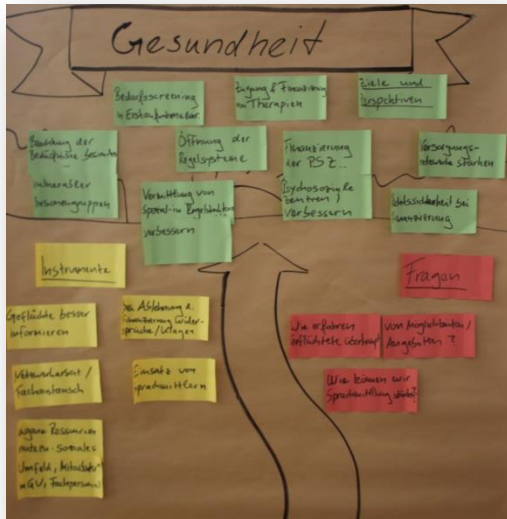


Workshop Gesundheit – Kernthesen



1 Teil: Psychosoziale Versorgung (siehe auch ppt von Jenny Baron)

Zugänglichkeit

Früherkennung/ Diagnostik in EA

Es fehlt an Daten zum Versorgungsbedarf, die Bundesregierung nutzt dies, um die derzeitige Versorgungslage als ausreichend anzusehen (-> breite Forschungsergebnisse werden auf sich warten lassen, es gibt aber genügend Anzeichen aus der Praxis, dass dem nicht so ist)

Ist unzureichend und erfolgt eben nicht flächendeckend in den EA: Es fehlt ein

einheitliches Rahmenkonzept zur Identifizierung, die Verantwortung liegt bei den Ländern; Was machen die Sonderbeauftragten des BAMF? Wie viele gibt es? Kontaktpersonen zu PSZ? Berücksichtigung in der Anhörung nur unzureichend! Praxisbeispiel S-H: BAMF nimmt Kontakt mit PSZ auf, um Informationen einzuholen; es fehlt auch an einem Konzept der Identifizierung von Vulnerabilität

Mitarbeiter oder EA der GU wenden sich an die PSZ, wenn sie Informationen benötigen

Informationen gehen verloren bei der Verteilung in die Kommunen (siehe Studie Befragung Gesundheitsämter)

Betroffene Personen wissen nicht, dass sie Probleme haben, oder dass sie Therapien machen können oder Beratung erhalten (z.B. Probleme der Stigmatisierung)

Rechtliche Einschränkungen

Eingeschränkte Leistungsansprüche je Aufenthaltstitel und Dauer, aufwendiges System, unterschiedliche Kostenträger (Ablehnung von Therapien auch wegen Aufenthaltsperspektive, teilweise gar keine Beantwortung von Anträgen)

Finanzierung

Therapien müssen in den allermeisten Fällen vorfinanziert werden, ca. 90% werden schließlich insgesamt durch Projekt- oder Spendengelder und nicht über die Regelversorgung finanziert

Sprachmittlung

Bedarf (3/4 aller Therapien), aber die Finanzierung ist unterschiedlich (Übernahme AsylbLG besser als über GKV): Bundesregierung: Angebote der Sprachmittlung ausreichend

Verfügbarkeit

In den PSZ werden ca. 5% der Personen, die eine Versorgung benötigen, versorgt (hohe Ablehnungsquote bzw. lange Wartezeit) -> es existieren deutliche Versorgungslücken

Vermittlung von PSZ an Psychotherapeut/-innen, Ärzt/-innen etc. schwierig, teilweise sogar umgekehrt: Gründe: Kostenübernahme ungewiss, Zusammenarbeit mit SM nicht ausreichend, Bürokratie, Therapeuten trauen sich nicht

Vor allem im ländlichen Raum gibt es kaum Angebote der Therapie, Anfahrtswege sind daher lang

Handlungsbedarfe

Einheitliches Rahmenkonzept zur Identifizierung von Vulnerabilität, Rechtlicher Zugang zu Leistungen (Zweiklassensystem auflösen, Finanzierung!), Übernahme von Sprachmittlerkosten, Geltung des Patientenrechtsgesetz auch für Asylsuchende, Angebote der Therapie und begleitenden Beratung und Betreuung stärken (u.a. PSZ stärker finanzieren)

Information der MO und der EA: Arbeitshilfen der BAFF zu Ablehnungen und Widersprüchen, bzw. der GGUA

Informationen an die BAFF: Juristen sammeln Ablehnungen der Behörden

2. Weitere Themen

Suchtprävention: Mitarbeiter in den Unterkünften und andere Vertrauenspersonen (Freunde, Familie) können potentielle Akteure sein (Schulungen?)

Sucht: Risikofaktoren der Lebenssituation sehr hoch; Wenig therapeutische Angebote, Sprachbarrieren (zB in Krankenhäusern), Handlungsmöglichkeit: Kooperationskliniken, Suchttherapie mit begleitender psychosozialer Versorgung

Mehr direkte Informationen für Geflüchtete zum Thema Gesundheit, aber auch für EA und HA

Wer erkennt denn eigentlich, wann Bedarfe bestehen? Siehe oben: Es gibt kein Screening

Welche Rolle spielen Gesundheitsämter und sozialpsychiatrische Dienste/ können spielen? Psychosoziale oder psychiatrische Erkrankungen erst bei Gefahr relevant für Behörden

Sprachmittlung: Landkreise haben tw. selber Integrationslotsen ausgebildet (mit Sprachkenntnissen); Probleme: Qualität, Finanzierung; Lösungen: EA Schulungen, bestehende Projekte finanzieren, Einstellungen, Ausbildung

Stefan Kollasch,
Paritätischer Gesamtverband