



Wortprotokoll der 80. Sitzung

Ausschuss für Gesundheit

Berlin, den 8. Juni 2016, 16.30 Uhr
Jakob-Kaiser-Haus, Saal 1 302

Vorsitz: Dr. Edgar Franke, MdB

Tagesordnung - Öffentliche Anhörung

Einziger Tagesordnungspunkt

Seite 4

- a) Antrag der Abgeordneten Harald Weinberg, Ulla Jelpke, Sabine Zimmermann (Zwickau), weiterer Abgeordneter und der Fraktion DIE LINKE.

Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern

BT-Drucksache 18/7413

- b) Antrag der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Luise Amtsberg, Kordula Schulz-Asche, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern

BT-Drucksache 18/6067

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

Federführend:

Ausschuss für Gesundheit

Mitberatend:

Innenausschuss

Ausschuss für Arbeit und Soziales

Ausschuss für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

Ausschuss für Menschenrechte und humanitäre Hilfe

**Mitglieder des Ausschusses**

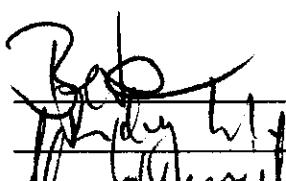
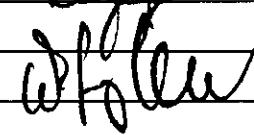
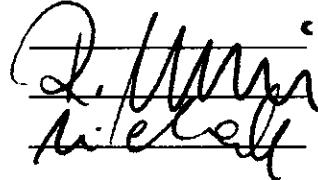
	Ordentliche Mitglieder	Stellvertretende Mitglieder
CDU/CSU	Bertram, Ute Henke, Rudolf Hennrich, Michael Hüppe, Hubert Irlstorfer, Erich Kippels, Dr. Georg Kühne, Dr. Roy Leikert, Dr. Katja Maag, Karin Meier, Reiner Michalk, Maria Monstadt, Dietrich Riebsamen, Lothar Rüddel, Erwin Schmelzle, Heiko Sorge, Tino Stritzl, Thomas Zeulner, Emmi	Albani, Stephan Brehmer, Heike Dinges-Dierig, Alexandra Eckenbach, Jutta Lorenz, Wilfried Manderla, Gisela Nüßlein, Dr. Georg Pantel, Sylvia Rupprecht, Albert Schmidt (Ühlingen), Gabriele Schwarzer, Christina Steineke, Sebastian Steiniger, Johannes Stockhofe, Rita Stracke, Stephan Timmermann-Fechter, Astrid Wiese (Ehingen), Heinz Zimmer, Dr. Matthias
SPD	Baehrens, Heike Blienert, Burkhard Dittmar, Sabine Franke, Dr. Edgar Heidenblut, Dirk Kermer, Marina Kühn-Mengel, Helga Mattheis, Hilde Müller, Bettina Rawert, Mechthild Stamm-Fibich, Martina	Bahr, Ulrike Bas, Bärbel Freese, Ulrich Henn, Heidtrud Hinz (Essen), Petra Katzmarek, Gabriele Lauterbach, Dr. Karl Tack, Kerstin Thissen, Dr. Karin Westphal, Bernd Ziegler, Dagmar
DIE LINKE.	Vogler, Kathrin Weinberg, Harald Wöllert, Birgit Zimmermann, Pia	Höger, Inge Lutze, Thomas Tempel, Frank Zimmermann (Zwickau), Sabine
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	Klein-Schmeink, Maria Scharfenberg, Elisabeth Schulz-Asche, Kordula Terpe, Dr. Harald	Kurth, Markus Pothmer, Brigitte Rüffer, Corinna Strengmann-Kuhn, Dr. Wolfgang

**Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)**

Mittwoch, 08. Juni 2016, 16:30 Uhr

Anwesenheitsliste

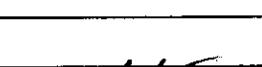
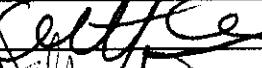
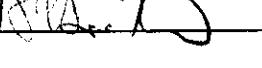
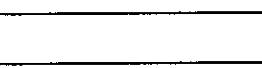
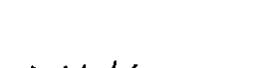
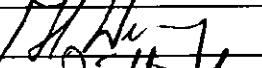
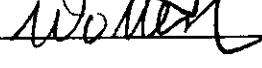
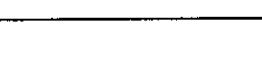
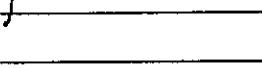
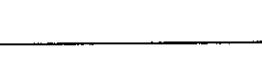
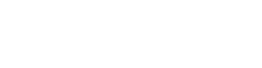
gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
CDU/CSU		CDU/CSU	
Bertram, Ute		Albani, Stephan	
Henke, Rudolf		Brehmer, Heike	
Hennrich, Michael		Dinges-Dierig, Alexandra	
Hüppé, Hubert		Eckenbach, Jutta	
Irlstorfer, Erich		Lorenz, Wilfried	
Kippels Dr., Georg		Manderla, Gisela	
Kühne Dr., Roy		Nüßlein Dr., Georg	
Leikert Dr., Katja		Pantel, Sylvia	
Maag, Karin		Rupprecht, Albert	
Meier, Reiner		Schmidt (Ühlingen), Gabriele	
Michalk, Maria		Schwarzer, Christina	
Monstadt, Dietrich		Steineke, Sebastian	
Riebsamen, Lothar		Steiniger, Johannes	
Rüddel, Erwin		Stockhofe, Rita	
Schmelzle, Heiko		Stracke, Stephan	
Sorge, Tino		Timmermann-Fechter, Astrid	
Stritzl, Thomas		Wiese (Ehingen), Heinz	
Zeulner, Emmi		Zimmer Dr., Matthias	

Sitzung des Ausschusses Nr. 14 (Ausschuss für Gesundheit)
Mittwoch, 08. Juni 2016, 16:30 Uhr

Anwesenheitsliste

gemäß § 14 Abs. 1 des Abgeordnetengesetzes

Ordentliche Mitglieder	Unterschrift	Stellvertretende Mitglieder	Unterschrift
SPD		SPD	
Baehrens, Heike		Bahr, Ulrike	
Blienert, Burkhard		Bas, Bärbel	
Dittmar, Sabine		Freese, Ulrich	
Franke Dr., Edgar		Henn, Heidtrud	
Heidenblut, Dirk		Hinz (Essen), Petra	
Kermer, Marina		Katzmarek, Gabriele	
Kühn-Mengel, Helga		Lauterbach Dr., Karl	
Mattheis, Hilde		Tack, Kerstin	
Müller, Bettina		Thissen Dr., Karin	
Rawert, Mechthild		Westphal, Bernd	
Stamm-Fibich, Martina		Ziegler, Dagmar	
DIE LINKE.		DIE LINKE.	
Vogler, Kathrin		Höger, Inge	
Weinberg, Harald		Lutze, Thomas	
Wöllert, Birgit		Tempel, Frank	
Zimmermann, Pia		Zimmermann (Zwickau), Sabine	
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN		BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	
Klein-Schmeink, Maria		Kurth, Markus	
Scharfenberg, Elisabeth		Pothmer, Brigitte	
Schulz-Asche, Kordula		Rüffer, Corinna	
Terpe Dr., Harald		Strengmann-Kuhn Dr., Wolfgang	



Sitzung des Ausschusses für Gesundheit (14. Ausschuss)

Mittwoch, 8. Juni 2016, 16.30 Uhr

öff

	Fraktionsvorsitz	Vertreter
CDU/CSU	_____	_____
SPD	_____	_____
DIE LINKE.	_____	_____
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN	_____	_____

Fraktionsmitarbeiter

Name (Bitte in Druckschrift)

Stephan Wilke

Roping Steer

Fraktion

CDU/CSD

LNUKE

Unterschrift

[Signature]

1

Fraktionsmitarbeiter

Name (bitte in Druckschrift)

Fraktion

Unterschrift

ЗГРНУ

SPD

3.2.3

Kemnitz, Sonja

LÍNKÉ

$$V_0 = \emptyset$$

Schlegel, Florian

17 -

F. S. O.

Prestin, Heike

LINKE

ff. 205(c)

Bundesrat

Land	Name (bitte in Druckschrift)	Unterschrift	Amts-bezeich-nung
Baden-Württemberg			
Bayern	EhniCh	EhniCh	ORUN
Berlin			
Brandenburg			
Bremen			
Hamburg			
Hessen			
Mecklenburg-Vorpommern			
Niedersachsen			
Nordrhein-Westfalen			
Rheinland-Pfalz			
Saarland			
Sachsen			
Sachsen-Anhalt	Richter MARTFELD	Richter Mart	Richter RVW DiH
Schleswig-Holstein			
Thüringen			

Ministerium bzw.

Dienststelle

(bitte in Druckschrift)

Name (bitte in Druckschrift)

Unterschrift

Amts-be- zeich- nung

Schulke, AM6

Anomaly BTG

WIDMAN-GIMZ, 89G

Unterschrift



J. Tracy
Alma. B.

nung


Unterschriftenliste

eine öffentliche Anhörung zu folgenden Vorlagen

Antrag der Fraktion DIE LINKE.

**Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei
sichern**

BT-Drucksache 18/7413

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und
Flüchtlingen verbessern**

BT-Drucksache 18/6067

am Mittwoch, den 8. Juni 2016,

in der Zeit von 16.30 Uhr bis 17.30 Uhr,

im Sitzungssaal 1 302, Jakob-Kaiser-Haus (JKH)

Eingang: Dorotheenstr. 68, 10117 Berlin

Verbände

Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)



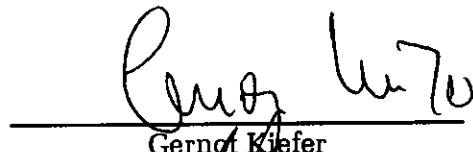
Dr. Christina Tophoven

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge
und Folteropfer e. V. (BAfF)



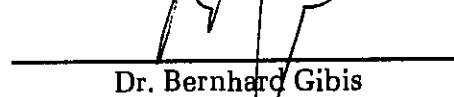
Elise Bittenbinder

GKV-Spitzenverband



Gernot Kiefer

Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)



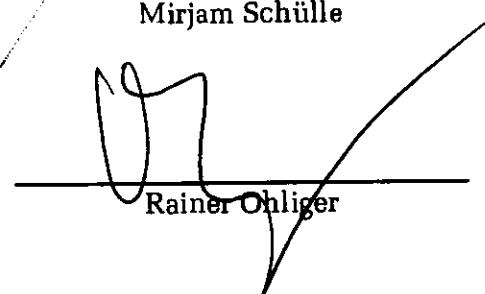
Dr. Bernhard Gibis

Medibüros/Medinetze



Mirjam Schüller

Robert Bosch Expertenkommission zur
Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik

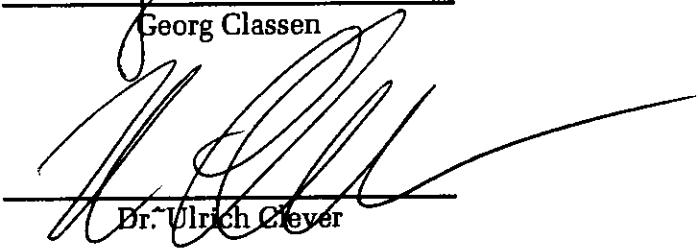


Rainer Ohliger

38

Einzelsachverständige

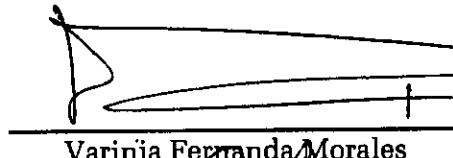

Georg Classen

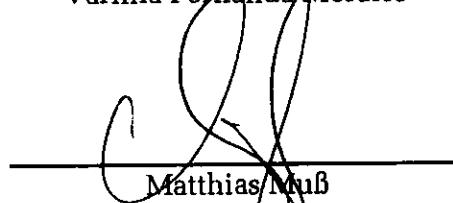

Dr. Ulrich Cleyer

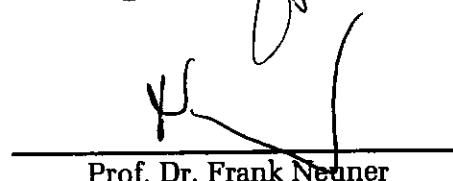

Sebastian Jung

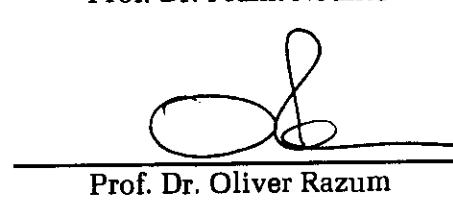

Ulrich Krüger

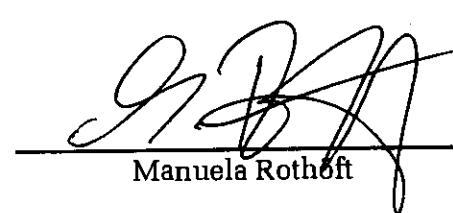

Dr. Helmut Middeke


Varinia Fernanda Morales


Matthias Muß


Prof. Dr. Frank Neuner


Prof. Dr. Oliver Razum


Manuela Rothöft

3h



Beginn der Sitzung: 16.30 Uhr

Der Vorsitzende, Abg. Dr. Edgar Franke (SPD): Guten Tag, meine sehr verehrten Damen und Herren, liebe Sachverständige, liebe Zuschauerinnen und Zuschauer, lieben Medien. Ich darf Sie heute Nachmittag herzlich zur öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit begrüßen. Wir sind momentan in einer ungewohnten Umgebung, aber unser traditioneller Anhörungssaal war leider belegt, so dass wir die heutige Anhörung in diesem Saal im Jakob-Kaiser-Haus vornehmen müssen. Sie sitzen zum Teil mit dem Rücken zu den Fragestellerinnen und Fragestellern, vielleicht müssen Sie sich ein bisschen seitlich drehen, so dass trotzdem ein Sichtkontakt möglich ist. Dafür sitzen Sie in den schicken orangenen Stühlen, das kompensiert das mit Sicherheit. In der heutigen öffentlichen Anhörung beschäftigen wir uns mit dem Antrag der Fraktion DIE LINKE. „Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern“ auf Drucksache 18/7413 und dem Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern“ auf Drucksache 18/6067. Diese Themen sind breit in der Öffentlichkeit diskutiert worden und Sie wissen alle, ein Anspruch auf ärztliche Behandlung von Asylbewerbern besteht grundsätzlich nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Ich möchte zunächst wie immer einige Erläuterungen zum Ablauf der Anhörung machen. Uns stehen 60 Minuten für Fragen und Antworten zur Verfügung. In dieser Zeit werden die Fraktionen ihre Fragen abwechselnd stellen. In der Fragerunde ist die CDU/CSU zunächst dran, dann die SPD, dann wieder die CDU/CSU, dann die Fraktion DIE LINKE. Die erste Fragerunde beendet die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Es gibt eine zweite Fragerunde, in der die SPD im Gegensatz zur ersten Fragerunde zweimal dran kommt, sonst ist es genau wie in der ersten Fragerunde. Jeder und jede Fragende stellt eine Frage an einen Sachverständigen. Nach genau 60 Minuten werden wir die Anhörung beenden. Ich bitte wie immer die Sachverständigen, bei der Beantwortung der Frage nicht nur die Mikrofone zu benutzen, sondern sich immer mit dem Namen und Verband vorzustellen. Die Anhörung wird digital aufgezeichnet und viele Zuschauerinnen und Zuschauer schauen sich nur ein Teil

dieser Anhörung an, so dass jeweils die Namensnennung nötig ist. Ich bitte Sie, die Antworten kurz zu halten, damit in der zur Verfügung stehenden Zeit viele Fragen gestellt und beantwortet werden können. Des Weiteren bitte ich wie immer, die Mobiltelefone auszuschalten. Das Wortprotokoll der Anhörung kann ebenfalls auf der Homepage des Deutschen Bundestages eingesehen werden. Meine sehr verehrten Damen und Herren, wir beginnen jetzt nach den Formalien wie immer mit der CDU/CSU. Die erste Fragestellerin ist Frau Michalk.

Abg. Maria Michalk (CDU/CSU): Meine erste Frage richtet sich an Prof. Neuner. Liegen Ihnen valide Zahlen zu den Flüchtlingen vor, die letztes Jahr nach Deutschland gekommen sind und vor allen Dingen wie viele davon sind wegen psychischer Erkrankungen akut behandlungsbedürftig?

ESV Prof. Dr. Frank Neuner: Es gibt keine verlässliche Prävalenzstudie, die im letzten Jahr durchgeführt worden wäre und die Flüchtlinge untersucht hätte. Allerdings erlaubt uns die Zusammenschau von unterschiedlichen Studien eine relativ solide Abschätzung der Größenordnung von psychischen Störungen, die behandlungsbedürftig sind. Behandlungsbedürftig ist eine psychische Störung dann, wenn sie das Vollbild einer psychischen Erkrankung nach diagnostischen Kriterien erfüllt. Das ist relativ klar festgelegt. Zusammenschau von Studien bedeutet die Gesamtbetrachtung von methodisch sauberen, kleineren Studien, die in Deutschland durchgeführt worden sind. Wir haben aber vor allem große internationale Studien mit Kriegspopulationen und Flüchtlingen in anderen Ländern, die uns relativ klar machen, dass es einen Dosis-Effekt gibt. Je schwerer also ein Land vom Krieg betroffen ist, umso höher ist der Prävalenzanteil der posttraumatischen Belastungsstörung und der Depressionen. Wenn man sich diese Daten insgesamt übergreifend anschaut, dann müssen wir tatsächlich von 20 bis 40 Prozent posttraumatischer Belastungsstörung im Vollbild ausgehen. Das gilt über Altersgruppen hinweg für Kinder, Jugendliche und Erwachsene. Dazu kommen die psychischen Störungen, Depressionen und bereits bestehende psychische Störungen, die in der Regel durch traumatische Erfahrungen erschwert werden.



Abg. **Hilde Mattheis** (SPD): Ich habe eine Frage an den Praktiker hier, den ich besonders gut aus Detmold kenne. Bitte stellen Sie dar, wie Sie in Detmold pragmatisch und sehr unbürokratisch die Gesundheitsversorgung für Menschen, die bei uns Schutz gesucht haben, organisiert haben und wie die Versorgungsstrukturen vor Ort sind.

ESV Dr. Helmut Middeke: Ich kann Ihnen darstellen, wie wir im Kreis Lippe, einer Region mit 350.000 Einwohnern, die medizinische Versorgung von Flüchtlingen pragmatisch und qualitativ sehr gut gesichert haben. Wir haben im September 2014 sehr früh begonnen, als wir erkannt haben, dass große Probleme auf uns zurollen. Wir haben gesehen, dass der öffentliche Gesundheitsdienst heillos überfordert ist. Wir haben die Initiative ergriffen und gesagt, dass wir die Erstuntersuchungen in Aufnahmeeinrichtungen übernehmen. Wir haben dann Strukturen aufgebaut und in unseren Ambulanzen improvisiert und es mit freiwilligen Mitarbeitern, die aber bezahlt wurden, geschafft, im Jahr 2015 annähernd 100 Prozent Erstuntersuchungen im Kreis Lippe durchzuführen. Wir haben 9.000 Menschen untersucht, Daten erhoben und gut dokumentiert, so dass wir diese jetzt auch der Gesundheitsberichterstattung zur Verfügung stellen können. Wir haben, weil wir das schon sehr lange machen, eine hohe Expertise was spezifische Krankheiten, aber auch was spezifische Probleme dieser Personengruppe mit unserem deutschen Gesundheitswesen angeht. Wir sind in der Lage zu überlegen, wie wir die Dinge in Zukunft weiter gestalten können. Wir haben eine enge Verbindung mit unserer Psychiatrie, deren Chefarzt arabischstämmig ist. Wir haben nicht systematisch auf psychische Traumatisierungen gescannt, aber bei einigen war schon bei der Erstuntersuchung eindeutig, dass eine Traumatisierung vorliegt, dass wir diese Personen sofort einer Psychotherapie zuführen konnten. Wir haben dann im letzten November gesagt, wir können nicht weiter improvisieren und angefangen, vernünftige Strukturen aufzubauen, und zwar dauerhafte Strukturen mit einer Flüchtlingsambulanz mit eigenen Räumlichkeiten. Das hat dazu geführt, dass unsere Notfallambulanzen, die stark in Anspruch genommen waren, entlastet wurden. Die niedergelassenen Ärzte, die auch viel geklagt haben, wurden entlastet und wir haben insgesamt die Qualität durch die kontinuierlichere Versorgung steigern können.

Wir sind jetzt an dem Punkt, dass wir diese Versorgung in eine Regelversorgung überführen möchten. Wir sind im Konsens mit unseren lokalen KV-Vertretern und Ärztekammern. Wir treten nicht in Konkurrenz zur Versorgung durch Vertragsärzte, sondern wir bieten eine zentrale Flüchtlingsambulanz als Ergänzung an. Wir haben im Krankenhaus alle Sprachen sprechende männliche und weibliche Ärzte und können je nach Bedarf eine vernünftige Datenerfassungen machen, die wir mit anderen Institutionen zusammen bearbeiten können. Mein Wunsch ist, dass Sie bei der bisherigen Versorgung nicht die Rolle der Krankenhäuser unterschätzen. Das gilt für den stationären Bereich, aber auch in den Notfallambulanzen und insbesondere für das Potenzial, zusammen mit den niedergelassenen Ärzten eine vernünftige, gut strukturierte Versorgung der Flüchtlinge aufzubauen. Das ist auf andere Kreise übertragbar und kein Sondermodell Lippe.

Abg. **Ute Bertram** (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an den Einzelsachverständigen Prof. Razum. Im Asylbewerberleistungsgesetz sind die gesetzlichen Vorgaben in Bezug auf die gesundheitliche Versorgung von Asylbewerbern in Generalklauseln festgelegt und die Leistungsgewährung erfolgt durch die Kommunen. Wie sieht der Ermessensspielraum für die Kommunen aus, ist die Therapiefreiheit der Ärzte gesichert und welche Rolle spielen hierbei die Bundesländer?

ESV Prof. Dr. Oliver Razum: Das ist eine sehr lange Frage. Ich zerlege sie in ihre vier Komponenten. Erstens, die Generalklauseln legen oft eine Einschränkung des Zugangs zur Gesundheitsversorgung fest. Man braucht einen Behandlungsschein, der von Mitarbeitern des Sozialamtes, die keine medizinische Ausbildung haben, ausgestellt wird, sofern nicht eine elektronische Gesundheitskarte ausgegeben wird. Zweitens, § 4 Asylbewerberleistungsgesetz beinhaltet eine derzeit auf 15 Monate festgelegte Einschränkung des Anspruchs auf Gesundheitsversorgung auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände, Schutzimpfungen, werdende Mütter und Wöchnerinnen. Nach § 6 Asylbewerberleistungsgesetz können zusätzlich über eine Einzelfallprüfung unerlässliche Leistungen gewährt oder besondere Bedürfnisse berücksichtigt werden. Die Leistungsgewährung erfolgt durch die Kommunen. Wie sieht der Ermessensspielraum für die



Kommunen aus? Die genannten Einschränkungen des Zugangs und des Anspruchs auf Gesundheitsversorgung werden oft als nicht sachgerecht angesehen und die Länder Bremen und Hamburg haben daher schon vor Jahren eine elektronische Gesundheitskarte eingeführt, die das Einholen eines Behandlungsscheines überflüssig macht und damit ein Zugangshindernis beseitigt. Mit der Karte werden in Bremen und Hamburg zudem ähnliche Leistungen wie für GKV-Mitglieder, außer für Psychotherapie, Zahnersatz und Disease-Management-Programme gewährt. De facto werden also die Einschränkungen des Anspruchs auf Gesundheitsversorgung aufgehoben. Vier Länder ziehen jetzt nach, das sind u. a. Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz. Trotz alledem bleibt der Ermessensspielraum der Kommunen erheblich, obwohl Vereinbarungen auf Landesebene bestehen. Kommunen erteilen oder verwehren Kostenzusagen in ganz unterschiedlicher Weise. In Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz entscheiden die Kommunen eigenständig über die Einführung einer Gesundheitskarte, mit eingeschränktem Leistungsanspruch nach §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz. Die eigentlich anzustrebende bundeseinheitliche Versorgung von Asylsuchenden ist somit nicht gewährleistet. Aus Sicht der Betroffenen hängt Anspruch auf und Zugang zur gesundheitlichen Versorgung letztendlich von Zufälligkeiten, d. h. der Zuweisung in eine bestimmte Kommune ab. Dritter Teil der Frage war, ob die Therapiefreiheit der Ärzte gesichert ist. Hier ist die Antwort ein klares Nein. Wird die Kostenübernahme einer Behandlung verwehrt, obwohl sie evidenzbasiert ist und die behandelnde Ärztin bzw. der behandelnde Arzt sie als notwendig und sinnvoll erachten, ist die Therapiefreiheit eindeutig eingeschränkt. Es ist nicht immer eindeutig, ob eine Leistung gewährt wird und wann eine Kostenzusage eingeholt werden muss. Die konkrete Behandlung von Geflüchteten hängt dann von dem behandelnden Arzt oder von der behandelnden Ärztin ab. Ein Geflüchteter mag auf eine Ärztin treffen, die die Öffnungsklausel in § 6 gut kennt und weit auslegt, obwohl sie Regressionsforderungen riskiert. Genauso gut hätte er oder sie jedoch auf eine Ärztin treffen können, die bei der Behandlung aus Unsicherheit oder in einer Art von vorauseilendem Gehorsam eine Leistung verwehrt, obwohl vielleicht bei Nachfragen eine Finanzierung möglich gewesen wäre. Diese Unklarheit in der Regelung führt zu Unsicherheit, die andere Maßstäbe als das Wohl

des Patienten in den Vordergrund rücken lässt. Vierter und letzter Teil der Frage war, welche Rolle die einzelnen Bundesländer spielen. Die einzelnen Bundesländer regeln den Anspruch auf und den Zugang zur Gesundheitsversorgung für Asylsuchende unterschiedlich. Bremen und Hamburg wie gesagt mit einer elektronischen Gesundheitskarte, die Leistungen gewährt, die auch gesetzlich Versicherten zustehen. Sachsen dagegen hat sich entschieden, den Leistungsumfang einzuschränken und keine Gesundheitskarte auszugeben. Andere Länder führen sie ein, allerdings mit einer Kennzeichnung, so dass der Leistungsumfang eingeschränkt ist. Entsprechend ist auch die Therapiefreiheit eingeschränkt. Im Ergebnis hängt damit also die gesundheitliche Versorgung in dreifacher Hinsicht vom Zufall der Zuweisung ab: vom Bundesland, der Kommune und den einzelnen Ärztinnen und Ärzten. Das scheint mir unvereinbar mit den normativen und fachlichen Standards der ärztlichen Profession.

Abg. Birgit Wöllert (DIE LINKE.): Meine Frage geht an einen Praktiker mit einer anderen Perspektive, Herrn Classen vom Flüchtlingsrat. Wie ist der Stand der Einführung der Gesundheitskarte in den Ländern nach dem Asylbeschleunigungsverfahren und welche Folgen ergeben sich daraus, dass es nun keine einheitliche bundesweite Regelung für die elektronische Gesundheitskarte für Asylbewerberinnen und Asylbewerber gibt? Vielleicht könnten Sie dabei auf das Argument der Bundesländer, die diese Karte mit der Begründung nicht einführen wollen, dass Mehrkosten entstehen würden, eingehen.

ESV Ulrich Classen: Es haben bereits Bremen und Hamburg seit 2005 bzw. 2012 die Karte. Berlin hat sie seit dem 1. Januar, dafür hätten wir die Gesetzesänderung aber nicht gebraucht. Schleswig-Holstein ist das einzige Bundesland, das sie real zum 1. Januar wirklich flächendeckend eingeführt hat. Dort wurden die Kommunen von der Landesregierung angewiesen. Es gibt außerdem drei Länder, wo ein Rahmenvertrag vorliegt, die Umsetzung aber stockt. Dazu gehört Nordrhein-Westfalen. Nur 20 von 400 Kommunen, allerdings die großen, haben ihn umgesetzt. In Rheinland-Pfalz und Niedersachsen hat ihn keine einzige Kommune umgesetzt. Es gibt massiven Widerstand der kommunalen Spitzenverbände, die das für zu teuer halten. Deswegen



funktioniert es dort nicht. In Brandenburg und Thüringen sind die Verträge noch in Verhandlung. In Thüringen ist nicht so ganz sicher, ob die Verhandlungen überhaupt zu Ergebnissen führen. In Brandenburg sieht das ganz gut aus. In Hessen sind noch nicht mal die Vertragsverhandlungen begonnen worden. Hessen ist bereits auf der Negativseite. Von vornherein lehnen Bayern und Sachsen die Karte ab. Das Saarland und Mecklenburg-Vorpommern hatten sich dafür ausgesprochen, sich aber inzwischen dagegen entschieden. Überraschend hat sich jetzt auch die neue Koalition in Baden-Württemberg gegen die Karte entschieden und fordert eine bundesrechtliche Änderung. Sachsen-Anhalt hat ein anderes Modell. Das Land will eine Asylcard einführen, die aber nicht auf den Lesegeräten der Ärzte läuft, sondern völlig eigenständig ist und die Ärzte sollen direkt mit den Sozialämtern abrechnen. Der Grund für den Widerstand der Kommunen ist in der Regel die Verwaltungspauschale, die in den Flächenstaaten teilweise auf 8 Prozent hoch verhandelt wurde. Das ist relativ absurd, weil § 264 Absatz 7 SGB V für die Asylbewerber, die länger als 15 Monate hier sind, schon seit über zehn Jahren eine Verwaltungspauschale von 5 Prozent vorsieht und das auch funktioniert. Berlin hat 6 Prozent, mindestens aber 10 Euro und Nordrhein-Westfalen 8 Prozent festgesetzt. Es stellt sich die Frage, ob man Menschenrechte gegen 1 oder 2 Prozent Mehrkosten verhandeln kann. Wir haben neben den Verwaltungskosten auch die Frage der Krankheitskosten. Dazu hat die Universität Bielefeld gemeinsam mit der Universität Heidelberg eine Untersuchung durchgeführt und festgestellt, dass die Minimalmedizin mit 40 Prozent Mehrkosten erheblich teurer ist. Ich habe die Daten auch ausgewertet und bin auf erhebliche Mehrkosten gekommen. Hamburg hat vorher und nachher ausgewertet. Da waren die Kosten gleich oder 3 Euro niedriger. Die Frage ist, woher kommt es, dass die Minimalmedizin, die doch eigentlich billiger sein müsste, teurer ist. Wir vermuten, dass viele gehäuft Rettungswagen und Notärzte in Anspruch nehmen. Vor dem LAGESO fuhren im Herbst die Krankenwagen vor, wie man das sonst am Flughafen mit den Taxen sieht, einer nach dem anderen, weil die Asylbewerber keine Krankenscheine hatten. Wir hatten auch jetzt die Anfrage nach der Dialyse für Kinder oder Nierentransplantationen aus einem großen Transplantationszentrum, wo Verwandtspenden bereitstanden. Das Zentrum sagte uns,

eine Transplantation kostet, abgesehen davon, dass sie menschenwürdiger ist, 30.000 Euro. Die Dialyse kostet 60.000 Euro pro Jahr. Da fragt man sich, wie das mit den Menschenrechten aussieht.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Bemerkenswert ist, dass bis auf eine Stellungnahme bei der Finanzierung und bei der Absicherung mit der elektronischen Gesundheitskarte für die Ausgestaltung der Versorgung Handlungsbedarf gesehen wird. Meine Frage richtet sich an Frau Morales. Der GKV-Spitzenverband hat sich in seiner schriftlichen Stellungnahme kritisch zur Psychotherapie mit Hilfe von Sprach- und Integrationsmittlern ausgesprochen. Dahinter steckt die Annahme, dass bei jeder Übersetzung eine Veränderung des Inhalts erfolgt und gleichzeitig kulturelle Unterschiede durch die Unkenntnis der Sprachen nur schlecht aufgelöst werden können. Wie sehen Sie diese Einschätzung vor dem Hintergrund Ihrer Erfahrung mit den dolmetschergestützten psychosozialen Unterstützungssystemen?

ESVe Varinia Fernanda Morales: Ich bin geschäftsführende Gesellschafterin von BIKO gemeinnützige GmbH in Köln. Die Frage ist sehr berechtigt und fundiert, weil die Personen, die sich seit längerem mit professioneller Sprachmittlung beschäftigen, dieser Frage schon nachgegangen sind. Wir haben tatsächlich das Problem, dass seit Jahrzehnten viele Laiendolmetscher, Begleitpersonen oder geringqualifizierte Sprachmittler diese Tätigkeit ausüben. Dabei entsteht tatsächlich die Problematik, dass eben Inhalte nicht vollständig wiedergeben, Sätze ausgelassen und Inhalte interpretiert werden. Daher sagen wir, das ist in einer Arzt-Patienten-, Therapeuten-Patientenkommunikation unverantwortlich. Deswegen existiert schon seit Anfang 2000 die Entwicklung eines neuen Berufsbildes „Sprach- und Integrations-Mittler“, das mittlerweile seit 2009 flächendeckend in Deutschland mit klar definierten bundesweit einheitlichen Ausbildungskriterien und Qualitätsstandards angeboten wird. Dort werden Menschen mit Migrationserfahrung oder Migrationshintergrund qualifiziert, damit sie in die Lage versetzt werden, professionell zu dolmetschen und das heißt, vollständig, allparteilich und korrekt. Das Besondere an diesem Berufsbild ist, dass dieses soziokulturelle Wissen auch vermittelt wird, wenn ein bestimmter Bedarf existiert. Kommunikation basiert nicht nur auf Sprache, sondern auch



auf Verständigung und das bedeutet, dass man soziokulturelles Wissen wie zum Beispiel das konkrete Verständnis von Scham- und Ehrgefühlen, religiösen Fragestellungen oder auch unterschiedliche Erwartungen des Gesundheitswesens mitbringt. Das bedeutet, der Einsatz erfolgt über das Dolmetschen und wenn Missverständnisse auftreten, geht der Sprachenintegrations-Mittler auf das Gespräch ein und informiert und vermittelt. Das bedeutet, er berät nicht, er interpretiert nicht, sondern bietet eine Wissensvermittlung, wodurch die Fachkraft entscheiden kann, was sie mit dieser Information macht. Mittlerweile gibt es in Deutschland ein Einvernehmen darüber, dass der Einsatz von diesen Profis nicht nur die Diagnose erleichtert, sondern dass es tatsächlich auf allen Ebenen zu einer Kostenreduzierung kommt, weil das Risiko einer Über-, Unter- oder Fehlversorgung minimiert wird. In der Psychotherapie ist das Bilden von Vertrauen die Grundlage, um überhaupt eine Beziehung herzustellen und wir haben konkrete Beispiele. Seit 2013 setzt der Landschaftsverband Rheinland mit seinen zehn rheinischen Kliniken flächendeckend Sprach- und Integrationsmittler ein. Es werden tatsächlich 90 Prozent der Einsätze ausschließlich über diese Profis vermittelt. Nun zu den Handlungsempfehlungen. Es geht darum, wie eine Finanzierung gestaltet werden kann. Dafür braucht es eine klare Regelung hinsichtlich der Kostenübernahme von GKV- und Sozialleistungsträgern. Wie die GKV gesagt hat, ist es tatsächlich eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, der wir uns zu stellen haben. Es geht darum verbindlich zu definieren, in welchen Fällen der Einsatz von qualifizierten Sprach- und Integrationsmittlern tatsächlich notwendig ist. Dies kann zum Beispiel durch ein Expertengremium bestehend aus der Selbstverwaltung oder aus unabhängigen Sachverständigen oder durch eine Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses geschehen. Es müsste klar definiert werden, an welchen Krankheitsbildern man sich orientiert und welche Konstellation das beinhaltet. Auf dieser Basis sollten dann für gesetzlich krankenversicherte Flüchtlinge die GKV oder die Sozialleistungsträger die Kosten übernehmen. Die Leistungen könnten über die Gesundheitskarte erbracht und diese wird dann im Anschluss von den Krankenkassen mit den Sozialleistungsträgern verrechnet oder einheitlich über das GKV-System erbracht und abgerechnet werden. Es bietet sich an, gesetzlich festzulegen, dass die GKV die Kosten zunächst übernimmt und

diese anschließend über die Steuerzuschüsse aus dem Gesundheitsfonds erstattet bekommt. Durch klare Vorgaben könnte unnötige Bürokratie vermieden werden.

Abg. **Reiner Meier** (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich an die Bundespsychotherapeutenkammer. Lassen sich die posttraumatischen Belastungsstörungen und Depressionen bei den Menschen, die zu uns geflüchtet sind, nach Geschlecht, Alter, Nationalität bzw. Herkunftsstaat und Ausgangspunkt der Flucht, zum Beispiel Flüchtlingslager oder Flüchtlingswege differenzieren?

SVe **Dr. Christina Tophoven** (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Die Differenzierungen lassen sich ganz grob treffen. Für wirklich detaillierte Analysen fehlen uns noch die Daten. Wenn Menschen aus Herkunftsländern kommen, die Kriegs- oder Krisenregionen sind, haben sie, wie Professor Neuner schon sagte, ein erheblich erhöhtes Risiko an posttraumatischen Belastungsstörungen oder Depressionen zu erkranken. Das liegt bei Erwachsenen bei 50 Prozent. Es liegt niedriger bei Kindern, und zwar bei ungefähr 30 Prozent. Das war aber auch ein bisschen zu erwarten angesichts der Daten über die deutsche Wohnbevölkerung und den repräsentativen Daten vom Robert-Koch-Institut. Wir vermuten, dass es auch Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt. Dazu gibt es aber keine validen Daten. Es ist noch viel Forschung notwendig, um Ihre Frage wirklich differenziert zu beantworten. Für die Einschätzung der Problemdimension ist wichtig zu wissen, dass Menschen, die aus Kriegs- und Krisenregionen kommen, ein großes Risiko haben, psychisch krank zu sein. Hierauf muss man reagieren. Die Menschen sind nicht alle behandlungsbedürftig. Manche werden von alleine gesund, wenn sie sichere Lebensbedingungen haben. Viele brauchen Beratung und Unterstützung durch die psycho - sozialen Zentren, um einen Weg in unsere Gesellschaft zu finden. 10 bis 20 Prozent dieser Menschen brauchen dringend eine Behandlung. Die Behandlungsvoraussetzung dafür ist, dass sie die Anstrengungen einer Integration überhaupt leisten, Deutsch lernen und Angebote wahrnehmen können, die diese Gesellschaft ihnen macht. Die Therapie und die Sprachmittlungen sind die Voraussetzungen dafür, dass die Menschen Deutsch lernen und sich integrieren können. Das ist wich-



tig, wenn man über die Finanzierung von Sprachmittlung nachdenkt. Sie ist eine Voraussetzung für Integration für diejenigen, die behandlungsbedürftig sind.

Abg. Dirk Heidenblut (SPD): Meine Frage geht an Herrn Sebastian Jung. Sie leiten im Auftrag der Stadt Berlin den Medical Point an einer der größten Erstaufnahmeeinrichtungen am Berliner Flughafen. Ich würde Sie bitten, aus Ihren Erfahrungen heraus zu sagen, wie sich die Entwicklung im Hinblick auf den Gesundheitszustand und die Notwendigkeit von entsprechender Versorgung darstellt. Bitte gehen Sie besonders auf das Impfen und die Impfbereitschaft ein.

ESV Sebastian Jung: Grundsätzlich ist zu sagen, dass wir den Gesundheitszustand unserer Bewohner in Tempelhof im Durchschnitt mit dem Gesundheitszustand der Berliner Bevölkerung vergleichen können. Hier sind natürlich psychische Erkrankungen und Erkrankungen, die durch die Unterbringung in so einer Notunterkunft bedingt sind, hervorzuheben. Hinzukommt, dass die Leute auf Grund der langen Anreise und der schlechten hygienischen Bedingungen während dieser Reise entsprechende Krankheitsbilder mitbringen. Die erhöhte Vulnerabilität ist nach wie vor durch die Unterbringung in einer Notunterkunft und durch die Masse an Menschen auf engem Raum gegeben. Das ist besorgniserregend, wenn man an infektiöse Krankheiten denkt. Deshalb spielt das Impfen eine wichtige Rolle. Die Impfbereitschaft ist sehr hoch bei den Bewohnern und wir haben bereits große Teile der Bewohner geimpft. Das wird regelmäßig weiter geführt, weil wir eine hohe Fluktuation bei den Bewohnern haben. Es gibt Leute, die sind lange Zeit bei uns. Dann wechselt wieder ein bisschen die Bewohnerschaft. Wir bleiben am Ball, um die Leute dementsprechend zu impfen.

Abg. Ute Bertram (CDU/CSU): Ich habe eine Frage an die KBV. Die Bundespsychotherapeutenkammer hatte im September 2015 erklärt, dass 40 bis 50 Prozent der Flüchtlinge unter posttraumatischen Belastungsstörungen litten und ebenso viele unter Depressionen. Wir haben vom Einzelsachverständigen, Professor Neuner gehört, dass 20 bis 40 Prozent betroffen sind. Ich würde gerne Ihre Einschätzung wissen, ob diese Größenordnung nach heutigem Stand überhaupt richtig ist und wie Sie diese

Diskrepanz bewerten.

SV Dr. Bernhard Gibis (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Was den Anteil der Flüchtlinge angeht, die diesen Krankheitsstörungen unterliegen oder die auch psychotherapeutisch behandelt werden müssen, haben auch wir keine verlässlichen Daten vorliegen. Wir haben die publizierten Studien miteinander verglichen und stellen ebenfalls diese erhebliche Spannweite bei den Ergebnissen fest, die die Autoren identifizieren. Unseres Erachtens muss zwischen psychosozialem und psychotherapeutischen Betreuungsbedarf im engeren Sinne differenziert werden, so dass wir davon ausgehen, dass an dieser Stelle ein erheblicher Forschungsbedarf besteht. Ohne eine vernünftige Versorgungsforschung an dieser Stelle, die auch schnell auf den Weg gebrachten werden sollte, lassen sich auch schwer Bedarfsschätzungen ableiten. Das heißt, die ganzen Kalkulationen und Hochrechnungen stehen unserer Auffassung nach nicht auf einem soliden Boden. Forschung tut hier Not und sollte prioritätär auch auf den Weg gebracht werden.

Abg. Bettina Müller (SPD): Ich habe eine Frage an Frau Manuela Rothöft von der AOK Nordwest. Sie waren die treibende Kraft bei dem Zustandekommen des Rahmenvertrages zu eGK für Flüchtlinge im Flächenland Schleswig-Holstein, der aus unserer Sicht für eine sogenannte Zuordnungslösung für die abrechnenden Kassensätze beispielhaft ist. Bitte skizzieren Sie uns die Beweggründe der Verhandlungspartner vor Ort für diese Lösung.

ESV Manuela Rothöft: Wie bereits gesagt, war ich konzeptionell mitbeteiligt an der Entwicklung der Rahmenvereinbarungen und Umsetzung in Nordrhein-Westfalen und auch in Schleswig-Holstein. Für uns war es wichtig, dass wir uns im Rahmen unserer Möglichkeiten an der Umsetzung der Rahmenvereinbarung beteiligen, um die gesamtgesellschaftlichen Herausforderungen zu bewältigen. Ziel war es, Städte und Gemeinden verwaltungswirtschaftlich zu entlasten. In Schleswig-Holstein hat die Landesregierung, wie Herr Classen bereits dargestellt hat, per Entscheid geregelt, dass sich alle Kreise und kreisfreien Städte an der Einführung der elektronischen Gesundheitskarte beteiligen. In Nordrhein-Westfalen ist dies den Gemeinden optional überlassen. Das Verfahren und der Schlüssel



zur Verteilung der Asylbewerber und Asylbewerberinnen auf die beteiligten Kassen wurde bereits in Nordrhein-Westfalen mit den Vertretern der Landesregierung, teilweise unter Beteiligung der Kommunen und kommunalen Spitzenverbände beraten. Dabei wurde der Wunsch der Kommunen berücksichtigt, dass eine Zuordnung von Kreisen und kreisfreien Städten zu einzelnen Kassen doch notwendig ist und aus verwaltungstechnischen Vereinfachungsgründen haben wir auch diese Zusammenarbeit in Betracht gezogen, dass eine Kommune einer Krankenkasse zugeordnet wird. Gleichzeitig sollte eine gleichmäßige Belastung zur Verteilung der gesamtwirtschaftlichen Aufgabe Ziel sein. Die Verteilung der Kreise wurde nach Marktanteilen der Kassen vorgenommen. Aber nicht nur allein der Marktanteil war ausschlaggebend, sondern auch die regionale Präsenz und die Niederlassung der einzelnen Krankenkassen sollten mit im Fokus stehen. Zusätzlich haben wir dann den Zuweisungsschlüssel gemäß § 7 Absatz 1 der Ausländeraufnahmeverordnung Schleswig-Holstein für Asylbewerberinnen und Asylbewerber für die einzelnen kreisfreien Städte und Kreise berücksichtigt und sind so zu einer unseres Erachtens gerechten Verteilung auf alle beteiligten Krankenkassen gekommen, so dass jede Krankenkasse ein Kreis oder eine kreisfreie Stadt betreut.

Abg. Harald Weinberg (DIE LINKE.): Die Frage geht an Frau Schülle vom Medinetz. Wie wirkt sich der eingeschränkte Behandlungsunfall nach dem Asylbewerberleistungsgesetz auf die Ärztinnen und Ärzte und andere Leistungserbringer aus und wie bewerten Sie dies? In Ihrer Stellungnahme ist ein Beispiel aufgeführt, da geht es um die Zahnbehandlung eines Kindes.

SVe Mirjam Schülle (Deutsche Medibüros): Ich erläutere, was Medibüros/Medinetze sind. Medibüros und Medinetze sind selbstorganisierte Netzwerke, die eingreifen, wenn die Menschen keine Versorgung bekommen. Wir vermitteln die Betroffenen unentgeltlich an die Akteure im Gesundheitswesen, die dann wiederum unentgeltlich oder zu einem sehr geringen Kostensatz die Behandlung übernehmen. Bei uns schlagen diejenigen auf, bei denen die Versorgung definitiv nicht funktioniert. Darauf zielt ja Ihre Frage. Wir haben insgesamt 34 Standorte in Deutschland. Das heißt, auf dem Land sind wir nicht vertreten und da gibt es dieses letzte

Nothilfesystem, welches wir verkörpern, nicht. In den Städten haben wir sehr, sehr viele Beispiele. In Berlin sind die Sprechstunden zweimal die Woche mit mehr als 200 Menschen gefüllt. Das sind nicht nur Menschen, die einen Anspruch haben, sondern auch Menschen ohne Papiere. Das ist aber eine andere Fragestellung. Viele Beispiele sind auch in der Stellungnahme von Georg Classen aufgeführt. Besonders prekär ist die Situation bei denjenigen, die eigentlich einen Zugang haben, dann von Verwaltungsmitarbeiterinnen abgewiesen werden. Das kommt sehr häufig vor. Wir versuchen dann zu vermitteln, rufen an. Meistens sind diejenigen auch nicht zu erreichen. Es ist auf jeden Fall in der Umsetzung sehr problematisch und vor allem ist es problematisch, dass es flächendeckend sehr unterschiedlich gehandhabt wird. Selbst in den Ländern, wo es die Karte gibt, haben wir schon gehört, dass es teilweise nicht funktioniert, weil die Kommunen nicht mitmachen. In den Ländern, wo es nur die Krankenscheine gibt, ist es von dem einzelnen Sachbearbeiter abhängig. Es kann in einem Amt sehr unterschiedlich gehandhabt werden. Es gibt dazu eine kleine Studie aus Heidelberg, eine Masterarbeit. Interessant ist, dass es zwei Strategien der Mitarbeiter gibt. Erstmal sind alle überfordert. Das haben in einem Experteninterview alle gesagt. Entweder reagieren sie darauf, indem sie die Leistungen entsprechend des GKV-Kataloges vergeben, oder einfach alles abwenden. Gute Beispiele sind Bremen und Hamburg. Eine noch bessere Lösung ist die Überführung in die gesetzlichen Sozialbücher.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Welche Folgen hat der eingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz für die Versorgung psychisch Kranker und traumatisierter Flüchtlinge? Die Frage geht an die BPtK.

SVe Dr. Christina Tophoven (Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK)): Man muss davon ausgehen, dass 10 bis 20 Prozent der psychisch kranken Flüchtlinge, die aus Krisen- und Kriegsgebieten zu uns kommen, behandlungsbedürftig sind. Die brauchen eine Psychotherapie und die benötigen, wenn sie in die Erstunterbringung kommen, einen Ansprechpartner, weil die unter einer schweren Ausprägung einer posttraumatischen Belastungsstörung leidende Menschen sich zurückziehen und Schlaf-



und Konzentrationsstörungen haben. Es ist ihnen nicht möglich, sich ihrer Umwelt zu stellen. Deshalb wäre der erste Anspruch, den man erfüllen müsste, um dem Versorgungsbedarf gerecht zu werden, dass bereits in der Erstunterbringung die dort tätigen ehren- und hauptamtlichen Helfer dafür sensibilisiert werden, solche Störungen zu erkennen. In der Erstunterbringung sollte es Sprechstunden von Ärzten oder Psychotherapeuten geben. Wenn Behandlungsbedarf besteht, sollte auch in den ersten 15 Monate der Zugang zu einer Psychotherapie unbedingt möglich sein. Es besteht eine akute Behandlungsbedürftigkeit. Posttraumatische Belastungsstörung und Depression sind mit Suizidalität verbunden. Da kann niemand warten, da muss man behandeln. Solang die Flüchtlinge unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen, ist es schwierig, den Zugang zur Psychotherapie zu finden. Es ist schwierig, aber etwas leichter, eine Finanzierung für eine Sprachmittlung zu erhalten. Nach 15 Monaten wird es etwas besser mit dem Zugang zur Psychotherapie, weil dann das Leistungsspektrum der GKV gilt. Leider wird es schwerer bei der Finanzierung der Sprachmittlung, weil die Finanzierung nicht mehr gesichert ist und sich die Probleme kreuzen. Der Zugang bleibt nach 15 Monaten weiter schwierig, wenn jemand akut behandlungsbedürftig ist. Wenn er psychisch krank und eine Psychotherapie indiziert ist, braucht der Patient einen Zugang zu einem Psychotherapeuten und die Finanzierung der Sprachmittlung.

Abg. Michael Hennrich (CDU/CSU): Können Sie uns darlegen, ob eine posttraumatische Belastungsstörung bei Geflüchteten sofort diagnostiziert werden kann?

ESV Prof. Dr. Frank Neuner: Eine posttraumatische Belastungsstörung ist grundsätzlich vier Wochen nach einem traumatischen Ereignis diagnostizierbar. Das heißt nicht vier Wochen nach der Flucht, sondern vier Wochen nach dem traumatischen Ereignis und wir müssen davon ausgehen, dass es bei Flüchtlingen nicht das zentrale Ereignis gibt, sondern regelhaft eine ganze Serie, eine ganze Kette von traumatischen Ereignissen über die Lebensgeschichte hinweg, so dass problemlos auch unmittelbar nach der Ankunft eine posttraumatische Belastungsstörung diagnostizierbar wäre. Das heißt aber nicht, dass die Fälle, in denen keine posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert wird,

notwendigerweise die Fälle sind, bei den man sich zurücklehnen kann und kein Handlungsbedarf besteht. Es gibt einen erheblichen Anteil, das zeigen Längsschnittstudien von Flüchtlingen, die erst im Laufe der Zeit das Vollbild einer posttraumatischen Belastungsstörung entwickeln. Es gibt bei allen Trauma-Populationen das Phänomen des Delayed Onset, also des verzögerten Einsatzes der posttraumatischen Belastungsstörung. Das müssen wir auch bei Flüchtlingen erwarten. Das heißt, es ist unmittelbar nach der Ankunft feststellbar, ob jemand das zu diesem Zeitpunkt hat. Das bedeutet aber nicht, dass wir nicht zu späteren Zeitpunkten auch noch darauf gefasst sein müssen. Der Zeitpunkt der Erfassung ist einer der wichtigen Faktoren bei den Prävalenzraten, die eine wesentliche Rolle spielen. Das gibt mir die Gelegenheit, etwas zum Forschungsbedarf zu sagen. Wir können uns nicht zurücklehnen und sagen, wir müssen erst forschen, damit wir wissen, wie häufig das ist, um dann zu erkennen, ob wir Handlungsbedarf haben. Das wäre eine fast schon zynische Argumentation. Ich gehe davon aus, dass keiner sie so führen wird. Der Punkt ist, dass wir die Daten nicht bekommen werden. Prävalenzstudien sind relativ aufwendige, lang dauernde Studien. Wenn wir dieses Jahr bereits eine Studie machen, dann haben wir in zwei Jahren die Ergebnisse. Da sind die Ergebnisse schon nicht mehr gültig, weil neue Flüchtlinge gekommen und andere gegangen sind. Es gibt nicht die Prävalenzzahlen der posttraumatischen Belastungsstörung bei Flüchtlingen. Daran müssen wir uns gewöhnen. Es wird immer nur Größenordnungen geben und wenn wir bei Größenordnungen von 20 bis 40 oder 50 Prozent sind, also bei 200 000 bis 400 000, 500 000. Die Politik muss sich entscheiden, ob bei dieser Anzahl von Menschen ein Handlungsbedarf besteht. Genauer werden wir es nicht bekommen.

Abg. Heike Baehrens (SPD): Meine Frage richtet sich an den GKV-Spitzenverband. Es wurde mehrfach von den Sprachbarrieren gesprochen und die Forderung erhoben, die Gemeinschaft der Versicherten sollte die Leistung bei anerkannten Flüchtlingen aus Beitragsmitteln finanzieren, um zum Beispiel eine angemessene psychotherapeutische Versorgung zu gewährleisten. Wie bewerten sie diese Forderung und welcher Umfang an Mitteln müsste von den Beitragss Zahlerinnen und Zahlern in der GKV bereitgestellt werden? Interessant wäre



auch der Vergleich zwischen muttersprachlicher Psychotherapie und Psychotherapie mit Sprachmittlern.

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Bezogen auf die GKV haben wir mindestens eine höchstrichterliche Rechtsprechung im Bundessozialgericht, in der eindeutig festgestellt worden ist, dass die Aufgabe der Sprachmittlung, da wo sie notwendig ist, eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die dann auch bitte aus Mitteln der Gesamtgesellschaft aufgebracht und nicht durch ein Versichertenkollektiv zu finanzieren wäre. Das kann der Deutsche Bundestag ändern, im Moment haben wir aber hier eine entsprechende höchstrichterliche Auffassung bezogen auf die Frage der Finanzierung durch die GKV. Es ist relativ schwierig, halbwegs seriös zu berechnen, welcher wirtschaftliche Aufwand entstehen würde. Wir hatten in den letzten Wochen Versuche, eine solche Norm zu formulieren. Diese war extrem unpräzise gefasst in einer Art Vorstufe eines Referentenentwurfs mit der Folge, dass nahezu bei jedem Kontakt mit dem medizinischen Versorgungssystem eine Sprachmittlung notwendig geworden wäre. Das hätte mit Sicherheit einen erheblichen Finanzaufwand verursacht und wäre auch mit Blick auf die notwendigen Qualifikationen der Sprachmittler überhaupt nicht darstellbar. Wir gehen bei einer relativ konservativen Schätzung davon aus, dass es mit 150 und 200 Millionen Euro zu Lasten der Versichertengemeinschaft gehen würde. Ich will noch einmal erinnern, dass es sich nach bisheriger höchstrichterlicher Auffassung um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe handelt.

Abg. Heiko Schmelzle (CDU/CSU): Meine Frage richtet sich auch an den GKV-Spitzenverband. Welche Erkenntnisse hat die GKV aus den bisherigen Abrechnungen psychotherapeutischer Behandlungen gewonnen? Welchen Schluss würden Sie ziehen?

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Wir haben bezüglich der Abrechnungen in den ersten 15 Monaten eine andere Situation. Teilweise ist die GKV beteiligt, das wurde vorhin bereits gesagt. In Bremen und Hamburg gibt es seit vielen Jahren eine Versorgung durch die GKV im Auftrag der Kommunen. In vielen Bundesländern gibt es die Beteiligung entweder überhaupt nicht oder aber erst seit kurzem. Insofern muss ich sagen, dass aus

den Abrechnungsdaten und des Aufwandes in psychotherapeutischer Behandlung keine Kenntnisse hinsichtlich der Häufigkeit hervorgehen. Es ist in der Diskussion der verschiedenen Sachverständigen schon deutlich geworden, wir haben eine große Unsicherheit hinsichtlich des tatsächlichen Behandlungsbedarfs. Frau Dr. Tophoven sprach von einem Risiko von 50 Prozent. Uns ist allen klar, das Risiko manifestiert sich nicht immer im tatsächlichen Behandlungsbedarf. Insofern gibt es hier einen großen Unsicherheitsfaktor.

Abg. Birgit Wöllert (DIE LINKE.): Meine Frage geht an Herrn Kiefer vom GKV-Spitzenverband. Die gesetzlichen Krankenversicherungen finanzieren nach dem Wirtschaftlichkeitsgebot, das heißt, das Notwendige darf nicht überschritten werden, da die Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz erheblich weniger umfassend sind als die GKV-Leistungen. Ergibt sich daraus, dass das Maß des Notwendigen durchaus auch unterschritten werden kann? Sehen Sie das auch so und inwiefern kann man die notwendigen Leistungen ohne Schaden für die Betroffenen kürzen?

SV Gernot Kiefer (GKV-Spitzenverband): Die Entscheidung des Gesetzgebers als oberstem Souverän für Asylbewerberinnen und Asylbewerber in der sogenannten Wartephase einen eingeschränkten Leistungskatalog nach dem § 4 und nach dem § 6 SGB V zu definieren, muss man zur Kenntnis nehmen. Aber es ist mit entsprechenden Problemen verbunden. Was ist eine notwendige medizinische Behandlung, insbesondere im Bereich der vertragsärztlichen Versorgung, die sich von dem inhaltlichen Anspruch der Versorgung, die wir im Bereich der GKV insgesamt haben, unterscheidet? Es ist eine Konstruktion, die zu erheblichen inhaltlichen Problemen führt. Dies wird von vielen behandelnden Ärztinnen und Ärzten beschrieben, weil unklar ist, was abgedeckt ist und was nicht. In Bremen und in Hamburg hat man im Wesentlichen den GKV-Leistungsumfang gewählt und bestimmte planbare und nicht unmittelbar notwendige Leistungen ausgeschlossen. Dies geht aus den Daten hervor, die uns zur Verfügung stehen. Mit dem Vorbehalt, dass keine nennenswerten Kostensteigerungen festzustellen sind. Das heißt, die zur Verfügung stehenden Daten stützen nicht die Befürchtung, dieses Vorgehen würde zu einer unkontrollierbaren



Kostenexplosion führen. Der Gesetzgeber als Souverän, der einen eingeschränkten Leistungskatalog will, sollte den durchführenden verantwortlichen Ländern und Kommunen mindestens sagen, was davon abgedeckt ist. Sind beispielsweise Kuren, Zahnersatz, bestimmte planbare und aufschiebbare Leistungen nicht gemeint? So führt es in der Breite dazu, dass ein extremer Ermessensspieldraum existiert und damit für die Flüchtenden entscheidend ist, wo sie zunächst ihren Wohnsitz nehmen müssen. Dies führt zu einer unterschiedlichen medizinischen Versorgung.

Abg. Maria Klein-Schmeink (BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN): Die Frage geht an Frau Bittenbinder. Es wurde im Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz eine Veränderung eingeführt, die zur Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen mit einem bestimmten Status eine Ermächtigungsregelung für die Zentren vorgesehen hat. Wie hat sich diese Regelung bewährt und führt sie dazu, dass behandlungsbedürftige Geflüchtete tatsächlich ihre Angebote nutzen können?

SVe Elise Bittenbinder (Arbeitsgemeinschaft der psycho – sozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAff)): Die Ermächtigungsregelung gilt nicht speziell für die Zentren. Die Ermächtigungsregelung gilt für niedergelassene Psychotherapeuten und dort gibt es inzwischen bestimmte Erfahrungen. Es gibt ein Problem mit der unterschiedlichen Ermächtigungspraxis der KVEn und es gibt eine bundesweite Umfrage der Kassenärztlichen Vereinigung. Mit Ausnahme Berlins, Bayerns und Sachsens haben alle Länder teilgenommen. Die Umfrage kam mit Stand 15. Mai 2016 zu dem Ergebnis, dass 59 Anträge auf Ermächtigung gestellt und insgesamt 26 Ermächtigungen erteilt werden sollten. Dabei gibt es unterschiedliche Vorgehensweisen in den Ländern. In vier Bundesländern gilt die Ermächtigung ausschließlich für die Weiterbehandlung. Das heißt, wenn jemand schon vorher in psychotherapeutischer Behandlung war, darf er nach den 15 Monaten weiterbehandelt werden. In fünf Bundesländern gilt es allgemein, aber es gibt insgesamt die Einschränkung nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Das heißt, es gibt Psychotherapie nur innerhalb einer bestimmten Frist. Wenn jemand anerkannt wird oder zum Beispiel das Job-Center zuständig ist, darf diese Therapie

nicht weitergeführt werden. Das macht therapeutisch, da würde mir die Kollegin von der Bundespsychotherapeutenkammer sicher Recht geben, überhaupt keinen Sinn. Außerdem haben wir in einer eigenen Umfrage für Berlin festgestellt, dass diejenigen, die ermächtigt wurden, in der Regel sehr wenig Erfahrung haben und nicht wissen, wie die Flüchtlinge zu ihnen kommen beziehungsweise wie sie mit Dolmetschern arbeiten sollen. Sie benutzen die 32 psychosozialen Behandlungszentren in Deutschland als Koordinierungsstellen, was wiederum unsere Kapazität belastet. Es müsste also zusätzlich eine Kontakt- und Beratungsstelle geben, damit die Leute auch unkompliziert an die richtige Stelle vermittelt werden.

Abg. Rudolf Henke (CDU/CSU): Ich würde gerne etwas mit dem Professor Neuner zusammen überlegen. Die ärztlichen Psychotherapeuten werden immer sehr gut angeben können, zu welcher Leistung sie selbst besonders gut in der Lage sind. Da stoßen wir jetzt auf bestimmte Kapazitätsprobleme, die möglicherweise größer sind als in der somatischen Versorgung. Die erste Frage wäre also, ist das überhaupt möglich, dass sich andere Personen als ärztliche und psychologische Psychotherapeuten um die Bewältigung von Psychotraumata kümmern können? Kann der Mensch, der dem Flüchtling begegnet etwas tun? Kann die Öffentlichkeit etwas tun? Können andere, die in der Therapie unterwegs sind, etwas tun? Oder muss das immer ein ärztlicher oder psychologischer Psychotherapeut sein? Können sie uns ein pragmatisches Stufenkonzept empfehlen?

ESV Prof. Dr. Frank Neuner: Ich würde mir gerne zwei Stunden Zeit nehmen, um das zu beantworten. Ich versuch es in zwei Minuten. Es ist selbstverständlich, dass der Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe ist, die alleine im Gesundheitswesen nicht gelöst werden kann. Es ist tatsächlich so, dass die Flüchtlinge auf eine grenzwertig überforderte psychotherapeutische Versorgungslandschaft treffen. Jeder Psychotherapeut, der irgendwie halbwegs gute Arbeit macht, hat ohnehin bisher elend lange Wartelisten. Es gibt schon in der gewöhnlichen psychotherapeutischen Versorgung ordentliche Herausforderungen, so dass ich davon ausgehe und stark dafür plädieren würde, dass das, was wir im Moment



an Versorgungssystemen haben, in der Regelversorgung gestärkt werden sollte. Es sollte ausgenutzt werden, was wir an Möglichkeiten haben. Es sollten Fortbildungen in dem Bereich erbracht und Psychotherapeuten ermuntert werden, diese auch wahrzunehmen. Das Gleiche gilt für die Behandlungszentren, die in der Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern eine zentrale Aufgabe übernehmen und oft eine jahrelange Erfahrung haben. Wir haben aber, das müssen wir uns bewusst machen, spätestens seit 2015 so etwas wie eine psychotherapeutische Notfallsituation in Deutschland. Diese hohe Anzahl von Personen ist im Regelsystem nicht vollständig zu bewältigen. Es gibt internationale Modelle, die für solche Situationen von der WHO entwickelt wurden. Diese Modelle muss man sich genau angucken. Da geht es um genau diese Frage, wie kann ich Nichtprofis in einem gestuften Behandlungsmodell einsetzen, um zum Beispiel im Gesundheitssystem eine Brückenfunktion zu übernehmen, um möglicherweise einzelne delegierbare Leistungen selbst zu übernehmen. Wir stehen vor der Aufgabe, uns kreative Gedanken machen zu müssen, wie wir dieser Notfallsituation außerhalb des Regelversorgungssystems mit massiver Integration in das Regelsystem gerecht werden können. Da braucht man schnell kreative Lösungsmöglichkeiten.

Abg. Hilde Mattheis (SPD): Meine Frage geht nochmal an Herrn Professor Neuner. Wäre zur Unterstützung so etwas wie ein E-Learning-Programm denkbar? Wie würden Sie das bewerten?

ESV Prof. Dr. Frank Neuner: Wir brauchen kreative Lösungsmöglichkeiten und internetbasierte Verfahren. Es gibt gute Erfahrungen und es gibt auch gute Evidenz dafür, dass man tatsächlich mit internetbasierten Informationen, aber auch Behandlungsangeboten, die im Moment in dieser Form in Deutschland so nicht zulässig sind, hervorragende Ergebnisse erzielen kann. Wir müssen auch in diesem Bereich neue Lösungswege gehen und uns fragen, welche evidenzbasierten Möglichkeiten haben sich international bewährt und sind hier und jetzt zum Wohl der Flüchtlinge.

Abg. Ute Bertram (CDU/CSU): Nochmal eine Frage an die KBV. Wie viele Flüchtlinge zeigen Resilienz und Selbstheilungskompetenz und welche Relevanz haben Selbsthilfe von Patienten und Peer to Peer-Ansätze?

SV Dr. Bernhard Gibis (Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV)): Das sind grundsätzliche Fragen, für die wir weder Studien noch Abrechnungserkenntnisse haben. Ich will etwas zur Versorgungsforschung klarstellen. Mein Plädoyer dafür heißt nicht, die Hände in den Schoß zu legen und andere wichtige Dinge zu unterlassen. Trotzdem will ich betonen, ohne eine vernünftige Erkenntnisbasis kann ich schlecht Maßnahmen ergreifen, die bevölkerungswirksam und flächendeckend umgesetzt werden. Wir stehen bei wichtigen Fragestellungen noch ganz am Anfang, überhaupt beurteilen zu können, wie die Belastung ist und wie wir das behandeln können. Ich möchte abschließend noch einmal aufgreifen, was die Bundesärztekammer und die Bundespsychotherapeutenkammer vorgeschlagen haben, dass man Modellprojekte gezielt für bestimmte Fragestellungen auf den Weg bringt, um auch Ihre Frage beantworten zu können.

Der **Vorsitzende:** Ich darf mich herzlich bedanken, dass Sie heute bei unserer Anhörung dabei waren und wünsche Ihnen einen schönen Abend.

Schluss der Sitzung: 17.34 Uhr

Dr. Edgar Franke, MdB
Vorsitzender

Antrag

der Abgeordneten Harald Weinberg, Ulla Jelpke, Sabine Zimmermann (Zwickau), Frank Tempel, Herbert Behrens, Karin Binder, Matthias W. Birkwald, Heidrun Bluhm, Eva Bulling-Schröter, Roland Claus, Kerstin Kassner, Dr. André Hahn, Katja Kipping, Caren Lay, Sabine Leidig, Ralph Lenkert, Michael Leutert, Dr. Gesine Lötzsch, Thomas Lutze, Birgit Menz, Martina Renner, Dr. Petra Sitte, Dr. Kirsten Tackmann, Azize Tank, Kathrin Vogler, Birgit Wöllert, Hubertus Zdebel, Pia Zimmermann und der Fraktion DIE LINKE.

Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erhalten eine medizinische Versorgung grundsätzlich nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen sowie bei Schwangerschaft und Mutterschaft. Diese weitreichende Beschränkung der Gesundheitsversorgung verletzt das Menschenrecht auf Gesundheit, das über die Allgemeine Erklärung der Menschenrechte und andere internationale Abkommen garantiert ist. Sie widerspricht auch dem Grundrecht der Menschenwürde sowie dem Sozialstaatsprinzip des Grundgesetzes. Denn diese Grundsätze gelten für alle hier lebenden Menschen, ungeachtet der Nationalität oder des Aufenthaltsstatus.

Mit dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz wurde diese Verletzung von Menschenrechten verschärft. Obwohl es im Gesetzgebungsverfahren von Wohlfahrtsverbänden, Hilfsorganisationen und Verfassungsrechtlerinnen und -rechtlern bemängelt wurde, hat die Bundesregierung an den weitgehenden Einschränkungen der Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG festgehalten. Das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz führt zu weiteren Verschlechterungen und zur Stigmatisierung in der gesundheitlichen Versorgung der Asylsuchenden.

Beeinträchtigt wird die gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden zusätzlich durch ein oft extrem zeit- und personalaufwändiges Antrags- und Prüfverfahren bei den Sozialämtern, wenn Asylsuchende oder Geduldete einen Krankenschein, eine Facharztüberweisung oder eine Krankenhausbehandlung benötigen. Selbst Heilmittel, wie etwa Physiotherapie, müssen trotz Vorliegens einer ärztlichen Verordnung in den meisten Bundesländern zusätzlich beim Sozialamt beantragt werden. Wenn Leistungsberechtigte nicht rechtzeitig Termine bei den zuständigen Sozialämtern erhalten, kann dies dazu führen, dass der Leistungsanspruch de facto ins Leere läuft. Die Folge können medizinisch nicht vertretbare Verzögerungen der Behandlung

sein. Es besteht die Gefahr, dass selbst unaufschiebbare Behandlungen unter Gefahr für Leib und Leben verschleppt werden. Todesfälle, gesundheitliche Schädigungen sowie schwerste Behinderungen und Menschenrechtverletzungen, die auf willkürliche oder zu späte Entscheidungen der Behörden oder des Personals zurückzuführen sind, sind dokumentiert (vgl. ausführlich www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Classen_AsylbLG_2014_AS-Ausschuss.pdf, Seite 39 – 54).

Die behördlichen Hemmnisse, das Menschenrecht auf medizinische Versorgung in Anspruch zu nehmen, wurden mit dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz nicht aus dem Weg geräumt. Den Ländern wurde lediglich erleichtert, die menschenverachtende Praxis durch ein Verfahren über die Krankenkassen zu ersetzen, die dann Gesundheitskarten an die Asylsuchenden ausgeben. Eine Verpflichtung der Länder, diese Möglichkeit tatsächlich zu nutzen, gibt es nicht. Einzelne Bundesländer haben bereits angekündigt, diese Vereinfachungen für Verwaltungen und Asylsuchende nicht einführen zu wollen, obwohl die Erfahrung mit der Ausgabe von Gesundheitskarten in Bremen und Hamburg zeigt, dass die Versorgung über eine Gesetzliche Krankenkasse im administrativen Bereich wesentlich effektiver und kostengünstiger als bei den Sozialämtern durchgeführt werden kann (www.zeit.de/feature/krankenversicherung-fluechtlinge-hamburg).

In Bremen und Hamburg, den Ländern, die als erste eine Gesundheitskarte für Asylsuchende eingeführt hatten, waren die Leistungen de facto aus pragmatischen Gründen auf diejenigen Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung begrenzt, die auch andere Versicherte ohne Antrag bei der Kasse in Anspruch nehmen können. Eine ähnliche Lösung befindet sich im Land Brandenburg im Gesetzgebungsverfahren. Nordrhein-Westfalen und Berlin haben die Voraussetzungen bereits geschaffen.

Die Neuregelung durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz sieht dagegen vor, in Zukunft ein Merkmal „Asyl“ auf den Gesundheitskarten zu speichern. Dies soll anzeigen, dass lediglich Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, d. h. entsprechend eingeschränkte medizinische Maßnahmen, abrechenbar sind. Damit findet sich zukünftig die Ärztin/der Arzt in einer Doppelrolle wieder: Einerseits muss und will sie/er Leistungen nach dem Stand der medizinischen Wissenschaft erbringen. Andererseits sind die Leistungen auf ein Maß unterhalb des medizinisch Notwendigen begrenzt. Sie/er muss zusätzlich die Entscheidung treffen, inwieweit ein Krankheitsfall als akut oder schmerhaft zu betrachten ist und dementsprechend nach dem Asylbewerberleistungsgesetz vergütet wird. Wenn dies nicht der Fall ist, muss der Arzt oder die Ärztin entscheiden, ob er/sie die Leistung dennoch erbringen will und sich damit entsprechenden Abrechnungsschwierigkeiten aussetzt.

Ärzteverbände hatten in der Vergangenheit immer wieder kritisiert, dass Asylsuchenden benötigte medizinische Leistungen vorenthalten werden und den gleichen Leistungsanspruch für alle Menschen gefordert. Es ist absurd, gerade den Ärztinnen und Ärzten, die den ethischen Auftrag zur bestmöglichen Behandlung haben, die Funktion desjenigen zu übertragen, der über das Recht von Menschen entscheidet, eine medizinisch notwendige Behandlung in Anspruch nehmen zu dürfen oder nicht.

Medizinethisch ist die diskriminierende eingeschränkte Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG nicht zu vertreten. Auch in Zukunft werden in den Bundesländern, die keine Gesundheitskarten ausgeben, medizinische Laien in den Sozialämtern entscheiden, ob ein nach dem Asylbewerberleistungsgesetz anzuerkennender Behandlungsbedarf besteht oder nicht und ob bzw. welche amtsärztlichen Prüfungen zur Klärung eines etwaigen Behandlungsbedarfs eingeleitet werden sollen. Dabei ist die Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Krankheitszuständen medizinisch keineswegs eindeutig definiert und der Zugang zur erforderlichen Behandlung insoweit oft eine auf Willkür beruhende Entscheidung.

Die Ausgabe einer Gesundheitskarte an Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG bedeutet nicht, dass diese reguläre Mitglieder der Krankenkasse werden. Die Krankenkasse übernimmt zwar die Krankenbehandlung, doch die Betroffenen verbleiben im Status „nicht versichert“. Eine reguläre Pflichtmitgliedschaft würde bedeuten,

dass sie Vorversicherungszeiten für eine spätere freiwillige Mitgliedschaft in der GKV erwerben könnten, also ein weiterer Diskriminierungstatbestand entfallen würde.

Die Bundesregierung plant trotz der bekannten Defizite keine grundlegenden Verbesserungen bei der Gesundheitsversorgung und dem Gesundheitsschutz im Rahmen des AsylbLG. Bei der anstehenden Umsetzung der EU-Aufnahme-Richtlinie 2013/33/EU soll vor allem die spezielle Situation von besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden Berücksichtigung finden. Darüber hinaus ist die Bundesregierung der Auffassung, dass AsylbLG erlaube bereits eine „angemessene gesundheitliche Versorgung“ (vgl. Antwort auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE., Bundestagsdrucksache 18/4758). Eine menschenrechtskonforme und medizinethisch nicht zu beanstandende Gesundheitsversorgung erfordert jedoch die gleichberechtigte Versicherungspflicht aller Menschen, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus, ihrer Herkunft oder ihrem Vermögen.

Durch die Ausgabe von Gesundheitskarten und das in § 264 Absatz 2 SGB V geregelte Erstattungsverfahren würde ein weniger Bürokratie verursachendes, einheitliches System der Krankenversicherung für alle AsylbLG-Berechtigten gleichermaßen geschaffen. Die im Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz derzeit vorgesehenen Krankenkassenverträge auf Landesebene würden überflüssig. Das seit 2004 für §-2-AsylbLG-Berechtigte geltende Kostenerstattungssystem nach § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V würde dann bundesweit gleichermaßen den Zugang für alle AsylbLG-Berechtigte zu einer gesetzlichen Krankenversicherung nach Wahl sicherstellen (vgl. dazu auch den Antrag Hamburgs, Bundesratsdrucksache 392/2/14 (neu) vom 10. Oktober 2014).

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf, geeignete Maßnahmen zu ergreifen und einen Gesetzentwurf auf den Weg zu bringen, um sicherzustellen, dass

- 1) alle Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG in die Versicherungspflicht nach § 5 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und den §§ 20 ff. des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) einbezogen werden. Die in § 5 Absatz 8a Satz 2 und 3 SGB V und in § 5 Absatz 11 SGB V für Empfängerinnen und Empfänger von Leistungen nach dem AsylbLG und dem SGB XII vorgesehenen Ausschlüsse von der GKV sind zu streichen. Die für Ausländerinnen und Ausländer in § 5 Absatz 11 SGB V vorgesehenen Ausschlüsse sind ebenfalls zu streichen, soweit der erlaubte Aufenthalt über einen dreimonatigen Kurzaufenthalt hinausgeht. Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG sind von Zuzahlungen gemäß den §§ 61, 62 SGB V zu befreien. Der Beitrag ist entsprechend der Regelung für Arbeitslosengeld-II-Bezieherinnen und -Bezieher festzusetzen (§ 246 SGB V). Die Beiträge für die Krankenversicherung von Asylsuchenden trägt der Bund;
- 2) übergangsweise und kurzfristig die seit 2004 für Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG geltende Ausgabe von Gesundheitskarten nach § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V auf alle Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG ausgeweitet wird. Die Leistungsbeschränkungen in § 4 Absatz 1 AsylbLG auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind ersatzlos zu streichen. Die Einführung entsprechender Merkmale auf der Gesundheitskarte oder anderen Anspruchsnachweisen nach § 264 SGB V ist rückgängig zu machen.

Berlin, den 28. Januar 2016

Dr. Sahra Wagenknecht, Dr. Dietmar Bartsch

Begründung

Grundsätzlich ist die Abschaffung des AsylbLG als diskriminierendes Sondergesetz und die Überführung der bislang von diesem Gesetz umfassten Personen in das allgemeine System der sozialen Sicherung nach den Sozialgesetzbüchern einschließlich der Gesundheitsversorgung geboten, um einen menschenrechtskonformen Zugang zur sozialen Sicherung zu schaffen. Einen diesbezüglichen Antrag der Fraktion DIE LINKE. (Bundestagsdrucksache 18/2871) hat der Deutsche Bundestag am 6.11.2014 allerdings abgelehnt.

Das Grund- und Menschenrecht auf Gesundheit ist in Art. 25 Allgemeine Erklärung der Menschenrechte (A-EMR), Art. 12 Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (WSK-Pakt), Art. 6 Internationaler Pakt über politische und bürgerliche Rechte, Art. 11 Europäische Sozialcharta sowie Art. 35 Europäische Grundrechtecharta garantiert. In der Präambel zur 1946 verabschiedeten WHO-Erklärung heißt es: „Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen.“ Art. 25 AEMR bestimmt: „Jeder hat das Recht auf einen Lebensstandard, der ihm und seiner Familie Gesundheit und Wohlergehen ausreichend sichert, insbesondere Nahrung, Kleidung, Unterkunft und medizinische Versorgung sowie die erforderlichen Sozialleistungen.“

In Art. 12 des von Deutschland 1973 ratifizierten WSK-Pakts heißt es: „Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an.“ Nach den Hinweisen des WSK-Ausschusses (General Comment Nr. 20) gilt dies „für alle Menschen, einschließlich Nichtstaatenangehöriger, beispielsweise Flüchtlinge, Asylsuchende, Staatenlose, ungeachtet dessen, welche Rechtsstellung sie besitzen.“ Jegliche Diskriminierung bei der Gesundheitsfürsorge und den Gesundheitsdiensten ist nach dem WSK-Pakt verboten.

Nach der Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (BVerfG) ist das Recht auf Gesundheit Teil des auch für ausländische Staatsangehörige, die sich in der Bundesrepublik Deutschland aufhalten, anerkannten Grundrechts auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums aus Art. 1 Abs. 1 und 20 Abs. 1 GG, vgl. Urteil vom 18.07.2012, AZ: 1 BvL 10/10. Das Urteil hält die gesetzliche Festlegung eines gruppenspezifischen Minderbedarfs bei dem auch die physische Existenz umfassenden menschenwürdigen Existenzminimum nur für zulässig, wenn ein solcher Minderbedarf empirisch ermittelt und objektiv belegbar ist. Die in §§ 4 und 6 AsylbLG enthaltenen Einschränkungen der medizinischen Versorgung gegenüber der den notwendigen Bedarf an medizinischer Versorgung abdeckenden Gesetzlichen Krankenversicherung (§ 12 Abs. 1 SGB V) wären demnach nur gerechtfertigt, wenn empirisch erwiesen wäre, dass die Beschränkung des Behandlungsbedarfs auf Symptombehandlungen und Akuterkrankungen aus den besonderen Eigenheiten der im AsylbLG erfassten Personengruppe zu erklären ist. Es ist aber gerade nicht belegt, dass Asylsuchende in geringerem Maße der ärztlichen Hilfe bedürfen als andere Menschen.

Trotz der vergleichsweise großzügigen Auslegung der in §§ 4 und 6 AsylbLG definierten, mit Ausnahme des Zahnersatzes weitgehend dem GKV-Standard entsprechenden Leistungsumfangs waren in Hamburg die Gesundheitsausgaben nach §§ 4 und 6 AsylbLG nach Einführung der GKV-Karte gleichbleibend. Aufgrund der wesentlich geringeren Administrations- und Personalkosten waren im Ergebnis deutliche Einsparungen zu verzeichnen. Die Hamburger Sozialbehörde beziffert die Einsparungen auf 1,6 Millionen Euro jährlich. (Vgl. dazu Burmester, Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse, NDV 2015, 109). Studien belegen, dass die Leistungsausschlüsse durch Folgekosten verschleppter Behandlungen sogar zusätzliche Gesundheitskosten verursachen (FRA – European Union Agency for Fundamental Rights, 2015). Eine Studie des Universitätsklinikums Heidelberg und der Universität Bielefeld stellt fest, dass die jährlichen Pro-Kopf Ausgaben für medizinische Versorgung bei Asylsuchenden mit beschränktem Zugang zur medizinischen Versorgung in den letzten 20 Jahren um rund 40 Prozent und damit um 376 Euro im Jahr höher lagen als bei Asylsuchenden, die bereits Anspruch auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung hatten (<http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483>).

Antrag

der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Luise Amtsberg, Kordula Schulz-Asche, Dr. Harald Terpe, Elisabeth Scharfenberg, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, Dr. Franziska Brantner, Katja Dörner, Kai Gehring, Ulle Schauws, Tabea Rößner, Doris Wagner, Beate Walter-Rosenheimer, Kerstin Andreea, Annalena Baerbock, Volker Beck (Köln), Ekin Deligöz, Anja Hajduk, Britta Haßelmann, Katja Keul, Sven-Christian Kindler, Markus Kurth, Dr. Tobias Lindner, Irene Mihalic, Beate Müller-Gemmeke, Özcan Mutlu, Dr. Konstantin von Notz, Lisa Paus, Brigitte Pothmer, Claudia Roth (Augsburg), Corinna Rüffer, Dr. Gerhard Schick, Dr. Julia Verlinden und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern

Der Bundestag wolle beschließen:

I. Der Deutsche Bundestag stellt fest:

Menschen, die in Deutschland Schutz vor Krieg und Verfolgung suchen, leiden infolge der Erlebnisse im Herkunftsland und auf der Flucht häufig unter schwerwiegenden körperlichen und vor allem psychischen Belastungen. Rund 40 % aller Flüchtlinge entwickeln infolge ihrer Erlebnisse, wie politischer Verfolgung, Folter, sexualisierter Gewalt oder des Zwangs, die Heimat zu verlassen, eine Traumafolgestörung (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald, & Neuner, 2006), die häufig von Depressionen und Angststörungen begleitet wird (Heeren, Wittmann, Ehrlert, Schnyder, Meier & Müller, 2014). Besonders gefährdet sind Frauen und Kinder. Sie alle erleben Todesängste, oft monatelangen Hunger und Durst. Insbesondere Kinder können häufig nicht verstehen, was um sie herum passiert, und sie können sich erst Recht nicht für oder gegen das vollbeladene Flüchtlings Schiff oder die Überfahrt im LKW entscheiden, sondern sind einfach dabei. Eine Studie des kbo-Kinderzentrums (Mall & Henningsen 2015) kommt zu dem Ergebnis, dass ein Drittel der syrischen Flüchtlingskinder psychisch belastet ist. Zu den im Herkunftsland verursachten und fluchtbedingten Traumata kommen anhaltende krankheitsfördernde Belastungen in den Erstaufnahmeeinrichtungen hinzu. Die Mehrzahl der Kinder leidet unter sozialer Isolation, der Trennung von Bezugspersonen und dem unklaren Aufenthaltsstatus. Frauen müssen im Bürgerkrieg und auf der Flucht sexuelle Übergriffe fürchten und sind zudem häufig mit ihren Kindern allein unterwegs. Bei unterbliebener oder verzögter Behandlung können sich die psychischen Leiden besonders häufig chronifizieren (Falk, Hersen & Van Hasselt, 1994; Kessler et al., 1995). Gerade Flüchtlinge benötigen jedoch Schutz, Sicherheit und medizinische wie psychotherapeutische

Versorgung, damit sie das Erlebte verarbeiten und sich ein neues Leben aufbauen können.

Die dringend benötigte Behandlung erhalten traumatisierte oder psychisch kranke Flüchtlinge in Deutschland jedoch nur im Einzelfall. Grund hierfür ist zunächst die Minimalversorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), das Asylsuchende und Geduldete in der Regel von einer psychotherapeutischen Versorgung ausschließt. Die Versorgung bei psychischen Erkrankungen verbessert sich jedoch kaum mit dem Zugang zu Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), da die Krankenkassen keine Dolmetschereinsätze finanzieren, die bei Flüchtlingen aber fast immer notwendig sind, weil muttersprachliche Therapieangebote kaum zur Verfügung stehen.

Einen besonders wirksamen Ansatz verfolgen die spezialisierten und niedrigschweligen Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ). Sie tragen dem speziellen Versorgungsbedarf traumatisierter und schutzbedürftiger Flüchtlinge durch multiprofessionelle Teams Rechnung. Neben Psychotherapie bieten die PSZ auch psychosoziale Beratung sowie komplementäre kreative und soziale Aktivitäten unter Mitwirkung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern an und berücksichtigen die Kultur, die krankmachenden Erfahrungen, den rechtlichen Status und die aktuellen Lebensbedingungen der Flüchtlinge. Aufgrund der instabilen und unzureichenden Mischfinanzierung, nichtexistierender Refinanzierung durch die GKV und das Wegbrechen der Finanzierung durch die Projektfördermittel aus dem Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) können die PSZ aber nur 10 % bis 20 % des Versorgungsbedarfs abdecken, müssen die allermeisten Behandlungsbedürftigen aus Kapazitätsgründen abweisen oder können sie erst nach monatelangen Wartezeiten betreuen. Ein PSZ musste seine Arbeit bereits einstellen, andere sind dazu gezwungen, ihr Angebot einzuschränken und Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zu entlassen.

Das Bundesverfassungsgericht hat klargestellt, dass die Menschenwürde nicht migrationspolitisch relativierbar ist. Es ist längst an der Zeit, allen Menschen in Deutschland, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus, die notwendigen medizinischen und psychosozialen Leistungen zu gewähren. Zu einer besseren medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung verpflichtet auch die neugefasste Richtlinie 2013/13/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationale Schutz beantragen (Aufnahmerichtlinie). Neben der Aufnahmerichtlinie, die für Kinder, als besonders schutzbedürftige Personen, den Zugang zu besonderen Gesundheitsleistungen und eine adäquate psychosoziale Beratung und Betreuung vorsieht, ist Deutschland auch der UN-Kinderrechtskonvention verpflichtet. Artikel 24 entsprechend steht jedem Kind ein Höchstmaß an gesundheitlicher Versorgung zu.

Neben den in diesem Antrag geforderten Verbesserungen der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung gilt es, durch stabile Lebensverhältnisse psychosoziale Risiken abzubauen. Bund und Länder sind gefragt, zügig für einen sicheren Aufenthaltsstatus zu sorgen, Asylsuchenden und Geduldeten einen Rechtsanspruch auf Teilnahme an den Integrationskursen zu gewähren und sie bei der Arbeitsaufnahme zu unterstützen, die Wohndauer in Gemeinschaftsunterkünften zu reduzieren sowie Kindern einen Alltag in Schule und Kita zu ermöglichen. Einen besonderen Schutz brauchen Menschen mit Behinderungen, Frauen und Kinder sowie Lesben, Schwule, trans*-, bi- und intersexuelle Menschen. Für sie muss gesichert sein, dass sie ohne Diskriminierung, Bedrohung oder Gewalt in Deutschland leben können.

II. Der Deutsche Bundestag fordert die Bundesregierung auf,

1. gesetzliche Änderungen mit dem Ziel vorzuschlagen, bundesweit allen Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz einen Anspruch auf sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung einzuräumen und

- ihnen hierfür eine Gesundheitskarte zur Verfügung zu stellen;
2. unter Beteiligung von Fachleuten (z. B. der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAff) geeignete Strukturen und Instrumente zu entwickeln und anzuwenden, die eine frühzeitige Identifizierung, Bedarfsermittlung und Versorgung Schutzbedürftiger, insbesondere traumatisierter Asylsuchender, ermöglichen. Dabei ist der Situation von Kindern und Frauen besonders Rechnung zu tragen;
 3. sicherzustellen, dass Schutzsuchende innerhalb von höchstens 15 Tagen nach Antragstellung in einer ihnen verständlichen Sprache umfassende Information und Beratung über ihre Ansprüche nach der Aufnahmerichtlinie erhalten und hierbei insbesondere über ihr Recht auf angemessene medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung informiert werden sowie über die Dienste, die ihnen in medizinischen, psychotherapeutischen und -sozialen Angelegenheiten weiterhelfen können;
 4. gemeinsam mit den Bundesländern die kurz- und langfristige Finanzierung sowie Erreichbarkeit der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sicherzustellen und deren Ausbau zu fördern. Hierfür sind u. a. die spezialisierten Zentren zur ambulanten psychosozialen und -therapeutischen Versorgung traumatisierter oder schutzbedürftiger Flüchtlinge zu ermächtigen;
 5. zur Förderung der Versorgung traumatisierter und psychisch kranker Asylsuchender und Flüchtlinge:
 - a. gemeinsam mit der Selbstverwaltung zu prüfen, ob interdisziplinäre Kooperationen zu fördern sind, bei denen neben ärztlichen und psychotherapeutischen Leistungen insbesondere auch eine psychosoziale Unterstützung von den Krankenkassen im Rahmen einer Gesamtbehandlung übernommen wird (in Anlehnung an das Modell der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung);
 - b. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die nicht zur Behandlung gesetzlich Versicherter zugelassen sind, zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen zu ermächtigen;
 - c. Sonderbedarfszulassungen für fremdsprachige Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu ermöglichen, um das Angebot an muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen zu erweitern;
 - d. eine Änderung des SGB V vorzuschlagen, mit der die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet werden, die Kosten für qualifizierte Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler im Rahmen medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen zu übernehmen;
 - e. gemeinsam mit der Selbstverwaltung sowie Traumaexpertinnen und -experten zu prüfen, mit welchen geeigneten Therapie- und Behandlungsformen möglichst viele Personen erreicht werden können;
 6. dafür Sorge zu tragen, dass in den Erstaufnahmeeinrichtungen gesonderte Spiel- und Freizeitbereiche für Kinder geschaffen werden. Diese sollten von Pädagoginnen und Pädagogen betreut werden, die in der Arbeit mit traumatisierten Kindern geschult sind, psychotherapeutischen Bedarf identifizieren und medizinische, psychotherapeutische oder psychosoziale Versorgung vermitteln können;
 7. ein Programm zur Erfassung, Analyse und Weiterentwicklung der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen aufzulegen.

Berlin, den 22. September 2015

Katrin Göring-Eckardt, Dr. Anton Hofreiter und Fraktion

Begründung

1. Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung

Das Leiden aller in Deutschland lebenden Menschen ist unabhängig von der Entscheidung über Asyl oder Flüchtlingschutz zu erkennen, anzuerkennen und zu lindern. Zu diesem Zweck sollen alle vom AsylbLG betroffenen Personen das gesamte Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung erhalten und unter Verwendung einer Versichertenkarte im Krankheitsfall direkt eine Ärztin oder einen Arzt aufsuchen können. Es muss insbesondere sichergestellt werden, dass ausschließlich qualifizierte Gutachterinnen und Gutachter zeitnah über Anträge auf Psychotherapie entscheiden.

Die Minimalversorgung nach dem AsylbLG für Asylsuchende und Geduldete ist rechtlich und ethisch nicht hinnehmbar. Insbesondere wird behandlungsbedürftigen psychisch kranken Asylsuchenden und Geduldeten aufgrund der restriktiven und unklaren Regelungen im Regelfall die notwendige psychotherapeutische Behandlung versagt. Nicht zuletzt, weil die Entscheidungen über die Gewährung einer Psychotherapie häufig von Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeitern sowie Amtsärztinnen und Amtsärzten getroffen werden, die nicht ausreichend qualifiziert sind, um einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf zu erkennen. Darüber hinaus sind die Bearbeitungszeiten der Anträge auf Psychotherapie in den Behörden meist unzumutbar lang, so dass die psychischen Störungen chronifizieren oder kostenintensive stationäre Behandlungen notwendig werden können. Wenn überhaupt, werden psychisch kranke Flüchtlinge deshalb entgegen den Leitlinien meist ausschließlich medikamentös behandelt.

2. Identifizierung, Bedarfsermittlung und Versorgung

In Deutschland gibt es noch kein Verfahren zur Ermittlung besonders schutzbedürftiger Personen. Somit bleiben viele psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen unerkannt. Dieser Zustand ist unhaltbar, weil ohne eine Identifizierung schutzbedürftiger psychisch kranker Flüchtlinge, alle – die besondere Behandlung dieser Menschen betreffenden – Bestimmungen der Aufnahmerichtlinie drohen, ins Leere zu laufen. Die Bundesregierung ist daher gefordert, sicherzustellen, dass die Ermittlung der besonderen Schutzbedürftigkeit von Asylsuchenden so früh wie möglich erfolgt, aber auch zu jedem späteren Zeitpunkt im Asylverfahren erfolgen kann. Mit Unterstützung der Fachberatungsstellen sind geeignete Verfahren und Instrumente zur Identifizierung, Bedarfsermittlung und Versorgung Schutzbedürftiger, insbesondere traumatisierter Asylsuchender, zu entwickeln und anzuwenden (vgl. Stellungnahme der BAFF „Forderungen zur gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter in der Bundesrepublik Deutschland“ vom 17.07.2015). Ziel ist es, eine qualifizierte Diagnostik und Ermittlung des Hilfs- und Behandlungsbedarfs und daran anschließend die Vermittlung eines qualifizierten Behandlungsangebotes oder entsprechender psychosozialer Unterstützung sicherzustellen.

Für eine angemessene Versorgung bedarf es auch einer niedrigschwelligen medizinischen Basisversorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften der Länder. Als Best Practice haben sich das Gesundheitsprogramm in Bremen sowie das Medeus-Programm in Rheinland-Pfalz erwiesen, die in den Erstaufnahmeeinrichtungen hausärztliche Sprechstunden, eine Abklärung psychischer Erkrankungen, Kriseninterventionen sowie Beratungen vorsehen und Personen bei Bedarf an Fachärztinnen und Fachärzte, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Beratungsstellen und Fachkliniken verweisen.

3. Anspruch auf Information und Beratung

Flüchtlinge müssen ihre Rechte auf medizinische sowie psychotherapeutische und -soziale Versorgung kennen, um sie wahrnehmen zu können. Heute versperren jedoch fehlende, unzutreffende oder unverständliche Informationen oftmals den Weg zu notwendigen Unterstützungsangeboten und Behandlungen. Damit die in der Aufnahmerichtlinie garantierten Rechte in der Praxis Wirkung entfalten, verpflichtet Art. 5 der Aufnahmerichtlinie die Mitgliedstaaten, Asylsuchende innerhalb von 15 Tagen nach Antragstellung in einer ihnen verständlichen Sprache zumindest über die vorgesehenen Leistungen und die Verpflichtungen zu unterrichten, die mit den im Rahmen der Aufnahmeverbedingungen gewährten Vorteilen verbunden sind, sowie über entsprechende Hilfsorganisationen. Die Information und Beratung sollten im Rahmen des Verfahrens zur Feststellung der Schutzbedürftigkeit stattfinden und alle Fragen und Informationen zu medizinischen, sozialen und rechtlichen Lebensbedingungen (u. a. Regelsysteme der sozialen Sicherung und gesundheitlichen Versorgung, Sprach-

kurse, Wohnformen, Bildungsangebote, Arbeitsmarktzugang, Beratungsangebote für Alleinerziehende, Beantragung von Schwerbehindertenausweisen etc.) umfassen.

4. Finanzierung und Ausbau der PSZ

Die PSZ übernehmen aufgrund der massiven Versorgungslücken im Regelsystem im Wesentlichen allein die Beratung und psychotherapeutische Behandlung traumatisierter Asylsuchender und Flüchtlinge. Ihre strukturelle und dauerhafte Finanzierung ist daher unverzichtbar und darf nicht, wie bisher, von unregelmäßigen Spenden, Stiftungsgeldern, der Unterstützung durch Kirchen und von befristeten Projektmitteln aus dem AMIF abhängen. Um der wachsenden Zahl traumatisierter Flüchtlinge mit Behandlungsbedarf angemessen begegnen zu können, stehen Bund und Länder in der Pflicht, die Finanzierung der PSZ sowie deren Ausbau sicherzustellen.

Zu berücksichtigen ist, dass die PSZ neben der Beratungs- und Behandlungsarbeit auch Qualifizierungsmaßnahmen innerhalb und außerhalb der Beratungseinrichtungen organisieren und damit für eine erhöhte interkulturelle Kompetenz sowie umfangreiche Kenntnisse über die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern in der medizinischen und psychotherapeutischen Regelversorgung, in der Betreuungsarbeit vor Ort und bei den zuständigen Verwaltungseinrichtungen sorgen. Diese wichtige und notwendige Fort- und Weiterbildungsarbeit ist ebenfalls ausreichend zu finanzieren. Ebenso muss sichergestellt werden, dass Behandlungen nicht daran scheitern, dass Flüchtlinge geeignete Therapieangebote nicht erreichen können, weil der Anreiseweg zu lang oder kostenintensiv ist.

Die PSZ zu ermächtigen, ist sinnvoll, weil dadurch das wünschenswerte interdisziplinäre und multiprofessionelle Behandlungs- und Beratungsangebot für traumatisierte Flüchtlinge in besonderem Maße unterstützt wird. Außerdem muss sichergestellt werden, dass die Krankenkassen ihrer Verpflichtung nachkommen, die Kosten für Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung gemäß § 13 Abs. 3 SGB V zu übernehmen, wenn für die Behandlung Psychotherapeutinnen und -therapeuten mit Kassenzulassung nicht verfügbar sind.

5. Förderung der Versorgung traumatisierter und psychisch kranker Asylsuchender und Flüchtlinge

a. Interdisziplinäre Kooperationen fördern

Als weiteres Instrument zur Förderung der ganzheitlichen ambulanten Versorgung traumatisierter Asylsuchender und Flüchtlinge sollen interdisziplinäre Kooperationen gefördert werden, indem neben ärztlichen Leistungen (z. B. Psychiater) auch insbesondere psychologisch-psychotherapeutische und psychosoziale Unterstützung von den Krankenkassen im Rahmen einer Gesamtbehandlung übernommen wird. Ziel ist es, Asylsuchenden und Flüchtlingen durch die vielfältigen Kooperationen ein besonders qualifiziertes, umfassendes und kontinuierliches Behandlungsangebot bereitzustellen. Als Vorbild kann das Modell der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung zur ganzheitlichen Versorgung von Kindern und Jugendlichen dienen. Diese Vereinbarung ermöglicht es niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychiatern sowie Kinderärzten, Nervenärzten und Psychiatern mit mindestens zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, in enger Kooperation mit komplementären Berufen, mindestens in einem Praxisteam aus Heilpädagoginnen und Heilpädagogen sowie Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiterinnen interdisziplinär zusammenzuarbeiten. Die Evaluation durch das ZI-Institut hat ergeben, dass die hohen Erwartungen an die ambulante Versorgung nach der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung mehr als erfüllt wurden (vgl. ZI-Institut, Evaluation der Sozialpsychiatrie-Vereinbarung, Abschlussbericht 2014).

b. Ermächtigung von Psychotherapeuten

Um das Versorgungsangebot für die große Anzahl an zu erwartenden Flüchtlingen auszubauen, sollten psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -psychotherapeuten ohne Kassenzulassung zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen ermächtigt werden.

c. Sonderbedarfszulassung bei lokalem Versorgungsbedarf

Psychotherapie ist im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen besonders stark darauf angewiesen, persönliche Empfindungen und Erfahrungen, scham- und angstbesetzte Erinnerungen, Gedanken und Wünsche

mit der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten besprechen zu können. Hierfür braucht es eine vertrauensvolle, sprachliche Verständigung zwischen Patientin oder Patient und Psychotherapeutin oder Psychotherapeut. Daher sollte das muttersprachliche psychotherapeutische Angebot bei entsprechender regionaler Konzentration von Menschen mit gleicher Muttersprache über Sonderbedarfzulassungen ausgeweitet werden. Zu diesem Zweck ist bei der Selbstverwaltung darauf hinzuwirken, dass die Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs um das Kriterium der Verfügbarkeit muttersprachlicher Angebote ergänzt wird.

d. Kostenübernahme von Dolmetschereinsätzen durch die GKV

Menschen können nur dann adäquat aufgeklärt, diagnostiziert und behandelt werden, wenn sie sich mit der Ärztin bzw. dem Arzt oder der Psychotherapeutin bzw. dem Psychotherapeuten sprachlich verstündigen können. Dies trifft im besonderen Maße für die Psychotherapie zu, gilt aber auch für andere Bereiche der Gesundheitsversorgung. Da für die große Mehrheit der Flüchtlingsgruppen in Deutschland keine bzw. nicht ausreichend muttersprachliche Therapieplätze verfügbar sind und absehbar nicht sein werden, sind die Kosten für die Sprachmittlung durch qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher als Teil der Krankenbehandlung von den gesetzlichen Krankenkassen zu übernehmen. Für die Sprachmittlung bei Psychotherapien sollten die Dolmetscherinnen und Dolmetscher speziell für die sensible Situation geschult sein. Eine professionelle Sprachmittlung entlastet zugleich Kinder von Flüchtlingen, die häufig für ihre Eltern dolmetschen, weil sie die Einzigen oder Ersten in einer Familie sind, die durch die Schulpflicht Deutsch lernen.

e. Geeignete Therapie- und Behandlungsformen für möglichst viele Personen

Angesichts der zu erwartenden steigenden Zahl behandlungsbedürftiger Flüchtlinge ist die Bundesregierung gefragt gemeinsam mit der Selbstverwaltung und Traumaexperten zu prüfen, mit welchen geeigneten Therapie- und Behandlungsformen möglichst viele Personen erreicht werden können (u. a. Gruppentherapien), und hierfür Modellvorhaben durchzuführen. Gerade die SPZ greifen häufig auf bestimmte Therapien jenseits der Richtlinienverfahren zurück (insb. Systemische Therapie).

6. Betreute Spiel- und Freizeitbereiche für Kinder in Erstaufnahmeeinrichtungen

Eine Studie des kbo-Kinderzentrums (Mall & Henningsen 2015) kommt zu dem Ergebnis, dass zusätzlich zu den im Herkunftsland verursachten und fluchtbedingten gesundheitlichen Beeinträchtigungen auch die Situation in den Erstaufnahmeeinrichtungen zu einer Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustandes der Kinder führt. Pädagogisch betreute Spiel- und Freizeitbereiche für Kinder und Jugendliche durchbrechen die soziale Isolation, fördern die Teilhabe und ermöglichen es den Fachkräften, psychosoziale Warnsignale zu erkennen und Hilfe zu vermitteln.

7. Forschung und Weiterentwicklung

Bislang existieren kaum Studien zur Versorgungssituation von Flüchtlingen. Die empirische Datenlage in Deutschland muss daher verbessert werden, um den Versorgungsbedarf zu erfassen und aus den Ergebnissen sinnvolle Maßnahmen zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung zu planen, zu evaluieren und weiterzuentwickeln.