



Spitzenverband

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0180(3)

gel. VB zur öAnhörung am 08.06.
16_Med. Versorgung Flüchtlinge
03.06.2016

Stellungnahme des GKV–Spitzenverbandes vom 03.06.2016

**zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses
für Gesundheit am 08.06.2016
zu den Anträgen der Fraktionen
DIE LINKE „Medizinische Versorgung für Geflüchtete und
Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern“
(Drucksache 18/7413) sowie
BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Psychotherapeutische und
psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und
Flüchtlingen verbessern“ (Drucksache 18/6067)**

GKV–Spitzenverband
Reinhardtstraße 28, 10117 Berlin
Telefon 030 206288–0
Fax 030 206288–88
politik@gkv–spitzenverband.de
www.gkv–spitzenverband.de



Inhaltsverzeichnis

| | |
|--|----|
| I. Gegenstand des Antrags der Fraktion DIE LINKE | 3 |
| II. Gegenstand des Antrags der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN..... | 4 |
| III. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes..... | 5 |
| 1 Zugang zur gesundheitlichen Versorgung | 5 |
| 2 Kostenübernahme für qualifizierte Sprach- und Integrationsmittlerinnen und- mittler | 10 |
| 3 Spezifische Forderungen zur psychotherapeutischen Versorgung..... | 11 |

I. Gegenstand des Antrags der Fraktion DIE LINKE

Der Antrag „Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern“ der Fraktion DIE LINKE zielt auf die vollständige Gleichstellung der nach Deutschland geflüchteten und asylsuchenden Menschen mit den gesetzlich Versicherten hinsichtlich ihres Zugangs zu Leistungen der gesundheitlichen und pflegerischen Versorgung. Entsprechend sollen perspektivisch alle Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) in die Versicherungspflicht der gesetzlichen Krankenversicherung nach § 5 Absatz 1 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) und der sozialen Pflegeversicherung nach §§ 20 ff. des Elften Buches Sozialgesetzbuch (SGB XI) einbezogen werden. Die Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG sollen in der Krankenversicherung von den gesetzlichen Zuzahlungen nach §§ 61, 62 SGB V befreit werden. Die beitragsrechtlichen Regelungen sollen analog der Vorschriften für versicherungspflichtige Bezieherinnen und Bezieher von Arbeitslosengeld II (ALG II) ausgestaltet werden; entsprechend soll der Bund die Beiträge tragen.

Als kurzfristige Lösung zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Geflüchteten fordert die Fraktion DIE LINKE, für eine Übergangszeit die bislang nur für Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG geltende auftragsweise Betreuung durch die Krankenkassen nach § 264 Absatz 2 bis 7 SGB V auf alle Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG auszuweiten. Die im Vergleich zum gesetzlichen Krankenversicherungsschutz bestehenden Leistungsbeschränkungen des § 4 AsylbLG sollen nach diesem Antrag ersatzlos gestrichen werden.

Der Antrag leitet sich aus der grundlegenden Positionierung der Fraktion DIE LINKE ab, wonach das Asylbewerberleistungsgesetz insgesamt als diskriminierendes Sondergesetz betrachtet wird und daher abzuschaffen sei. Die bisher nach diesem Gesetz Leistungsberechtigten sollten in das allgemeine System der sozialen Sicherung überführt werden.

II. Gegenstand des Antrags der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

Mit ihrem Antrag „Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern“ fordert die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN den Bundestag auf, von der Bundesregierung Gesetzesvorschläge für eine bessere medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen zu verlangen. Nach Auffassung der GRÜNEN sollte künftig allen Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG das gesamte Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung offenstehen. Der Zugang zu diesen Leistungen sollte durchgängig über die Gesundheitskarte erfolgen.

Mit Blick auf die spezifischen Versorgungsbedarfe der Menschen, die in Deutschland Schutz vor Krieg und Verfolgung suchen, wird von der Bundesregierung ein umfassendes Maßnahmenbündel eingefordert, welches die medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgungslage der Flüchtlinge substantiell verbessern soll. Ein besonderes Augenmerk legt der Antrag dabei auf die Lage der traumatisierten und psychisch erkrankten Flüchtlinge, insbesondere auf Frauen und Kinder. Konkret wird von Bund und Ländern die Sicherstellung der langfristigen Finanzierung der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer und deren Ausbau gefordert.

Für den Bereich der psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung werden zur besseren und gezielteren Versorgung traumatisierter und psychisch erkrankter Flüchtlinge und Asylbewerber folgende Maßnahmen vorgeschlagen:

- a) *Förderung interdisziplinärer Kooperationen ärztlicher, psychotherapeutischer und psychosozialer Leistungserbringer in Anlehnung an die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung*
- b) *Zusätzliche Ermächtigung von bislang nicht zugelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten für die Behandlung von Traumapatienten*
- c) *Sonderbedarfszulassungen für fremdsprachige Psychotherapeutinnen und -therapeuten*
- d) *Kostenübernahme für qualifizierte Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler im Rahmen medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen*
- e) *Entwicklung geeigneter Therapie- und Behandlungsformen, mit denen möglichst viele Traumatisierte erreicht werden können*

III. Stellungnahme des GKV-Spitzenverbandes

1 Zugang zur gesundheitlichen Versorgung

Seit seiner Einführung im Jahr 1993 regelt das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Art und Höhe der Sozialleistungen für Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie für weitere durch das Ausländerrecht definierte Personenkreise, etwa für Geduldete oder Bürgerkriegsflüchtlinge.¹ Die Leistungen des AsylbLG werden seither anstelle der allgemeinen Leistungen der Sozialhilfe gewährt, wobei in Abhängigkeit von Aufenthaltsdauer und -status in Deutschland unterschiedliche Leistungsniveaus definiert sind. Zu den Sozialleistungen des AsylbLG zählen auch Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt (§ 4 AsylbLG). Im Einzelnen wird der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung für Asylsuchende und Flüchtlinge in Deutschland derzeit wie folgt sichergestellt:

- (1) Asylsuchende sind grundsätzlich nicht gesetzlich krankenversichert, sondern haben im Krankheitsfall Ansprüche nach dem AsylbLG.
- (2) Der Anspruch nach § 4 AsylbLG umfasst, verkürzt dargestellt, die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln. § 6 AsylbLG sieht ergänzend hierzu vor, dass auch „sonstige Leistungen“ gewährt werden, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist.
- (3) Zuständig für die Umsetzung dieses Leistungsanspruchs sind die Länder bzw. die von ihnen per Landesgesetz bestimmten Behörden. Innerhalb der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts in Deutschland (sogenannte Wartezeit) wird bzw. wurde dies zumeist über die Ausgabe von speziellen Behandlungsscheinen durch die Sozialämter sichergestellt.
- (4) Die gesetzlichen Vorgaben der §§ 4 und 6 AsylbLG sind generalklauselartig formuliert und somit in hohem Maße auslegungsbedürftig. Die Leistungsgewährung wird demnach wesentlich in das Ermessen der kommunalen Leistungsträger gestellt.
- (5) Nach der Wartezeit werden die Asylsuchenden gemäß § 264 Abs. 2 SGB V auftragsweise von der gesetzlichen Krankenkassen betreut. Sie erhalten eine elektronische Gesundheitskarte (eGK), mit der Sie nahezu dieselben Leistungen erhalten wie gesetzlich Krankenversicherte. Die Krankenkassen erhalten die Aufwendungen und einen Verwaltungskostenanteil von den Trägern des AsylbLG erstattet.

¹ Im Folgenden wird der Einfachheit halber allein von Asylsuchenden gesprochen.

- (6) Neben der gesetzlich vorgeschriebenen Betreuung in Absatz 2 sieht § 264 Abs. 1 SGB V die Möglichkeit einer auftragsweisen Betreuung durch die Krankenkassen auch innerhalb der Wartezeit vor. Hierfür muss eine entsprechende Vereinbarung getroffen werden. Auf Basis dieser gesetzlichen Regelung wurde bereits im Jahr 2005 in Bremen mit der AOK Bremen/Bremerhaven die Vereinbarung geschlossen, die heute als „Bremer Modell“ bezeichnet wird und die die Ausgabe der eGK an Asylsuchende vorsieht. Seit dem Jahr 2012 besteht eine weitere Landesvereinbarung zwischen der AOK Bremen/Bremerhaven und der Freien und Hansestadt Hamburg. In beiden Fällen leistet die Krankenkasse gegen Erstattung der vollen Aufwände durch die zuständigen Träger des AsylbLG (inklusive Verwaltungskostenersatz).
- (7) Vor dem Hintergrund der zunehmenden Flüchtlingszahlen sind ab August 2015 – nach Kenntnis des GKV-Spitzenverbandes – in sechs weiteren Ländern Vereinbarungen nach § 264 Abs. 1 SGB V geschlossen worden (Berlin, Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen, Schleswig-Holstein und Rheinland-Pfalz).
- (8) Die bestehenden acht Vereinbarungen folgen einem einheitlichen Grundmuster (Ausgabe der eGK mit zeitlich befristeter Gültigkeit, Zugang zu ärztlichen wie zahnärztlichen Leistungen wie gesetzlich Versicherte, keine spezifische kassenseitige Prüfung der Vorgabe „Akuterkrankung oder Schmerzzustand“), in Details weichen sie jedoch – auch hinsichtlich konkreter Leistungsansprüche, insbesondere bei genehmigungspflichtigen Antragsleistungen – voneinander ab. Zugleich ist festzustellen, dass die Landesvereinbarungen nur zum Teil dazu führen, dass in diesen Ländern auch eine flächendeckende Betreuung durch die Krankenkassen und damit Ausgabe der eGK an alle Leistungsberechtigten erfolgen kann. Denn in den Flächenländern Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz ist die Beauftragung der Krankenkassen jeweils davon abhängig, dass die einzelnen Kommunen/Gemeinden ihr Beitrittsrecht zur Landesvereinbarung auch tatsächlich erklären; so sind in Nordrhein-Westfalen bis dato 20 von rd. 400 Gemeinden der Landesvereinbarung beigetreten.²
- (9) Darüber hinaus werden nach diesseitigem Kenntnisstand in einigen weiteren Ländern Gespräche über entsprechende Vereinbarungen geführt; andere Länder haben sich dezidiert gegen die Option der auftragsweisen Einbindung der Krankenkassen ausgesprochen.
- (10) Nach der mit dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz am 24.10.2015 in Kraft getretenen Neuregelung des § 264 Abs. 1 SGB V hat der GKV-Spitzenverband mit den Spitzenorganisationen der nach dem AsylbLG zuständigen Behörden auf Bundesebene Rahmenempfehlungen zu vereinbaren. Darin sind für die nach § 264 Abs. 1 SGB V auftragsweise zu be-

² Siehe Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, Download vom 26.05.2016 unter <http://www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge/index.php>

treuenden Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG insbesondere die Umsetzung der leistungsrechtlichen Regelungen, die Abrechnung und die Abrechnungsprüfung der Leistungen sowie der Ersatz der Aufwendungen und der Verwaltungskosten der Krankenkassen zu regeln.

- (11) Die Verhandlungen wurden inzwischen abgeschlossen; die Bundesrahmenempfehlung wurde am 27.05.2016 unterzeichnet und auf der Homepage des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht. Trotz intensiver Beratungen war es bedauerlicherweise nicht möglich, in allen Punkten zu gemeinsamen Positionen zu gelangen. Vor diesem Hintergrund wird im einleitenden Teil der Empfehlung auf die nicht geeinten Punkte – im Empfehlungstext durch Kurzivdruck gekennzeichnet – hingewiesen.
- (12) Nach neuer Rechtslage können zudem die Krankenkassen bereits auf Ebene der kreisfreien Städte/Landkreise zum Abschluss solcher Vereinbarungen verpflichtet werden, wenn sie durch eine Landesregierung oder der von ihr beauftragten obersten Landesbehörde aufgefordert werden.
- (13) Die Anzahl der nach § 264 SGB V insgesamt gegen Kostenerstattung betreuten Personen (nicht versicherte Sozialhilfeempfänger, Empfänger von Krankenhilfeleistungen der Jugendhilfe, Asylbewerber) ist im vergangenen Jahr von 121 Tsd. (1.1.2015) auf 201 Tsd. (1.1.2016) gestiegen; zum 1.5.2016 betrug die Anzahl der insgesamt Betreuten 278.307 Personen; davon waren 165.078 Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG.³ Durch die zwischenzeitlich für diesen Personenkreis geschlossenen Vereinbarungen nach § 264 Absatz 1 SGB V ist ein weiterer deutlicher Anstieg im Verlauf des Jahres 2016 zu erwarten.
- (14) Die Zunahme der auftragsweise von den Krankenkassen betreuten Personen stellt für die GKV – nicht zuletzt wegen der divergierenden landesspezifischen Regelungen – eine erhebliche administrative Herausforderung dar; eine finanzielle Belastung der GKV entsteht dagegen infolge der gesetzlichen Regelungen über die Kostenerstattung durch die Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes nicht.

Insgesamt ist damit festzustellen, dass ein einheitlicher Zugang zu Leistungen der gesundheitlichen Versorgung für Asylsuchende in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland nicht besteht und in Anbetracht der gesetzlichen Vorgaben und der föderalen Rahmenbedingungen auch nicht erreicht werden kann. Auch die Neuerungen des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes brachten nach Einschätzung des GKV-Spitzenverbandes insofern keine substantielle Besserung. Weiterhin bleibt es dabei, dass für die Länder die auftragsweise Einbindung der Kran-

³ Quelle: Amtliche Statistik KM1

kenkassen und für eine Vielzahl der Kommunen der Beitritt zu einer ggf. bestehenden Landesvereinbarung optional ist.

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes haben die nach Deutschland geflüchteten Menschen Anspruch auf eine angemessene gesundheitliche Versorgung. Es liegt in gesamtstaatlicher Verantwortung, ihnen bundesweit den gleichen Zugang zu den erforderlichen Leistungen zu gewährleisten. Entsprechend hatte der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes bereits im September 2015 an Bund, Länder und Kommunen appelliert, eine bundesweit geltende Regelung herbeizuführen, die eine einheitliche und angemessene medizinische Versorgung von Asylsuchenden ermöglicht. Zugleich hatte sich der Verwaltungsrat des GKV-Spitzenverbandes zur Mitverantwortung der Solidargemeinschaft der gesetzlich Krankenversicherten bekannt und die Bereitschaft der gesetzlichen Krankenversicherung bekräftigt, den Ländern und Kommunen mit ihrem Know-how und ihrer Infrastruktur als verlässlicher Kooperationspartner zur Verfügung zu stehen. Mit dem Abschluss der Bundesrahmenempfehlung ist der GKV-Spitzenverband dieser Verantwortung auf der Bundesebene nachgekommen.

Die vorliegenden Anträge der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN zielen im Kern ebenfalls darauf ab, allen Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG einen einheitlichen Zugang zu einer angemessenen gesundheitlichen Versorgung sicherzustellen. Konkret verlangt die Fraktion DIE LINKE zur Sicherstellung dieses Ziels übergangsweise die Einbeziehung aller Leistungsberechtigten nach AsylbLG in die auftragsweise Betreuung der Krankenkassen nach § 264 Absatz 2 - 7 SGB V. Perspektivisch solle ein Versicherungspflichttatbestand im Fünften wie im Elften Buch Sozialgesetzbuch geschaffen werden. Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert, allen Leistungsberechtigten einen vollständigen Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung einzuräumen und hierfür die eGK der GKV einzusetzen. Insofern zielen beide Anträge im Hinblick auf den Leistungsumfang auf eine Gleichstellung der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG mit gesetzlich Versicherten.

Nach Auffassung des GKV-Spitzenverbandes liegt es in der Gestaltungshoheit des Gesetzgebers, den Personenkreis der gesetzlich Versicherten – Versicherungspflichtige wie Versicherungsbenefiziar – sowie der von den Krankenkassen auftragsweise Betreuten zu bestimmen. Zugleich liegt es im Ermessen des Gesetzgebers, die für die nach Deutschland geflüchteten Menschen erforderlichen Leistungen im Krankheitsfall zu bestimmen. Entscheidend ist aus Sicht der GKV, dass ein bundesweit einheitlicher Zugang zu diesen erforderlichen Leistungen sichergestellt wird. Sowohl die Ausweitung der Betreuten nach § 264 Absatz 2 SGB V als auch die Einbeziehung der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG in die Regelungen über die Versicherungspflicht sind mögliche gesetzliche Maßnahmen zur Erreichung dieses Ziels.

Im Falle der vorgeschlagenen Schaffung von Versicherungspflichttatbeständen im Fünften und Elften Buch Sozialgesetzbuch ist aus der Perspektive der Solidargemeinschaft der gesetzlich Versicherten darauf hinzuweisen, dass mit der von den LINKEN vorgeschlagenen entsprechenden Anwendung der beitragsrechtlichen Regelungen, die für Arbeitslosengeld II-Beziehende gelten, eine weitere Lastverschiebung vom Bund bzw. den gegenwärtig für die Ausführung des AsylbLG zuständigen Ländern/Kommunen auf die GKV verbunden wäre. Gemessen an durchschnittlichen GKV-Ausgaben für eine den heutigen ALG II-Beziehenden hinsichtlich Alter und Geschlecht vergleichbare Versichertengruppe führen die Beitragszahlungen des Bundes für diesen Personenkreis zu einer erheblichen Deckungslücke. Aus Sicht der GKV kommt der Bund bereits bei den versicherungspflichtigen Arbeitslosengeld II-Beziehenden seiner Finanzverantwortung nicht hinreichend nach; eine weitere Verschiebung von Finanzierungslasten wird vor diesem Hintergrund abgelehnt. Ebenso wie die Versorgung bedürftiger Menschen, die erwerbslos sind und keinen Anspruch auf Arbeitslosengeld I als Versicherungsleistung (mehr) haben, liegt auch die Versorgung der nach Deutschland geflüchteten Menschen, die Schutz vor Verfolgung und Krieg suchen, in gesamtstaatlicher Verantwortung und ist damit umfassend aus Steuern zu finanzieren wie es auch heute nach geltendem Recht geschieht.

Im Übrigen ist darauf hinzuweisen, dass die Einbeziehung der Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG in die Versicherungspflicht zur GKV aus Gleichbehandlungsgründen auch die Einbeziehung der nach § 264 Abs. 2 SGB V auftragsweise betreuten Sozialhilfeempfänger zur Folge hätte. Die Einbeziehung der Sozialhilfeempfänger ist von den Kommunen in den letzten Jahren immer wieder gefordert worden. Von daher ist gleichermaßen zu berücksichtigen, dass auch für diesen Personenkreis ausgabendeckende Beiträge zu erheben wären, um eine Mehrbelastung der GKV bzw. eine Lastenverschiebung von den Kommunen auf die GKV zu vermeiden.

Mittel- bis langfristig ist davon auszugehen, dass die Sozialversicherungssysteme in Deutschland auch von der Zuwanderung durch Asylsuchende und Flüchtlinge profitieren werden, weil die geflüchteten Menschen im Durchschnitt wesentlich jünger sind als die inländische Bevölkerung. Voraussetzung hierfür ist, dass die Integration des überwiegenden Teils der Menschen mit Bleibeperspektive in den Arbeitsmarkt und damit in sozialversicherungspflichtige Beschäftigungsverhältnisse gelingt.

2 Kostenübernahme für qualifizierte Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler

Die Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN fordert für den Bereich der psychotherapeutischen Leistungen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung der gesetzlichen Krankenversicherung die Kostenübernahme für qualifizierte Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler im Rahmen medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen. Ein solcher Leistungsanspruch besteht nach höchstrichterlicher Rechtsprechung derzeit nicht (u. a. Urteil des 6. Senates des Bundessozialgerichts vom 06.02.2008, B 6 KA 40/06 R). Nach Einschätzung des Bundessozialgerichts handelt es sich insoweit um eine gesamtgesellschaftliche bzw. gesellschaftspolitische Aufgabe und nicht um eine Aufgabe, die speziell die gesetzliche Krankenversicherung und ihre Institutionen trifft und von diesen geleistet werden müsste.

Sowohl aus den von Seiten des Bundessozialgerichts aufgeführten Rechts- und Sachgründen als auch aus übergeordneten Aspekten wäre es aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes nicht zielführend, einen Individualanspruch auf Kostenübernahme für qualifizierte Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler im SGB V zu verankern. Es sind keine hinreichenden Sachgründe erkennbar, wonach sich ein solcher Leistungsanspruch ausschließlich auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung oder gar ausschließlich auf psychotherapeutische Leistungen innerhalb der vertragsärztlichen Versorgung begrenzen ließe. Im Gegenteil: Gerade in der Psychotherapie sprechen auch fachlich-therapeutische Gründe gegen die Einbeziehung von Sprachmittlerinnen und -mittlern (siehe unter 3 d) auf Seite 14). Zudem ist die Unterstützung des Erwerbs einer ausreichenden Sprachkompetenz über die Kompetenzbereiche einzelner Sozialversicherungsträger hinaus die zentrale Aufgabe einer konsistenten Integrationspolitik, die einer gesamtgesellschaftlichen Ausrichtung und Finanzierung bedarf. Vor diesem Hintergrund ist der Vorschlag zur Finanzierung entsprechender Unterstützungsangebote aus Finanzmitteln der Beitragszahlerinnen und Beitragszahler der gesetzlichen Krankenversicherung abzulehnen.

3 Spezifische Forderungen zur psychotherapeutischen Versorgung

Zur besseren Einschätzung der spezifischen psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgungsbedarfe der nach Deutschland geflüchteten Menschen, insbesondere mit Blick auf die Prävalenz und Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), hat sich der GKV-Spitzenverband mit Unterstützung der MDK-Gemeinschaft einen Überblick über die wissenschaftlichen Untersuchungen zur Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Flüchtlingen verschafft. Die Auswertung der Publikationen zu dieser Thematik hat ergeben, dass die Prävalenzzahlen für PTBS nicht in dem Ausmaß erhöht zu sein scheinen, wie es Bundespsychotherapeutenkammer (BpTK) und Bundesärztekammer (BÄK) aus den Ergebnissen zweier Einzelstudien ableiten (von Lersner et al (2008), Psychische Gesundheit und Rückkehrvorstellungen am Beispiel von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 37(2), 112–121; Gäbel et al (2006), Prävalenz der posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 35(1), 12–20), zumal die Populationen aus diesen Studien neben methodischen Limitationen nicht repräsentativ für die Grundgesamtheit der Flüchtlinge sind.

Darüber, ob bei 50 % der Flüchtlinge behandlungsbedürftige psychische Störungen, insbesondere PTBS, vorliegen bzw. sich im zeitlichen Verlauf noch entwickeln, wie dies die BpTK annimmt, lässt sich nach derzeitigem Kenntnisstand nur spekulieren, da die vorliegenden Studien aufgrund methodischer Unterschiede und heterogener Stichprobenszusammensetzung zu keinen einheitlichen Ergebnissen kommen. Das komplexe Zusammenwirken von individuellen traumatischen Erlebnissen und prä- und post-Migrationsfaktoren bei der Entwicklung von psychischen Symptomen erschwert einen Vergleich der Prävalenzschätzungen aus unterschiedlichen Studien. In einigen Publikationen wird auch in Frage gestellt, inwieweit das Konzept der westlich orientierten PTBS auf Flüchtlinge aus anderen Kulturkreisen überhaupt anwendbar ist (z. B. Johnson und Thompson, 2008).

So wiesen auch Porter & Haslan in ihrer Meta-Analyse über Einflussfaktoren auf die psychische Gesundheit von Flüchtlingen aus dem Jahre 2005 darauf hin, dass die Erforschung der psychischen Gesundheit von Flüchtlingen mit einigen Schwierigkeiten verbunden ist, da diese Populationen sowohl physisch, sprachlich als auch kulturell häufig nicht erreichbar für die Untersucher sind und humanitäre Unterstützung höhere Priorität hat als wissenschaftliche Forschung. Sie betonen abschließend, dass die psychologischen Effekte von Flucht und Vertreibung durch Krieg nicht einfach als Ergebnis akuter und einzelner Stressoren verstanden werden können, sondern entscheidend von ökonomischen, sozialen und kulturellen Bedingungen abhängen, aus denen Flüchtlinge stammen und in welche sie nach ihrer Flucht gelangen.

Sicherlich liegt bei einer Mehrzahl der Flüchtlinge aus Kriegs- und Krisengebieten eine erhöhte psychische Belastung vor. Ob sich aus den erlebten Ereignissen eine behandlungsbedürftige psychische Erkrankung wie eine PTBS, Depression oder Angststörung entwickelt, hängt – auf der Basis der gesichteten Literatur – neben dem Erleben von potentiell traumatisierenden Ereignissen auch von weiteren Faktoren im zeitlichen Verlauf ab. Hier sind z. B. ungeeignete Unterbringung, ungeklärter Flüchtlings- bzw. Aufenthaltsstatus, Unsicherheit über zurückgelassene Familienmitglieder, Arbeitslosigkeit, ökonomische Schwierigkeiten, Probleme der individuellen kulturellen Anpassung und laufende Konflikte im Herkunftsland zu nennen.

In den meisten Reviews wurde allerdings die Übertragbarkeit westlich orientierter Störungs- und Behandlungskonzepte auf alle Flüchtlingspopulationen kritisch diskutiert (s. Seite 9). Dies wird ganz aktuell von Frau Winkler, Mitarbeiterin der Psychiatrischen Institutsambulanz des St. Hedwig Krankenhauses Berlin, bestätigt (Vortrag über die Spezialsprechstunde für Flüchtlinge/Asylbewerber, DGPPN Kongress am 28.11.2015). So würden diagnostische Fragen von Flüchtlingen, z. B. aus der arabischen Welt, ganz anders beantwortet als von westlichen Patienten. Eine kurdische Patientin vermisse beispielsweise ihre Kinder und sehe dieses Gefühl als „Krankheit“ an („ein Teil vom Herzen fehlt“). Die Patientin habe geäußert, dass sie gesund werde, wenn die Kinder nachgeholt werden können. Man könne hier zwar laut Frau Winkler medikamentös behandeln, dies löse aber das eigentliche Problem nicht. In Syrien sei die Akzeptanz psychischer Erkrankungen sehr gering; Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund akzeptierten daher z. B. eher Medikamente als deutsche Patientinnen und Patienten. Im Rahmen der Behandlung in der Ambulanz gehe es vor allem um die Klärung des Aufenthaltsstatus. Viele der Flüchtlingspatienten und Flüchtlingspatientinnen sagten, dass sie keine Therapie bräuchten, sondern ihre Familien. Laut Winkler verschwinde bei vielen die Symptomatik, wenn sich die psychosoziale Situation bessere.

Zusammenfassend muss festgestellt werden, dass der Eindruck entsteht, dass der überwiegende Anteil der Flüchtlinge aus nachvollziehbaren Gründen belastet ist (z. B. ungeeignete Unterbringung, ungeklärter Flüchtlings- bzw. Aufenthaltsstatus, laufende Konflikte im Herkunftsland). Hier sind jedoch eher soziale Betreuungs- und Unterstützungsangebote, z. B. von muttersprachlichen Helfenden und/oder Sozialarbeitern und Sozialarbeiterinnen mit Fremdsprachenübersetzung, hilfreich. Eine psychische Erkrankung ist hiervon eindeutig abzugrenzen, denn eine verallgemeinernde Pathologisierung aller Flüchtlinge entspricht weder der Realität, noch hilft diese bei der Integration der Menschen. Flüchtlinge, die psychische Störungen mit Krankheitswert haben, müssen dagegen eine angemessene Behandlung erhalten.

Vor dem Hintergrund der skizzierten Situation werden im Folgenden die einzelnen von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN vorgetragenen Punkte bewertet:

a) Förderung interdisziplinärer Kooperationen ärztlicher, psychotherapeutischer und psychosozialer Leistungserbringer in Anlehnung an die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes besteht kein Bedarf an einer stärkeren Vernetzung der Berufsgruppen, um eine verbesserte Versorgung von Flüchtlingen mit psychischen Problemen zu erreichen. Durch die Verpflichtung der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, eine somatische Abklärung vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung einzuholen, ist bereits geregelt, dass eine Kooperation zwischen Fachärztinnen und -ärzten und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten stattfinden muss. Zudem zeigt sich auch bei dem überwiegend genannten Krankheitsbild, der PTBS, kein sachlicher Grund für eine besonders enge Kooperation zwischen Arzt/Ärztin und psychologischem Psychotherapeut/psychologischer Psychotherapeutin. Das zentrale Element der psychotherapeutischen Behandlung ist vielmehr die Beziehung zwischen Therapeutin/Therapeut und Patient/Patientin, die durch die Einbeziehung weiterer „Autoritäten“ nicht gestärkt wird.

b) Zusätzliche Ermächtigung von bislang nicht zugelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten für die Behandlung von Traumapatientinnen und -patienten

Entsprechend den oben beschriebenen auslegungsbedürftigen Leistungsansprüchen nach §§ 4, 6 AsylBLG bestehen im Bereich der psychischen Erkrankungen auf Landesebene unterschiedliche Handhabungen im Hinblick auf die psychotherapeutische Versorgung. Das hierdurch verursachte heterogene Versorgungsbild stellt unterschiedliche Anforderungen an eine psychotherapeutische Versorgung. Diesen Herausforderungen kann bereits heute bei Bedarf auf Landesebene durch die Ermächtigung von Psychotherapeutinnen und -therapeuten durch die Zulassungsausschüsse begegnet werden. Aus Sicht der gesetzlichen Krankenversicherung besteht daher kein ergänzender Regelungsbedarf.

c) Sonderbedarfszulassungen für fremdsprachige Psychotherapeutinnen und -therapeuten

Die gesetzliche Krankenversicherung sieht keinen Bedarf, die Regelung zum Sonderbedarf für die Behandlung von Flüchtlingen mit psychischen Problemen anzupassen. Zugelassene Fachärztinnen und -ärzte oder Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sind im Durchschnitt 30 Jahre in der vertragsärztlichen Versorgung tätig. Entsprechend ist das Mittel des Sonderbedarfs kein adäquates Mittel, um dem akuten Versorgungsbedarf aufgrund der aktuellen

Flüchtlingssituation gerecht zu werden. Hierfür sind vielmehr Ermächtigungen, wie unter Punkt b) beschrieben, ein geeigneteres Mittel.

d) Kostenübernahme für qualifizierte Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler im Rahmen medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen

Eine psychotherapeutische Behandlung mit qualifizierten Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittlern wird kritisch gesehen. Die Sprache ist das zentrale Instrument der Psychotherapeutinnen und -therapeuten, der bei einer Übersetzung keinen unmittelbaren Austausch zur Patientin oder zum Patienten herstellen können. Es ist beispielsweise nicht ungewöhnlich, dass Sprachmittler den Psychotherapeuten die Rückmeldung geben, dass es z. B. als unhöflich wahrgenommen würde, was der Psychotherapeut zum Patienten sagen möchte. Es ist daher davon auszugehen, dass bei jeder Übersetzung eine Veränderung der transportierten Inhalte erfolgt; dem Therapeuten ist es in diesem Fall nicht möglich nachzuvollziehen, ob die Übersetzung zutreffend ist. Zudem können auch kulturelle Unterschiede durch die Unkenntnis der Sprache nur sehr schlecht aufgelöst werden. Die gesetzliche Krankenversicherung hält eine psychotherapeutische Behandlung mit qualifizierten Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittlern daher für problematisch und lehnt eine Kostenübernahme für qualifizierte Sprach- und Integrationsmittlerinnen und -mittler durch die gesetzlichen Krankenkassen ab. Im Übrigen wird auf die allgemeinen Ausführungen zu den Dolmetscherleistungen unter Abschnitt 2 verwiesen.

e) Entwicklung geeigneter Therapie- und Behandlungsformen, mit denen möglichst viele Traumatisierte erreicht werden können

Es ist ein zentrales Anliegen der gesetzlichen Krankenversicherung und zugleich gesetzliche Vorgabe, dass ihre Leistungen ausschließlich von den Patientinnen und Patienten in Anspruch genommen werden, die dieser auch im Sinne der medizinischen Erforderlichkeit bedürfen. Aus diesem Grunde erfolgt im Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) eine Prüfung neuer Behandlungsverfahren und -methoden. So findet derzeit im G-BA eine Prüfung des psychotherapeutischen Verfahrens der „Systemischen Psychotherapie“ statt. Aus Sicht des GKV-Spitzenverbandes wäre es jedoch problematisch, die bestehenden und bewährten Vorgehensweisen aufgrund kurzfristiger Problemlagen zu verwässern.

Ein zentraler Grund für die geringe Anzahl an Gruppenpsychotherapien (etwa 2 %, hingegen 98 % im Einzelsetting) ist, dass die Ausbildung zum psychologischen Psychotherapeuten und zur psychologischen Psychotherapeutin keine verpflichtende Ausbildung in der Gruppenthe-

rapie vorsieht. Im Rahmen der Reform der Psychotherapieausbildung sollte daher unbedingt darauf hingewirkt werden, dass die Gruppentherapie zukünftig verpflichtender Bestandteil in der Ausbildung wird. Dies ist insbesondere sinnvoll, weil neuere wissenschaftliche Untersuchungen der Gruppentherapie die gleiche Wirksamkeit wie der Einzeltherapie attestieren.