

Forderungen zur gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter in der Bundesrepublik Deutschland:

Konzept zur Umsetzung der EU-Richtlinien für besonders schutzbedürftige Asylsuchende

Das verfassungsrechtlich garantierte Existenzminimum ist für Jeden und Jede – unabhängig vom Aufenthaltsstatus - in allen gesellschaftlichen Lebensbereichen zu gewährleisten. Als Dachverband der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer setzt sich die BAfF mit ihrer Expertise speziell für die Sicherstellung der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten ein. Am besten zu erreichen ist dies durch Krankenversichertenkarten für alle Geflüchteten direkt nach der Einreise. Der Behandlungsumfang für Geflüchtete darf das Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherungen (GKV) nicht unterschreiten¹.

Die BAfF fordert daher:

Alle Geflüchteten bundesweit, müssen unabhängig von Aufenthaltsstatus und Aufenthaltsdauer ab dem ersten Tag ihrer Einreise eine vollwertige Krankenversichertenkarte erhalten. Entsprechend anzupassen sind §5, Abs. 1 SGB V oder § 264 Abs. 2 SGB V.

Damit Geflüchtete die Angebote von Beratung und gesundheitlicher Versorgung nutzen können, müssen diese sie erreichen können und eine sprachliche Verständigung muss gewährleistet werden. Fahrtkosten müssen übernommen und DolmetscherInnen gestellt werden. Die hierfür notwendige Finanzierung muss im Rahmen der Gesundheitsversorgung übernommen und im SGB V geregelt werden.

Die BAfF fordert daher:

Die Finanzierung von notwendigen Dolmetscherleistungen und notwendigen Fahrtkosten - verankert im SGB V.

Bis zum 20.07.2015 hat die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie (RL 2013/33/EU)² in nationales Recht der Mitgliedstaaten zu erfolgen. Nach Art. 22 Abs. 1 der Richtlinie muss Hinweisen auf das Vorliegen einer besonderen Schutzbedürftigkeit nachgegangen und im Einzelfall

¹ GKV-Leistungen sind stets nur die auf das "notwenige Maß" beschränkten Minimumleistungen (§ 12 Abs. 1 SGB V) und daher ohnehin keine Luxus-Leistungen.

² In den EU-Aufnahmerichtlinien benannt wird der Personenkreis der besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden: Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung.

geprüft werden, ob und in welcher Form Hilfebedarf vorliegt.³ Geflüchtete haben somit Anspruch auf Überprüfung der besonderen Schutzbedürftigkeit sowie die Gewährung der sich daraus ergebenden besonderen Bedarfe. Jeder Feststellung einer besonderen Schutzbedürftigkeit und eines daraus resultierenden Hilfebedarfes muss selbstverständlich ein entsprechendes Hilfsangebot folgen. Alles andere widerspräche ethischen Prinzipien. Die EU-Aufnahmerichtlinie fordert daher folgerichtig sowohl die Ermittlung der besonderen Bedürfnisse als auch die Bereitstellung der notwendigen Hilfen. Dies muss bei der Umsetzung immer in Verbindung gesehen werden.

Es bedarf also eines Konzeptes, welches sowohl ein Verfahren für die Frühfeststellung als auch für die Vermittlung und Erbringung der entsprechenden Leistungen vorsieht.

Die BAfF fordert daher:

Ein sinnvolles Verfahren von Feststellung, Bedarfsermittlung, Erstversorgung und Behandlung (im Detail siehe Anlage I).

Dieses Verfahren muss auf allen Stufen die vorhandenen Ressourcen und AkteurInnen berücksichtigen – aber auch neue Ressourcen erschließen und Leistungsträger einbeziehen. Nur so kann eine möglichst effiziente Versorgung sichergestellt werden.

a. *Unabhängige Beratung und Information*

Die Aufnahme von Hinweisen auf eine besondere Schutzbedürftigkeit soll so früh wie möglich (aber auch zu jedem späteren Zeitpunkt im Asylverfahren) erfolgen und zwar u.a. dort, wo sich AsylbewerberInnen nach ihrer Einreise vornehmlich aufhalten und wo niedrigschwellig ein Kontakt organisiert werden kann: in räumlicher Nähe zu den Erstaufnahmeeinrichtungen bzw. angegliedert an die Erstaufnahmeeinrichtungen. Es bedarf eines persönlichen Gesprächs durch unabhängiges und dafür geschultes Personal, einer Sprachmittlung durch professionelle Dolmetscher sowie der notwendigen Zeit und einer Atmosphäre der Offenheit und Gesprächsbereitschaft, die einlädt, auch persönliche und politische Erlebnisse zu erzählen.

Ziel ist neben der Hinweisaufnahme eine qualifizierte Information, Beratung und die Weitervermittlung an entsprechende Dienste nach freier Wahl. Die Beraterin bzw. der Berater hat somit eine orientierende und koordinierende Rolle. Der Beratungsanspruch muss gesetzlich geregelt werden.

b. *fachspezifische Bedarfsermittlung und Erstversorgung*

Ergeben sich Hinweise auf das Vorliegen einer besonderen Schutzbedürftigkeit und damit weitergehender Bedürfnisse, ist diesen Hinweisen nachzugehen. Je nach Art der Hinweise ist an eine Fachstelle mit dem entsprechenden Arbeitsschwerpunkt (spezialisierte Psychosoziale und/oder Behandlungszentren, Kliniken, niedergelassene Praxen) zu vermitteln. Die Fachstellen überprüfen den jeweiligen Bedarf an Hilfemaßnahmen, geben eine Empfehlung ab und/oder stellen die Erstversorgung sicher.

Ziel ist eine qualifizierte Diagnostik und Ermittlung des Hilfs- und Behandlungsbedarfs und daran anschließend die Vermittlung eines qualifizierten Behandlungsangebotes bzw. ggf.

³ In Art. 19 Abs. 2 wird gezielt ausgeführt dass „Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung“ gewährt werden muss.

entsprechender psychosozialer Unterstützung. Die Feststellung muss von dafür qualifizierten unabhängigen Einrichtungen oder Personen und in einem geschützten Rahmen stattfinden.

c. **Die Leistungsgewährung erfolgt** - bei Feststellung eines Versorgungsbedarfs aufgrund einer Schutzbedürftigkeit – durch den dafür zuständigen Leistungsträger.

Ziel ist es, möglichst schnell die nötige Hilfe oder Behandlung in die Wege zu leiten.

Die Psychosozialen und Behandlungszentren spielen eine zentrale Rolle bei der Versorgung von vulnerablen und traumatisierten Menschen und sind mit und in ihren Komplexleistungen effektiv auf die Bedürfnisse dieser besonderen Personengruppe eingestellt.⁴ Sie halten ein umfassendes Angebot von ineinander greifenden Hilfen vor, die neben psychosozialer Beratung und spezialisierter psychotherapeutischer Behandlung qualifizierte, niedrigschwellige Unterstützung beinhalten, um an der richtigen Stelle gezielt zu helfen. Dies beugt einer Chronifizierung der Leiden vor und spart häufig spätere Kosten. Die MitarbeiterInnen der Zentren haben durch diese anspruchsvolle Arbeit seit vielen Jahren im Schnittstellenbereich zwischen Gesundheit, (Menschen-)Recht und Politik Expertise entwickelt und eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe übernommen. Diese Arbeit muss abgesichert und erweitert werden. Wenn nicht jetzt, wann dann?

Die BAfF fordert daher mit großer Dringlichkeit:

- **Eine grundlegende institutionelle Förderung der Komplexleistungen der Psychosozialen- und Behandlungszentren. Die Bundesregierung muss hier endlich politisch gestaltend und steuernd tätig werden.**
- **Eine Institutsermächtigung für die Psychosozialen- und Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Anlehnung an 118 SGB V oder auch 140 SGB V (integrierte Versorgung). Die Bundesregierung muss durch Gesetzgebung oder unterstützend in Richtung der GKV tätig werden.**
- **Eine Regelung für die Abrechnung notwendiger ambulanter Psychotherapie für Geflüchtete, im AsylbLG wie über die GKV - z.B. durch Sonderbedarfszulassungen für Psychotherapien mit Geflüchteten, wenn nötig mit Dolmetschereinsatz (im Detail siehe Anlage II).**

Berlin, 17. Juli 2015

Elise Bittenbinder, Vorsitzende der BAfF

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e.V.

Paulsenstr. 55-56

12163 Berlin

Tel.: 030 310 124 63

eMail: elise.bittenbinder@baff-zentren.org

www.baff-zentren.org

⁴ Assessment, Bedarfsermittlung, Frühversorgung und Notfall-Versorgung oder erste Krisenversorgung, rechtliche und psychosoziale Beratung und Betreuung einschließlich der Vermittlung von Ehrenamtlichen oder Mentoren und deren Schulungen, Dolmetscherpools und Dolmetscherschulungen etc.

Anlage I:

Forderungen zum Feststellungsverfahren:

Wie müssen Hinweisaufnahme und Bedarfsermittlung erfolgen?

1) Umfassende und unabhängige Beratung und Information für alle Geflüchteten⁵

Der Beratungsanspruch muss gesetzlich verankert werden und umfasst:

Erstberatung und Information mit sozialrechtlichem/psychosozialem Fokus durch eine/n dafür qualifizierten Sozialarbeiter/Sozialarbeiterin. Das Beratungsangebot umfasst alle Fragen und Informationen zu sozialen und rechtlichen Lebensbedingungen (u.a. Regelsysteme der sozialen Sicherung und gesundheitlichen Versorgung, Sprachkurse, Wohnformen, Bildungsangebote, Arbeitsmarktzugang, Beratungsangebote für Alleinerziehende, Beantragung von Schwerbehindertenausweisen, etc.). Die Beratung findet im Rahmen eines persönlichen Gesprächs statt, schriftliche Informationen – wie dies § 47 Abs. 4 AsylVfG vorsieht, sind hierfür nicht ausreichend.

Die Aufnahme von Hinweisen auf eine besondere Schutzbedürftigkeit soll so früh wie möglich (aber auch zu jedem späteren Zeitpunkt im Asylverfahren) erfolgen und zwar u.a. dort, wo sich AsylbewerberInnen nach ihrer Einreise vornehmlich aufhalten und wo niedrigschwellig ein Kontakt organisiert werden kann: in räumlicher Nähe zu den Erstaufnahmeeinrichtungen bzw. angegliedert an die Erstaufnahmeeinrichtungen. Es bedarf eines persönlichen Gesprächs durch unabhängiges und dafür geschultes Personal sowie Zeit und eine Atmosphäre der Offenheit und Gesprächsbereitschaft, die einlädt, auch persönliche und politische Erlebnisse zu erzählen. Die Form des Gesprächsangebots soll den Fähigkeiten und Ausdrucksmöglichkeiten der Geflüchteten entsprechen. Die Gespräche müssen vertraulich sein. Die Annahme der Angebote muss freiwillig sein.

Hinweisen auf besondere Bedarfe soll nachgegangen und die nötige Unterstützung bzw. Versorgung eingeleitet werden.

Ziel ist neben der Hinweisaufnahme eine qualifizierte Information, Beratung und die Weitervermittlung an entsprechende Dienste nach freier Wahl. Die Beraterin bzw. der Berater hat somit eine orientierende und koordinierende Rolle.

Primärärztliche Beratung und Erstversorgung: Analog dem „Bremer Gesundheitsprogramm“ wird das Angebot eines orientierenden Gesprächs, einer gesundheitlichen Beratung sowie Akutversorgung durch eine(n) dafür qualifizierten Allgemeinmediziner/Allgemeinmedizinerin geschaffen. Bei entsprechender Indikation erfolgt die Weitervermittlung an die Regeldienste der Gesundheitsversorgung.⁶ Die Inhalte des Gesprächs sowie medizinische Befunde unterliegen dem Datenschutz bzw. der ärztlichen Schweigepflicht.

⁵ Dies kann in Anlehnung an Art. 5 der Richtlinie 2013/32/EU des Europäischen Parlamentes und des Rates und durch Ausgestaltung von §13,14 („Beratung und Aufklärung“) SGB I oder §47 Abs. 4 AsylVfG erfolgen.

⁶ Dies kann wie auch in Bremen in Anlehnung bzw. Ausgestaltung an §62 AsylVfG oder §4 Abs. 3 AsylbLG sowie §47 Abs. 4 AsylVfG erfolgen.

Asylrechtliche Beratung: Es wird das Angebot einer Beratung zur Rechtslage und dem Asylverfahren geschaffen. Die Informationen helfen den Geflüchteten, das Asylverfahren insgesamt zu verstehen, den rechtlichen Verpflichtungen nachkommen zu können sowie die rechtlichen Bedarfe umsetzen zu können.

Die asylrechtliche Beratung erfolgt durch entsprechende ExpertInnen. Dies können JuristInnen, SozialarbeiterInnen oder andere dafür qualifizierte Berufsgruppen sein, im Einklang mit dem Rechtsdienstleistungsgesetz.⁷

Ergeben sich aus einem der Beratungsgespräche Hinweise auf besondere Schutzbedürftigkeit und/oder weitergehende Unterstützung oder Behandlung, dann muss diesen nachgegangen werden. Es erfolgt die qualifizierte Weitervermittlung und Sicherstellung des Bedarfs in einem angebotsorientierten System.

Beratung und Versorgung sind dabei ein permanenter Prozess und während des Asylverfahrens fortlaufend sicherzustellen. Die Schutzbedürftigkeit kann prinzipiell zu jedem Zeitpunkt des Aufenthaltes neu auftreten, z.B. Schwangerschaft, neue chronische Erkrankung, schwerwiegender familiärer Konflikt, zu einem späteren Zeitpunkt sich manifestierende Symptome einer Traumatisierung etc.

Anforderungen an den Prozess und Qualifikationsmerkmale der involvierten AkteurInnen: Zur Durchführung der Beratungsgespräche bedarf es einer Sprachmittlung durch unabhängige, qualifizierte DolmetscherInnen. Auf spezielle Bedarfe muss ggf. durch die Auswahl des Geschlechts, der ethnischen Herkunft, u.a. des Dolmetschers/der Dolmetscherin eingegangen werden.

Das für die Hinweisaufnahme zuständige Personal unterliegt in Bezug auf die Informationen, die es durch seine Arbeit erhält, der Verschwiegenheit nach dem Datenschutzgesetz bzw. einer Schweigepflicht, wie sie im einzelstaatlichen Recht definiert ist.

Die Hinweisaufnahme und Einschätzung der besonderen Bedarfe müssen im Rahmen eines persönlichen Gesprächs erfolgen⁸, welches an das Gegenüber angepasst werden muss (u.a. in Bezug auf die Kultur, die persönliche Sprache, Bildungshintergrund, Geschlecht, Erfahrungshintergrund, etc.). Das alleinige Abfragen von Symptomen, strikt orientiert an unserem westlichen Krankheitsbegriff, muss hier vermieden werden. Wichtig ist, dass Geflüchtete ein Gesprächsangebot erhalten, welches von einer Haltung geprägt ist, die verstehen will. Die Betroffenen müssen sich in einer ihnen angemessenen Form über ihr Befinden, ihre Bedürfnisse oder Ressourcen äußern können. Ihnen muss das Gefühl vermittelt werden, dass die Informationen aufgenommen und verstanden werden.

⁷ In Ausgestaltung der Art. 19, 22, 23 der Richtlinie 2013/32/EU des Europäischen Parlaments und des Rates.

⁸ Vgl. Leitlinien des European Asylum Support Office (2015) "Identification of Persons with Special Needs": In Provisional Glossary, Quality Tool on IPSN wird geklärt: *"the authorized agencies and organizations... have a responsibility for identifying the person as a possible victim and putting him or her in touch with the responsible authorities and support providers. First responders may include the police force, immigration authorities, border authorities, social services and certain NGOs."*

In Reception support, Personal interview und Post-interview actions (Seiten 43 – 48) werden die Bedingungen für das „Personal Interview“ aufgezeigt aber auch die daraus sich ergebende Weitervermittlungsrolle geklärt: *„Provide information on available assistance according to national practice. Assistance may be provided by other actors, such as non-governmental organizations, charities or community groups. The responsible officer could provide the applicant with information about such available assistance.“*

Das Personal, welches mit der gesundheitlichen Hinweisaufnahme befasst wird, muss daher geschult sein, sowohl im Erkennen von Hinweisen (u.a. auf Erfahrungen von Folter, Vergewaltigung und andere schwere Gewaltformen, Erscheinungsformen psychischer Belastung, psychische Störungen, etc.), als auch in Prinzipien der kultursensiblen Gesprächsführung, den Erfordernissen in Krisensituationen und für diesen besonderen Kontext.⁹ Es müssen Standards der Gesprächsführung beachtet bzw. eingehalten werden, u.a. um eine Reaktivierung von traumatischem Material zu vermeiden.

Während Hinweise auf besondere Schutzbedürftigkeit, bedingt durch hohes Alter oder Schwangerschaft eher offenkundig sind, sind Hinweise auf Behinderungen oder schwere Erkrankungen häufig nicht für Außenstehende „sichtbar“. Nur nach entsprechender Diagnostik feststellbar sind u.a. Behinderungen durch Tumorerkrankungen, Stoffwechselerkrankungen, Herzerkrankungen, Magen- und Darmerkrankungen, Rheuma, Allergien, chronische Schmerzen, HIV, etc. Auch Hinweise auf psychische Störungen oder die Erfahrung von Folter, Vergewaltigung oder sonstigen schweren Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt sind schwierig zu erkennen.

Derartige Hinweise ergeben sich nicht nur, wenn AsylbewerberInnen explizit darüber berichten, sondern auch, wenn Fluchtgründe und -umstände vorliegen, die solche Gewalterlebnisse wahrscheinlich erscheinen lassen. Hinweise können sich somit nicht nur aus Berichten der AsylbewerberInnen ergeben, sondern auch aus den Erfahrungen und Beobachtungen des Fachpersonals. Daher muss die tiefergehende Exploration und Diagnostik zwingend von den dafür vorgesehenen Fachstellen bzw. Fachkräften vorgenommen werden.

Zur Strukturierung des Gesprächs und um sicherzustellen, dass keine wesentlichen Aspekte übersehen werden, können unterstützend Fragebögen eingesetzt werden. Screening- oder sonstige Fragebögen sind lediglich als eines der Instrumente zur Informationsgewinnung zu behandeln und ersetzen nicht die fachspezifische Diagnostik und Exploration im Rahmen eines persönlichen Gesprächs.¹⁰ Mit dem Refugee Health Screener – 15 (RHS-15) existiert beispielsweise ein validierter Screening-Fragebogen zur Erfassung der seelischen Belastung, der speziell für Geflüchteten-Populationen entwickelt wurde. Er ist zwar ökonomisch in der Durchführung, in Bezug auf Hinweise für häufig vorzufindende psychische und Verhaltensstörungen zeigt die Erfahrung jedoch, dass auch hier ein klärendes persönliches Gespräch notwendig ist. Die meisten Screening-Fragebögen sind v.a. symptomorientiert konzipiert und konzentrieren sich lediglich auf die im westlichen Teil der Welt auftretenden Symptome. Ihre Validität im transkulturellen Kontext wird dadurch eingeschränkt.

2) Fachspezifische Bedarfsermittlung

Je nach Art der Hinweise wird an eine Fachstelle mit dem entsprechenden Arbeitsschwerpunkt vermittelt. Die fachspezifische Feststellung muss von dafür qualifizierten unabhängigen Einrichtungen oder Personen und in einem geschützten Rahmen stattfinden. Es erfolgt eine qualifizierte, verbindliche Ermittlung der Bedarfe, ggf. Diagnostik und Erstversorgung bzw. Einleitung der nötigen Behandlung. Neben der medizinischen bzw. psychologischen Qualifikation

⁹ „Das Betreuungspersonal für Opfer von Folter, Vergewaltigung und anderen schweren Gewalttaten muss im Hinblick auf die Bedürfnisse der Opfer adäquat ausgebildet sein und sich angemessen fortbilden...“ (Art. 25 Abs. 2 EU-Aufnahmerichtlinie).

¹⁰ Vgl. Leitlinien des European Asylum Support Office (2015) “Identification of Persons with Special needs”.

der Fachkräfte sind die Arbeit mit DolmetscherInnen sowie transkulturelle Kompetenzen Voraussetzung.

Um die Zugehörigkeit zu den Schutzkategorien „Psychische Krankheit“ und „Opfer von Folter und Gewalt“ zu ermitteln, ist eine medizinische und psychotherapeutische Exploration zwingend erforderlich. Dabei ist die subjektive Verfasstheit der Betroffenen - mit unterschiedlichen (ethnischen) Hintergründen - einzubeziehen. Die Sichtweise der Geflohenen über pathologischen Reaktionen nach möglicher extremer Belastung über erfahrenes Leid ist u.U. sehr unterschiedlich. Ihr gesellschaftlich und kulturell geprägtes Krankheits- und Gesundheitsverständnis muss für die professionelle Bewertung berücksichtigt werden. Das subjektive Krankheits- oder Gesundheitsverständnis traumatisierter Geflüchteter ist mit dem Konzept der Posttraumatischen Belastungsstörung und den gängigen Diagnose-Manualen (DSM V oder ICD 10) nicht ohne weiteres zu erfassen. Es bedarf einer Erweiterung bzw. eines holistischen Konzeptes um die Verfasstheit von Geflüchteten zu erkennen und zu verstehen. Diese muss neben den kulturspezifischen Elementen auch die soziale Situation und die grundsätzliche Unsicherheit im Aufenthalt einbeziehen.

Die fachspezifische Feststellung muss durch entsprechende Fachstellen/Fachkräfte wie die Psychosozialen und/oder Behandlungszentren, Ambulanzen oder Kliniken bzw. PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen in freier Praxis durchgeführt werden, die für die Feststellung der Bedarfe von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen qualifiziert und entsprechend ausgestattet sind. Die spezialisierten Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer verfügen über langjährige Erfahrung in der Feststellung und Frühversorgung von besonders schutzbedürftigen, insbesondere traumatisierten Menschen und können ein umfassendes Konzept von Feststellung, Diagnostik, Frühversorgung und Kriseninterventionen zur Verfügung stellen.

Bei Personen mit psychischen Störungen sowie Opfer von Folter und anderen schweren Formen von Gewalt sind für die Feststellung in der Regel vorzusehen: 5 Stunden psychologische Diagnostik, 1 Stunde Sozialanamnese, 1 Fachleistungsstunde. Die Anamnese muss u.a. umfassen: soziale Anamnese, Anamnese der psychischen und körperlichen Gesundheit, biographische Anamnese einschließlich traumatischer Lebensereignisse, Behinderungen, Fluchtursachen und besondere Bedarfe. Gegebenenfalls müssen die physischen Folgen erlittener Gewalt durch medizinische Fachkräfte dokumentiert werden. Bei Anamnese und Diagnostik müssen Qualitätsstandards eingehalten werden, um einer möglichen Destabilisierung oder Reaktivierung von traumatischem Material vorzubeugen sowie eine psychische Dekompensation zu vermeiden. Es gilt: 'do no harm' (Anderson, 1999).¹¹ Als Ergebnis soll resultierend aus den besonderen Bedarfen der Person eine Empfehlung bezüglich der Indikation für weiterführende Behandlungen, Betreuungsangebote etc. verfasst werden, die dem Betroffenen zur Verfügung gestellt wird.

Im somatischen Bereich erfolgt die Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit wie u.a. schwere körperliche Erkrankungen, Behinderungen oder körperliche Spuren von Folter und Gewalt durch ein speziell qualifiziertes Netzwerk¹² bestehend aus Haus- und FachärztInnen, die eine dolmetschergestützte Anamnese, Diagnostik, Erstversorgung und Weitervermittlung vornehmen können. Bei Bedarf sind eine erste Not- oder Frühversorgung bzw. Kriseninterventionen zu gewährleisten.

Die Dokumentation traumatischer Erlebnisse wie z.B. Folter, Kriegsgewalt oder geschlechtsspezifische Gewalt muss auch dann in der Anerkennung einer besonderen

¹¹ Anderson (1999): Do No Harm – How Aid Can Support Peace – Or War.

¹² Die Liste der im Netzwerk aufgeführten ÄrztInnen obliegt der Fachaufsicht der Landesärztekammern.

Schutzbedürftigkeit z.B. auch in Bezug auf materielle und soziale Bedingungen resultieren, wenn zum aktuellen Zeitpunkt keine krankheitsbedingte Symptomatik zu erkennen ist.

3) Leistungsgewährung

Die Leistungsgewährung erfolgt bei Feststellung eines Versorgungsbedarfs durch den dafür zuständigen Leistungsträger (Sozial- oder Gesundheitsamt/-Behörde/Krankenkasse).

Ziel ist es, möglichst schnell die nötigen Hilfen oder eine Behandlung in die Wege zu leiten.

Bis zur Umsetzung des oben beschriebenen Verfahrens soll sichergestellt werden, dass die Feststellung eines Schutzbedarfs und die daraus abgeleiteten Bedürfnisse, die schon jetzt von ausreichend qualifizierten Stellen getroffen werden, für die Verwaltungsentscheidung über die Gewährung psychotherapeutischer bzw. medizinischer Hilfen entscheidungsrelevant sind.

Für die bereits in Deutschland lebenden AsylbewerberInnen ist sicherzustellen, dass auch sie Zugang zur Feststellung eines u.U. vorliegenden Schutzbedarfs erhalten und darüber informiert werden.

Das Vorliegen eines Schutzbedarfs ist insbesondere auch bei der Entscheidung über Zuweisung, Wohnsitzauflage, Umverteilung und Zuweisung einer Unterkunft zu berücksichtigen. Sollen die Ansprüche auf Berücksichtigung der entsprechenden Bedürfnisse nicht ins Leere laufen, müssen entsprechende Versorgungsangebote, familiäre Unterstützung, u.a. in der Praxis erreichbar sein.

Anlage II:

Regelungen für die Abrechnung von nötigen ambulanten Psychotherapien

Auf die speziellen Versorgungsbedarfe Geflüchteter kann durch PsychotherapeutInnen in der gesundheitlichen Regelversorgung nicht ausreichend reagiert werden. Die PsychotherapeutInnen in den Psychosozialen Zentren bedienen daher mit jährlich weit über 3.600 Psychotherapie-KlientInnen nicht nur im Einzelfall einen spezifischen Sonderbedarf, sondern sie nehmen einen Versorgungsauftrag wahr, dem die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger nachkommen müssen. Wir fordern dazu auf, approbierte PsychotherapeutInnen in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – auch ohne GKV-Zulassung - zur entsprechenden Behandlung zu ermächtigen. Nach § 31 Absatz 1 Ärzte-ZV können die Zulassungsausschüsse über den Kreis der zugelassenen Vertragspsychotherapeuten hinaus weitere in Einrichtungen tätige PsychotherapeutInnen zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um einen begrenzten Personenkreis zu versorgen. Diese Regelung bezieht sich zwar insbesondere auf Einrichtungen der Krankenbehandlung, Rehabilitation und Pflege, aber auch andere Einrichtungen, wie die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer fallen darunter.¹³

Das Genehmigungsverfahren für ambulante Psychotherapien darf nicht unterhalb der Standards geregelt werden, welche die GKV für andere PatientInnengruppen vorgibt. Sollten die Sozialbehörden Leistungsträger nach AsylbLG bleiben, dann müssen einheitliche Verfahrensvorschriften festgelegt werden, die klar die Qualifizierung der behandelnden PsychotherapeutInnen, die Antragsform, die Bearbeitungskriterien und -fristen sowie die Qualifizierung der BegutachterInnen regeln. Dabei muss das Patientenrechtegesetz auch für Geflüchtete Anwendung finden¹⁴.

¹³ Da davon auszugehen ist, dass die vorhandenen Kapazitäten den Versorgungsbedarf qualitativ und quantitativ nicht abdecken können, fordern wir ebenfalls, aufgrund der besonderen Indikation und der besonderen Expertise in den Psychosozialen Zentren auch in sonstigen wissenschaftlich anerkannten Behandlungsverfahren fortgebildete ÄrztInnen, PsychologInnen, PädagogInnen sowie entsprechend zugelassene Berufsgruppen unter fachlicher Aufsicht qualifizierter ärztlicher und psychologischer PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen analog abzurechnende Behandlungen zu erlauben.

¹⁴ So muss z.B. gemäß § 13 Abs. 3a SGB V über einen Antrag innerhalb von drei, bei Einschaltung eines Gutachters binnen fünf Wochen entschieden oder dem/der PatientIn die Gründe für die Nichtentscheidung mitgeteilt werden, andernfalls gilt der Antrag als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die GKV zur Erstattung der Kosten verpflichtet.