

Factsheet zum Workshop „Flucht und Gesundheit“

Ausgangssituation

Die Gesundheitsversorgung von geflüchteten Menschen unterliegt je nach Aufenthaltsstatus, zugewiesenem Bundesland und Unterbringungssituation rechtlicher wie tatsächlicher Einschränkungen. Bisher fehlt es aber an belastbaren Daten und Zahlen, die verlässlich Auskunft über die gesundheitliche Situation und Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen geben. Fakt ist: Der Anteil von Flüchtlingen an stationär Behandelten ist gemessen an ihrem Bevölkerungsanteil höher als bei der Allgemeinbevölkerung; das zeigt die besondere Vulnerabilität der Gruppe. Neben dem eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung (siehe unten) sind es strukturell-institutionelle Faktoren wie die fremdbestimmte Unterbringung, fehlende Familieneinheit, lange Asylverfahren oder Arbeits- und Beschäftigungsverbote sowie individuelle Faktoren wie fehlende soziale Bindungen, Verständigungsprobleme und Diskriminierung, die sich wirken über einen längeren Zeitraum negativ auf den Gesundheitszustand vieler geflüchteter Menschen auswirken. Studien zeigen zudem, dass auch durch diese Faktoren das Risiko für Erkrankungen wie HIV oder Tuberkulose oder den Missbrauch von Drogen- und Alkohol steigt. Neben dem fehlenden Zugang zur Versorgung ist das Abrechnungssystem des AsylbLG ineffizient: Laut aktuellen Studien ist es um 40% teurer als etwa die Versorgung von Geflüchteten, die sich bereits im GKV-System befinden. Dazu kommen die höheren administrativen Kosten der Verwaltung.

Versorgung, Zugang und Rechtsgrundlagen

Die erste medizinische Versorgung erhalten Geflüchtete häufig in den Erstaufnahmeeinrichtungen der Bundesländer (§ 62 AsylG). Hier liegt der Fokus aber häufig auf der Erkennung von Infektionskrankheiten. Eine umfassende Erstuntersuchung in der Kommune und eine nötige Weitervermittlung an Hausärzte, wie etwa nach dem Bremer Modell, ist jedoch selten der Fall. Auch aufsuchende Angebote in den Unterkünften sind selten. Zudem fehlt es zumeist an einem systematischen Verfahren über die Erfassung von Versorgungsbedarfen bei der Weiterleitung von Erstaufnahmeeinrichtungen in die Kommunen. Die Rechtsgrundlage für den Zugang zu medizinischer Versorgung bildet das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) sowie das SGB V. Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG sind nicht Mitglied in der gesetzlichen Krankenversicherung und deshalb fast überall für jede Behandlung auf die Ausstellung von Krankenscheinen durch die Sozialämter angewiesen. In den ersten 15 Monaten erhalten Menschen im Asylverfahren oder mit einer Duldung so genannte Grundleistungen und Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt (§§ 3,4 AsylbLG). Diese Leistungen umfassen nur die erforderlichen ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlungen von akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen (§ 4 AsylbLG). Darüber hinaus können Leistungen beantragt werden, die für die Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind (§ 6 AsylbLG), etwa Dolmetscherkosten zu Therapiezwecken, Eingliederungsleistungen für Menschen mit Behinderungen, Leistungen für Rehabilitation oder bei Pflegebedürftigkeit. Dies kann auch die Behandlung chronischer Erkrankungen einschließen. Behinderte, Ältere, Schwangere, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen oder mit psychischen Störungen und andere schutzbedürftige Personen mit besonderen Bedürfnissen sind hierbei besonders zu berücksichtigen (Art. 21 Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU).

Der Umfang der nach dem AsylbLG möglichen Leistungen wird aber in der Praxis häufig stark eingeschränkt, etwa durch verweigerte Krankenscheine, die fehlende Übernahme von Dolmetscherkosten oder durch die Möglichkeit der Kürzung von Leistungen (Sanktionen nach § 1a AsylbLG). Dies kann einen Anspruch auf sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit ausschließen.

Ab dem 16. Monat erhalten Leistungsberechtigte Gesundheitsleistungen analog SGB V und haben Anspruch auf eine elektronische Gesundheitskarte. In einigen Bundesländern und Kommunen wurde diese für Flüchtlinge auch in den ersten 15 Monaten eingeführt (Hamburg, Bremen, Berlin, Schleswig-Holstein, Thüringen, sowie 32 Kommunen in NRW, Niedersachsen, Brandenburg und Rheinland-Pfalz). Eine Evaluationsstudie für Hamburg zeigte neben einer Kostenersparnis von 1,6 Mio € auch eine Verbesserung des Zugangs zu medizinischen Leistungen und eine Entlastung der Sozial- und Gesundheitsämter durch den geringeren administrativen Aufwand.

Beispiel Psychosoziale Versorgung

Zwischen 30% und 50% der Menschen mit Fluchterfahrungen leiden unter Traumafolgestörungen, die Quote in der Allgemeinbevölkerung liegt zwischen 1,5 und 2,3%. Bei ca. der Hälfte aller Kinder mit Fluchterfahrung liegen psychologische Belastungssymptome vor. Ein Anspruch auf eine Kostenübernahme von psychotherapeutischen Behandlungen in den ersten 15 Monaten des Asylverfahrens besteht nur, wenn die Psychotherapie zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist (§ 6 AsylbLG). Die Ablehnungsquote für Psychotherapien über das AsylbLG liegt um das 10-fache über der für Mitglieder der GKV. Ab dem 16. Monat sollen Menschen im Asylverfahren in der Regel die Kosten einer Psychotherapie unter den gleichen Voraussetzungen wie bei gesetzlichen Versicherten erstattet werden (Analogleistungen, § 2 AsylbLG, § 264 Abs. 2 SGB V). Neben der teils sehr hohen Ablehnungsquote gibt es vor allem im ländlichen Raum häufig zu wenig Therapeut/-innen. Anerkannte Flüchtlinge sind den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt. Die Kosten für eine Sprachmittlung sollten bei einer Bewilligung der Leistung ebenfalls übernommen werden, allerdings fehlt es dafür an einer gesetzlichen Grundlage, sodass dies in der Praxis häufig abgelehnt wird. In ca. 76% aller Beratungen und Therapien ist jedoch eine Sprachmittlung notwendig und die Fehlerquote von nur unzureichend ausgebildeten Sprachmittlern liegt laut Studien zwischen 23% und 52%.

Paritätische Positionen

Gesundheit ist ein Menschenrecht. Die Einschränkungen der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland sind zum Teil mit EU- und internationalem Recht nicht vereinbar. Andere rechtliche und strukturelle Hürden (Verbot des Familiennachzugs, Arbeitsverbote) und die Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland stellen zusätzliche Risikofaktoren für die individuelle Gesundheit vieler Menschen dar. Der Paritätische setzt sich für eine Abschaffung des diskriminierenden AsylbLG ein. Stattdessen sollen Leistungsberechtigte in die regulären Sozialhilfesysteme einbezogen werden (SGB II, SGB XII). Sanktionen/Anspruchseinschränkungen sind zu streichen. Der Paritätische setzt sich zudem für die flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte auch für Asylsuchende ein.

Zudem bedarf es einer Stärkung der Versorgungsmöglichkeiten für Geflüchtete mit Traumafolgestörungen. Hierzu ist der Zugang zu den PSZ sowie die Ausstattung der PSZ zu verbessern.

Literatur (Auswahl): Frank et. al., Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland, Journal of Health Monitoring 2017 2 (1), Robert Koch-Institut

http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_2017_01_gesundheitliche_lage1b.pdf;jsessionid=113F3DB3A0EF209105E81C8E31AD97FB.2_cid363?_blob=publicationFile

Autoren: Stefan Paul Kollasch, Harald Löhlein, 20.3.2017