



**Gesundheit
für Geflüchtete**

Kampagne von Medibüros/Medinetzen

stellv. Medizinische Flüchtlingshilfe Göttingen e.V.
c/o Migrationszentrum Göttingen
Weender Straße 42
37073 Göttingen
E-Mail: info@gesundheit-gefluechtete.info

**Stellungnahme von Medibüros und Medinetzen
in Deutschland
zur Öffentlichen Anhörung
des Ausschusses für Gesundheit**

zu den Anträgen der

Fraktion DIE LINKE.

„Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende
diskriminierungsfrei sichern“
BT-Drucksache 18/7413

und

der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

„Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von
Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern“
BT-Drucksache 18/6067

3. Juni 2016

Inhaltsverzeichnis

I Vorbemerkung

II Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.

- 1. Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf geflüchteter Menschen**
- 2. Leistungsgrundlage gemäß dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung**
 - 2.1 Leistungen nach dem AsylbLG
 - 2.2 Interpretationen des Leistungsumfang nach AsylbLG
 - 2.3 Leistungen gemäß dem GKV-Katalog ausgestalten
- 3. Ungleichheit beim Leistungszugang**
 - 3.1 Zugang mittels Krankenschein
 - 3.2 Zugang mittels Gesundheitskarte
- 4. Heterogene und vielerorts unzureichende Versorgungssituation**

III Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

- 1. Psychotherapeutische Versorgung in den Leistungskatalog des AsylbLG aufnehmen**
 - 1.1 Traumafolgestörung als häufige Erkrankung
 - 1.2 Psychotherapie als Standard bei Posttraumatischer-Belastungsstörung
- 2. Beispielhafte Verfahren zur Ermittlung besonders Schutzbedürftiger**
- 3. Sicherstellung der Finanzierung von Dolmetscherkosten**
- 4. Ausstattung Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer**

IV Fazit

I. Vorbemerkung

Medibüros und Medinetze, teilweise auch Medizinische Flüchtlingshilfe¹ oder mit anderen Namen genannt, sind Vermittlungsstellen, die an 34 Standorten in Deutschland tätig sind. Migrant*innen und Geflüchtete werden – unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus – unentgeltlich in medizinische Behandlung vermittelt, da sie durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) oder durch anderweitige unregelmäßige Krankenversorgung nicht die notwendige Versorgung im regulären Gesundheitssystem erhalten. Dies erfolgt über Sprechstunden, je nach Größe der Stadt ein- oder mehrmals in der Woche, und über ein Netzwerk von 500 bis 1000 Ärzt*innen, Krankenhäusern und weiteren Leistungserbringern im Gesundheitswesen, die kostenlose oder sehr kostengünstige Behandlungen durchführen.

Wir haben es mit Menschen zu tun, deren Krankenbehandlung durch Sozialämter oder (seltener) Amtsärzt*innen abgelehnt oder nicht rechtzeitig umgesetzt wird, daneben mit Bürger*innen anderer EU-Länder ohne Krankenversicherung, die ihre geringen Rechte auf Nothilfe nur schwer realisieren können. Unsere eigentliche Zielgruppe sind Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus, welche aus Angst vor sofortiger Abschiebung keine Ämter und Arztpraxen aufsuchen.

Die ehrenamtlichen Mitarbeiter*innen der Medibüros/Medinetze sind so der medizinischen Versorgungssituation und den damit verbundenen Problemlagen ständig praktisch gegenübergestellt.

Die Anträge der Fraktion DIE LINKE.: „Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern“ (BT-Drucksache 18/7413) und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern“ (BT-Drucksache 18/6067) haben zum Ziel, die medizinische Versorgung, letzterer insbesondere die psychotherapeutische Versorgung, bedarfsgerecht sicherzustellen und zeigen damit einige grundlegende Herausforderungen der aktuellen Versorgungssituation von Migrant*innen und Geflüchteten auf.

Unberücksichtigt sind in den Anträgen hingegen die Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus, die außer in Notfällen keinen geregelten Zugang zu medizinischer Versorgung haben.

II. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion DIE LINKE.

1. Gesundheitszustand und Versorgungsbedarf geflüchteter Menschen

Die Erkrankungen unserer Klient*innen sind durch die spezifische Biografie und prekäre Lebenssituation geprägt. Sehr viele kommen aus Ländern, in denen Krieg, Gewalt oder gewalttätige Verfolgung von Minderheiten zur alltäglichen Lebensrealität gehören. Eine Mehrheit hat eine längere und überwiegend belastende Fluchtgeschichte. Viele leiden unter Existenzängsten und dauernder Unsicherheit über ihren Verbleib in Deutschland. Multimorbidität und psychische Erkrankungen sind überdurchschnittlich häufig, der Gesundheitszustand ist zum Teil wesentlich beeinträchtigt.

2. Leistungsgrundlage gemäß dem Katalog der gesetzlichen Krankenversicherung

2.1 Leistungen nach dem AsylbLG

Der Leistungsumfang der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter ist in den §§ 4, 6 AsylbLG geregelt. Eine medizinische Versorgung ist im Krankheitsfall (bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen) zu gewährleisten, einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln, sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen. Zudem sind die amtlich empfohlenen Schutzimpfungen inbegriffen, ebenso wie alle Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt (Vgl. § 4 AsylbLG). Darüber hinaus können laut der Öffnungsklausel § 6 AsylbLG „sonstige Leistungen [...] insbesondere [...] wenn sie im Einzelfall

¹ Im Folgenden wird der Begriff Medibüros/Medinetze stellvertretend für alle Formen verwendet.

zur Sicherung [...] der Gesundheit unerlässlich“ sind, abgerechnet werden. Die zuständigen Sozialbehörden haben die Verpflichtung, die Leistungen sicherzustellen (sog. Sicherstellungsauftrag). Die Definition der unbestimmten Rechtsbegriffe „akuter Erkrankungen“ und „Schmerzzustände“, wie sie dem Wortlaut des § 4 AsylbLG zu entnehmen sind, ist medizinisch nicht nachvollziehbar und führt in der Praxis regelmäßig zu Verunsicherung.

2.2 Interpretationen des Leistungsumfangs nach AsylbLG

Viele Ärzt*innen und Leistungserbringer sind angesichts der eingeschränkten und unbestimmten Gesetzesvorgaben stark verunsichert darüber, welche Erkrankungen sie behandeln dürfen. Manche fürchten, die Erfüllung ihrer ärztlichen Pflicht könnte unter bestimmten Umständen rechtswidrig sein. Daher neigen manche Arztpraxen und noch mehr Krankenhäuser als auch Gerichte dazu, diese Menschen unbehandelt oder nur mit Notmaßnahmen weiterzuschicken.

*Zum Beispiel hatte der Landkreis Greiz im Jahr 2000 die Behandlung einer schweren und schmerzhaften Hüftgelenks-Nekrose eines jungen Patienten trotz Indikationsstellung durch vier Ärzt*innen (darunter eines Amtsarztes) abgelehnt, weil „gegenwärtig keine akute Gefahr für Leib oder Leben des Klägers“ bestehe. Angesichts weit fortgeschrittener Verschlechterung der Krankheit bestätigte das Verwaltungsgericht diese Ablehnung im Jahr 2003. Das Gericht begründete: „Insoweit besteht gerade kein Anspruch auf die optimale Behandlung, solange der bestehende Zustand, etwa durch das Beziehen körperlicher Hilfsmittel erträglich gestaltet werden kann“.²*

Aufgrund der Diskussion über die eingeschränkte Versorgung fürchten Ärzt*innen um ihre Bezahlung oder halten weitergehende Behandlung für strafbar und schränken teilweise unrechtmäßig und voreilig ihre Behandlung ein. Zum anderen verläuft die juristisch vorgegebene Abgrenzung von „akuten“ und „schmerzhaften“ zu anderen Erkrankungen nicht entlang der medizinischen Praxis. Viele chronische Erkrankungen werden unbehandelt kurz- oder mittelfristig akut (z. B. Diabetes mellitus). Nicht immer ist zu Beginn einer Erkrankung absehbar, in welche Richtung oder wie schwer sie verlaufen wird (z. B. Leberschaden, Arthrose). Frühzeitige Behandlung bzw. Aufklärung zu harmlosen Erkrankungen verhindern mögliche folgende akute und schwere Erkrankungen (z. B. Erkältung mit Folge Bronchitis oder Lungenentzündung).

Ärztliche Tätigkeiten unterliegen Leitlinien, die durch Untersuchung, Prävention und frühzeitige Behandlung in Form von standardisierten Abläufen schwere Erkrankungen verhindern sollen. Nach diesen Leitlinien warten Ärzt*innen niemals bis Erkrankungen akut und schwer geworden sind. Der Staat greift durch seine Asylgesetzgebung in diese medizinisch und kostenmäßig sinnvollen Abläufe des Gesundheitswesens ein. Das Resultat sind Unsicherheit, Mehrarbeit, Ineffizienz im Ablauf mit der Folge einer dysfunktionalen Versorgung der Betroffenen, mit späteren gravierenden Schäden und/oder langem Leiden.

Beispiel: Ein Geflüchteter aus dem Abschiebegefängnis wurde mit dem Verdacht auf eine Herzerkrankung einer Kardiologin vorgestellt. Die Ärztin wusste, dass sie nach AsylbLG behandeln soll und ist davon ausgegangen, dass teure Behandlungen nicht inbegriffen sind und sie auch kostenintensivere Untersuchungen nicht bezahlt bekommen würde. Sie leitete eine oberflächliche Untersuchung ein und stellte dabei keine schwerwiegende Grunderkrankung fest. Sie schrieb den Mann gesund. Da die Symptome blieben, zog ein Rechtshelfer in persönlichem Engagement einen anderen Kardiologen hinzu, der den Patienten ebenfalls untersuchte. Dieser diagnostizierte eine schwere und dringend behandlungsbedürftige Herzerkrankung. Es wurde im Nachhinein festgestellt, dass die eingeschränkte Untersuchung der Kardiologin rechtlich und medizinisch nicht gedeckt war. In der Regel werden die Folgen solcher unrechtmäßigen Minderversorgung nicht öffentlich.

² Urteil VG Gera: AZ 6 K 1849/01 GE

Der § 6 AsylbLG gilt als Auffangregelung für unbedingt zu behandelnde Einzelfälle. Die Behandlung mittelfristig bedrohlicher chronischer Krankheiten und vor allem Psychotherapien insbesondere für Traumatisierte sollen hierüber ermöglicht werden. In der Praxis wird diese Öffnungsklausel sehr unterschiedlich ausgestaltet – in Schleswig-Holstein z. B. werden darüber öfter Leistungen gewährt, in Niedersachsen hingegen sehr selten.

Das nachfolgende Beispiel verdeutlicht die möglichen Folgen:

Im bayerischen Neuburg an der Donau nahm sich 2013 ein Asylsuchender das Leben, nachdem das zuständige Landratsamt dem schwer traumatisierten ehemaligen Kindersoldaten die ärztlich empfohlene Psychotherapie vorenthalten hatte.³

Ende vergangenen Jahres hat das Sächsische Staatsministerium für Soziales und Verbraucherschutz gemeinsam mit der Landesdirektion Sachsen zur Gesundheitsversorgung eine „Interpretationshilfe nach AsylbLG“ herausgegeben. Diese soll als Handreichung zu Fragen der gesundheitlichen Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG dienen und wurde in einigen Kommunen Sachsens als Weisung angeordnet. Der Leistungsumfang wird in dieser Interpretationshilfe sehr eng gefasst, was sich beispielsweise an der gynäkologischen Versorgung zeigt. So heißt es in dem Papier aus Sachsen, dass die behandelnde gynäkologische Fachärzt*in „sofern es sich nicht um Standarduntersuchungen der Schwangerschaftsvorsorge handelt, vor weiteren diagnostischen Schritten eine Kostenzusage einholen muss (Labor, Genetik, normale Vorsorge, etc.)“. Dies entspricht nicht den anerkannten Rechtskommentierungen⁴, wonach gemäß § 4 Abs. 3 alle Leistungen entsprechend der gesetzlichen Krankenversicherung zu gewährleisten sind und zwar ohne Vorbehalte einer Kostenerstattung, welche bei einer Öffnungsklausel denkbar sind. Ebenso werden gemäß § 4 Abs. 1 Satz 2 medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen gewährt, welche nach der Rechtskommentierung auch die gynäkologischen Vorsorgeuntersuchungen einbeziehen. In der Interpretationsrichtlinie heißt es dagegen; „Reguläre Vorsorgeuntersuchungen sind nicht möglich.“

Die vielzähligen Beispiele verdeutlichen die Schwierigkeit in der Interpretation und Umsetzung der unbestimmten Rechtsbegriffe, die zu oft zu medizinisch und humanitär unsinnigen Ausgrenzungen führen bzw. als konkrete Handlungsanweisungen nicht brauchbar sind. Hier besteht dringender Handlungsbedarf.

2.3 Leistungen gemäß dem GKV-Katalog ausgestalten

Mancherorts – wie in Bremen und Hamburg, seit kurzem auch in NRW, Brandenburg und Berlin – werden die §§ 4, 6 AsylbLG dahingehend verfassungskonform ausgelegt, sodass das Niveau der Gesundheitsleistungen weitgehend dem der gesetzlichen Krankenversicherung nach dem SGB V entspricht.

Dies kommt dem Versorgungsumfang nahe, den die Medibüros/Medinetze als ärztlich geboten ansehen. In etlichen Bundesländern und vielen Orten ist dies nicht einmal für besonders schutzbedürftige Menschen – u. a. Minderjährige, schwangere Frauen, und Menschen mit schweren und psychischen Erkrankungen und mit Behinderungen – gewährleistet.

3. Ungleichheit beim Leistungszugang

3.1 Zugang mittels Krankenschein

Die Unterschiede hinsichtlich der Umsetzung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden innerhalb Deutschlands sind groß und nehmen zu. Abhängig von den Regelungen in der jeweiligen Kommune, haben Asylsuchende entweder eine elektronische Gesundheitskarte, mit der sie direkt zur Ärzt*in gehen können, oder sie müssen sich einen Krankenschein beim Sozialamt abholen, um Zugang zu ärztlicher Versorgung zu erhalten. Diese uneinheitliche Handhabung in den einzelnen Kommunen führt zu einer sehr unterschiedlichen Versorgungslage von Asylsuchenden.

³ Kleine Anfrage Bündnis 90/ Die Grünen, BT Drucks. 18/1934

⁴ Siehe bspw. Frerichs 2014: Rn. 55: Abzurufen unter: <http://gesundheit-gefluechtete.info/leistungsanspruch-und-umfang-%C2%A7%C2%A7-4-6-asylblg/>

Insbesondere ist hier die Ausgabepraxis der Krankenscheine durch nicht medizinisches Personal äußerst fragwürdig. Nur in wenigen Fällen wird der Mehraufwand eines ärztlichen Gutachtens unternommen. In der Regel entscheiden medizinische Laien, ob eine Behandlung genehmigt wird oder nicht. Teilweise wird offenkundig nach finanziellen Kriterien entschieden oder diskriminierend vorausgesetzt, dass Asylsuchende mehr Schmerzen aushalten müssen, ungeachtet der gesetzlichen Bestimmungen.

Beispiel: 2014 wurde einem 5-jährigen Jungen die Narkose für eine massive Zahnbehandlung (9 Zähne behandelt bzw. gezogen) trotz Vorlage eines ärztlichen Attests vom Sozialamt verweigert. Auch ein ärztliches Gutachten wurde verweigert. Die Begründung war, dass ihm eine Narkose nicht zustünde und er die Schmerzen aushalten müsse.

Für alle Betroffenen – ob Asylsuchende*r bzw. Geduldete*r oder Ärzt*innen, Mitarbeitende von Krankenhäusern und Apotheken – bleibt diese Handhabung undurchschaubar und erscheint oft willkürlich. Selbst innerhalb eines Sozialamts entscheiden Sachbearbeiter*innen teilweise unterschiedlich. Oftmals zeigt die Praxis, dass sich Anrechte und Behandlungschancen vor Ort kaum klären lassen. In Berlin oder Göttingen beispielsweise sind Mitarbeiter*innen des Sozialamtes meist nicht erreichbar, bei persönlicher Vorsprache gibt es nicht nur lange Wartezeiten, sondern Zeitdruck und große Verständigungs- und Verständnisschwierigkeiten, selbst für deutschsprachige Helfer*innen. So entstehen lange Wartezeiten, die die medizinische Behandlung verzögern oder sogar verhindern.

3.2 Zugang mittels Gesundheitskarte

Im vergangenen Jahr ist in vielen Bundesländern die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte verhandelt worden. Die Karte ermöglicht für die Betroffenen einen direkten Zugang zu den Leistungserbringern und überwindet somit viele Problematiken des Krankenscheines. In den Stadtstaaten ist sie durchgängig eingeführt worden, in Schleswig-Holstein ganz überwiegend erreicht. In anderen Flächenländern (z. B. Nordrhein-Westfalen, Niedersachsen) hingegen, können die Kommunen bzw. Landkreise nach Belieben dieser Versorgungsregelung beitreten. Andere Länder (z. B. Bayern, Sachsen) entziehen sich grundsätzlich dieser Versorgungsmöglichkeit.

Die Regelungen bzgl. des Zugangs zur medizinischen Versorgung wurden also je nach Land, Gemeinde und kommunaler Verwaltungspraxis noch uneinheitlicher und bleiben häufig undurchschaubar. Dabei ist die Einführung der Gesundheitskarte grundsätzlich als positiv zu bewerten.

Wir nehmen deutlich wahr, dass viele Akteure im Gesundheitswesen durch die unvorhersehbaren und uneinheitlichen Regelungen und Verwaltungspraktiken im Zugang zur medizinischen Versorgung verunsichert sind; auch dies beeinträchtigt die Versorgung von Asylsuchenden und Geduldeten. Eine besondere Kennzeichnung der Gesundheitskarten für Asylsuchende halten wir für kontraproduktiv, denn sie setzt die Verunsicherung bei den Behandlungsstellen fort und wirkt einem diskriminierungsfreien Zugang, der u. a. durch die Karte erreicht werden soll, entgegen.

4. Heterogene und vielerorts unzureichende Versorgungssituation

Die entsprechend gravierenden und häufig verschleppten Krankheiten treffen auf eine äußerst ungleiche Versorgungssituation in Deutschland. Ob an einem Ort die notwendige Behandlung geleistet wird, entscheidet sich in intransparenten, uneinheitlichen Verfahren, die Spielraum für Willkür lassen; von hinreichender Versorgung weitgehend nach dem Leistungskatalog gesetzlicher Krankenversicherungen bis zu äußerst restriktiver Entscheidungspraxis nach dem Maßstab, nur ‚Lebensbedrohliches‘ zu genehmigen, findet sich im Umkreis unserer 34 Standorte alles wieder.

Wir halten es nicht für sachgerecht, den Zugang zu medizinischer Versorgung in Abhängigkeit der einzelnen Kommunen zu gestalten und fordern demnach eine einheitliche Regelung auf Bundesebene, die das Menschenrecht auf Gesundheit umsetzt und die Gesundheitsversorgung analog zu der gesetzlichen Krankenversicherung sicherstellt.

Wir betonen, dass Menschen ohne Aufenthaltsstatus nach wie vor von erreichten Verbesserungen ausgeschlossen sind, mit Ausnahme von Niedersachsen⁵. Den Betroffenen sollte ermöglicht werden nach eigenem Ermessen Leistungserbringer im Gesundheitswesen aufzusuchen.

III. Stellungnahme zum Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

1. Psychotherapeutische Versorgung in den Leistungskatalog des AsylbLG aufnehmen

1.1 Traumafolgestörung als häufige Erkrankung

Psychische Erkrankungen können bei Geflüchteten wesentlich häufiger auftreten als in der Allgemeinbevölkerung, da mit der Flucht in der Regel der Verlust des sozialen Umfeldes und des Wohnsitzes sowie traumatische Ereignisse einhergehen können. Hinzu kommen die nach der Flucht lange Zeit andauernden ungesicherten, isolierenden und sozial wie rechtlich eingeschränkten Situationen in der BRD.

Je nach Schwere und Häufigkeit können traumatische Ereignisse die individuellen Ressourcen des Einzelnen übersteigen, das Selbst- und das Weltbild schwer erschüttern und nicht integrierbar sein. Jedoch löst nicht jedes Trauma eine Folgestörung aus. Viele Geflüchtete erleben aber sowohl schwere als auch mehrfach traumatische Ereignisse. Menschen, die eine psychische Störung aufgrund wiederholt erlebter traumatischer Ereignisse entwickeln sind meist stark eingeschränkt ihren Alltag und ihr Leben zu bewältigen.

Als Medibüros/Medinetze haben wir häufig Kontakt mit Geflüchteten, die mit dem Anliegen um Hilfe bei Traumafolgestörungen zu uns kommen.

1.2 Psychotherapie ist Standard bei Posttraumatischer-Belastungsstörung

Die psychotherapeutische Behandlung, ggf. durch Medikation ergänzt, ist die gewandteste Methode für Traumafolgeerkrankungen. In 80 % der Fälle kann durch sie eine deutliche Besserung bis zum vollständigen Abklingen der Symptomatik erreicht werden.

Unverständlich ist demnach, dass gerade der Zugang zu psychotherapeutischer Behandlung für Geflüchtete laut dem Leistungskatalog des Asylbewerberleistungsgesetzes nicht vorgesehen ist (bzw. nur ggf. über die Öffnungsklausel § 6 AsylbLG ermöglicht wird).

Beispiel: Frau G. floh 2014 aus der Ukraine nach Deutschland. Wenige Tage zuvor hatten Soldaten ihren Nachbarn vor ihren Augen erhängt. Sie stand unter dem Schock aufgrund des plötzlichen und brutalen Mordes. In Deutschland angekommen hat sie lediglich die Möglichkeit über das MediNetz Bremen einen zeitnahen Termin bei einer Trauma-Therapeutin zu bekommen, die sie unentgeltlich behandelte. Eine hinzugezogene Dolmetscherin mit traumasensibler Weiterbildung konnte durch Spenden bezahlt werden. Frau G. erhielt stabilisierende Sitzungen und lernte mit dem Ereignis umzugehen.

Gelungene und frühzeitige psychotherapeutische Interventionen zur Vermeidung von Folgestörungen sind bisher Einzelfälle. In der Praxis erhält nur ein Bruchteil der Geflüchteten mit einer Traumafolgestörung eine psychotherapeutische Behandlung. Der Leistungskatalog des Asylbewerberleistungsgesetzes erlaubt eine Psychotherapie lediglich nach aufwendiger gesonderter Antragstellung in Einzelfällen, häufig wird in der Praxis höchstens eine Kurzzeittherapie genehmigt. Nach 15 Monaten ist der Zugang zur Psychotherapie gegeben, allerdings betragen die Wartezeiten für die Traumabehandlung und dazugehörige Sprachmittlung mehrere Jahre. Diese Praxis steht in diametralem Gegensatz zur EU Richtlinie 2013/13/EU, die Deutschland verpflichtet, besonders Schutzbedürftige in angemessener Weise Gesundheitsleistungen zu gewähren. In der Richtlinie werden ausdrücklich Personen mit psychischen Störungen und Opfer von Folter und Gewalt als

⁵ Nach § 1a des AsylbLG dürfen Menschen und ihre Angehörigen, denen unterstellt wird, sie seien nur zur Nutzung sozialer Leistungen zugewandert, und solche, die falsche Angaben über ihre Person oder auch nur Fehler in ihren Angaben gemacht haben, bei Krankheit nur nach § 4 behandelt werden; selbst medizinisch zwingende Einzelfälle sind nicht zugelassen. Die Ausweitung dieses Paragraphen hat die Gruppe der Betroffenen mit dieser grundsätzlich defizitären Gesundheitsversorgung erheblich erweitert; es zählen nun auch alle Menschen ohne gültigen Aufenthaltsstatus dazu.

schutzbedürftig benannt. Chronifizierungen sind die Folge von Nicht- oder verzögerter Behandlung und vom Verbleiben in oft retraumatisierenden Umständen (z. B. gefängnisähnliche Massenunterkunft bei Menschen mit Foltererfahrungen, männliches Sicherheitspersonal für Vergewaltigungsoffer von Grenz- oder sonstigen Soldaten).

2. Beispielhafte Verfahren zur Ermittlung besonders Schutzbedürftiger

In Friedland/Göttingen und in Hamburg gibt es erste Ansätze für gezielte, frühzeitige, diagnostische Verfahren bei Traumafolgestörung von Erwachsenen. Es soll eine ggf. vorliegende psychische Störung bei Geflüchteten bereits kurz nach Ankunft untersucht und möglicherweise diagnostiziert werden. Die Konzepte versuchen durch niedrigschwellige Zugänge zu psychiatrischer Erstdiagnostik in den zentralen Aufnahmestellen den Weg zur Behandlung zu bereiten. Ziel ist, möglichst frühzeitig die Entwicklung von Traumafolgestörungen etwas entgegen zu setzen. Die Konzepte sind damit erste Versuche der Umsetzung der EU-Richtlinie 33/2013 in Bezug auf die Gruppe der traumatisierten Erwachsenen. Es ist sinnvoll und notwendig diese Konzepte weiter zu entwickeln und auszubauen.

3. Sicherstellung der Finanzierung von Dolmetscherkosten

In den vergangenen Jahren ist Mehrsprachigkeit und Kultursensibilität in der Psychotherapie in den Blick genommen worden. Eine direkte sprachliche Kommunikation zwischen Patient*in und Psychotherapeut*in ist einer Übersetzung vorzuziehen. Dennoch sind nach wie vor die meisten Therapien auf Übersetzungen oder wenigstens Sprachmittlungen angewiesen. Qualifizierte und in diesem Fall zudem traumasensible Sprachmittlung ist für die Psychotherapie unerlässlich. Diese Kosten können über die reguläre Krankenversicherung jedoch nicht finanziert werden. Anträge über das Sozialamt sowie nach 15 Monaten über das Jobcenter werden selten bewilligt, sind äußerst aufwendig, und setzen bis zur Bewilligung eine sehr lange Wartezeit voraus. Dieser Umstand ist gesetzlich sicherzustellen, sodass bei Bedarf die Dolmetscher*innenkosten gedeckt sind und somit eine notwendige Versorgung sachgerecht erfolgen kann.

4. Ausstattung Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Psychosoziale Zentren übernehmen einen wichtigen Beitrag in der Behandlung psychisch erkrankter und traumatisierter Geflüchteter. Neben ihrer psychotherapeutischen und sprachlichen Kompetenz setzen sie Angebote vielfältigster Art ein. Die nichtsprachlichen Angebote sind eine wichtige Ergänzung für die Menschen, bei denen der Zugang zur sprachzentrierten Therapie eingeschränkt gegeben ist.

Beispiel: Herr N. floh 2005 mit seiner Familie vor dem Krieg im Kosovo. Er hat damit seine berufliche Existenz verloren und konnte seine Familie nicht mehr ernähren. In Deutschland wartete er über viele Jahre auf eine Anerkennung im Asylverfahren und einen beruflichen Wiederbeginn. 2011 versuchte er das erste Mal sich das Leben zu nehmen. Seitdem wurde er fünfmal in die Psychiatrie eingewiesen und blieb dort jeweils über mehrere Wochen. Seit 2014 erhielt er eine wöchentliche Therapie in einem psychosozialen Zentrum. Seine psychische Situation stabilisierte sich, es kam zu keinem weiteren Krankenhausaufenthalt.

Nach den Erfahrungen der Medibüros/Medinetze ist die Arbeit der Psychosozialen Zentren unersetzlicher Bestandteil des Therapieangebotes für Geflüchtete. Sie führt häufig dazu, dass die Menschen sich stabilisieren und ihr Leben und ihren Alltag wieder aufnehmen können. Die Kapazitäten der Zentren erweisen sich allerdings als wesentlich zu gering für die Zahl der Betroffenen, und die Kontaktaufnahme erfolgt erfahrungsgemäß in der Regel sehr spät. Schwer traumatisierte Flüchtlinge bedürfen – wie dargestellt – eines frühzeitigen und adäquaten Zugangs zu psychotherapeutischen Versorgungseinrichtungen.

IV Fazit

Die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in Deutschland ist derzeit nicht sachgemäß ausgestaltet. Die Normen nach dem AsylbLG führen zu einer unzureichenden Versorgung, die für die Betroffenen Chronifizierung und Verschlimmerung von Krankheiten bedeutet. Leistungserbringer und Verwaltungen im Gesundheitswesen sind verunsichert über den Leistungsumfang, was zu einer äußerst heterogenen und vielerorts sachfremder Versorgungspraxis führt. Eine besondere Unterversorgung ist bei psychotherapeutischen Behandlungen zu beobachten.

Es bedarf gesetzlichen Änderungen, die einen bedarfsgerechten und niedrigschwelligen Leistungszugang, beispielsweise mittels der elektronischen Gesundheitskarte und einen medizinisch sachgerechten Leistungsumfang, analog zu dem Standard der gesetzlichen Krankenversicherung sicherstellen. Dies ist auch die Position der deutschen Ärzteschaft, wie den Beschlüssen des diesjährigen Ärztetages zu entnehmen ist, so wie vieler anderer gesellschaftlicher Akteure (Der Paritätische, Diakonie, die Flüchtlingsräte, BafF, Deutscher Anwaltsverein u. a.).

Demnach sind die Anträge der Fraktion DIE LINKE. als auch der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN eine äußerst begrüßenswerte und gesellschaftlich getragene Initiative, deren Umsetzung die aktuelle Unter- und Fehlversorgung wesentliche verbessern würden.

Abschließend möchten wir darauf hinweisen, dass mit den Änderungen der Asylgesetze von 2015/16 die Zahl der Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus – sog. „Illegalisierte“ – voraussichtlich steigen wird. Ebenso wie alle Menschen, die in Deutschland leben, benötigt diese Personengruppe Zugang zur gesundheitlichen Versorgung – ohne von Ausweisung bzw. Abschiebung aus der BRD bedroht zu sein. Der Lösungsvorschlag, Behörden und öffentliche Stellen von der Übermittlungspflicht an die Ausländerbehörden (§ 87 Aufenthaltsgesetz) zu befreien, ist jedoch nicht Gegenstand der hier vorgelegten Anträge.