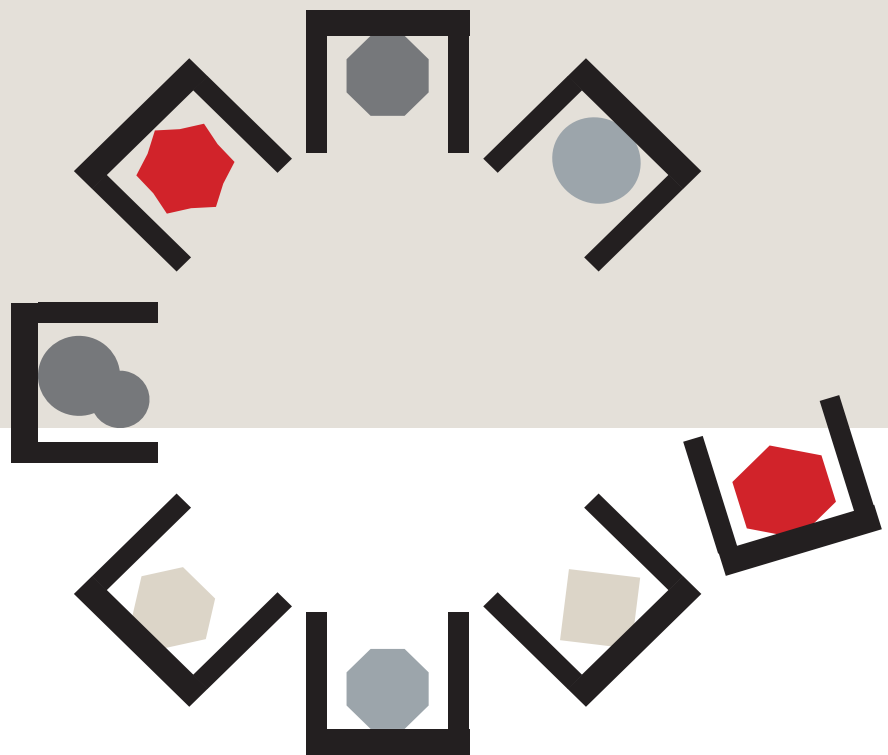


Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik

Vorsitz: Armin Laschet

Themendossier

Zugang zu Gesundheitsleistungen und
Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge
und Asylbewerber: Von der Erstversorgung
bis zur psychosozialen Behandlung



Inhalt

Vorwort	3
Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber: Von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung – Empfohlene Maßnahmen und Ziele	4
Aktuelle Fragen und Entwicklung	5
Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung	6
Stand der Debatte: Forderungen und mögliche Ziele	10
Handlungsempfehlungen und Reformvorschläge	14
Literaturverzeichnis	16
Mitglieder der Kommission	18

Vorwort

Mit der im März 2015 einberufenen Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik haben wir zehn hochrangige Vertreter aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft zusammengebracht, um konkrete Handlungsoptionen und Reformvorschläge für die deutsche Flüchtlingspolitik zu entwickeln. Über Anhörungen, Gespräche und Gutachten bindet die Kommission bedarfsorientiert wissenschaftliche, politische und ethische Expertise von Akteuren und Experten in ihre Arbeit ein und versteht sich dabei als parteipolitisch unabhängiger Berater.

Die Expertenkommission entwickelt Empfehlungen für den Zugang und die Aufnahme von Flüchtlingen, für die Aufgaben- und Lastenverteilung, für Anerkennung, Unterbringung und Wohnen, den Spracherwerb, für Bildung und Schule, Ausbildung und Arbeitsmarktintegration, Gesundheitsversorgung sowie für Rückkehr und Rückführung. Gleichzeitig stellt sie sich gesamtgesellschaftlichen Fragen nach Zusammenhalt und Zusammenleben.

Die aktuell steigenden Zuwanderungszahlen und die schnelllebige Debatte erhöhen die Notwendigkeit, parallel eine langfristige Konzeption zu entwickeln, damit unsere Gesellschaft die Herausforderungen der Flüchtlingszuwanderung erfolgreich meistern kann. Wir haben es uns daher zur Aufgabe gemacht, auf Grundlage wissenschaftlicher Erkenntnisse und Erfahrungen aus der Praxis konkrete Handlungsoptionen, insbesondere für die mittel- und langfristige Integration der derzeit zu uns kommenden Menschen zu entwickeln, ohne dabei die aktuellen Entwicklungen aus dem Blick zu verlieren.

Das Themendossier »Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber« ist die vierte Publikation einer Reihe von Veröffentlichungen der Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik.



Uta-Micaela Dürig
Geschäftsführerin
Robert Bosch Stiftung GmbH
Februar 2016



Armin Laschet
Vorsitzender der Kommission

Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber: Von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung

Empfohlene Maßnahmen und Ziele

:: Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen ausbauen,

u. a. durch die Gewinnung und Reaktivierung von qualifiziertem medizinischen und psychologischen Personal für eine dortige Tätigkeit sowie den Einsatz von mobilen Versorgungszentren und Ärzteneinheiten.

:: Sicherstellung einer ausreichenden, präventiven und langfristig kosteneffizienten Gesundheitsversorgung,

u. a. durch die Umwandlung der Not- und Akutversorgung für Asylbewerber in eine bundeseinheitliche Regelversorgung (über deren Leistungskatalog eine unabhängige Expertenkommission entscheidet), eine Verbesserung des Impfangebots und die Aufstockung der Mittel für psychosoziale Betreuung in Erstaufnahmeeinrichtungen.

:: Unterbringung von traumatisierten, schwer erkrankten und behinderten Flüchtlingen in urbanen und nicht ländlichen Regionen,

u. a. um eine leichtere Erreichbarkeit von medizinischen Angeboten zu gewährleisten.

Aktuelle Fragen und Entwicklung

Wie soll der Zugang von Asylbewerbern und Flüchtlingen zu medizinischen Leistungen, von der Erstaufnahme bis zur längerfristigen Versorgung, geregelt werden und in welchem Umfang könnte eine Einbeziehung in das kassenärztliche Regelangebot erfolgen? Wie können und sollen fluchtspezifische Erkrankungen behandelt werden? Welcher institutionellen und personellen Kapazitäten sowie fachlichen, sprachlichen und interkulturellen Kompetenzen bedarf es dafür bei Ärzten, Pflegepersonal, Krankenhäusern, Arztpraxen und Behandlungszentren?

Die Debatte über diese zentralen gesundheitspolitischen Fragen im Bereich Asyl und Flüchtlinge wird durch die bestehenden rechtlich-administrativen Rahmenbedingungen, die stark gestiegenen Flüchtlingszahlen und die dadurch bedingte höhere Nachfrage nach medizinischen Leistungen bei nicht gleichmäßig wachsendem Leistungsangebot für die Zielgruppen abgesteckt. Dafür sind vor allem folgende Bereiche und Handlungsfelder relevant, die bislang überwiegend, aber nicht nur in die Kompetenzen der Bundesländer und der Kommunen fallen:

1. Die ärztliche Erstuntersuchung von Asylbewerbern in Erstaufnahmeeinrichtungen
2. Der Impfschutz von Asylbewerbern
3. Der Leistungsumfang für Asylbewerber und Flüchtlinge
4. Der praktische Zugang für Asylbewerber zu Gesundheitsleistungen
5. Die medizinische und psychologische Behandlung besonders Schutzbedürftiger
6. Die interkulturellen Kompetenzen im Gesundheitswesen

Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung

Die ärztliche Erstuntersuchung von Asylbewerbern in Erstaufnahmeeinrichtungen

Das Asylgesetz (§ 62 AsylG) regelt die verbindlichen Gesundheitsuntersuchungen für Asylbewerber, die im Rahmen der Aufnahme und Antragstellung in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht werden. Es werden ärztliche Untersuchungen auf übertragbare Krankheiten (z. B. Tuberkulose, Ruhr, Hepatitis), Impfschutz und auf Schwangerschaft durchgeführt. Je nach Bundesland bzw. Einrichtung findet außerdem eine weitergehende Diagnostik statt (z. B. Untersuchung auf Allergien oder chronische Erkrankungen). Die Landesgesundheitsbehörden oder die zuständigen Gesundheitsämter bestimmen im Einzelnen den Umfang der Untersuchung und den Arzt. Für die Untersuchung in der medizinischen Anlaufstelle sind Amtsärzte oder in Erstaufnahmeeinrichtungen eingesetzte Ärzte zuständig. Teils wird die Aufgabe auch durch niedergelassene Ärzte und Krankenhausärzte außerhalb der Erstaufnahmeeinrichtungen durchgeführt, teils erst später in den Kommunen.

Der Impfschutz von Asylbewerbern

Die Feststellung des Impfschutzes ist im Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4 Abs. 3 AsylbLG) geregelt: »Die zuständige Behörde stellt die (...) amtlich empfohlenen Schutzimpfungen (...) sicher«. Bei der Feststellung eines mangelnden Impfschutzes von Asylbewerbern besteht die Möglichkeit, Impflücken durch den öffentlichen Gesundheitsdienst oder durch von diesem beauftragte Ärzte zu schließen. Dies geschieht je nach Bundesland entweder durch zentrale Impfstellen in den Erstaufnahmeeinrichtungen oder individuell im Rahmen der Flüchtlingen zugänglichen gesundheitlichen Leistungen. Da in Deutschland keine Impfpflicht mehr besteht, ist dieses Angebot freiwillig. In der Regel bezieht sich die Schutzimpfung bei Erwachsenen auf gängige Infektionskrankheiten (Diphtherie, Hepatitis B, Tetanus, Tuberkulose), bei Kindern auch auf die Impfungen gegen Kinderkrankheiten (Masern, Mumps, Röteln). Der Deutsche Ärztetag wies 2015 darauf hin, dass Ärzte in der Realität aber oft »monatelang oder sogar jahrelang dafür kämpfen« müssten, präventive Leistungen wie Impfungen bei Asylbewerbern vorzunehmen, da sie mitunter nicht als Behandlung akuter Erkrankungen gelten.¹ Mit der Verabschiedung des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes nahm die Politik diese Kritik auf und ergänzte den § 4 des Asylbewerberleistungsgesetzes. Es wird empfohlen, zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten Schutzimpfungen und medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen zu erbringen. Außerdem heißt es nun: »Die zuständige Behörde (...) stellt sicher, dass den Leistungsberechtigten frühzeitig eine Vervollständigung ihres Impfschutzes angeboten wird«.

1 Beschlussprotokoll des Deutschen Ärztetags vom 15. Mai 2015, S. 268, http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118_DAE/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf.

Der Leistungsumfang für Asylbewerber und Flüchtlinge

Der mögliche Umfang medizinischer Leistungen hängt vom Rechtsstatus der Personengruppe ab. Asylberechtigte und Flüchtlinge laut Genfer Flüchtlingskonvention sind regulär in der gesetzlichen Krankenkasse versichert. Sie haben den normalen Anspruch auf medizinische Leistungen wie alle anderen Pflichtversicherten auch. Asylbewerber und Geduldete haben für die ersten 15 Monate keinen Anspruch auf volle medizinische Leistungen. Erst mit dem Erhalt eines regulären Aufenthaltstitels bzw. nach 15 Monaten Aufenthalt stehen ihnen diese Leistungen zu. Zuvor haben sie nur Anspruch auf eine medizinische Notversorgung (Akutversorgung, keine präventiven Maßnahmen), die im § 4 AsylbLG geregelt ist.

Asylbewerber werden in Bremen und Hamburg, ab 1. bzw. 25. Januar 2016 auch in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein, mit der Ausstellung einer Chipkarte zwar regulär bei der Krankenkasse angemeldet, aber auch mit einer Chipkarte steht ihnen - zumindest in Bremen und Hamburg - nur das durch das Asylbewerberleistungsgesetz eingeschränkte Spektrum medizinischer Leistungen zur Verfügung. Das nordrhein-westfälische Modell erweitert dagegen den Leistungskatalog über das Asylbewerberleistungsgesetz hinaus. Grundsätzlich besteht mit einer Chipkarte die Möglichkeit zur freien Wahl des Arztes ohne vorherige bürokratische Hürden.

Der praktische Zugang für Asylbewerber zu Gesundheitsleistungen

Das Verfahren des praktischen Zugangs zu medizinischen Leistungen ist für Asylbewerber in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. Die beiden Stadtstaaten Bremen und Hamburg sowie Nordrhein-Westfalen stellen aufgrund einer Vereinbarung mit den örtlichen Krankenkassen Chipkarten zur Verfügung, mit denen ein einfacher Zugang zu den eingeschränkten medizinischen Leistungen gewährt wird, ohne dass die Beantragung von Krankenscheinen nötig ist. Brandenburg will diesem Modell folgen. In allen anderen Bundesländern erfolgt die Not- bzw. Akutversorgung über Krankenscheine, die einzeln, fallspezifisch und regelmäßig neu bei den Gesundheits- und Sozialämtern beantragt und durch die behandelnden Ärzte abgerechnet werden müssen. Das neue Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz bestimmt, dass die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte auf Landesebene vereinbart werden kann. Eine bundesweit einheitliche Regelung ist daher künftig absehbar nicht gegeben.

Die medizinische Behandlung besonders Schutzbedürftiger

Flüchtlinge aus Krisen- und Kriegsgebieten, vor allem aus Afghanistan, dem Irak, Syrien und Tschetschenien, weisen als Folge von traumatischen Erlebnissen (Kriegsalltag, Verfolgung, Todesdrohungen, Folter, sexueller Missbrauch) oftmals posttraumatische psychische Störungen auf, die einer schnellen Behandlung bedürfen, um nicht chronisch zu werden und somit zu langwierigen Leiden und kostenintensiven Folgebehandlungen zu führen. Die Diagnose posttraumatischer Belastungssyndrome erfolgt unter Umständen schon im Rahmen der ärztlichen Erstuntersuchung, die notwendige Therapie aber erst später bei darauf spezialisierten Ärzten oder in speziellen Behandlungszentren. Insbesondere sind hier die bundesweit 30 Psychosozialen Zentren und Initiativen für die Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern² sowie niedergelassene Therapeuten mit den nötigen Fach-, aber auch Sprachkenntnissen zu nennen. Das Angebot an qualifizierten Therapeuten kann die Nachfrage nach Therapieleistungen zurzeit nicht decken, was zu monatelangen Wartezeiten oder zur Nicht-Behandlung führt, mit den oben genannten negativen Folgen sowohl für die Betroffenen als auch das gesamte Gesundheitssystem.

Innerhalb der Erstaufnahmeeinrichtungen fällt in der Betreuung von besonders Schutzbedürftigen den Sozialdiensten und den dortigen Sozialarbeitern eine herausragende Rolle zu. Deren Anzahl ist bisher jedoch nicht analog zu den höheren Zugangszahlen an Asylbewerbern gestiegen. Die von Wohlfahrtsverbänden und Kirchen geforderte Zielvorgabe von einem Sozialarbeiter für 50 bis 80 Asylbewerber wird in den Erstaufnahmeeinrichtungen in der Regel nicht erreicht. Teils ist das Angebot an Sozialarbeitern und Sozialpädagogen so knapp, dass die ausgeschriebenen Stellen nicht besetzt werden können.

Politisch eng verzahnt mit der Frage nach psychologischen und psychotherapeutischen Behandlungsangeboten für Flüchtlinge ist die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen. Die Richtlinie bestimmt Schutznormen für Flüchtlingsgruppen, die eine besondere Schutzbedürftigkeit haben, wie (unbegleitete) Minderjährige, Menschen mit Behinderung, schweren körperlichen oder psychischen Erkrankungen, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Menschen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. Für Angehörige dieser Gruppen muss laut EU-Richtlinie »die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung« gewährt werden (Art. 19 Abs. 4).

2 Die Zentren und Initiativen sind im Dachverband der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) organisiert, <http://www.baff-zentren.org>.

Die Umsetzung der Richtlinie vom 26. Juni 2013 in nationales Recht hätte bis zum 20. Juli 2015 durch den Bundestag erfolgen müssen. Sie steht aber noch immer aus (Stand: Januar 2016). Aus dem Verstreichen der Frist für die Umsetzung kann ein Rechtsanspruch für traumatisierte Flüchtlinge auf psychotherapeutische Behandlung abgeleitet werden.

Die interkulturellen Kompetenzen im Gesundheitswesen

Die Ärzteschaft und das Pflegepersonal in Deutschland sind zwar eine gut ausgebildete und überdurchschnittlich internationale Berufsgruppe mit zum Teil mehrsprachigen, aber nicht notwendigerweise spezifischen interkulturellen Kenntnissen. Auf die interkulturellen Herausforderungen der Flüchtlingsaufnahme sind sie ebenso wenig systematisch vorbereitet wie die Gesamtgesellschaft. Dies gilt für den ländlichen Raum noch einmal mehr als für den städtischen, für den Osten des Landes mehr als für den Westen. In strukturschwachen ländlichen Regionen sind für in der Regel nicht motorisierte Flüchtlinge Arztpraxen und Krankenhäuser oft schwer zu erreichen. Auch stellt sich dort für Asylbewerber ohne ausreichende Deutsch- oder Englischkenntnisse noch stärker die Frage nach den Möglichkeiten der Kommunikation mit Ärzten und Pflegepersonal.

Stand der Debatte: Forderungen und mögliche Ziele

Die Debatte um die medizinische und psychosoziale Versorgung von Asylbewerbern und Flüchtlingen ist in den oben skizzierten Handlungsfeldern von strukturellen Bedingungen und fach- bzw. themenspezifischen Fragen geprägt, die eher auf der organisatorischen Ebene liegen. Zu den strukturellen Bedingungen gehören die stark gestiegenen Asylbewerberzahlen. Dadurch liegt auf dem Aufnahme- und Versorgungssystem für Asylbewerber und Flüchtlinge ein überaus starker Arbeits- und Finanzdruck. Der steigenden Anzahl von Asylbewerbern und Flüchtlingen steht bislang kein entsprechender Mittel- und Personalaufwuchs der betroffenen medizinischen Institutionen gegenüber. Dies wird u. a. im Bereich der ärztlichen Erstuntersuchungen, aber auch der therapeutischen Behandlung traumatisierter Personen deutlich. Die Fachverbände, z. B. die Bundesärztekammer oder der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen, beklagen diese Tatsache und haben mehrfach darauf hingewiesen, dass in Erstaufnahmeeinrichtungen mittlerweile zum Teil mangelhafte oder auch chaotische Zustände herrschen, die eine angemessene gesundheitliche Versorgung von Asylbewerbern verhindern.³

Die ärztliche Erstuntersuchung von Asylbewerbern in Erstaufnahmeeinrichtungen⁴ ist ohne eine bessere Ausstattung mit medizinischem Personal nicht mehr in der gesetzlich vorgesehenen Art und Weise zu leisten. De facto wird die Erstuntersuchung zurzeit nicht mehr für alle Asylbewerber in den Erstaufnahmeeinrichtungen durchgeführt, so dass die Verantwortung damit teils von den Ländern auf die schon stark belasteten Kommunen übergeht.⁵ Da die Länder und Kommunen die ohnehin gestiegenen Ausgaben für die Aufnahme- und Integration von Asylbewerbern und Flüchtlingen nur noch schwer schultern können, ist gerade in der Gesundheitsversorgung ein stärkeres finanzielles Engagement des Bundes notwendig, gegebenenfalls in Kooperation mit den Ländern. Ziel wäre es, die Länder zu befähigen, alle Erstaufnahmeeinrichtungen mit zentralen medizinischen Anlaufstellen auszustatten, die sowohl in der akuten Situation als auch dauerhaft funktionsfähig sind.⁶

- 3 Emmrich, Julia (2015): »Jeder Flüchtling sollte innerhalb von drei Tagen einen Arzt sehen«, <http://www.abendblatt.de/politik/article205607061/Jeder-Fluechtling-sollte-innerhalb-von-drei-Tagen-einen-Arzt-sehen.html>; Tagesschau (2015): Binnen drei Tagen einen Arzt sehen. In: Tagesschau, (27.08.2015), <https://www.tagesschau.de/inland/fluechtlinge-gesundheit-101.html>; and/DPA (2015): Ärztepräsident Montgomery fordert bessere medizinische Versorgung von Flüchtlingen. In: Stern, (27.08.2015), <http://www.stern.de/politik/deutschland/aerztepraesident-frank-ulrich-montgomery-fordert-bessere-medizinische-versorgung-von-fluechtlingen-6421906.html>
- 4 Vgl. Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften (2015): Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden, http://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Gesundheit_Asyl-suchende_01.pdf, S.3f.
- 5 Giaramita, N. (2015): Gesundheits-Check überfordert Kommunen, <http://www1.wdr.de/themen/aktuell/medizinische-versorgung-fluechtlinge-100.html>.
- 6 PG Asyl (2015): Modellprojekt für eine neue Erstaufnahmeeinrichtung in Bayern, <http://www.pgasyl.de/cms/index.php/modellprojekt>.

Der Überwindung bestehender Engpässe bei der ärztlichen Erstuntersuchung von Asylbewerbern, so eine Forderung des Präsidenten der Bundesärztekammer, müsse auch mit der Aktivierung von niedergelassenen Ärzten und Krankenhausärzten sowie pensionierten Medizinerinnen begegnet werden. Eine schnellere Erstuntersuchung, das zeigt u. a. die Berliner Praxis, kann auch durch den Einsatz mobiler medizinischer Praxen (Behandlungsbusse) oder mobiler Ärzteteams erreicht werden, die flexibel und bedarfsgerecht Außenstellen von Erstaufnahmeeinrichtungen aufsuchen können.

Die Verbesserung des Impfschutzes ist flächendeckend nötig, da in stark belegten Gemeinschaftsunterkünften sonst die Ansteckungsgefahr steigt oder gar Seuchengefahr, etwa durch Tuberkulose, droht. Eine ausreichende Zahl der in den Erstaufnahmeeinrichtungen eingesetzten Ärzte ist hier hilfreich. Impfungen müssen allerdings nicht notwendigerweise in den Erstaufnahmeeinrichtungen, sondern können auch durch niedergelassene Ärzte oder in vertraglicher Kooperation mit benachbarten Krankenhäusern und Kliniken vorgenommen werden.

Neben diesen eher organisatorisch-praktischen Fragen geht es grundsätzlich um den Zugang zu und den Umfang der medizinischen Versorgung: Die Diskussion um einen vereinfachten Zugang von Asylbewerbern zu medizinischen Leistungen dreht sich um den Übergang von einem Krankenschein- auf ein Gesundheitskartensystem. Als politische Beispiele werden die Erfahrungen aus den Bundesländern Bremen und Hamburg diskutiert. Hier wurde 2005 (HB) bzw. 2012 (HH) das bürokratisch aufwändige Krankenscheinsystem auf eine elektronische Gesundheitskarte umgestellt. Dies erwies sich als kostengünstiger und effizient, da der Verwaltungsaufwand auf allen Seiten deutlich sinkt. Nicht nur die Asylbewerber selbst profitieren von dem vereinfachten Verfahren, auch die Gesundheitsämter, Sozialämter und Arztpraxen werden entlastet, wenn die Verwaltung der Gesundheitsleistungen in das etablierte Krankenkassensystem überführt wird. Entsprechend stellt das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz es den Ländern frei, künftig eine solche Gesundheitskarte einzuführen.

Zentral ist indes die Frage nach dem Leistungsumfang, der mit einer Aufnahme in die gesetzliche Krankenversicherung einhergehen soll. Es bestehen Bedenken, dass eine solche Reform einen Anreiz für weitere Asylmigration nach Deutschland darstellen könnte und so die Kosten für die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern insgesamt deutlich steigen würden. Mit Blick auf die (vergleichsweise) junge Altersstruktur von Asylbewerbern und Flüchtlingen ist zumindest eine wachsende Kostenbelastung jedoch eher unwahrscheinlich, wenn man in Rechnung stellt, dass das Gros der Kosten im Gesundheitswesen vornehmlich durch ältere und hochbetagte Menschen verursacht wird, deren Morbidität deutlich höher liegt.

Die jüngste wissenschaftliche Längsschnittstudie für die Jahre 1994–2013 zeigte gar,⁷ dass eine vollumfängliche Aufnahme von Asylbewerbern in die reguläre Krankenversicherung kostengünstiger gewesen wäre. Das Deutsche Institut für Menschenrechte, die Wohlfahrtsverbände und auch der Deutsche Ärztetag des Jahres 2015 vertreten zudem die Auffassung, dass es sich beim Zugang zur Gesundheitsversorgung um ein Menschenrecht handele, das nicht eingeschränkt werden dürfe oder teilbar sei.⁸

Die erhöhten Flüchtlingszahlen haben bisher keinen akuten und dauerhaften Engpass in der Regelversorgung durch Krankenhäuser und niedergelassene Ärzte verursacht. Generell ist die quantitative Versorgung mit Ärzten bzw. medizinischen Dienstleistungen, wenn auch regional unterschiedlich, im internationalen Vergleich in Deutschland nach wie vor gut bis sehr gut.⁹ Die zusätzlichen Fall- und Behandlungszahlen von Asylbewerbern und Flüchtlingen fielen bislang im gesundheitlichen Regelbetrieb trotz hoher Flüchtlingszahlen nicht stark ins Gewicht.

Allerdings gilt diese allgemeine Aussage nicht mit Blick auf die psychotherapeutischen Angebote für besonders schutzbedürftige Personen,¹⁰ insbesondere traumatisierte Flüchtlinge. Hier besteht ein akuter Engpass. Erfolgreiche Therapien können in der Regel nur in der Muttersprache der Kranken, gegebenenfalls unter Hinzuziehung von Übersetzern, angeboten werden. Es gibt zurzeit aber sowohl einen akuten Mangel an institutionellen Einrichtungen für diese Leistungen als auch an Psychotherapeuten mit den notwendigen Fach- und Sprachkenntnissen. Außerdem ist es nicht möglich, Dolmetschertätigkeiten bei den Krankenkassen abzurechnen. Gegenwärtig wird nur ein Bruchteil der behandlungsbedürftigen (Kriegs-)Flüchtlinge mit posttraumatischen Belastungssyndromen angemessen versorgt.¹¹ Hier bedarf es, so die Dachorganisation der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, einer besseren finanziellen und personellen Ausstattung sowie eines starken

7 Bozorgmehr, K. und Razum, O. (2015): Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi Experimental Study in Germany, 1994–2013. PLoS ONE, 10 (7).

8 Deutsches Institut für Menschenrechte (2015): »Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge fortgeschrieben«, <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/aktuell/news/meldung/article/einschraenkungen-in-der-gesundheitsversorgung-fuer-fluechtlinge-fortgeschrieben/>.

9 Auf 100.000 Einwohner kommen in Deutschland durchschnittlich 153 Vertragsärzte. Die Versorgung ist je nach Bundesland bzw. Region aber sehr unterschiedlich (Bremen: 205 Ärzte, Sachsen-Anhalt: 126 Ärzte). Eine Unterversorgung (= 25% unter dem Durchschnitt) gibt es bislang vor allem in einigen ländlichen Gebieten, z. B. in Mittelhessen und in Teilen Ostdeutschlands.

10 Vgl. Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften (2015): Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden, http://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Gesundheit_Asylsuchende_01.pdf, S.5f.

11 Vgl. die detaillierten Angaben im Versorgungsbericht der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2015): Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland, http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht_mit-Umschlag_2015.compressed.pdf.

Ausbaus der Versorgungs- und Behandlungsmöglichkeiten, nicht zuletzt um langfristigen Erkrankungen und damit krankheitsbedingten Folgekosten vorzubeugen.¹²

Die Frage nach der interkulturellen Qualifikation der Ärzteschaft und des Pflegepersonals in Deutschland ist nicht erst durch die Herausforderung der verstärkten Flüchtlingsaufnahme aufgekommen, fügt ihr aber eine zusätzliche Facette hinzu. Eine bessere interkulturelle Qualifizierung des Personals im Gesundheitssektor zielt sowohl auf langfristige Entwicklungen in der Aus-, Fort- und Weiterbildung als auch auf kurzfristig angebotene Trainings für Ärzte und Pflegepersonal.

12 Die konzeptionellen Vorschläge der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) zur Versorgung von Flüchtlingen finden sich unter http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2014/07/Forderungen-und-Konzept-zur-Umsetzung-der-EU-Aufnahmerichtlinie_17_07_2015.pdf.

Handlungsempfehlungen und Reformvorschläge

Die Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik empfiehlt die Umsetzung folgender Handlungsempfehlungen und Reformvorschläge

k = kurzfristig

m = mittelfristig

l = langfristig

Gesundheitliche Versorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen

1. Erstaufnahmeeinrichtungen werden künftig dauerhaft besser mit ärztlichem und pflegerischem Personal ausgestattet, so dass eine Erstuntersuchung von Asylbewerbern innerhalb der ersten drei Tage nach Ankunft gewährleistet ist. Ziel ist die flächendeckende Einrichtung medizinischer Versorgungszentren in den Erstaufnahmeeinrichtungen. Dazu wird auch auf bislang nicht ausgeschöpfte Ressourcen zurückgegriffen, z. B. Ärzte und Pflegepersonal im Ruhestand oder Medizinstudenten im Praktischen Jahr. Zu begrüßen ist die durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz eröffnete Möglichkeit, wonach medizinisch ausgebildete Kräfte unter Asylsuchenden in die medizinische Erstversorgung Asylsuchender eingebunden werden dürfen. **k**
2. In den Außenstellen der Erstaufnahmeeinrichtungen werden, wo möglich und nötig, mobile ärztliche Versorgungszentren und mobile Ärzteneinheiten eingesetzt. **k**
3. Der schnelle Zugang zu Notversorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylbewerber wird sichergestellt, um durch medizinisch qualifiziertes Personal die Notwendigkeit einer Behandlung Bedürftiger feststellen zu können. **m**

Angebot gesundheitlicher Leistungen

4. Der Zugang zu Impfangeboten für Asylbewerber wird verbessert, durchgängig gewährleistet und gegebenenfalls für ausgewählte Krankheiten (z. B. Tuberkulose) verbindlich gemacht. Ziel sollte ein flächendeckender Impfschutz sein. **k**
5. Die Not- und Akutversorgung für Asylbewerber wird der gängigen Praxis entsprechend aus präventiven Gründen und damit im Sinne einer langfristigen Kosteneffizienz durch eine bundeseinheitliche Regelversorgung ersetzt. Über die Ausgestaltung des Leistungskatalogs dieser Regelversorgung, aus der ggf. bestimmte kassenärztliche Regelleistungen (z. B. Zahnprothetik) ausgeklammert bleiben, entscheidet eine unabhängige Expertenkommission. Das Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4) wird entsprechend modifiziert. **m**

6. Die Behandlungsmöglichkeiten für traumatisierte Flüchtlinge werden verbessert, indem die Mittel für Sozialdienste und die Zahl der Sozialarbeiter in Erstaufnahmeeinrichtungen erhöht werden. Interkulturell geschulte Psychologen behandeln traumatisierte Flüchtlinge sowohl akut in der Erstaufnahmeeinrichtung als bei Bedarf auch längerfristig. Die finanzielle Förderung und personelle Ausstattung der entsprechenden Behandlungszentren wird dem tatsächlichen Bedarf angepasst. **k**

Organisationsfragen

7. Das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz schlägt den Ländern vor, eine Gesundheitskarte für Asylbewerber einzuführen. Dafür sollten bundesweite Standards gelten, so dass Fehlanreize durch unterschiedliche Ausgestaltung vermieden werden. Daher sollte die Gesundheitskarte möglichst flächendeckend eingeführt werden, so dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen vereinfacht, Bürokratie abgebaut wird und somit Kosten gespart werden. **k**
8. Traumatisierte, schwer erkrankte und behinderte Flüchtlinge werden vorwiegend in Städten, nicht im peripheren ländlichen Raum untergebracht, um die leichtere Erreichbarkeit von Ärzten, Krankenhäusern, therapeutischen Angeboten sowie Übersetzungsmöglichkeiten zu gewährleisten. **k**

Gesetzgebung und Verwaltung

9. Die EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU wird vom Bundestag zügig verabschiedet, damit die europäisch vereinbarten Schutzpflichten für besonders schutzbedürftige Asylbewerber und Flüchtlinge wirksam werden. **k**
10. Eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen sowie des Bundesgesundheitsministeriums und der Landesgesundheitsministerien entwickelt in Kooperation mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) eine Strategie, wie aktuelle und zukünftige Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerbern und Flüchtlingen gemeistert werden können (capacity building für Krisenzeiten). Außerdem ermittelt die Gruppe den künftigen Bedarf an interkultureller Qualifizierung im Gesundheitsbereich, nicht nur, aber vor allem mit Blick auf die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen. So könnten auch Konzepte erarbeitet werden, um die therapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen in die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften aufzunehmen. **T**

Literaturverzeichnis

Literatur

and/DPA (2015): Ärztepräsident Montgomery fordert bessere medizinische Versorgung von Flüchtlingen. In: Stern, (27.08.2015), <http://www.stern.de/politik/deutschland/aerztepraesident-frank-ulrich-montgomery-fordert-bessere-medizinische-versorgung-von-fluechtlingen-6421906.html>

Bozorgmehr, Kayvan und Razum, Oliver (2015): Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi Experimental Study in Germany, 1994-2013. PLoS ONE

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2015): 118. Deutscher Ärztetag. Beschlussprotokoll, Frankfurt am Main, http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/118_DAET/118DAETBeschlussprotokoll20150515.pdf

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.) (2015): Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland, Berlin, http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht_mit-Umschlag_2015.compressed.pdf

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.) (2015): Forderungen zur gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter in der Bundesrepublik Deutschland, http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2014/07/Forderungen-und-Konzept-zur-Umsetzung-der-EU-Aufnahmerichtlinie_17_07_2015.pdf

Deutsches Institut für Menschenrechte (2015): »Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge fortgeschrieben«, <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/aktuell/news/meldung/article/einschraenkungen-in-der-gesundheitsversorgung-fuer-fluechtlinge-fortgeschrieben/>

Emmrich, Julia (2015): »Jeder Flüchtling sollte innerhalb von drei Tagen einen Arzt sehen«. In: Hamburger Abendblatt, (27.08.2015), <http://www.abendblatt.de/politik/article205607061/Jeder-Fluechtling-sollte-innerhalb-von-drei-Tagen-einen-Arzt-sehen.html>

Giaramita, Nina (2015): Gesundheits-Check überfordert Kommunen. In: WDR aktuell, (06.08.2015), <http://www1.wdr.de/themen/aktuell/medizinische-versorgung-fluechtlinge-100.html>

Leopoldina - Nationale Akademie der Wissenschaften (2015): Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. Kurz-Stellungnahme, http://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Gesundheit_Asylsuchende_01.pdf

PG Asyl (2015): Modellprojekt für eine neue Erstaufnahmeeinrichtung in Bayern, Würzburg/München, <http://www.pgasyl.de/PGAsyl-Konzept>

Tagesschau (2015): Binnen drei Tagen einen Arzt sehen. In: Tagesschau, (27.08.2015), <https://www.tagesschau.de/inland/fluechtlinge-gesundheit-101.html>

Webseiten

Bundeweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.): <http://www.baff-zentren.org>

PG Asyl: Modellprojekt für eine neue Erstaufnahmeeinrichtung in Bayern: <http://www.pgasyl.de/cms/index.php/modellprojekt>

Mitglieder der Kommission

Armin Laschet, Vorsitz
Stellvertretender Bundesvorsitzender
der CDU und ehemaliger Integrations-
minister des Landes Nordrhein-Westfalen

Heinrich Alt
Bundesagentur für Arbeit

Günter Burkhardt
Geschäftsführer Pro Asyl

Peter Clever
Mitglied der Hauptgeschäftsführung
der Bundesvereinigung der Deutschen
Arbeitgeberverbände

Dr. Michael Griesbeck
Vizepräsident des Bundesamtes für
Migration und Flüchtlinge

Prof. Dr. Renate Köcher
Geschäftsführerin des Instituts für
Demoskopie Allensbach

Dr. Ulrich Maly
Oberbürgermeister der Stadt Nürnberg und
Vize-Präsident des Deutschen Städtetags

Bilkay Öney
Ministerin für Integration des Landes
Baden-Württemberg

Roland Preuß
Süddeutsche Zeitung

Hans Peter Wollseifer
Präsident des Zentralverbands des
Deutschen Handwerks

Prof. Dr. Christine Langenfeld
Vorsitzende des Sachverständigenrats
deutscher Stiftungen für Integration und
Migration (ständiger Gast)

Wissenschaftliches Sekretariat bei der
Geschäftsstelle des Sachverständigenrats
deutscher Stiftungen für Integration
und Migration

Rainer Ohliger
Leitung

Florinda Brands
Assistenz

Verantwortlich in der Robert Bosch Stiftung
Uta-Micaela Dürig
Geschäftsführerin

Otilie Bälz
Bereichsleiterin Gesellschaft

Dr. Olaf Hahn
Direktor Strategische Entwicklung

Raphaela Schweiger
Projektleiterin Migration und Teilhabe

Weitere Unterstützung

Nathanael Liminski
Geschäftsführung für den Vorsitzenden

Dr. Cornelia Schu
Geschäftsführerin des Sachverständigenrats
deutscher Stiftungen für Integration und
Migration

Herausgegeben von der
Robert Bosch Stiftung GmbH
Heidehofstraße 31
70184 Stuttgart
www.bosch-stiftung.de

Redaktion
Rainer Ohliger
Florinda Brands
Raphaëla Schweiger
Nathalie Rajević

Lektorat
Sybil Volks, Lektorat Text+Stil, Berlin

Umschlaggestaltung und Layout
siegel konzeption | gestaltung, Stuttgart

Copyright 2016
Robert Bosch Stiftung GmbH, Stuttgart
Alle Rechte vorbehalten.

www.bosch-expertenkommission.de

