

PSYCHOTHERAPEUTISCHE UND PSYCHOSOZIALE VERSORGUNG VON ASYLSUCHENDEN

- **Verständliche und korrekte Informationen bereitstellen**
- **Psychiatrische Erstuntersuchung im Rahmen der Erstversorgung nach § 62 Asylverfahrensgesetz einführen**
- **Anspruch auf medizinische und psychotherapeutische Versorgung sowie Dolmetscherleistungen für Leistungsberechtigte gemäß §§ 4 und 6 AsylbLG bundeseinheitlich auslegen**
- **Elektronische Gesundheitskarte für AsylbewerberInnen mit klar definiertem Leistungsspektrum einführen**
- **Zugang zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung sicherstellen**
- **Psychosoziale Zentren aufbauen und finanziell sichern**
- **Dolmetscherkostenübernahme im Sozialgesetz verankern**

*Positionspaper der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN im Bayerischen Landtag
Beschlissen am 02. Dezember 2015*

Ein großer Teil der Erwachsenen sowie der Kinder und Jugendlichen, die in Deutschland Asyl suchen, leidet infolge der Erlebnisse im Herkunftsland und auf der Flucht unter schwerwiegenden und dringend behandlungsbedürftigen körperlichen sowie vor allem psychischen Belastungen. Eine umfassende Psychotherapie erhalten jedoch nur die allerwenigsten.

Der Zugang zur medizinischen und zur psychotherapeutischen Versorgung im Gesundheitssystem Deutschlands ist Asylsuchenden nur stark eingeschränkt möglich. Während der ersten 15 Monate in Deutschland haben sie lediglich Anspruch auf solche medizinischen Leistungen, die als unerlässlich für die akute Gesundheit angesehen werden. Psychische Erkrankungen fallen in aller Regel durch dieses Raster, zumal die Gutachter häufig gar nicht qualifiziert sind, derartige Störungen zu erkennen. Auch nach Ablauf der 15 Monate haben es Asylsuchende oft schwer, eine entsprechende Therapie zu bekommen.

Aktuelle Problemlage

Begrenzter Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung kostet Geld

Normalerweise kennen wir es so: Wer akut krank ist, soll zu einem Arzt oder Ärztin gehen können, wo entschieden wird, ob und wie behandelt wird. Dies gilt im Falle der AsylbewerberInnen nicht. AsylbewerberInnen müssen sich in Bayern in den 15 Aufenthaltsmonaten zunächst einen Behandlungsschein bei der Kommune holen, wenn sie krank sind und zum Arzt müssen. Der Arzt oder die Ärztin stellt anschließend die Leistung der Kommune in Rechnung.

Eine weitere Hürde: Das Leistungsspektrum nach §§ 4 und 6 AsylbLG (Asylbewerberleistungsgesetz) ist nicht klar definiert. Das AsylbLG lässt somit offen, welche medizinischen Leistungen nun wirklich erforderlich und unaufschiebbar sind. Letztendlich soll eine Verwaltungskraft darüber von Fall zu Fall, von Region zu Region subjektiv entscheiden, welche Hilfe der Betroffene benötigt. Die Ausstellung eines Behandlungsscheines für jede Behandlung und vor jedem Arztbesuch ist bürokratisch, ineffizient und belastet die Kommunen zunehmend. Da psychische Erkrankungen nicht für jedermann auf den ersten Blick sichtbar sind, ist es umso schwieriger, sie zu erkennen. Dies kann verheerende bis hin zu tödliche Folgen für die erkrankten Personen

haben. Nicht rechtzeitig erkannte, chronische Erkrankungen belasten die Betroffenen, und nicht zuletzt später – volkswirtschaftlich gesehen – die Gemeinschaft sowie auch die Kassen mit oft hohen Kosten.

Dem treten seit Jahrzehnten nichtstaatliche Initiativen entgegen, indem sie – projekt-, stiftungs- und spendenfinanziert außerhalb des regulären Gesundheitssystems – speziell qualifizierte, niedrighschwellige Versorgungsangebote für Asylsuchende anbieten. Im Bereich der spezialisierten psychosozialen Versorgung versuchen die bayernweit drei Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer die systemischen Versorgungsdefizite abzufangen. Sie tragen dem speziellen Versorgungsbedarf ihrer PatientInnen durch ein komplexes Leistungsspektrum Rechnung, das neben Psychotherapie auch psychosoziale Beratung sowie komplementäre kreative und soziale Aktivitäten umfasst und die spezifischen kulturellen Prägungen, die krankmachenden Erfahrungen, den rechtlichen Status und die aktuellen Lebensbedingungen der Asylsuchenden berücksichtigen.

Die meisten Beratungen und Therapien sind nur mithilfe weitergebildeter DolmetscherInnen möglich. Ähnliches gilt für die ÄrztInnen, PsychologInnen, SozialarbeiterInnen, Sozial- und KunsttherapeutInnen, die neben ihrer grundständigen Qualifikation zusätzliche spezifische Fortbildungen absolviert haben müssen.

Aktuelle Reformen: Defizitärer und hürdenreicher Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung bleibt - auch nach 15 Monaten

Seit März 2015 haben AsylbewerberInnen nun nicht erst nach vier Jahren, sondern bereits nach 15 Monaten einen Anspruch auf die gleichen Leistungen, wie die Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung und erhalten eine elektronische Gesundheitskarte. Dies stellt grundsätzlich eine Verbesserung für traumatisierte AsylbewerberInnen dar. In der Praxis bleibt der Zugang zur psychotherapeutischen und

psychosozialen Versorgung der betroffenen Erwachsenen und insbesondere Kinder aber defizitär und hürdenreich.

Das liegt einerseits an der fehlenden Kostenübernahme der Dolmetscherkosten durch die gesetzliche Krankenversicherung (GKV), sowie an der mangelnden Erreichbarkeit von DolmetscherInnen bei Akutfällen, in der Nacht oder an Wochenenden und Feiertagen. Andererseits machen die langen Wartezeiten bei den niedergelassenen PsychotherapeutInnen eine adäquate Versorgung von traumatisierten und psychisch kranken AsylbewerberInnen und Flüchtlingen unmöglich. Die Regelversorgung trägt dadurch bisher nur marginal bzw. nur in meist vermeidbaren Krisensituation durch kurze stationäre Aufnahmen in die Psychiatrie bei.

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sind daher nach wie vor die Hauptanlaufstelle zur Behandlung von psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten. Im vergangenen Jahr konnten aufgrund der völlig unterbesetzten Anlaufstellen und mit ihren begrenzten Mitteln lediglich etwa vier Prozent der kranken AsylbewerberInnen und Flüchtlinge in ganz Deutschland behandelt werden. Kalkuliert man mit den wesentlich höheren Zahlen der Flüchtlinge in diesem Jahr, dürfte die Rate der therapierten Flüchtlinge auf unter ein Prozent sinken. Die Psychosozialen Zentren können die Psychotherapien bei den Betroffenen aber nach Ablauf von 15 Monate nicht mehr wie bisher über die Sozialämter abrechnen. Da sie keine Vertragspartner der Krankenkassen sind, übernehmen diese die Kosten zumeist nicht. Durch die eigentlich verantwortlichen Leistungsträger der Regelversorgung werden nur ca. 5% der in den Zentren durchgeführten Psychotherapien refinanziert. Die Finanzierung bleibt an Kommunen, Ländern, Kirchen, Stiftungen, EinzelspenderInnen, der EU, und dem BMFSF hängen und trägt zu einer administrativ aufwändigen, instabilen und meist völlig unzureichenden Sicherstellung der Leistungserbringung bei.

So ist nach Ablauf von 15 Monate bei AsylbewerberInnen sowie auch bei anerkannten Flüchtlingen trotz der elektronischen Gesundheitskarte auch in Bayern nach wie vor eine große Unterversorgung bei psychischen Erkrankungen festzustellen – von der Diagnostik

bis zur Weitervermittlung und Behandlung durch entsprechende Fachkräfte. Dabei leidet fast jeder zweite Flüchtling unter einer psychischen Störung, die meisten an der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Zudem bestehen regelmäßig Begleiterkrankungen mit ausgeprägten Depressionen, Schlaf- und Angststörungen. Die Symptomatik ist dabei meist komplex und oft bereits chronisch, weil sie mit einer Vielzahl an Entwurzelungs- und Belastungsfaktoren verwoben ist.

Auf die speziellen Versorgungsbedürfnisse Geflüchteter kann durch PsychotherapeutInnen in der gesundheitlichen Regelversorgung nicht ausreichend reagiert werden. Die PsychotherapeutInnen in den Psychosozialen Zentren nehmen einen Versorgungsauftrag wahr, dem prinzipiell vor allem die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger nachkommen müssten. Ihre Leistungen sollten daher auch entsprechend zugeordnet und abgerechnet werden können. Die meisten Kassen wenden zudem die Möglichkeit, Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung zu finanzieren, nicht zugunsten der Zentren an. Flüchtlinge, die länger als 15 Monate in Deutschland sind, können daher keine Psychotherapie in den Flüchtlingszentren mehr erhalten, oder die Leistungserbringung wird nicht refinanziert.

Deshalb ist nötig, dass für traumatisierte AsylbewerberInnen und Flüchtlinge zukünftig mehr ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen verfügbar sind. Mit der im Oktober 2015 verabschiedeten Reform des Asylrechts gehen einige Verbesserungen der medizinischen Versorgung von AsylbewerberInnen einher, die wir schon lange gefordert haben. So sieht die Verordnung zum Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vor, dass den qualifizierten ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen sowie psychosozialen Einrichtungen mit einer fachlich-medizinischen ständigen ärztlichen Leitung auf Antrag ermöglicht wird, eine befristete Ermächtigung zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von AsylbewerberInnen zu erhalten. Dazu hat die Bundesregierung den § 31 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte geändert. Die Zulassungsausschüsse sind ab jetzt über die bestehenden Ermächtigungsmöglichkeiten hinaus verpflichtet, speziell für die Behandlung von AsylbewerberInnen, die Folter, Vergewaltigung oder schwere

psychische, physische oder sexuelle Gewalt erlitten haben, PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen zu ermächtigen.

Zwar konnten Kassenärztliche Vereinigungen und Krankenkassen schon bisher befristet zusätzliche PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen ermächtigen, sofern dies notwendig war, eine bestehende oder unmittelbar drohende Unterversorgung abzuwenden oder einen begrenzten Personenkreis zu versorgen. Die Zulassungsausschüsse waren bisher jedoch in der Regel nicht bereit, diese Ermächtigungen zu erteilen.

GRÜNE FORDERUNGEN

Wir wollen die bayerischen Kommunen und die Leistungserbringer von unnötiger Bürokratie und unnötigen Kosten entlasten und gleichzeitig sicherstellen, dass AsylbewerberInnen und Flüchtlingen ein einfacherer Zugang zu medizinischer Hilfe ermöglicht wird, falls sie eine benötigen. Dabei muss der Zugang zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung eine wichtige Rolle spielen.

Daher fordern wir:

1. Einführung einer psychiatrischen Erstuntersuchung im Rahmen der Erstversorgung nach § 62 Asylverfahrensgesetz

Bei der Erstversorgung gemäß § 62 Asylverfahrensgesetz nach der Registrierung der Geflüchteten nach deren Ankunft, ist bisher keine psychiatrische bzw. psychotherapeutische Erstuntersuchung vorgesehen. Um Suizide und gesundheitliche Fehlentwicklungen zu vermeiden, ist dringend nötig, dass schwer traumatisierte AsylbewerberInnen und insbesondere Jugendliche und Kinder identifiziert werden, und so bald wie möglich die nötige Hilfe erhalten.

Bereits in der Erstaufnahme müssen auch passende Sprechstunden und Erstversorgung mit niedrigschwelliger Beratung angeboten werden.

2. Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte mit klar definiertem Leistungsspektrum statt Abholung von Behandlungsscheinen

Mehrere Punkte des Maßnahmenpaketes im neuen Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz betreffen die medizinische Versorgung von Flüchtlingen: Unter anderem schafft das Gesetz einheitliche rechtliche Rahmenbedingungen für die Bundesländer, die das System der elektronischen Gesundheitskarte auf Asylsuchende ausweiten wollen. Jedem Bundesland soll es jedoch nach wie vor selbst überlassen bleiben, ob es diesen Schritt unternimmt oder nicht.

Wir brauchen in Bayern endlich ein einheitliches und effektiveres Vorgehen in den Landkreisen. Wir fordern die Staatsregierung deshalb auf, eine Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für Empfänger von Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes mit den Landesverbänden der Krankenkassen und Ersatzkassen gemäß dem Artikel 11 des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes abzuschließen. Wir wollen, dass AsylbewerberInnen in den Städten und Gemeinden eine elektronische Gesundheitskarte ausgehändigt bekommen, mit der sie klar definiertes Spektrum an medizinischen Leistungen in Anspruch nehmen können, ohne vorher beim Sozialamt vorstellig zu werden.

Die Erfahrungen aus Bremen und Hamburg zeigen, dass sich die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte qualitativ und ökonomisch bewährt hat. Es kommt zu Einsparungen durch Vorsorge und rechtzeitige Krankenbehandlung. Die Kosten bei den Sozialämtern sinken, weil der Verwaltungsaufwand für das Ausstellen von Papierkrankenscheinen sowie die Abrechnung und Kontrolle erbrachter Leistungen entfällt. Im Übrigen hat eine Studie der Universitätsklinik Heidelberg und der Universität Bielefeld belegt, dass die Gesundheitskarte für Flüchtlinge wirtschaftlich sinnvoll ist.¹

¹ Kayvan Bozorgmehr et al. (2015): Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994 – 2013.

Auch Hamburg hat vorgerechnet, dass dort jährlich 1,6 Millionen Euro eingespart werden konnten.

3. Zügige Erteilung von befristeten Ermächtigungen nach § 31 Ärzte-Zulassungsverordnung (ZV)

Die Zulassungsausschüsse sind verpflichtet, ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen (persönliche Ermächtigung) sowie psychosoziale Einrichtungen mit einer fachlich medizinischen ständigen ärztlichen Leitung (Institutsermächtigung) zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von EmpfängerInnen laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG (= AsylbewerberInnen, die sich seit 15 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben), die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, auf Antrag eine befristete Ermächtigung zu erteilen.

Wir fordern die Zulassungsausschüsse auf, der neuen Verpflichtung nachzukommen und beantragte Ermächtigungen nach § 31 Zulassungsverordnung für Vertragsärzte zügig zu erteilen. Somit sollten auch die Psychosozialen Zentren eine Berechtigung erhalten, vertragspsychotherapeutische oder -psychiatrische Leistungen für Asylsuchende zu erbringen und diese auch mit den gesetzlichen Krankenkassen abzurechnen.

Die neue Regelung greift jedoch erst, wenn Asylsuchende bereits 15 Monate oder länger im Land sind. Bis dahin gelten für Asylsuchende nur die weiterhin eingeschränkten medizinischen Leistungen nach dem §§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz. Der Personenkreis nach § 31 Ärzte-ZV ist also eng definiert.

Wir fordern, dass der zu behandelnde Personenkreis nach § 31 Ärzte-ZV auch auf die Flüchtlinge, die bereits das Asylverfahren durchlaufen und eine Aufenthaltserlaubnis erhalten haben, sowie auf Asylsuchende mit psychischen Erkrankungen (Umsetzung EU-Aufnahmerichtlinie) erweitert wird.

4. Ausbau und Finanzierung von Psychosozialen Zentren zur Kompensation der Versorgungslücken im Bereich der ambulanten psychosozialen Versorgung geflüchteter Erwachsenen und Kinder

Eine qualifizierte niedrigschwellige Unterstützung der geflüchteten Erwachsenen und Kinder hilft nicht nur gezielt den besonders schutzbedürftigen Betroffenen, sie erspart häufig auch spätere Kosten und vermeidet eine Verschlimmerung oder eine Chronifizierung des Leidens. Um das etablierte und anerkannte Leistungsspektrum der Zentren zu erhalten, ist eine geregelte Finanzierung der Zentren unumgänglich – insbesondere der Leistungen, die nicht innerhalb der gesetzlichen Regelversorgung liegen.

Zu berücksichtigen ist auch, dass die Psychosozialen Zentren neben der Beratungs- und Behandlungsarbeit auch Qualifizierungsmaßnahmen innerhalb und außerhalb der Beratungseinrichtungen organisieren. Damit sorgen sie für eine erhöhte interkulturelle Kompetenz sowie umfangreiche Kenntnisse über die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge bei Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der medizinischen und psychotherapeutischen Regelversorgung, in der Betreuungsarbeit vor Ort und bei den zuständigen Verwaltungseinrichtungen. Diese wichtige und notwendige Fort- und Weiterbildungsarbeit muss ebenfalls ausreichend finanziert werden.

Wir fordern deshalb eine verbindliche finanzielle Absicherung und Ausbau der Psychosozialen Zentren in Bayern, dazu bedarf es jedoch einer verbindlichen Finanzierungsregelung durch Bund und Länder. Dies kann zum Beispiel durch eine quartalsweise Zuwendung für Personalkosten und anteilmäßig für Betriebs- und Verwaltungskosten geschehen. Die Einrichtung der spezifischen Flüchtlingsambulanzen muss auf Grundlage einer präzisen Beschreibung der zu versorgenden Zielgruppe, der Voraussetzungen der Träger, der Leitungsstrukturen, des Leistungsspektrums und -umfangs, der Qualifikation der MitarbeiterInnen in der Versorgung sowie auch der

Sprachmittlung, der anzustellenden Berufsgruppen sowie der Qualitätssicherung erfolgen.

5. Dolmetscherkosten müssen als notwendiger Teil der Krankenbehandlung von AsylbewerberInnen und Flüchtlingen anerkannt werden

Eine fachlich und ethisch korrekte Aufklärung, Diagnostik und Behandlung der PatientInnen kann nur unter Voraussetzung einer adäquaten sprachlichen Verständigung zwischen TherapeutIn und PatientIn erfolgen.

Die Kostenübernahme von Dolmetscherleistungen, spielt vor allem bei Asylsuchenden, die sich mehr als 15 Monate in Deutschland aufhalten eine Rolle. Während die Dolmetscherkosten für Leistungsberechtigte nach den §§ 4 und 6 AsylbLG in der Regel von den Sozialämtern übernommen werden könnten² (zumindest sofern die Herbeiziehung eines Sprachmittlenden für die Behandlung erforderlich ist), haben die Asylsuchenden nach 15 Monaten Aufenthalt den gleichen Anspruch auf Gesundheitsversorgung wie gesetzlich Versicherte und Leistungsbeziehende nach SGB II/SGB XII. Das heißt, Kosten für eine Sprachmittlung sind über den Leistungskatalog des SGB V bzw. die leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB II nicht abgedeckt. Ein Anspruch nach dem SGB V besteht nicht. Im Rahmen einer Krankenbehandlung werden ggf. erforderliche Kosten für die Hinzuziehung eines Dolmetschers daher nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Wir wollen, dass die Kostenübernahme der Dolmetscherdienste zumindest bei der psychotherapeutischen Versorgung, unter bestimmten Bedingungen möglich ist und im SGB V entsprechend verankert wird.

² Es handelt sich um eine „Kann-Entscheidung“, welche die Sozialämter nicht immer im Sinne der Asylsuchenden treffen.

6. Konkrete Modellprojekte initiieren und fördern

6.1. Modellprojekt zum Aufbau von einem zentralen Dolmetscherpool mit einer Koordinierungsstelle

Die Erreichbarkeit der DolmetscherInnen ist ein zentrales Problem bei der Behandlung von Asylsuchenden. Der Aufbau eines zentralen Dolmetscherpools in Bayern könnte von Anbietern geleistet werden, die bereits in der Sprachmittlung tätig sind. Eine Koordinierungsstelle würde die Sprachmittler qualifizieren und zertifizieren, an ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen vermitteln und könnte auch deren Vergütung abwickeln. Inzwischen gibt es auch Modelle, die u.a. auch Möglichkeiten der Telemedizin einbinden. Damit kann die Erreichbarkeit der Dolmetscherdienste wirksam erhöht werden.

Gleichzeitig müssen Standards für die Qualifikation und Honorierung der DolmetscherInnen festgelegt werden. Unterschiedliche religiöse oder soziokulturelle Hintergründe, länderspezifische Unterschiede in der Versorgung und im Verständnis von Scham oder Ehre können zu schwerwiegenden Missverständnissen führen, deshalb ist die entsprechende Weiterbildung der DolmetscherInnen essentiell.

6.2. Modell zur PTBS-Fortbildung für medizinische Leistungserbringer, Ehrenamtliche sowie Lehrkräfte und medizinische und soziale Auswertung des Hilfsbedarfs

Wer tagtäglich mit dem Leid der Asylsuchenden konfrontiert wird, muss durch Wissen und praktische Handlungshilfen gestärkt werden.

Auch die Psychoedukation in der Muttersprache für betroffene Familien bereits in den Erstaufnahmeeinrichtungen ist sinnvoll: Das Wissen, wie ein Trauma entsteht und dass weder Eltern noch Kinder „verrückt“ sind, sondern dass ihre Symptome eine normale Reaktion auf unerträgliche Erlebnisse sind, tröstet und hilft betroffenen Eltern und Kinder.

Dies kann im Rahmen eines Modellprojekts erprobt werden. Danach soll medizinische und soziale Auswertung des Hilfsbedarfs folgen.