sozialämter müssen beseitigt und bereits existierende Versorgungsmodelle auf ihre Tragfähigkeit im Rahmen einer flächendeckenden Umsetzung überprüft und modifiziert werden.

So ist weiterhin kontinuierlich um die Abrechnung aller refinanzierbaren Leistungen (z. B. nach SGB V; Leistungsverträge nach SGB VIII, §§ 75ff) zu kämpfen. Die Anstellung von bzw. die Kooperation mit approbierten ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen muss vorangetrieben, die Zusammenarbeit in „Psychotherapienetzwerken“ bzw. mit Psychiatrischen Institutsambulanzen intensiviert werden. Ferner gilt es weiterhin, offensiv Drittmittel über den EFF, Stiftungen, Lotterien etc. einzuwerben, bei Bund, Ländern und Kommunen auf Zuschüsse zu drängen und Modelle zur stabilen Finanzierung der Zusatzleistungen, welche die Behandlungszentren in Form sozialer, integrativer und präventiver Maßnahmen leisten, zu entwickeln.

Darüber hinaus sind politische Entscheidungen nötig, die Ressourcen für den Abbau struktureller Barrieren und gesundheitswidriger Lebensverhältnisse mobilisieren. Das Versorgungsdefizit und seine Folgen ebenso wie Richtlinien für eine angemessene Versorgung müssen noch stärker öffentlich thematisiert werden, um Leistungs- und Entscheidungsträger der Gesundheits- und Sozialsysteme in den Dialog um Lösungsmöglichkeiten und Finanzierungsmodelle einzubinden, damit der Erhalt und die Rehabilitation physischer und psychischer Gesundheit auch in Deutschland endlich als unveräußerliches und grundsätzlich statusunabhängiges Menschenrecht in den Blick genommen und über solidarisch finanzierte öffentliche Gesundheitssysteme durchgesetzt werden kann.