Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland in Aufnahmeeinrichtungen

Kurzrecherche für den Pflege e.V.

Bearbeitung: Mareike Tolsdorf

Juni 2015

Inhalt

1. Einleitung ... 2
2. Forschungsstand ... 3
3. Rahmenbedingungen ... 4
3.1 Unterbringung ... 4
3.2 Besonders schutzbedürftige Personen ... 7
3.3 Gesetzliche Grundlagen und aktuelle Entwicklungen der Krankenversorgung ... 9
3.3.1 Eingeschränkte Leistungen für 15 Monate ... 10
3.3.2 Erweiterung der Leistungen nach 15 Monaten ... 13
3.3.3 Notfallversorgung ... 14
3.3.4 Finanzierung der Gesundheitsversorgung ... 15
4. Praxis ... 16
4.1 Erstuntersuchung in Erstaufnahmeeinrichtungen ... 16
4.2 Versorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen ... 18
4.2.1 Beispiel Bayern ... 20
4.2.2 Beispiel NRW ... 23
4.3 Ambulante Versorgung ... 27
4.3.1 Behandlungsschein – das Regelmodell ... 27
4.3.2 Gesundheitskarte und das Bremer Modell ... 29
4.3.3 Einführung der Gesundheitskarte in anderen Bundesländer ... 33
4.3.4 Behandlungsscheine über §264Absatz1 SGB V – der Berliner Weg ... 35
4.3.5 Pflegerisches Angebot Gemeinschaftsunterkunft in München ... 36
4.3.6 Notfallversorgung ... 39
Quellenverzeichnis ... 40
Abbildungsverzeichnis ... 44
Tabellenverzeichnis ... 45
Anhänge ... 46
Anhang 1: Gesetzesurteile in Pflegezusammenhängen ... 46
Anhang 2: SGB V §264 ... 49
Anhang 3: Psychiatrische Krankenpflege Asylbewerberin ... 51
Anhang 4: Bericht der ehrenamtlichen Flüchtlingsbetreuerin Roswitha Dubiel, Peine ... 61
Anhang 5: Berliner Problembeispiele ... 63

1. Einleitung

In Deutschland werden derzeit die meisten Asylanträge in der EU gestellt (ca. ⅕), in Bezug auf die Einwohnerzahl nehmen derzeit jedoch Schweden, Malta, Luxemburg, die Schweiz und Montenegro die meisten Flüchtlinge auf. Durch die EU-Kommission wurde gerade eine Umverteilung der Flüchtlinge gefordert, insbesondere um Italien und Griechenland zu entlasten. Besonders die Länder, die kaum Flüchtlinge aufnehmen, stellen sich jedoch bis heute dagegen.

Asylsuchende werden in Deutschland nach dem „Königsteiner Schlüssel" auf die einzelnen Bundesländer verteilt, die Quoten werden jährlich anhand der Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl der einzelnen Länder neu berechnet. Somit müssen in unterschiedlichem Maße Asylbewerber aufgenommen und auch finanziert werden. NRW übernimmt mit über ⅕ aller Asylbewerber den Großteil, gefolgt von Bayern und Baden-Württemberg. In Bremen, Mecklenburg Vorpommern und dem Saarland sind weniger als 2,5% zu finden (Abb. 1).

Abb.1: Verteilungsquoten des Königsteiner Schlüssels für 2015

Diese Recherche bezieht sich ausdrücklich nur auf Asylbewerber, die bei der Ausländerbehörde gemeldet sind, nicht auf Papierlose. Ebenso können sich die Aussagen immer nur auf Asylbewerber allgemein beziehen, da der Flüchtlingsstatus erst durch ein Asylverfahren anerkannt werden kann. Aufgrund des geringen Projektumfanges und der schwierigen Datenlage können an einigen Stellen nur exemplarische Einblicke gegeben werden. In diesem Zusammenhang wurde darauf geachtet, möglichst Angebote mit pflegerischer Beteiligung heranzuziehen. Es wurde insbesondere auf die Bundesländer NRW, Bremen und Bayern der Fokus gelegt; auf die letzten beiden, da sie über besondere medizinische Versorgungsstrukturen für Asylbewerber verfügen. NRW zeigt ein Durchschnittsbeispiel der Versorgung sowie ein gerade entstehendes Modellprojekt zur Verbesserung derselben.

2. Forschungsstand

Eine Medizinstudentin der Universität Heidelberg, Christine Schneider, befasst sich derzeit mit der Auswertung der bisherigen Forschungsergebnisse zum Thema Gesundheitssituation und -versorgung von Asylbewerbern in Deutschland (Systematisches Review als Teil der Promotion[1]). Es wurden 32 deutsch- und englischsprachige Studien aus den Jahren 1994-2014[2] gefunden, die qualitativ als gut eingeschätzt wurden, jedoch nur selten repräsentativ sind. In der Regel wurde nur eine kleine Personengruppe untersucht. Nach Schneiders Einschätzung liegen noch nicht genügend empirische Daten vor, um umfassende Aussagen zu diesem Bereich zu tätigen.

Es stehen vor allem Studien zu psychischen Erkrankungen insbesondere posttraumatischen Belastungsstörungen zur Verfügung. Daneben existieren viele Studien zu Infektionskrankheiten in Bezug auf die Gefährdung für die Allgemeinbevölkerung, Asylbewerber werden dort als eine der potentiellen Risikogruppen geführt. Internationale Studien kommen allerdings zu dem Ergebnis, dass keine besondere Gefährdung von dieser Gruppe ausgeht. Hierzu muss konstatiert werden: Es geht sicherlich keine besondere Gefährdung aus, jedoch zeigt sich bei der Gruppe der Asylbewerber eine höhere Prävalenz bestimmter übertragbarer Erkrankungen, wie Tbc, so dass erkrankte Personen identifiziert, und entsprechend behandelt werden müssen. Durch die Vielzahl der derzeitigen Flüchtlinge gestaltet sich dies mancherorts problematisch (siehe Kapitel 4.1).

Defizite in der Studienlage bestehen laut Schneider vor allem in folgenden Punkten: physische Erkrankungen, Akzeptanz der medizinischen Leistungen durch die Asylbewerber und Finanzierung. Zudem wurden bisher keine Vergleiche zwischen der Versorgung von Bundesbürgern und Asylbewerbern angestellt, um eventuelle Ungleichheiten offenzulegen. Zu letztem Punkt können jedoch die Hamburger Ergebnisse zur Gesundheitskarte herangezogen werden oder die Berechnungen von Classen (siehe Kapitel 4.3.1, 4.3.3).

Studien die den Bereich Pflege fokussieren wurden nicht gefunden, einzig eine kleine qualitative Studie, die sich mit der Wahrnehmung von Pflege bei jüdischen MigrantInnen beschäftigt, ist unter den Suchergebnissen Schneiders.

In der Auswertung des Bremer Modells nach 18 Jahren bestätigte sich die These „Flüchtlinge sind aufgrund ihrer vergangenen und ihrer aktuellen Lebenssituation besonderen physischen und psychischen Belastungen ausgesetzt, die sich in gesundheitlichen Beschwerden niederschlagen können. Neben den gesundheitlichen Risiken, die mit einer Flucht verbunden waren, bestätigte sich an vielen Stellen, dass die Lebens- und Wohnbedingungen Asylsuchender psychisch stark belastend sind. Die Lebensbedingungen begünstigen zudem die Übertragung bestimmter infektiöser Erkrankungen wie Hautkrankheiten oder Atemwegserkrankungen. Dies bestätigen neben unseren Daten andere Studien zur Situation von Asylsuchenden wie auch die Aussagen der Expert/innen in Bremen.“ (Gesundheitsamt Bremen 2011:70)

Es liegen keine Studien zur Gesundheitsversorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen oder andere strukturdarstellende Veröffentlichungen vor.

---

[1] Quellen zum Review von Christine Schneider: Supe 2015, Telefonat mit Christine Schneider vom 02.06.2015 sowie ihre Präsentation auf dem Kongress Armut und Gesundheit 2015 zu diesem Thema. Bisher wurde nur die Methodik des Reviews, nicht die Ergebnisse veröffentlicht, dies wird in Kürze durch einen Fachartikel erfolgen.

[2] Der Zeitrahmen wurde gewählt, da am 01.11.1993 das Asylbewerberleistungsgesetz in Kraft trat, die Grundlage der medizinischen Versorgung für Asylbewerber bis heute

3. Rahmenbedingungen

Im Folgenden werden die für die Gesundheitsversorgung wichtigen Rahmenbedingungen dargelegt. In diesem Kontext wird auf die Unterbringung der Asylbewerber, besonders schutzbedürftige Personen und deren Rechte sowie auf die Leistungen der Gesundheitsversorgung und deren Finanzierung eingegangen.

3.1 Unterbringung

Zunächst werden alle ankommenden Asylbewerber in Erstaufnahmeeinrichtungen der Länder untergebracht. Knapp 12% aller Asylsuchenden leben in Erstaufnahmeeinrichtungen. Die Quoten in den einzelnen Bundesländern sind sehr unterschiedlich und in NRW mit rund 23% am höchsten. In Niedersachsen oder Baden-Württemberg, die ebenfalls relativ viele Asylbewerber aufnehmen, liegt sie dagegen unter 5% (Statistisches Bundesamt 2014). Die meisten Flüchtlingsunterkünfte (Gemeinschaftsunterkünfte) werden von Wohlfahrtsverbänden (AWO, DRK, Caritas etc.) und privaten Betreibern wie European Homecare betrieben.

In Tabelle 1 werden die Belegung und Kapazitäten der Erstaufnahmeeinrichtungen dargestellt. Die Tabelle ist zwar erst 8 Monate alt, jedoch werden die Kapazitäten in einigen Bundesländern stark ausgebaut, allein in Hamburg sollen bis Ende 2015 6500 zusätzliche Schlafplätze geschaffen werden. In Rheinland Pfalz sind 1-2 weitere Aufnahmeeinrichtungen geplant, in München wurde eine Funkkaserne als zusätzliche Erstaufnahmeeinrichtung (privatisiert) geschaffen, daneben wird zum 1.Juli diesen Jahres in Schweinfurt in einer ehemaligen Kaserne eine weitere Erstaufnahmeeinrichtung eröffnen usw. (Mediendienst Integration 2014, Tageszeitungen einzelner Bundesländer/Internetrecherche). Auch in NRW wird in Essen gerade eine weitere Erstaufnahmeeinrichtung errichtet (siehe Kapitel 4.2.2)

„In den Stadtstaaten Berlin und Hamburg liegt die Verantwortung für die Erstaufnahme und die weitere Unterbringung direkt bei der Landesregierung. Es handelt sich um ein zentralisiertes System.“ (Wendel 2014:12) In den meisten Ländern gibt es jedoch das zweistufige Unterbringungssystem, d.h. die Flüchtlinge werden von der Erstaufnahmeeinrichtung der Länder auf die Kommunen verteilt. Nur in Baden-Württemberg, Bayern, Mecklenburg-Vorpommern und Schleswig-Holstein existiert laut Wendel das dreistufige System, d.h. von der Erstaufnahme kommen die Flüchtlinge in Gemeinschaftsunterkünfte der Regierungsbezirke und werden von da auf die Kommunen verteilt. Allerdings wurde im Rahmen dieser Recherche festgestellt, dass in NRW und anderen Bundesländern zunächst eine Verteilung von der Erstaufnahmeeinrichtung in eine Zentrale Aufnahmeeinrichtung des Landes erfolgt, teilweise befinden sich Asylbewerber nur noch wenige Stunden in der Erstaufnahmeeinrichtung (EAE). Dies ist durch den massiven derzeitigen Andrang auf die EAEs bedingt, die die Aufnahmekapazitäten um ein vielfaches überschreiten.

Bundesland	Unterbringung	Belegung durch Asylbewerber	Kapazität	Verfügbare Plätze
Baden-Württemberg	Erstaufnahmeeinrichtung Karlsruhe, Außenstellen und Notunterkünfte	2.700	3.500	800
Bayern (Mittelfranken)	Insgesamt	2.200	2.000	-200
	Zentrale Aufnameeinrichtung (ZAE) Zirndorf und Dependancen	1.200		
	Notunterkünfte	1.000		
Bayern (Oberbayern)	Erstaufnahmeeinrichtung München inkl. Notunterkünfte	3.400	4.380	980
Berlin	Insgesamt	11.500	11.500	0
	Zentrale Aufnahmeeinrichtung des Landes Berlin für Asylbewerber (ZAA)	2.200		
	Wohnungen	8.000		
Brandenburg	Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) Eisenhüttenstadt, Außenstellen, AWO-Heim Eisenhüttendstadt, Oderland-Kaserne Frankfurt/Oder Flughafen Schönefeld	1.400	1.600	200
Bremen	Insgesamt	1.970	2.150	180
	Zentrale Aufnahmestelle für Asylbewerber (ZASt)	150		
	Wohnungen	570		
	Sonstige Unterbringungen	1.250		
Hamburg	Insgesamt	13.300	14.000	700
	Erstaufnahmestellen	2.900		
	Rund 60 öffentliche Folgeunterbringungen	10.400		
Hessen	Hessische Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge (HEAE) und Außenstellen (HEAE Gießen, Flughafen Frankfurt...)	2.400	2.567	167
Mecklenburg-Vorpommern	Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) in Nostorf/Horst.	500	600	100
Niedersachsen	Landesaufnahmebehörden (LAB NI) in Braunschweig, Bramsche und Friedland	2.120	1.700	-420
Nordrhein-Westfalen	Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) in Dortmund und Bielefeld, Zentrale Unterbringungseinrichtungen (ZUE) und Notunterkünfte	7.900	6.700	-1.200
Rheinland-Pfalz	Aufnahmeeinrichtung für Asylbegehrende Trier, Außenstelle Trier Luxemburger Straße und Ingelheim	1.430	1.575	145
Saarland	Landesaufnahmestelle Lebach (Erstaufnahmeeinrichtung und Landesgemeinschaftsunterkunft)	1.250	1.370	120
Sachsen	Erstaufnahmeeinrichtung Chemnitz, Unterbringungshaus und Notunterkünfte	1.600	1.770	170
Sachsen-Anhalt	Zentrale Anlaufstelle für Asylbewerber des Landes Sachsen-Anhalt in Halberstadt (ZASt)	540	800	260
Schleswig-Holstein	Erstaufnahmeeinrichtung Neumünster	600	450	-150
Thüringen	Erstaufnahmeerinrichtung (EAE) Eisenberg und Außenstelle Suhl	1.080	1.097	17
SUMME		55.890	57.759	1.869

Tab.1: Belegung und Kapazitäten der Erstaufnahmeeinrichtungen (Stand 10/2014)

Immer mehr Kommunen haben sich auf das dezentrale Wohnen konzentriert, da dies günstiger ist, eine bessere Integration ermöglicht und Konflikte durch verschiedenste, oftmals traumatisierte Menschen, auf engstem Raum vermieden werden kann. 2013 waren rund 55% der Asylsuchenden in dezentralen Wohnungen untergebracht, die übrigen in Gemeinschaftsunterkünfte (siehe Abb. 2). Die Quote der einzelnen Bundesländer ist dabei sehr unterschiedlich, während in Schleswig Holstein und Rheinlandpfalz über 90% in dezentralen Wohnungen untergebracht sind, waren es in Sachsen, Brandenburg und Baden Württemberg nur rund ein Drittel. NRW liegt mit rund 50% im Mittelfeld, ebenso Bayern, wo es 2013 bereits 146 Gemeinschaftsunterkünfte gab (BR 2013, Statistisches Bundesamt 2014, Mediendienst Integration 2014).

Bundesland	Total	Aufnahme-einrichtungen	Gemeinschafts-unterkunft	Dezentrale Unterbringung (Wohnungen)	Wohnungsquote
Baden-Württemberg	23.548	1.033	14.977	7.538	33,5
Bayern	25.199	2.197	11.963	11.039	48,0
Berlin	17.295	2.351	6.311	8.633	57,8
Brandenburg	5.660	902	3.136	1.622	34,1
Bremen	4.240	134	1.168	2.938	71,6
Hamburg	9.304	563	3.099	5.642	64,5
Hessen	14.971	1.342	7.434	6.195	45,5
Mecklenburg-Vorpommern	4.367	409	2.036	1.922	48,6
Niedersachsen	23.156	1.005	3.625	18.526	83,6
Nordrhein-Westfalen	57.366	13.274	21.897	22.195	50,3
Rheinland-Pfalz	9.572	849	822	7.901	90,6
Saarland	1.827	131	971	725	42,7
Sachsen	9.454	283	6.034	3.137	34,2
Sachsen-Anhalt	6.673	725	3.223	2.725	45,8
Schleswig-Holstein	7.554	505	643	6.406	90,9
Thüringen	4.807	437	2.223	2.147	49,1

Tab. 2: Asylbewerberleistungsempfänger nach Bundesländern und Art der Unterbringung (Stand 2014)

In einem Bericht von Pro Asyl zur Unterbringung von Asylbewerbern heißt es: „Flüchtlinge sind Objekte der Verwaltung. Bei der Wahl des Wohnsitzes und der Unterbringungsform haben sie kein Mitspracherecht.[…] Beteiligt sind der Bund, die Innen- und Sozialministerien der Bundesländer, die kommunalen Gebietskörperschaften wie Landkreise und kreisfreien Städte sowie die Kommunen, in Bayern zudem noch die Regierungsbezirke als mittlere Verwaltungsbehörden […] Eine Reihe von Bundesländern betreibt landeseigene Gemeinschaftsunterkünfte auf dem Gelände der Erstaufnahmeeinrichtung – als Sanktionsmaßnahme über die dreimonatige Aufenthaltsdauer hinaus, was von § 47 Abs. 1 Satz 1 AsylVfG für diese Unterbringungsform vorgesehen ist.“

(Wendel 2014:6) Zumeist werden dort vollziehbar ausreisepflichtige oder unerlaubt eingereiste Asylbewerber bis zu 12 Monate untergebracht (Bremen, Hamburg, Mecklenburg Vorpommern, Niedersachsen, Saarland, Sachsen Anhalt, Schleswig Holstein).

Flüchtlinge sind maximal drei Monate dazu verpflichtet in einer Erstaufnahme- bzw. zentralen Landeseinrichtung zu leben. Viele Menschen unterschiedlicher Kulturen leben so auf engstem Raum zusammen, das Konfliktpotential ist entsprechend hoch. Privatsphäre und das zur Ruhe kommen nach einer oftmals langen, zermürbenden Fluchtgeschichte, ist dort nicht möglich.

3.2 Besonders schutzbedürftige Personen

Am 26. Juni 2013 wurde die Neufassung der EU-Aufnahmerichtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 beschlossen. Die „Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen“, kurz: EU-Aufnahmerichtlinie 2013, enthält in Kapitel IV eine Erweiterung des Begriffs „schutzbedürftige Personen“ und eine genauere Bestimmung des Clearingverfahrens zu ihrer Identifizierung. Die Liste besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge wurde um drei Gruppen erweitert, so dass sie nun folgende Gruppen umfasst:

- Minderjährige,
- unbegleitete Minderjährige,
- Behinderte,
- ältere Menschen,
- Schwangere,
- Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern,
- Opfer von Menschenhandel (neu)
- Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen (neu)
- Personen mit psychischen Störungen (neu)
- Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien.

Opfer von Folter und Gewalt sollen gemäß Art. 25 Abs. 1 „Zugang zu einer adäquaten medizinischen und psychologischen Behandlung oder Betreuung“ haben. Je nach Bundesland werden Flüchtlinge möglichst direkt in dezentralen Wohnungen untergebracht (z.B. Berlin) oder müssen mehrere Monate oder auch Jahre in Gemeinschaftsunterkünften leben (z.B. Bayern, Mecklenburg Vorpommern). Teilweise ist ein Auszug aus humanitären Gründen, z.B. wegen Krankheit möglich. In einigen Bundesländern gibt es Richtlinien zur Unterbringung besonders schutzbedürftiger Personen aus gesundheitlichen Gründen, allerdings gibt es bisher kaum standardisierte Clearingverfahren, um diese Personen zu erkennen. Momentan läuft eine Länderabfrage des Bundes, welche Akteure schutzbedürftige Personen erkennen können und welche Maßnahmen erfolgen. Bestehende Regelungen werden im Folgenden aufgelistet (Wendel 2014):

Baden Württemberg	Schutzbedürftige haben allgemein bei der Wohnungsunterbringung Vorrang
Bayern	Unterbringung in Wohnungen aus gesundheitlichen Gründen: Im Fall, dass „Krankheit die Unterbringung in einer Gemeinschaftsunterkunft un-

	zumutbar macht“ (Art. 4 Abs. 6 Nr. 1 AufnG BY), kann die Behörden den Auszug aus einer Gemeinschaftsunterkunft in eine Privatwohnung gestatten (ebenda: 56)
Brandenburg	Empfehlung Traumatisierte und Kinder in Wohnungen unterzubringen
Hamburg	Verbesserung der Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften aus gesundheitlichen Gründen: „Für diejenigen Menschen, die aufgrund ihrer psychischen oder physischen Notlagen dauerhaft auch unter Zuhilfenahme aller ambulanten Hilfestellungen keine Chance haben, die öffentliche Unterbringung in eigenen Wohnraum zu verlassen, soll die Situation in der Unterkunft verbessert werden.“ (Drs. 20/5867, S. 20)
Hessen	Regelungen im Koalitionsvertrag angekündigt: „Zudem werden wir die EU-Richtlinie für besonders Schutzbedürftige (Kranke, Alte, Traumatisierte, Menschen mit Behinderungen) aktiv umsetzen und möglichst bei der Erstaufnahme bereits den Unterstützungsbedarf klären.“ (Koalitionsvertrag Hessen 2013: 59)
Mecklenburg Vorp.	Clearingverfahren in der Erstaufnahmeeinrichtung: „Die Ärzte des medizinischen Dienstes verfügen über eine langjährige ausgeprägte fachübergreifende Berufserfahrung. Die Erkennung psychischer Erkrankungen erfolgt, soweit möglich, im Rahmen der Anamnese oder auch im Rahmen weiterer Kontakte.“ *(*Drs. 6/2322, S. 4) Unterbringung in Wohnungen aus gesundheitlichen Gründen (Nr. 3.2.2 Arbeitshinweise v. 11.06.2012)
NRW	bis auf Köln keine Regelung
Sachsen	bis auf Leipzig keine Regelungen
Sachsen-Anhalt	Unterbringung in Wohnungen aus gesundheitlichen Gründen: „Von einer Unterbringung in einer Gemeinschaftsunterkunft soll im Einzelfall abgesehen werden, wenn unter Einbeziehung des Gesundheitsamtes erhebliche gesundheitliche Störungen wie etwa psychische Erkrankungen oder infektiöse Dauererkrankungen […] festgestellt werden […].“ (Nr. 1.1 Unterbringungsleitlinien ST 2013)
Thüringen	Besonders Schutzbedürftigen soll in Gemeinschaftsunterkünften besser berücksichtigt werden (wie, ist nicht ersichtlich)

Bedeutung für die Pflege

Da die Neufassung der EU-Aufnahmerichtlinie zum 20. Juli 2015 umgesetzt werden muss, und somit besonders schutzbedürftige Flüchtlinge ihren Bedürfnissen entsprechend untergebracht werden müssen, ist damit zu rechnen, dass pflegebedürftige Menschen, die der Gruppe ältere Menschen, Behinderte, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen oder psychischen Störungen und/oder Opfer von Gewalt zugerechnet werden können, vorwiegend in dezentralen Unterkünften oder speziellen Einrichtungen untergebracht werden. Allerdings zeigen die Initiativen der Länder bisher noch wenig Bestrebungen in diese Richtung. Problematisch zeigt sich bisher auch der Artikel 22 der Richtlinie, welches ein Clearing-Verfahren zur Identifizierung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge vorsieht. Bislang gibt es nur ein Bundesland, das dies in sein Flüchtlingsaufnahmegesetz anspricht (Wendel 2014:83). Ohne Identifizierung dieser, auch

pflegebedürftiger Personen, können aber keine besonderen Maßnahmen getroffen werden. Zur Finanzierung können Mittel des AMIF-Fonds (Asyl-Migrations- und Integrationsfond) für max. 3 Jahre beantragt werden. Förderfähig sind u.a. Projekte zum „Gesundheitsmanagement bei Asylantragstellern („Case-Manager"-Identifizierungsverfahren)". Es werden keine Projekte gefördert, die durch bestehende gesetzliche Leistungen (wie das AsylbLG) umsetzbar sind (Bundesregierung 2015, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge 2014).

3.3 Gesetzliche Grundlagen und aktuelle Entwicklungen der Krankenversorgung

Auf europäischer Ebene sind die Mitgliedsstaaten dazu verpflichtet die EU-Aufnahmerichtlinie umzusetzen, die auch Aussagen über die medizinische Versorgung macht.

Artikel 17: Allgemeine Bestimmungen zu materiellen Leistungen im Rahmen der Aufnahme und zur medizinischen Versorgung

> *(1) Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Antragsteller ab Stellung des Antrags auf internationalen Schutz im Rahmen der Aufnahme materielle Leistungen in Anspruch nehmen können.*
>
> *(2) Die Mitgliedstaaten sorgen dafür, dass die im Rahmen der Aufnahme gewährten materiellen Leistungen einem angemessenen Lebensstandard entsprechen, der den Lebensunterhalt sowie den Schutz der physischen und psychischen Gesundheit von Antragstellern gewährleistet. Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass dieser Lebensstandard gewährleistet ist, wenn es sich um schutzbedürftige Personen im Sinne von Artikel 21 und um in Haft befindliche Personen handelt.*
>
> *(3) Die Mitgliedstaaten können die Gewährung aller oder bestimmter materieller Leistungen sowie die medizinische Versorgung davon abhängig machen, dass die Antragsteller nicht über ausreichende Mittel für einen Lebensstandard verfügen, der ihre Gesundheit und ihren Lebensunterhalt gewährleistet.*
>
> *(4) Die Mitgliedstaaten können von den Antragstellern verlangen, dass sie für die Kosten der in dieser Richtlinie im Rahmen der Aufnahme vorgesehenen materiellen Leistungen sowie der medizinischen Versorgung gemäß Absatz 3 ganz oder teilweise aufkommen, sofern sie über ausreichende Mittel verfügen, beispielsweise wenn sie über einen angemessenen Zeitraum gearbeitet haben. […]*

Artikel 19: Medizinische Versorgung

> *(1) Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Antragsteller die erforderliche medizinische Versorgung erhalten, die zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen umfasst.*
>
> *(2) Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.*

Der am 10. Juni 2015 erschienene Bericht „Migrant Integration Policy Index MIPEX 2015", der Migration Policy Group, die 38 Staaten bzgl. ihrer Asylpolitik vergleicht, stellt Fortschritte in der deutschen Asylpolitik insgesamt fest, weist aber zugleich daraufhin, dass dies nicht den Bereich

Gesundheitsversorgung betrifft. Dieser schneidet im Vergleich zu allen anderen Aspekten am Schlechtesten ab. „Gesundheitspolitik für Migranten – ein neues Untersuchungsfeld des MIPEX– stellte sich als ein weiterer Schwachpunkt in Deutschland heraus. Sie führte mit einem für Westeuropa unterdurchschnittlichen Ergebnis im Ranking zu Platz 22. Bis auf wenige Ausnahmen haben Asylsuchende und Patienten ohne regulären Aufenthalt („Sans Papier") geringere Versorgungsansprüche und Probleme im Hinblick auf Dokumentation und Diskretion. Unterstützung beim Zugang zur Gesundheitsversorgung für Menschen aus Einwandererfamilien wurden nicht in systematische Maßnahmen für ganz Deutschland umgewandelt. Reaktionen im Gesundheitswesen und in der Politik waren bisher ad hoc und uneinheitlich. Allerdings sind neue Pläne und Initiativen auf Bundesebene für das Jahr 2015 vorgesehen, das die Integrationsbeauftragte zum „Schwerpunktjahr Migration und Gesundheit" erklärt hat." (Presseerklärung zum MIPEX 2015:2)

Die gesetzliche Grundlage für die Gesundheitsversorgung aller Asylbewerber in Deutschland ist das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Dies gilt sowohl für die Versorgung über einen Behandlungsschein, als auch über eine Krankenversichertenkarte/Gesundheitskarte (siehe Kapitel 4).

3.3.1 Eingeschränkte Leistungen für 15 Monate

Früher waren die Leistungen für die ersten 48 Monate stark begrenzt, seit kurzem gilt eine **Einschränkung der Leistungen** für die ersten 15 Monate. Diese Leistungen werden im §4 AsylbLG (Leistungen bei Krankheiten, Schwangerschaften und Geburt) geregelt:

> *(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.*
>
> *(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.*
>
> *(3) Die zuständige Behörde stellt die ärztliche und zahnärztliche Versorgung einschließlich der amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen sicher. Soweit die Leistungen durch niedergelassene Ärzte oder Zahnärzte erfolgen, richtet sich die Vergütung nach den am Ort der Niederlassung des Arztes oder Zahnarztes geltenden Verträgen nach § 72 Abs. 2 des Fünften Buches Sozialgesetzbuch. Die zuständige Behörde bestimmt, welcher Vertrag Anwendung findet.*

Eine **Ausweitung des Leistungsbereichs** des §4 AsylbLG erlaubt jedoch der § 6 AsylbLG „Sonstige Leistungen":

> *(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.*
>
> *(2) Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige*

oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.

Frank Burmester, Referatsleiter der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Stadt Hamburg beschreibt die Problematik der Leistungsbeschreibung des AsylbLG: „Das Gesetz ist auslegungsbedürftig, wie man so schön sagt. Hat jemand mal genau definiert, was das eigentlich sein soll – akute Erkrankungen und Schmerzzustände? Nein. Am Ende müssen das die Ärzte entscheiden. Das Risiko einer Fehleinschätzung ist jedoch sehr groß. Also wollten die Ärzte, dass wir ihnen ganz konkret vorgeben, was sie behandeln dürfen und was nicht. Da es natürlich immer um individuelle Krankengeschichten geht, war schnell klar: Wir können das gar nicht für alle Fälle pauschal festlegen. Das ist viel zu kompliziert. Am Ende konnten wir nur für zahnärztliche Leistungen einigermaßen genau definieren, welche Behandlung erstattet wird und welche nicht. Da ist die Lage noch vergleichsweise klar. Aber immer noch wahnsinnig kompliziert. Der Bund müsste einheitlich definieren, was genau unter den Leistungseinschränkung zu verstehen ist. Das tut er aber nicht.“ (Lobenstein 2015).

Der Paritätische (2015: 16) fasst das Auslegungspotential treffend zusammen: „Dies kann nichts anderes heißen als: Nahezu der gesamte Umfang der medizinischen Behandlung, der auch in der Gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen ist, muss erbracht werden – insbesondere für Minderjährige und andere Personen mit besonderen Bedarfen. Auch die Kostenübernahme von Dolmetschenden muss über § 6 AsylbLG übernommen werden, wenn diese für eine Behandlung erforderlich sind. Auch wenn die Kommentierung zum AsylbLG und erst Recht die Praxis oft anders aussehen: Einschränkungen, die einen Anspruch auf Krankenbehandlung unterhalb des Niveaus der Gesetzlichen Krankenversicherung zur Folge haben, sind nicht mit der Sicherstellung des menschenwürdigen physischen Existenzminimums vereinbar!“

Zahlen aus Niedersachsen zeigen exemplarisch, dass sich in der Praxis der Leistungsumfang in den ersten 15 Monaten gegenüber dem späteren Leistungsanspruch nach §2 AsylbLG sehr wohl unterscheidet, vor allem dadurch bedingt, welche Leistungen die Behörden bewilligen. So wurde 2012 dort nach §3 AsylbLG 1.323 € pro Flüchtling/Jahr aufgewendet, für Asylbewerber nach §2 AsylbLG jedoch 2.291 €. Gleiches gilt für das Jahr 2013 in dem nach §3 AsylbLG 1.295 € pro Flüchtling/ Jahr anfielen, Asylbewerber die sich 48 Monate in Deutschland aufhielten (heute 15 Monate, siehe 3.3.2) nach §2 AsylbLG jedoch nur Leistungen in Höhe von 2.241 € pro Person/Jahr erhielten (Landesregierung Niedersachsen März 2015).

Pflegerische Aspekte werden im Asylbewerberleistungsgesetz nicht weiter definiert. In den Ausführungen zu den Leistungen des § 4 AsylbLG des Beschlusses des Gesundheitsausschusses München heißt es jedoch beispielsweise: „Gesetzlich sichergestellt werden darüber die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände, die Versorgung und Betreuung von Schwangeren und Wöchnerinnen sowie die amtlich empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen. Ebenso sind Arznei- und Verbandmittel, aber auch ambulante Pflege und Nachsorge nach stationärer Behandlung sowie bei besonderen Bedürfnissen (z.B. bei Gewalterfahrungen) die erforderliche medizinische und sonstige Hilfe zu gewähren. In der Sitzungsvorlage des Sozialreferats Nr. 08-14 / V 11632, S. 4-5 heißt es: „Die Finanzierung der Medizinischen Versorgung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern erfolgt im Sozialreferat/Amt für Wohnen und Migration durch die standardisierte Abgabe von Krankenscheinen. Die Übernahme notwendiger Krankenhausbehandlungen im Rahmen von § 4

Asylbewerberleistungsgesetz ist dabei sicher gestellt. Es ist bereits gängige Praxis, dass häusliche Krankenpflege unter Beachtung des Nachrangprinzips nach § 8 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG durch

ambulante Pflegedienste erfolgt."" (Referat für Gesundheit und Umwelt München 2013). Auch der Flüchtlingsrat Niedersachsen (2014:100) beschreibt u.a. die Versorgung und Pflege von behinderten und Pflegebedürftigen als „sonstige", für die Gesundheit unerlässliche Leistungen, die im Rahmen des §6 AsylbLG übernommen werden müssen. Insgesamt gibt es kaum Aussagen zu konkreten pflegerischen Zusammenhängen. In Anhang 1 werden einige Gerichtsurteile mit Pflegebezug zusammengestellt.

Probleme der Leistungseinschränkungen entstehen in verschiedenen Bereichen, z.B. bei chronischen Erkrankungen. So stelle die Bundesregierung kürzlich, wiederholt fest: „Chronische Erkrankungen, deren Behandlungen längerfristig angelegt sind, und daher regelmäßig nicht in Deutschland abgeschlossen werden können, lösen nach der gesetzlichen Begründung zu § 4 Absatz 1 AsylbLG hingegen regelmäßig keine Leistungspflicht nach dieser Norm aus." (Bundesregierung 2014:3, vgl. Bundestagsdrucksache 12/4451:9). Auch wenn die Behandlung chronisch ist, kann sie jedoch behandlungsbedürftig sein. Daher verweist die Bundesregierung ebenfalls darauf, dass unerlässliche Leistungen, insbesondere auch bei Kindern, durch den §6 „Sonstige Leistungen" abgedeckt ist (Bundesregierung 2014). Die letztendliche Entscheidung über die Gewährung liegt jedoch im jeweiligen Landesrecht, bzw. bei den ausführenden/entscheidenden Mitarbeitern der Sozialämter.

Insgesamt ist festzustellen, dass die Bundesregierung fast ausnahmslos auf die Verantwortung der Länder bei der Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes verweist. „Die Bundesregierung vertritt grundsätzlich die Auffassung, dass die Ausführung des AsylbLG und damit auch der Vollzug der Gesundheitsleistungen gemäß Artikel 83 GG Ländersachen sind. Die Bundesregierung wird jedoch den Erfahrungsbericht aus Hamburg[3] sorgfältig auswerten. Das federführende Bundesministerium für Arbeit und Soziales hat bereits im Frühjahr 2014 angeregt, dass dieser Erfahrungsbericht in der Arbeitsgemeinschaft für Flüchtlingsfragen diskutiert werden soll, damit alle Länder über diesen informiert sind (Bunderegierung 2014:11).

Bezüglich der Verständigung ist schwierig, dass Dolmetscherkosten im Regelfall nicht übernommen werden, sondern lediglich in Ausnahmefällen nach §6 genehmigt werden, „wenn die Hinzuziehung eines Dolmetschers im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich ist." (Bundesregierung 2014:10). Die Dolmetscherkosten werden allerdings auch nicht übernommen, wenn nach 15 Monaten die erweiterten Leistungen analog dem §264 SGB V in Anspruch genommen werden können, da dies nicht zum Leistungsumfang der Krankenversicherung gehört (siehe Kapitel 3.3.2). Dies wurde u.a. bereits in einem Urteil des Bundessozialgerichts bestätigt (Urteil BSG 19.Juli2006, Az. B 6KA 33/05 B).

Vor allem Hilfsmittel wie z.B. Gehhilfen, Brillen, Hörgeräte oder Rollstühle etc. werden oftmals verweigert. Es werden aber auch Medikamente und Operationen abgelehnt (u.a. Flüchtlingsrat Niedersachsen 2014). Durch die Ablehnung von Behandlungen durch die Sozialämter, Flüchtlingsunterkünfte, Ärzte und Krankenhäusern (letztere aufgrund der unklaren Kostenübernahme) kommt es immer wieder zu Verschlechterung, Manifestation oder Chronifizierung von Krankheiten, bis hin zu Todesfällen[4] (siehe auch Kapitel 4.3.1).

---

[3] Dabei bezieht sich die Bundesregierung auf die momentan laufende Bewertung der Erfahrungen mit der Einführung der Gesundheitskarte in Hamburg analog dem Bremer Modell.

[4] Einige Fälle wurden von Pro Asyl unter dem Titel „Gesetzlich verordnete Lebensgefahr – Das deutsche Asylbewerberleistungsgesetz" aufgelistet, zu finden unter www.proasyl.de/de/news/detail/news/gesetzlich_verordnete_lebensgefahr_das_deutsche_asylbewerberleistungsgesetz/ (letzter Zugriff 15.06.2015)

3.3.2 Erweiterung der Leistungen nach 15 Monaten

Nach 15 Monaten können Leistungen nach § 2 AsylbLG[5] beansprucht werden, d.h. es gelten die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. Auch wenn Asylbewerber genau genommen nicht als gesetzlich Krankenversicherte gelten, können sie eine Krankenkasse wählen und erhalten von dieser eine Versichertenkarte und Leistungen wie alle anderen dort Versicherten auch (§ 264 SGB V Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung, siehe Anhang 2). Die Leistungen rechnet die Krankenkasse mit dem Sozialamt der jeweiligen Kommune ab. Leistungen der Pflegeversicherung sind nicht eingeschlossen und müssen ggf. beim zuständigen Sozialamt beantragt werden (Flüchtlingsrat Niedersachsen 2014).

In Erstaufnahmeeinrichtungen erhalten Asylbewerber somit nur eingeschränkte Leistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG. Nach 15 Monaten, wenn sie von der Erstaufnahme der Länder bereits auf die Kommunen umverteilt worden sind, und in Gemeinschaftsunterkünften oder dezentralen Wohnungen leben, erhalten sie Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung im normalen Umfang. Leistungen der Pflegeversicherung sind ausgeschlossen.

Aufgrund einer Überarbeitung des Asylbewerberleistungsgesetzes wurden drei Gruppen kürzlich herausgenommen, die zukünftig **Leistungen nach dem SGB II** erhalten, wenn sie erwerbsfähig sind, **oder nach SGB XII** erhalten, wenn sie nicht erwerbsfähig sind. Das bedeutet, dass sie von Beginn an zur Inanspruchnahme erweiterter Leistungen berechtigt sind. Herausgenommen wurden folgende Gruppen nach § 25 AufenthG „Aufenthalt aus humanitären Gründen“:

- Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4a und b AufenthG
  Vorübergehende Aufenthaltserlaubnis zur Zeugenaussage bei Gerichtsverfahren für Opfer von schweren Straftaten wie Menschenhandel oder Zwangsprostitution sowie für Opfer von Straftaten im Zusammenhang mit illegaler Arbeitsausbeutung, bis zum Verfahrensende.

2014 waren lediglich 76 Menschen mit einer solchen Aufenthaltserlaubnis registriert, was mit der engen Begrenztheit des Schutzes zusammenhängen könnte, da dies für die Betroffenen nur eine Aufschiebung der Abschiebung bedeutet (Paritätische Gesamtverband 2015).

- Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 5 AufenthG
  Aufenthaltserlaubnis für Asylbewerber, deren Aussetzung zur Abschiebung (Duldung) seit 18 Monaten besteht und nicht absehbar ist, dass der Hinderungsgrund zur Abschiebung in absehbarer Zeit wegfällt.[6]

---

[5] § 2 Leistungen in besonderen Fällen
(1) Abweichend von den §§ 3 bis 7 ist das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch auf diejenigen Leistungsberechtigten entsprechend anzuwenden, die sich seit 15 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer des Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben.
(2) Bei der Unterbringung von Leistungsberechtigten nach Absatz 1 in einer Gemeinschaftsunterkunft bestimmt die zuständige Behörde die Form der Leistung auf Grund der örtlichen Umstände.
(3) Minderjährige Kinder, die mit ihren Eltern oder einem Elternteil in einer Haushaltsgemeinschaft leben, erhalten Leistungen nach Absatz 1 auch dann, wenn mindestens ein Elternteil in der Haushaltsgemeinschaft Leistungen nach Absatz 1 erhält.

[6] §25 AufenthG Absatz 5: *Einem Ausländer, der vollziehbar ausreisepflichtig ist, kann abweichend von § 11 Abs. 1 eine Aufenthaltserlaubnis erteilt werden, wenn seine Ausreise aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen unmöglich ist und mit dem Wegfall der Ausreisehindernisse in absehbarer Zeit nicht zu rechnen ist. Die Aufenthaltserlaubnis soll erteilt werden, wenn die Abschiebung seit 18 Monaten ausgesetzt ist. Eine Aufenthaltserlaubnis darf nur erteilt werden, wenn der Ausländer unverschuldet an der Ausreise gehindert ist. Ein Verschulden des Ausländers liegt insbesondere vor, wenn*

Ende 2014 lebten bundesweit 49.898 Personen mit diesem Status in Deutschland (Paritätische Gesamtverband 2015).

Durch die Einstufung ins SGB XII sind wesentlich umfangreichere Leistungen, u.a. zur Pflege möglich: So umfasst der §8 des SGB XII folgende Leistungen:

1. Hilfe zum Lebensunterhalt (§§ 27 bis 40),
2. Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung (§§ 41 bis 46a),
3. Hilfen zur Gesundheit (§§ 47 bis 52),
4. Eingliederungshilfe für behinderte Menschen (§§ 53 bis 60),
5. Hilfe zur Pflege (§§ 61 bis 66),
6. Hilfe zur Überwindung besonderer sozialer Schwierigkeiten (§§ 67 bis 69),
7. Hilfe in anderen Lebenslagen (§§ 70 bis 74)

sowie die jeweils gebotene Beratung und Unterstützung.

Die **Hilfe zur Pflege** (5) beinhaltet im Prinzip die Leistungen der Pflegeversicherung (SGB XI) und geht noch darüber hinaus, wenn keine anderen Mittel zur Sicherstellung der Pflege vorhanden sind. Gleiches gilt für die **Hilfe zur Gesundheit** (3), die analog zum SGB V §264, Absatz 1 „Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung" fungiert. Die Anspruchsberechtigten erhalten eine reguläre Versicherungskarte. Die Kosten werden aber weiterhin vom örtlichen Sozialhilfeträger incl. anteiliger Verwaltungskosten getragen, und von der Kasse in Rechnung gestellt.

3.3.3 Notfallversorgung

„Es wird ein Aufwendungsersatzanspruch des Nothelfers im AsylbLG eingeführt, nachdem das Bundessozialgericht mit Entscheidung vom 30. Oktober 2013 (B 7 AY 2/12 R) die – zuvor ganz überwiegend vertretene – analoge Anwendung des Nothelferanspruchs nach § 25 SGB XII im AsylbLG abgelehnt hat. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass Krankenhausträger und Ärzte die Erstattung ihrer Behandlungskosten unmittelbar vom Leistungsträger verlangen können, wenn sie in medizinischen Eilfällen Nothilfe an Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG leisten. Damit wird gleichzeitig die angemessene medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten in Eilfällen sichergestellt." (Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes vom 22.09.2014:2).

Dies wurde nun im „Nothelferparagraf" im AsylbLG verankert:

> § 6a „Erstattung von Aufwendungen anderer"
>
> *Hat jemand in einem Eilfall einem anderen Leistungen erbracht, die bei rechtzeitigem Einsetzen von Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 nicht zu erbringen gewesen wären, sind ihm die Aufwendungen in gebotenem Umfang zu erstatten, wenn er sie nicht auf Grund rechtlicher oder sittlicher Pflicht selbst zu tragen hat. Dies gilt nur, wenn die Erstattung innerhalb angemessener Frist beim zuständigen Träger des Asylbewerberleistungsgesetzes beantragt wird.*

Des Weiteren wurde der „Kenntnisgrundsatz" im § 6b „Einsetzen der Leistungen" festgelegt:

---

er falsche Angaben macht oder über seine Identität oder Staatsangehörigkeit täuscht oder zumutbare Anforderungen zur Beseitigung der Ausreisehindernisse nicht erfüllt.

Zur Bestimmung des Zeitpunkts des Einsetzens der Leistungen nach den §§ 3, 4 und 6 ist § 18 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch entsprechend anzuwenden.

Der Paritätische (2015:17) fasst die praktische Bedeutung zusammen: „Für die Praxis heißt das: Falls eine Notfallbehandlung im Krankenhaus oder beim Arzt durchgeführt wird, kann das Krankenhaus oder der Arzt als so genannter „Nothelfer" im Nachhinein die Kosten direkt beim Sozialamt geltend machen. Allerdings muss dieser Antrag „innerhalb einer angemessenen Frist", also möglichst schnell, beim Sozialamt geltend gemacht werden." Dadurch entsteht übrigens auch der verlängerte Geheimnisschutz für die Notfallbehandlung versteckt lebender MigrantInnen, da der Arzt direkt beim Sozialamt die Kosten geltend machen kann, ansonsten aber der Schweigepflicht unterliegt. Gleichzeitig wird dadurch jedoch auch noch einmal klargestellt, dass Behandlungen über die akute Notfallversorgung hinaus, nur bei vorheriger Information des Sozialamtes übernommen werden. Weiter heißt es: „Zugleich verringert diese Regelung die Gefahr, von einem Krankenhaus abgewiesen zu werden, weil es um die Kostenerstattung fürchtet."

3.3.4 Finanzierung der Gesundheitsversorgung

Die Kosten der Gesundheitsversorgung tragen die Kommunen. In einigen Ländern (Hessen, Rheinland Pfalz, Sachsen, Thüringen) werden ab einem bestimmten Betrag (zwischen 2.500 und 10.000 €/Jahr/Person) die Kosten durch das Land getragen, dies ist jeweils im Landesrecht verankert. In Niedersachsen erhalten die Kommunen eine Pauschale, mit der u.a. die gesundheitliche Versorgung abgegolten ist (rund 2300,-/Jahr für Unterkunft, Heizung, Krankenbehandlung, Schwangerschaft und Geburt, Hilfe zur Pflege). Insgesamt erhalten die Kommunen vom Land einen Pauschalbetrag zur Versorgung der Flüchtlinge, der jedoch nicht kostendeckend ist. Momentan werden ca. 7 Milliarden Euro für die Versorgung aufgewendet (Wendel 2014, Tagesschau vom 12.06.2015, vgl. Abb.3).

	Jahrespauschale je Asylsuchende für AsylbLG und Unterbringung	zusätzliche Erstattung von Krankenkosten	zusätzliche Bewachungskostenpauschale	zusätzliche Investitionspauschale	Sonderregeln für Geduldete
BB	9.011 Euro	nein	6.900 Euro/Monat	2.300,81 Euro/Platz	Kappung der Kostenerstattung nach 4 Jahren Aufenthalt
BW	12.466 Euro einmalig	nein	nein	nein	Kosten mit einmaliger Pauschale abgegolten
BY	entfällt (Spitzabrechnung)				
HE	6.251,64 Euro bis 7.554,12 Euro	über 10.226 Euro	nein	nein	Kappung der Kostenerstattung nach 2 Jahren Duldung
MV	entfällt (Spitzabrechnung)				
NI	5.932 Euro	nein	nein	nein	nein
NRW	entfällt (pauschalierte Zuweisung)	nein	nein	nein	Jahrespauschale 3.960 Euro, Kappung nach 3 Jahren Duldung
RP	5.892 Euro	über 7.600 Euro 85 %	nein	nein	Kappung der Kostenerstattung nach 3 Jahren
SH	entfällt (70 % Kostenerstattung)				
SL	entfällt (Spitzabrechnung AsylbLG)	nein	nein	nein	keine Kostenerstattung
SN	6.000 Euro	über 7.669,38 Euro	nein	nein	nein
ST	entfällt (Finanzausgleich)				
TH	6.444 Euro	über 2.556,46 Euro	Spitzabrechnung	7.500 Euro/Platz (Gesetzesentwurf)	nein

Tab. 3: Überblick über die Erstattungsregeln für Asylsuchende und Geduldete in Flächenstaaten

Aufgrund der steigenden Flüchtlingszahlen und der daraus resultierenden finanziellen Überforderung der Kommunen und Länder, werden nun auch vermehrt Bundesmittel eingesetzt. Der Bund will die Unterstützung für 2015 auf 1 Milliarde Euro verdoppeln und sich ab 2016 dauerhaft an den Kosten beteiligen (Tagesschau vom 12.06.2015).

4. Praxis

Im Folgenden wird nun auf die praktische Umsetzung der in Kapitel 3 dargelegten Rahmenbedingungen eingegangen. Im Rahmen der Erstuntersuchung werden die dort zugrunde liegenden Gesetze an dieser Stelle wiedergegeben,.

4.1 Erstuntersuchung in Erstaufnahmeeinrichtungen

In den Erstaufnahmeeinrichtungen finden standardmäßig bei jedem neu ankommenden Asylbewerber Erstuntersuchungen statt. Grundlage ist die EU-Aufnahmerichtlinie, das Asylverfahrensgesetz sowie das Infektionsschutzgesetz.

EU-Aufnahmerichtlinie, Artikel 13: Medizinische Untersuchungen

Die Mitgliedstaaten können die medizinische Untersuchung von Antragstellern aus Gründen der öffentlichen Gesundheit anordnen.

Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) § 62 Gesundheitsuntersuchung

(1) Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane zu dulden. Die oberste Landesgesundheitsbehörde oder die von ihr bestimmte Stelle bestimmt den Umfang der Untersuchung und den Arzt, der die Untersuchung durchführt.

(2) Das Ergebnis der Untersuchung ist der für die Unterbringung zuständigen Behörde mitzuteilen.

Infektionsschutzgesetz (IfSG) §36 Einhaltung der Infektionshygiene

(4) Personen, die in ein Altenheim, Altenwohnheim, Pflegeheim oder eine gleichartige Einrichtung im Sinne des § 1 Abs. 1 bis 5 des Heimgesetzes oder in eine Gemeinschaftsunterkunft für Obdachlose, Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler aufgenommen werden sollen, haben vor oder unverzüglich nach ihrer Aufnahme der Leitung der Einrichtung ein ärztliches Zeugnis darüber vorzulegen, dass bei ihnen keine Anhaltspunkte für das Vorliegen einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose vorhanden sind. Bei Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft für Flüchtlinge, Asylbewerber oder in eine Erstaufnahmeeinrichtung des Bundes für Spätaussiedler muss sich das Zeugnis bei Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben, auf eine im Geltungsbereich dieses Gesetzes erstellte Röntgenaufnahme der Lunge stützen; bei erstmaliger Aufnahme darf die Erhebung der Befunde nicht länger als sechs Monate, bei erneuter Aufnahme zwölf Monate zurückliegen. Bei Schwangeren ist von der Röntgenaufnahme abzusehen; stattdessen ist ein ärztliches Zeugnis vorzulegen, dass nach sonstigen Befunden eine ansteckungsfähige Lungentuberkulose nicht zu befürchten ist. […] Personen, die nach Satz 1 ein ärztliches Zeugnis vorzulegen haben, sind verpflichtet, die für die Ausstellung des Zeugnisses nach Satz 1 und 2 erforderlichen Untersuchungen zu dulden. Personen, die in eine Justizvollzugsanstalt aufge-

nommen werden, sind verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Lunge zu dulden.

(5) Das Grundrecht der körperlichen Unversehrtheit (Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz) wird insoweit eingeschränkt.

Die **Umsetzung** der gesetzlichen Vorgaben fällt in die Zuständigkeit der Länder. Die Erstuntersuchung (insbesondere Röntgen der Lunge) sollte nach Möglichkeit noch in der Erstaufnahmeeinrichtung erfolgen. Im Erstaufnahmelager Zirndorf (Bayern) finden beispielsweise zweimal wöchentlich die entsprechenden Untersuchungen in der Einrichtung durch das Gesundheitsamt Fürth statt. Diese beinhalten „die körperliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten, eine Röntgenuntersuchung zum Ausschluss einer Tuberkulose der Atmungsorgane (bei Schwangeren und Kindern, zwischen dem vollendeten 10. Lebensjahr bis zum vollendeten 15. Lebensjahr mittels Bluttest), eine Stuhluntersuchung auf Durchfallerreger (Typhus-Paratyphus-Enteritis-Erregergruppe einschließlich Ruhr-Shigellen, Darmparasiten und bei Verdacht auf Choleravibrionen) sowie eine serologische Blutuntersuchung auf HIV I und II und Hepatitis B bei Asylbewerbern verbunden mit einer Beratung." (Bayerischer Landtag Drucksache 17/2929:2). Die Röntgen-, Blut- und Stuhlbefunde werden dann am Gesundheitsamt Fürth kontrolliert. (Landkreis Fürth o.J., Bayerischer Landtag Drucksache 17/2929).

In zahlreichen Presseartikeln war in den letzten Monaten zu lesen, dass aufgrund der hohen Asylbewerberzahlen, es oftmals nicht möglich ist, die Erstuntersuchung in der gebotenen Kürze zu gewährleisten. In einem Artikel der ZEIT vom 17.12.2014 wurde beispielsweise die Situation in Berlin vor Ort betrachtet (Lobenstein 2014). Im Tuberkulosezentrum Lichtenberg werden Asylbewerber „am Fließband" durchgeröntgt, dennoch kann die gesetzlich definierte Zeit von 2-3 Tagen längst nicht mehr eingehalten werden und ist auf bis zu 6 Monaten angewachsen. Dies ist aufgrund der immer weiter sprunghaft ansteigenden Flüchtlingszahlen nicht verwunderlich. Nur ein kleiner Teil der Asylbewerber leidet unter **ansteckenden Krankheiten**. Die Problematik wird jedoch deutlich, wenn die Statistiken des RKI betrachtet werden: Von den über 4000 Tbc Neuerkrankten, sind knapp die Hälfte ausländischer Herkunft, viele sind Asylbewerber. 2001 entfielen 20% der HIV-Erkrankungen in Deutschland auf Migranten aus Afrika. Je nach Herkunftsland liegen die Prävalenzraten um ein vielfaches höher als in Deutschland. Aber auch andere Erkrankungen wie Masern, Windpocken, Polio etc. können wieder auftreten, da aufgrund der Kriegszustände z.B. in Syrien keine regulären Impfungen der Kinder mehr möglich sind. Ein Beispiel ist der Masernausbruch in einer Einrichtung in Sachsen-Anhalt im Herbst 2014. Dort wurde auch das mangelhafte Krisenmanagement deutlich: Auf Anfrage der Ärzte bei der Gesundheitsbehörde, ob eine Reihenimpfung durchgeführt werden könne, kam erst einen Monat später die Antwort der Landesverwaltung, dass dies aufgrund personeller Kapazitäten und sachlicher Ausstattung nicht möglich sei (ebenda). Daneben machte ein Masernausbruch in einer Erstaufnahmestelle in München Schlagzeilen, nach vier Masernfällen musste ein sofortiger Aufnahme- und Weiterleitungsstopp für zwei Wochen (Inkubationszeit) verhängt werden (Dittrich 2002). Es bestehen, zumindest in NRW, keine Notfallpläne zum Krisenmanagement, wie dem Ausbruch ansteckender Erkrankungen wie Masern oder Windpocken (Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes NRW 2014).

Weiterhin bestehen Probleme durch multiresistente Tuberkulosen, die laut RKI angewachsen ist. Aufgrund personeller Schwierigkeiten, aber auch kultureller und sprachlicher Probleme, ist eine Patientenedukation und Kontrolle der Medikamenteneinnahme, kaum möglich.

Das **Clearingverfahren** zur Identifikation besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge wurde in der Regel noch nicht eingeführt. Grund ist vor allem, dass noch kein formelles Verfahren im Bundesrecht verankert ist, obwohl die entsprechenden Punkte der EU-Aufnahmerichtlinie in Kürze umgesetzt sein müssen (vgl. Kapitel 3.2). Die Frage besteht vor allem darin, wer diese Personen herausfiltern kann und sollte, die dort tätigen Mitarbeiter (in der Regel Sozialarbeiter oder Fachfremde) oder Mitarbeiter von NGOs, die in der Flüchtlingsberatung tätig sind. Bisher kann davon ausgegangen werden, dass beispielsweise traumatisierte Flüchtlinge oftmals nicht erkannt werden. „Gesicherte Zahlen sind insbesondere für die Gruppe der traumatisierten Personen nicht vorhanden, da oftmals psychische Erkrankungen aufgrund von Gewalterfahrungen in den Heimatländern lange Zeit unerkannt bleiben. Hinzu kommt, dass eine detaillierte personenbezogene Erhebung gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen verstoßen würde. Durch das im Jahr 2009 gegründete Netzwerk für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge wurden im Rahmen einer stichpunktartigen Umfrage in vier Gemeinschaftsunterkünften im Land Brandenburg 102 Traumatisierte, psychisch Kranke und Folteropfer ermittelt. Dies entspricht einem Anteil von 19 %. Da hier nur die offensichtlichen Fälle ermittelt werden konnten, spricht viel dafür, dass der Anteil tatsächlich noch höher ausfällt. Schätzungen gehen von 25 – 30 % aus.“ (Landtag Brandenburg 2012: 20f)

4.2 Versorgung in Erstaufnahmeeinrichtungen

In Erstaufnahmeeinrichtungen werden Asylbewerber durch **soziale Betreuung und Beratung** unterstützt. Diese muss nicht durch Sozialarbeiter erfolgen, gerade bei privaten Trägern werden häufig ungeschulte Personen zum Mindestlohn eingesetzt. 9 Bundesländer haben keine geregelten Qualifikationsvorgaben, 7 verfügen über SOLL-Qualifikationsanforderungen, zumeist beziehen die sich auf Sozialarbeiter, wobei drei Bundesländer auch auf anderweitig erfahrene Mitarbeiter auf dem Gebiet der Migranten und/oder mit Fremdsprachenkenntnissen zurückgreifen (Wendel 2014).

Problematisch ist daneben, dass diese Mitarbeiter sich einerseits um die Belange der Asylbewerber kümmern sollen, andererseits eine Kontroll- und Ordnungsfunktion im Auftrag der Betreiber der Unterkünfte durchführen müssen. Das Aufgabenfeld ist länderspezifisch unterschiedlich definiert, von umfangreichen Hilfsangeboten in Bremen, bis zu strikten Einschränkungen in Bayern[7]. Auf die gesundheitliche Sorge wird jedoch kein Einfluss genommen. Die Mitarbeiter der sozialen Betreuung informieren Asylbewerber jedoch bei Bedarf über das Vorgehen, um medizinische Hilfe zu erhalten, welches sich länder- und kommunenspezifisch unterscheidet (Arzt vor Ort, Behandlungsschein über das Sozialamt, Gesundheitskarte, siehe Kapitel im Folgenden). Der Betreuungsschlüssel variiert innerhalb der Bundesländer zwischen 1:96 in Mecklenburg Vorpommern und 1:150 in Bayern. Dies bezieht sich jedoch auf den länderrechtlich definierten Schlüssel, nicht auf den tatsächlichen, der aufgrund der derzeit stark steigenden Zahl der Asylsuchenden in vielen Einrichtungen nicht mehr eingehalten werden kann und somit höher ist (Wendel 2014). Die Arbeitsgruppe „Soziale Beratung und Betreuung“ des von der Landesregie-

[7] *„Da der Personenkreis lediglich sozial zu versorgen ist, darf die Beratung und Betreuung keine Maßnahmen umfassen, die der sozialen, sprachlichen oder beruflichen Integration in die deutsche Gesellschaft dienen. Die Fähigkeit zur Reintegration in die Herkunftsländer soll erhalten bleiben.“ (*Nr. 1.1.1 AsylSozBR BY) *„Weiterer Schwerpunkt der Asylsozialberatung ist, die Betroffenen objektiv und realistisch über ihre Situation in Deutschland, d. h. insbesondere über die bereits bestehende oder in absehbarer Zeit eintretende Ausreisepflicht bzw. über die geringen Anerkennungsquoten im Asylverfahren, aufzuklären und auf entsprechende Hilfsangebote im Freistaat Bayern für eine freiwillige Rückkehr oder Weiterwanderung hinzuweisen.“ (*Nr. 1.1.2 AsylSozBR BY) (Wendel 2014:74)

rung Brandenburg eingesetzten Gremiums zur Überprüfung der geltenden Mindestbedingungen in Brandenburg empfahl bereits 2012 einen Personalschlüssel von 1:80 für erwachsene Flüchtlinge und einen Schlüssel von 1:40 für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge (Landtag Brandenburg 2012: 18).

Entscheidend für die Qualität der Versorgung und Betreuung ist ebenfalls das ehrenamtliche Engagement. Kaum eine Flüchtlingsunterkunft kommt ohne **ehrenamtliche Helfer** aus. Sie übernehmen vielfältige Aufgaben, wie das Geben von Sprachkursen, Alltagsbegleitung, Beschäftigung der Kinder bis hin zur ehrenamtlichen medizinischen Versorgung durch Ärzte. Oftmals sind auch Wohlfahrtsverbände involviert, die eigene Flüchtlingsunterkünfte betreiben, oder Einrichtungen mit bestehenden Angeboten, wie Kleiderkammern, unterstützen.

Grundsätzlich können alle Asylbewerber an der ambulanten Versorgung gemäß dem AsylbLG teilnehmen (siehe Kapitel 4.3). In einigen Erstaufnahmeeinrichtungen gibt es daneben inzwischen **medizinische Sprechstunden** durch Ärzte vor Ort. Sie sind ein- bis fünfmal wöchentlich in den Einrichtungen und bieten eine Sprechstunde an. Allerdings ist oftmals ein Arzt für viele traumatisierte, psychisch und physisch beeinträchtigte Menschen zuständig. In der privat geführten Erstaufnahmestelle Gießen ist beispielsweise ein Arzt, der Montags-Freitags täglich vor Ort ist, für rund 3500 Asylbewerber zuständig.[8] Zum Vergleich: 2014 kamen, je nach Bundesland, auf einen Arzt 143 bis 265 Patienten (Statistisches Bundesamt 2014a).

Zum Aufgabenbereich der Ärzte in Sanitätseinrichtungen von Erstaufnahmeeinrichtungen und Zentralen Unterkünften gehört laut dem privaten Betreiber European Homecare:

- „die ambulante Versorgung aller Verletzungen und Krankheiten während des Aufenthaltes
- die ambulante Versorgung aller bereits existenten Krankheiten
- Untersuchungen auf übertragbare Krankheiten und Einleitung von weiterführenden Maßnahmen
- Durchführung von Schutzimpfungen“[9]

Die Ärzte vor Ort werden in der Regel durch medizinisches Fachpersonal (MFA, **Pflegende**, Pflegehelferinnen) und Sozialarbeiter unterstützt. In Erstaufnahmeeinrichtungen und zentralen Unterkünften beinhalten ihre Aufgaben vor allem:

- Anlegen einer Patientenkartei
- Umsetzung des Infektionsschutzgesetzes und des Rahmenhygieneplans
- Befundbearbeitung
- Terminplanung (Röntgen)
- Koordinierung der Arztsprechstunde
- Durchführung der Erstuntersuchung
- Unterstützung des vor Ort tätigen Arztes

In Erstaufnahmeeinrichtungen werden Gesundheits- und KrankenpflegerInnen vorwiegend zu den ärztlichen Sprechstunden eingesetzt, in Gemeinschaftsunterkünften arbeiten sie im 3-Schicht-System an 7 Tagen/Woche.

Dieses Modell der medizinischen Erstversorgung wird so beispielsweise in der Erstaufnahmestelle Ellwangen (Jagst, Baden Württemberg) und in der Sammelunterkunft Meßstetten (Baden

[8] Interne Information von einem dort tätigen Mitarbeiter

[9] Aus Stellenanzeigen von European Homecare für Gesundheits- und Krankenpflegerinnen und Ärzten, Quelle: www.kimeta.de/kiSearch_Guest.aspx?q=Jobs+European+Homecare+&Umkreis=0 (letzter Zugriff 15.06.2015)

Württemberg) praktiziert. Ebenso findet sich dieser Ansatz im „Bremer Modell“ (siehe Kapitel 4.3.2) und in den bayerischen Bemühungen wieder. In Bayern „… unterstützt die Staatsregierung Asylbewerber in den beiden bayerischen Erstaufnahmeeinrichtungen durch eine niederschwellige medizinische Versorgung vor Ort: In beiden Einrichtungen bieten Allgemeinmediziner ihre Hilfe an; in München sind außerdem Fachärzte für Psychiatrie tätig. Dieses ärztliche Hilfsangebot in den Erstaufnahmeeinrichtungen wird ausgebaut: an beiden Standorten sollen vor Ort zukünftig Fachärzte für Psychiatrie, Frauen- und Kinderheilkunde die Menschen versorgen.“ (Bayerischer Landtag Drucksache 17/2929:2). Das Beispiel Bayern wird im Folgenden exemplarisch ausgeführt, da es alle Aspekte der Gesundheitsversorgung umfassend darlegt.

4.2.1 Beispiel Bayern

In einer Pressemitteilung des Bayerischen Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit vom 26.02.2015 heißt es zur Erstuntersuchung: „Gewährleistet wird dies durch ein dreigliedriges Vorgehen bestehend aus medizinischem Kurzscreening, Untersuchung auf übertragbare Erkrankungen und der medizinisch kurativen Versorgung. […] Primäres Ziel hierbei ist es, Asylsuchende nach Ankunft in einer Erstaufnahmeeinrichtung möglichst schnell individualmedizinisch auf das Vorliegen akut behandlungsbedürftiger Erkrankungen oder Verletzungen durch Inaugenscheinnahme zu untersuchen und diese erforderlichenfalls umgehend einer medizinischen Behandlung zuzuführen. Mit der Sicherstellung sind die jeweiligen Kreisverwaltungsbehörden beauftragt.

Anschließend folgt die bundesrechtlich vorgeschriebene Gesundheitsuntersuchung (§ 62 Asylverfahrensgesetz - AsylVfG), die aufgrund einer bayerischen Vorgabe innerhalb von drei Tagen nach Registrierung in einer Erstaufnahmeeinrichtung durch die Gesundheitsbehörden erfolgen muss. Zum Untersuchungsumfang gehört unter anderem ein Test auf Ruhr und Salmonellose, eine Röntgenaufnahme zum Ausschluss einer Lungentuberkulose, Blutuntersuchungen auf HIV und Hepatitis B, ebenso die Untersuchung und ggf. Veranlassung der Behandlung von Krätzepatienten sowie fallweise Stuhluntersuchungen auf Wurmbefall und parasitäre Durchfallerkrankungen. Unter Zuhilfenahme niedergelassener Ärzte und Kliniken kann der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) die Untersuchungen sicherstellen. Nur Asylsuchende mit abschließendem Untersuchungsergebnis sollen aus den Erstaufnahmeeinrichtungen in dezentrale Unterkünfte in den Landkreisen verlegt werden. Die Untersuchungen des ÖGD dienen sowohl dem individuellen Wohl des Asylbewerbers, der im Krankheitsfall schnell und adäquat behandelt wird, als auch dem Schutz der einheimischen Bevölkerung. "Der Prozentsatz von Asylbewerbern mit relevanten Infektionserregern ist jedoch sehr gering" erklärt Zapf.

Dritte Säule stellt die individuelle, kurative ärztliche Betreuung und Therapie der Asylbewerber dar. Derzeit ist ein System im Aufbau, bei dem in naher Zukunft in allen Erstaufnahmeeinrichtungen eine niederschwellige ärztliche Versorgung vor Ort unterhalten werden soll. In der Erstaufnahmeeinrichtung München ist dies bereits durch ein Ärztezentrum verwirklicht. Hierfür gibt es für November 2014 eine erste Statistik: Dort sind im Zeitraum 3.11.2014 bis 30.11.2014 rund 700 Patienten behandelt worden. Daneben haben alle Asylbewerber das Recht der freien Arztwahl und können sich bei jedem niedergelassenen Arzt in Behandlung begeben. Sie erhalten hierfür vom zuständigen örtlichen Sozialhilfeträger pro Quartal einen Behandlungsschein.“ (Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit 2015).

Interessant ist daneben das Angebot des Referats für Gesundheit und Umwelt in der **Erstaufnahmeeinrichtung (EAE) München**, eine der wenigen Angebote, in das explizit auch Pflegende

implementiert werden. „Der Hausbesuchsdienst der Kinderkrankenschwestern des Referats für Gesundheit und Umwelt ist ein aufsuchendes medizinisches Beratungsangebot für die Eltern von Kindern bis sechs Jahren, das seit vielen Jahren in Unterkünften für Flüchtlinge tätig ist. Die Erfahrungen mit dem Hausbesuchsdienst haben gezeigt, dass aufsuchende Maßnahmen besonders und nachhaltig effektiv für die Bewohnerinnen und Bewohner von Unterkünften sind. Aus diesem Grund wird das Referat für Gesundheit und Umwelt den aufsuchenden Dienst um bereits bewilligte Personalstellen von Familienhebammen und Fachkräften der Kranken- und Gesundheitspflege für Kinder ab sechs Jahren sowie für Erwachsene erweitern. Die Stellen sind noch nicht besetzt, sollen aber ab dem Jahr 2015 in einem eigenen Sachgebiet „Gesundheitsvorsorge für Menschen in Unterkünften" zusammengefasst werden und dadurch einen Fokus auf die besondere Situation und die sich daraus ergebenden Bedarfe von Menschen mit Fluchthintergrund richten. Das Referat für Gesundheit und Umwelt hat in der Vergangenheit immer wieder darauf hingewiesen, dass es zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen zusätzlich aufsuchender sozial-medizinischer Maßnahmen bedarf (Beschluss der Vollversammlung vom 27.11.2013, Vorlagen-Nr.: 08-14 / V 13375). Insbesondere für den Fall der Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) wurde auf die Notwendigkeit einer ärztlichen Versorgung vor Ort hingewiesen." (Referat für Gesundheit und Umwelt München 2015:2, siehe auch Kapitel 4.3.5).

Jedoch werden Pflegende nur bei der zugehenden Versorgung, nicht beim Aufbau einer in der EAE ansässigen Versorgung berücksichtigt. So heißt es in einem Schreiben des Stadtrats Lorenz: „Die Initiative von Münchner Ärztinnen und Ärzten zur Bildung eines Vereins mit dem Ziel der Einrichtung eines Ärztezentrums in der EAE auf dem Gelände der ehemaligen Bayernkaserne wurde deshalb vom Referat für Gesundheit und Umwelt begrüßt und unterstützt. Diese Initiative unterstützt die bereits in der EAE vereinsmäßig nicht-organisierte ärztliche Versorgung: Bis November 2014 waren ein Facharzt für Allgemein- und innere Medizin, ein Kinderarzt, ein Facharzt für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie sowie ein Facharzt für Erwachsenenpsychiatrie in der EAE stundenweise tätig. Diese Ärzte hatten jedoch immer wieder signalisiert, dass angesichts der schlimmen Zustände in der EAE, eine sinnvolle ärztliche Versorgung kaum noch möglich ist.

Der Vorschlag von Münchner Ärztinnen und Ärzten, eine organisierte ärztliche Versorgung in der EAE anzubieten, wurde daher begrüßt. Hierbei handelt es sich um den Verein zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und ihrer Kinder (REFUDOCS) von über 20 Ärztinnen und Ärzten verschiedener fachärztlicher Qualifikationen (Allgemeinmedizin, Gynäkologie, Pädiatrie, Psychiatrie / Erwachsene sowie Kinder- und Jugendliche), die in der EAE abwechselnd für ein paar Stunden täglich ärztliche Sprechstunden anbieten.

Die Realisierung dieses Angebots konnte im November mit einiger Verzögerung erfolgen. Ursächlich für die Verzögerungen waren Probleme der Regierung von Oberbayern – aufgrund des Raummangels in der Bayernkaserne –, angemessene Untersuchungs- und Behandlungsräume zur Verfügung zu stellen. Das Referat für Gesundheit und Umwelt hat deshalb dem Ärzteverein, wie in der Vergangenheit der in der EAE freiberuflich tätigen Hebamme und dem Kinderarzt, seine Räume im Haus 20 zur Verfügung gestellt. Die Ärztinnen und Ärzte haben ihre Tätigkeit in diesen Räumen bereits aufgenommen. Gleichzeitig wurde darauf hingewirkt, dass Container aufgestellt werden. Auf einer Besichtigung am 19.11.2014 waren zwei der geplanten zehn Container um das Haus 20 in der Bayernkaserne aufgestellt, die weiteren acht sollen noch vor Weihnachten aufgebaut werden." (ebenda 2015:2f).

Die **„Bayerische Projektgruppe Asyl"** wird von zahlreichen kirchlichen, wohlfahrtsverbandlichen und NGOs getragen und hat das Modellprojekt Erstaufnahmeeinrichtung gestartet. Es soll

insbesondere den neuen Anforderungen der EU-Rahmenrichtlinie 2003/9 gerecht werden. Als integrale Bestandteile sind u.a. geplant:

- „Zur Koordination und Vereinfachung der medizinischen Versorgung soll eine zentrale medizinische Anlaufstelle geschaffen werden. Ein multidisziplinär besetztes Team soll die nach §62 des Asylverfahrensgesetzes vorgeschriebenen Untersuchungen übernehmen und auch eine erweiterte Screening-Untersuchung, sowie die weitere Behandlung und Betreuung der Patienten gewährleisten. Langfristig sollen so Folgeschäden und weitere Kosten vermieden werden.
- Im Sinne der Sekundärprävention soll für alle Flüchtlinge auch eine frühzeitige psychologische Screening-Untersuchung mit Schwerpunkt auf das Erkennen von Traumatisierungen verfügbar sein. Dies dient der Verhinderung von lückenhafter Darstellung bei der Befragung durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) ebenso, wie der Vermeidung von Chronifizierungen psychischer Belastungen und Erkrankungen und weiteren Komplikationen. Bei Auffälligkeiten im Rahmen der Screening-Untersuchung sollten dann selbstverständlich weiterführende Diagnostik und psychologische Behandlungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen.
  […]
- Besonders bei Familien, Alleinerziehenden, Schwangeren, Senioren, Menschen mit Behinderungen oder chronisch Kranken sind deren besondere Bedürfnisse zu beachten. Unbegleitete Minderjährige dürfen nicht in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht werden.
- Das gesamte Projekt soll wissenschaftlich begleitet werden. Dies beinhaltet eine umfassende statistische Dokumentation und laufende Evaluation im Hinblick auf Effizienz und Qualitätssicherung, um so Verbesserungen auf ihre Wirksamkeit hin zu untersuchen und die gebotene Humanität zu gewährleisten. Damit die wissenschaftliche Begleitung niederschwellig möglich ist, soll die EAE in einer Universitätsstadt angesiedelt sein." (Bayerische Projektgruppe Asyl oJ)

In dem Konzept spielen Pflegende sowohl im Rahmen der medizinischen Versorgung, als auch bei der Betreuung von Gruppen mit besonderen Bedürfnissen eine Rolle. So sind im multidisziplinären Team Pflegende vorgesehen, der Bedarf an pflegerischen Ressourcen für die Erstuntersuchung entspricht den ärztlichen (je 30 Minuten/Patient). Diese ergeben sich aus 10 Min. Assistenz bei der ärztlichen Untersuchung, 5 Min. für die Messung der Vitalwerte und 15 Minuten für das Aufklärungsgespräch über die durchgeführten Untersuchungen und die Blutentnahme. Für die medizinische Sprechstunde sind pro 200 Bewohner 10 Arztstunden/Woche und eine halbe Stelle für eine Gesundheits- und KrankenpflegerIn sowie eine medizinische Hilfskraft vorgesehen. Für Menschen mit Behinderungen und Hilfsbedürftige wird u.a. die Diagnostik und angemessene Förderung bei Menschen mit Behinderungen sowie Betreuung und Hilfestellung im Alltag gefordert (Bayerische Projektgruppe Asyl 2011).

Am 1. Juli soll die Erstaufnahmeeinrichtung für Asylbewerber in der Ledward-Kaserne in **Schweinfurt** (Franken) eröffnen werden, falls bis dahin die umfangreichen Umbauten abgeschlossen sind. Sie soll über 540 Plätze verfügen, 40 davon barrierefrei. Auf dem Gelände werden ca. 100 Mitarbeiter des Bundesamts für Migration, der Zentralen Ausländerbehörde, des Sozialamtes, des Gesundheitsamtes, der Polizei, des Sicherheitsdienstes, Ärzte und Asylberater tätig sein. Bemerkenswert ist die entscheidende Rolle der Pflege. „Das Gesundheitsamt ist zuständig für die Erstuntersuchung der ankommenden Asylbewerber. Festgestellt werden sollen dabei Infektionskrankheiten und Verletzungen. Weingart schilderte einen Fall aus München, wo

bei einem Flüchtling eine erlittene Schussverletzung noch nicht behandelt war. In einem Ärztezentrum geht es um die kurative Behandlung. Pfleger sollen als „Erstansprechstelle“ Rat geben. Geplant ist die Tätigkeit von einem oder zwei Allgemeinärzten, zwölf Stunden pro Woche. Dieser Dienst wird ausgeschrieben. Angedacht ist auch eine kinderärztliche Versorgung vor Ort. Stadträtin Ayfer Fuchs (Grüne) erfuhr, dass man anfangs nur an zwei bis drei Stunden pro Woche denkt. Die Stadt muss 3,5 permanent vor Ort tätige Vollzeitkräfte einsetzen, schilderte Büttner. Das Sozialamt ist zuständig für die Ausgabe von Krankenscheinen (an Fachärzte in der Stadt bei erkanntem Bedarf), für die monatliche Ausgabe des Taschengelds an die Flüchtlinge und für die Erstversorgung mit Bekleidung und Schuhen.“ (Helferich 2015, siehe auch Kapitel 4.3.5)

4.2.2 Beispiel NRW

Es gibt derzeit zwei zentrale Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) in Dortmund und Bielefeld, diese sind Teil der zentralen Ausländerbehörde (ZAB) und stehen unter kommunaler Trägerschaft. Die Verknüpfung von ZAB und EAE in NRW ist bundesweit einmalig. Die zentralen Unterbringungseinrichtungen stehen in Trägerschaft der Bezirksregierung (siehe Abbildung 2).

Abb.2: Erstaufnahme und zentrale Unterbringung des Landes NRW (ohne Ausweichunterkünfte, Stand 10/2014)

Die derzeitige Lage in NRW stellt sich so dar: „In den NRW-Landeseinrichtungen stehen aktuell [Oktober 2014] insgesamt 5.085 reguläre Unterbringungsplätze zur Verfügung. Die Gesamtkapazität konnte damit gegenüber September 2012 (1.725 Plätze) nahezu verdreifacht werden. Aufgrund von Erkrankungen (Masern, Windpocken, Mumps) in mehreren Aufnahme- und Unterbringungseinrichtungen des Landes ist die Belegungssituation derzeit angespannt. Am 11.09.2014 waren 2.200 der zu diesem Zeitpunkt 4.835 zur Verfügung stehenden regulären Un-

terbringungsplätze von Quarantänemaßnahmen betroffen. Aus diesem Grund erwirkte das Land NRW beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) für die Zeit vom 08.-12.09.2014 einen teilweisen Aufnahmestopp, der inzwischen beendet ist. Am 02.10.2014 um 0.00 Uhr waren die Einrichtungen des Landes mit insgesamt 5.816 Personen belegt. […]

Die Unterbringung erfolgt in Erstaufnahme- sowie zentralen Unterbringungseinrichtungen bzw. Entlastungsunterkünften des Landes in Dortmund, Bielefeld, Hemer, Schöppingen, Neuss, Wickede, Kerken, Nieheim, Bad Berleburg, Burbach, Düsseldorf-Flughafen, Unna-Massen, Essen, Bad Salzuflen und Oerlinghausen. Zusätzlich werden Ausweichunterkünfte mit insgesamt rund 1.400 Plätzen an folgenden Orten genutzt: Schloss Holte Stuckenbrock, Bochum, Herford, Herne, Kamen und Rüthen. […].

Bis November 2014 ist der weitere Ausbau von Aufnahmekapazitäten - unter Vorbehalt der Realisierbarkeit der Planungen - auf bis zu rund 6.785 Plätze vorgesehen. Ziel ist es, den Einsatz von "Extremmaßnahmen" wie etwa Zelten auch künftig zu vermeiden. Auch für 2015 ist ein weiterer Ausbau der Unterbringungskapazitäten vorgesehen. Geplant ist beispielsweise eine Einrichtung auf dem Gelände des ehemaligen JHQ in Mönchengladbach mit mindestens 500 Plätzen."[10] Im Nachtragshaushalt 2015 des Landes NRW zeigt sich die weitere zukünftige Dimension: „Unter anderem müssen in diesem Zusammenhang 10.000 Unterbringungsplätze in Zentralen Unterbringungseinrichtungen, 4.500 Unterbringungsplätze in Erstaufnahmeeinrichtungen und 2.000 Unterbringungsplätze in Notunterkunftseinrichtungen geschaffen werden."[11]

Die Gemeinschaftsunterkünfte in NRW werden u.a. vom DRK, Caritas, Johannitern, Malteser und dem Kolping-Bildungswerk sowie dem privaten Unternehmen European Homecare betrieben[12]. Der Ablauf der Flüchtlingsaufnahme in NRW im Regelfall wird in Abb.3 (S.25) dargestellt.

Inzwischen ist eine dritte Erstaufnahmestelle in **Essen** mit insgesamt 800 Plätzen in der Bauphase. Bis Jahresende sollen die Arbeiten abgeschlossen sein. Neu am Essener Modellprojekt ist, dass die Erstaufnahme und die zentrale Unterbringung des Landes dort zusammengefasst werden. Daneben wird dort die Zentrale Ausländerbehörde und eine Außenstelle des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge vertreten sein, um die Asylbewerber direkt ausländerrechtlich erfassen und Asylanträge bearbeiten zu können. Neben Räumlichkeiten zur Freizeitgestaltung, Religionsausübung etc., wird dort eine Sanitätsstation errichtet werden, zur Versorgung sowie zur Isolation von Asylbewerbern, die an übertragbaren Krankheiten leiden. Die Einrichtung soll als qualitativ hochwertige Mustereinrichtung implementiert werden. Zunächst wird die Einrichtung von European Homecare betreut, Anfang 2016 soll dann eine Ausschreibung erfolgen (Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes NRW 2014, Stadt Essen 2014, WAZ vom 05.02.2015[13]).

---

[10] Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes NRW vom 02.10.2014, Quelle: www.mik.nrw.de/themen-aufgaben/auslaenderfragen/asylbewerber.html (letzter Zugriff 15.06.2015)

[11] Gesetz über die Feststellung eines zweiten Nachtrags zum Haushaltsplan des Landes Nordrhein-Westfalen für das Haushaltsjahr 2015 (Zweites Nachtragshaushaltsgesetz 2015) Quelle: www.landtag.nrw.de/portal/WWW/GB_II/II.2/Gesetzgebung/Aktuell/01_Aktuelle_Gesetzgebungsverfahren/Nachtragshaushalt/index.jsp

[12] WDR, Studio Siegen, Quelle: www1.wdr.de/studio/siegen/themadestages/fluechtlingsheimbetreiber100.html (letzter Zugriff 15.06.2015)

[13] WAZ vom 05.02.2015, Quelle: www.derwesten.de/staedte/essen/european-homecare-betreut-neues-gross-asyl-in-essen-id10310606.html (letzter Zugriff 15.06.2015)

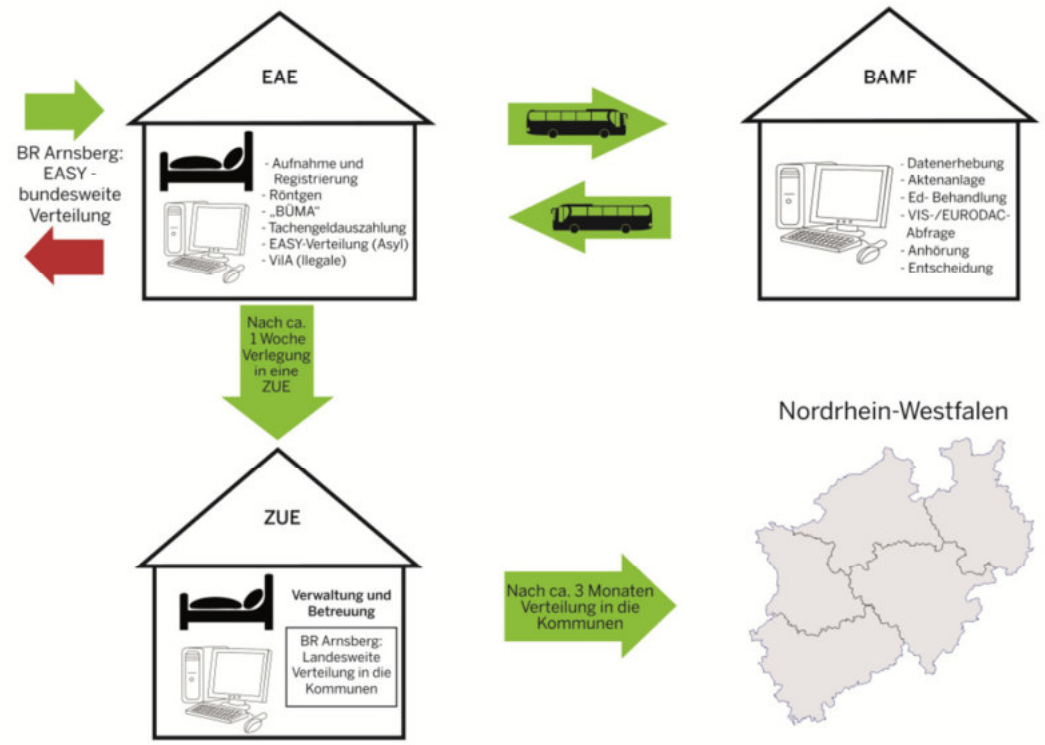

Abb. 3: Flüchtlingsaufnahme in NRW im Regelfall

In **Dortmund** befindet sich die Erstaufnahmeeinrichtung für Asylbewerber in Hacheney, bis 2010 befand sie sich am Westfalendamm. Sie hält 300 reguläre sowie 50 Notplätze bereit. Unbegleitete minderjährigen Flüchtlingen werden im Clearinghaus der AWO untergebracht. Dort können bis zu 38 Jugendliche im Alter von 14 -17 Jahren untergebracht werden. Daneben gibt es zahlreiche weitere (Not)unterkünfte in unterschiedlichen Stadtteilen, wie die kommunale Unterbringung in Grevendicksfeld. Aufgrund der mangelnden Kapazitäten wurden u.a. ehemalige Schulen (z.B. Adlerstr. 44 und am Ostpark mit je 120 Plätzen) und eine vormalige Polizeiwache umfunktioniert sowie ein Containerdorf (Flüchtlingsdorf Morgenstraße Wickede für 120 Personen) errichtet. Dortmund gehört zu den am stärksten frequentierten Erstaufnahmestellen. Was das bei steigenden Flüchtlingszahlen bedeutet beschreibt die Ratsfraktion Bündnis90/Die Grünen: „Der vorgesehene Ablauf der medizinischen Untersuchungen, der Asylantragsstellung und der Verfahrensberatung in Ruhe und vor Ort ist nicht mehr möglich. Der Rat hält fest, dass dieser Zustand weder für die Flüchtlinge, noch für die MitarbeiterInnen zumutbar ist. Nach öffentlicher Aussage des für die soziale Betreuung und Versorgung der Flüchtlinge zuständigen Unternehmens European Homecare sind die vorgeschrieben Standards und Personalschlüssel im Moment nicht einzuhalten. […] Anfang September sind 450 Flüchtlinge aus der EAE in Hacheney unangemeldet in Bussen nach Gießen weitergeschickt worden. Das hat in der dortigen EAE zu chaotischen Verhältnissen geführt." (Ratsfraktion Bündnis 90/Die Grünen Dortmund 2014, Homepages der genannten Einrichtungen)

Privater Betreiber der Erstaufnahmestelle Hacheney und vieler anderer Erstaufnahmestellen und Gemeinschaftsunterkünfte bundesweit ist die Firma European Homecare. Auf ihrer Homepage beschreibt sie auch die Unterstützung in Gesundheitsfragen, so heißt es unter dem Punkt Betreuung: „Wir bieten sozialen Randgruppen Hilfe und Unterstützung... […]":

- „durch Informationen zum Gesundheitswesen, z.B. Aufklärung über Hepatitis-Erkrankungen, Drogenmissbrauch und Aidsprävention,
- bei Erkrankungen durch medizinische Betreuung, auch mit eigenem Fachpersonal,
- durch die Begleitung zu medizinischen Untersuchungen, Krankenhäusern oder Behörden bei unüberwindbaren Sprachbarrieren,“[14]

Informationen zum Gesundheitswesen werden durch das angestellte Betreuungspersonal vermittelt (Sozialarbeiter, Fachfremde mit Fremdsprachenkenntnissen, Erfahrungen in der Flüchtlingsarbeit etc. siehe Kapitel 4.2). Teilweise werden medizinische Sprechstunden durch einen Arzt vor Ort eingerichtet (siehe 4.2), dies ist, soweit bekannt, in der EAE Dortmund nicht der Fall.

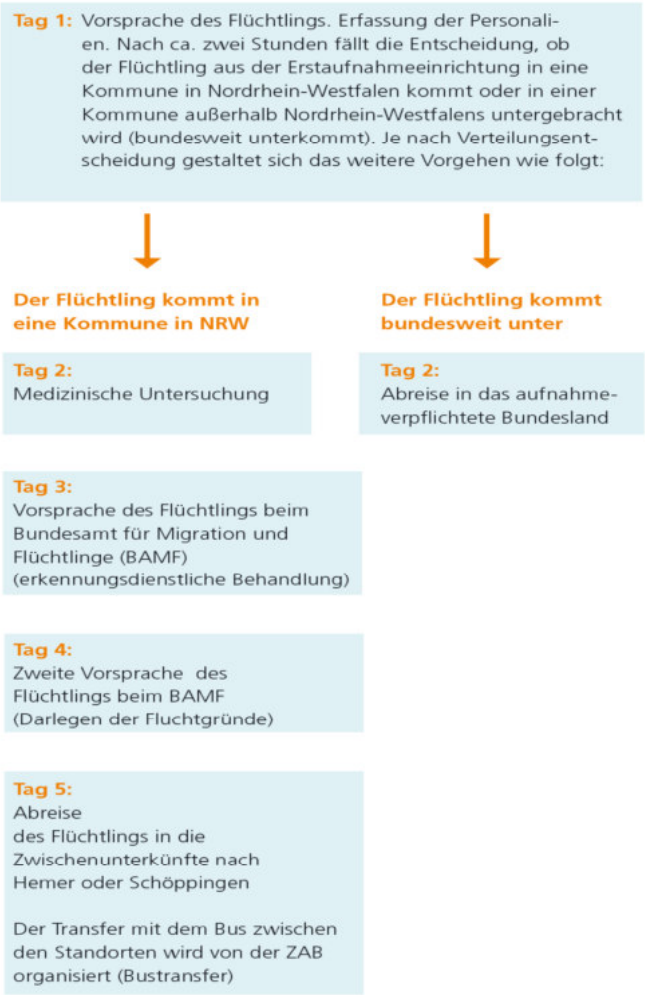

Abb. 4: Ablauf in der Erstaufnahmeeinrichtung Dortmund

Fakt ist allerdings, dass Asylbewerber sich in der Regel nur wenige Tage in der Erstaufnahmestelle befinden. Selbst wenn ein Arzt vor Ort ist, ist es kaum möglich einen Arzttermin außerhalb der Reihenuntersuchungen für individuelle Belange zu erhalten. Einige Ärzte, wie der Kinderarzt Dr. Khalil Bajbouj aus Dortmund sind daher in der EAE Hacheney ehrenamtlich tätig. Dr. Bajbouj ist zweimal wöchentlich vor Ort und behandelt pro Sprechstunde rund 30 Kinder. Der Einrichtungsleiter wünscht sich, dass dieses ehrenamtliche Angebot ausgebaut wird, damit täglich jemand vor Ort ist, um die zahlreichen Flüchtlinge medizinisch versorgen zu können.[15]

In Dortmund findet die medizinische Untersuchung am 2. Ankunftstag statt, wenn über die weitere Verteilung der Flüchtlinge (Kommune NRW oder bundesweit) entschieden wurde. Asylbewerber, die in ein anderes Bundesland umverteilt werden, werden dann erst in der dort zuständigen Erstaufnahmeeinrichtung medizinisch untersucht (siehe Abbildung 4).

Die EAE **Bielefeld** war nach der Balkankrise aufgrund sinkender Flüchtlingszahlen geschlossen worden und wurde erst 2011 wiedereröffnet, als die Flüchtlingsströme erneut zunahmen. Sie ist nach dem Ausbau, der in Kürze fertiggestellt werden soll, die größte Erstaufnahmeeinrichtung in

[14] Quelle: Homepage European Homecare www.eu-homecare.com/index.php/was-leisten-wir.html (letzter Zugriff 15.06.2015)
[15] Kinderarzt hilft ehrenamtlich in Erstaufnahmestelle vom 21.12.2014. Quelle: www.wie-kann-ich-helfen.info/kinderarzt-hilft-ehrenamtlich-erstaufnahmestelle/654 (letzter Zugriff 15.06.2015)

NRW und verfügt dann über 450 Plätze (derzeit rund 250). Der Ablauf für ankommende Asylbewerber ist in Bielefeld ähnlich der EAE in Dortmund.

Die Röntgenuntersuchungen im Rahmen der Erstuntersuchungen konnten durch die radiologischen Praxen, Krankenhäuser und Gesundheitsämter nicht mehr gedeckt werden. Dieser Kapazitätenmangel wurde Ende 2012 durch die Anschaffung eines Röntgengerätes in der Erstaufnahmeeinrichtung behoben, welches täglich durch Mitarbeiter einer Röntgenpraxis bedient wird. Damit soll zudem sichergestellt werden, dass Asylbewerber vor der Weiterleitung in andere EAEs auf Tbc untersucht werden (Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes NRW 2014). Bezüglich der weiteren medizinischen Versorgung berichtet Inge Höger vom Kreisverband der Linken Herford nach ihrem Besuch in der EAE im Januar 2015: „Medizinische Betreuung der oft kranken und schwer traumatisierten Menschen gibt es jetzt im Hause nicht, Krankenhäuser und Ärzte sind in der näheren Umgebung nicht vorhanden. Sind Flüchtlinge krank müssen teilweise lange Wege und viele Hürden genommen werden, um die nötige Behandlung sicherzustellen.“[16] Im Neubau wird daher eine Krankenstation eingerichtet werden.

4.3 Ambulante Versorgung

Im Folgenden wird die ambulante Versorgung der Asylbewerber außerhalb der vorgeschriebenen Erstuntersuchungen, und außerhalb der bestehenden Möglichkeiten in einigen Einrichtungen der ärztlichen Sprechstunde vor Ort, dargestellt. Die Leistungen richten sich dabei in allen Fällen nach dem AsylbLG, dennoch ist die Umsetzung in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich. Manchmal wenden sich erkrankte Asylbewerber auch an die medizinischen Büros für Flüchtlingshilfe, Medinetze, die Malteser Migranten Medizin und andere Anlaufstellen der medizinischen Flüchtlingshilfe, die ehrenamtlich und kostenlos arbeiten. Über die ambulante pflegerische Versorgung ist nahezu nichts bekannt. In Anhang 3 wird das Fallbeispiel einer ambulant psychiatrischen Versorgung einer Asylbewerberin dargestellt.

4.3.1 Behandlungsschein – das Regelmodell

Der gängige Weg, um eine ambulante medizinische Versorgung zu erhalten, ist in den meisten Bundesländern der Behandlungsschein. Dieser wird von den Sozial- oder Ausländerbehörden ausgestellt. Somit ist der erste Weg bei einer Erkrankung das Sozialamt. Dort müssen Papiere ausgefüllt und einem Sachbearbeiter genau erläutert werden, worin das gesundheitliche Problem besteht. Der, in der Regel nicht medizinisch sachkundige Sachbearbeiter, entscheidet dann, ob ein Arztbesuch, vor dem Hintergrund des AsylbLG, notwendig ist oder nicht. In der Regel bedeutet ein Behördenbesuch lange Wartezeiten, eine zusätzliche Belastung bei einem angegriffenen Gesundheitszustand. Der Asylbewerber erhält in der Behörde dann einen Behandlungsschein, mit dem er zum Arzt gehen kann. Auf dem Behandlungsschein ist kenntlich, dass nur eingeschränkte Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) gewährt werden. Die Leistung muss der Arzt dann bei der Behörde abrechnen, ein zusätzlicher bürokratischer Aufwand.

Jede Kommune hat ein eigenes Sozialamt, die Sachbearbeiter sind in der Regel wie gesagt nicht umfassend medizinisch geschult. Die Bundesregierung wiederspricht dem zwar, die von ihr genannten Schulungen für Verwaltungsmitarbeiter können dennoch als nicht ausreichend betrach-

[16] www.dielinke-herford.de/nc/inge_hoeger_mdb/aktuell/detail/zurueck/aktuell-64/artikel/inge-hoeger-in-der-erstaufnahme-fuer-fluechtlinge-in-bielefeld/

tet werden. Trotzdem müssen Sie gleichermaßen Kinder, Erwachsene, Menschen mit Behinderungen oder Pflegebedürftigkeit, psychisch und physisch Erkrankte einschätzen. D.h., dass ein und dieselbe Erkrankung in einer Stadt als behandlungsbedürftig anerkannt werden kann und in einer anderen nicht. Oder, dass eine notwendige Behandlung in einer Kommune positiv beschieden wird und in der Nachbarkommune negativ. Ob ein Arztbesuch oder eine Behandlung gewährt wird, ist somit nicht nur von der Erkrankung, sondern vor allem auch vom Sachbearbeiter, seiner Kompetenz und auch seiner Einstellung zu Flüchtlingen, abhängig[17] (NDR 2015). Daher lauten die Vorwürfe der Bündnis90/Die Grünen in ihrer kleinen Anfrage und die vieler anderen (NG)Organisationen u.a., dass dadurch lebensnotwendige Operationen unterbleiben und Krankheiten verschleppt werden, Traumapatienten nicht die notwendige Behandlung erhalten und Rollstühle, Hörgeräte, Mittel zur Inkontinenzpflege usw. nicht genehmigt werden. Die Konsequenzen daraus sind eine häufigere notärztliche Versorgung, die Verschlimmerung von Krankheitsbildern, die Manifestierung von Krankheiten, unnötige Schmerzen und in Einzelfällen das Versterben der Person (Bundesregierung 2014, DER SPIEGEL 22/2014).

Allerdings stellt der Flüchtlingsrat Niedersachsen (2014:100) fest: „Die Verweigerung von Krankenscheinen durch das Sozialamt ist rechtswidrig, weil der/die Sozialamtsmitarbeiter/in nicht beurteilen kann, ob eine akute Erkrankung vorliegt und was zur Sicherung der Gesundheit „unerlässlich“ ist. Die Diagnose durch einen Arzt muss in jedem Fall möglich sein.“

In Erstaufnahmeeinrichtungen kann auch die Heimleitung oder der diensthabende Sozialarbeiter oder Hilfsarbeiter über die Notwendigkeit einer medizinischen Behandlung entscheiden (Bundesärztekammer 2013) „Die Gefahr, dass gesundheitliche Risiken falsch eingeschätzt werden, ist hoch, gerade auch bei kranken Kindern. Eigentlich notwendige Behandlungen, die einer Chronifizierung von Krankheitszuständen vorbeugen könnten, werden ggf. unterlassen, was nicht selten irreparable Folgeschäden sowie spätere kostenintensive Behandlungen nach sich zieht.“ (ebenda)

Die Entscheidung, ob bestimmte Leistungen, z.B. ein Hilfsmittel, ein Zahnersatz oder eine Operation finanziert wird, obliegt nicht dem behandelnden Arzt, sondern der Behörde. Grundsätzlich können Amtsärzte des Gesundheitsamtes die Entscheidungsfindung unterstützen, insbesondere bei der Genehmigung von Behandlungen, im besten Fall findet eine Rückfrage beim behandelnden Arzt statt. Falls das Sozialamt die Kosten verweigert, kann Widerspruch eingelegt werden. Oftmals ist Eile in gesundheitlichen Anliegen geboten, dann kann ein Eilantrag beim Sozialgericht gestellt werden (ebenda, Flüchtlingsrat Niedersachsen 2014).

Hält der behandelnde Arzt die Überweisung zu einem Facharzt erforderlich, ist dazu ebenfalls die Genehmigung der Behörden erforderlich. Der Arzt kann keine Überweisung ausstellen, mit der der Asylbewerber zu einem Facharzt gehen kann, die zuständige Behörde muss erst den Arztbesuch genehmigen und einen neuen Behandlungsschein für die entsprechende Fachrichtung ausstellen.

Wird ein Arzt ohne Behandlungsschein aufgesucht, muss der Asylbewerber in jedem Fall die Kosten selbst tragen, wenn es sich nicht um einen Notfall gehandelt hat (siehe Kapitel 4.3.6).

Bei psychischen Erkrankungen, Traumata etc. müssen Behördenmitarbeiter ebenfalls über die Gewährung der Leistung entscheiden, ggf. wird ein Amtsarzt hinzugezogen. Ebenso muss ein Dolmetscher für die Therapiesitzungen extra beantragt werden. Mit einem Behandlungsschein können sich Betroffene an einen niedergelassenen Psychotherapeuten wenden. Problematisch

[17] Die ehrenamtliche Flüchtlingsbetreuerin Roswitha Dubiel beschrieb erst kürzlich ihre Erfahrungen bezüglich der medizinischen Versorgung für Asylbewerber machte in einem offenen Brief. Dieser ist in Anhang 4 beigefügt.

ist allerdings, dass es aufgrund der großen Nachfrage dauern kann, bis eine Therapie in Anspruch genommen werden kann. Laut einer Umfrage der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK 2015) von 2014, warten Betroffene durchschnittlich 3 Monate bis zum Erstkontakt auf einen Termin und weitere 3 Monate bis eine Therapie beginnt. Traumatisierte Flüchtlinge werden zudem erst nach einiger Zeit Kenntnis von diesem Angebot erhalten und die Kraft haben, über die Beantragung eines Behandlungsscheins einen Arzt aufzusuchen. Viele sind erst einmal froh, endlich in Sicherheit zu sein. Aufgrund der steigenden Zahlen traumatisierter Flüchtlinge wird sich der Zeitrahmen noch erhöhen. Insbesondere bei Traumata, aber auch Depressionen und andere psychische Erkrankungen stellt dies ein großes Problem dar; vor allem bei einer Unterbringung in einer Sammelunterkunft, in der die Betroffenen in der Regel großem Stress ausgesetzt sind.

Die psychotherapeutische Behandlung von Asylbewerbern ist noch aus anderen Gründen problematisch und besteht laut Aussage der BPtK eher auf dem Papier. „Die Krankenkassen bezahlen nämlich nur Behandlungen, wenn sie von zugelassenen Psychotherapeuten, sogenannten Vertragspsychotherapeuten, erbracht werden. Die psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, die den Bärenanteil der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge leisten, seien jedoch keine Vertragspartner der Krankenkassen. Die meisten Kassen wendeten zudem die Möglichkeit, Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung zu finanzieren, nicht zugunsten der Zentren an. Flüchtlinge, die länger als 15 Monate in Deutschland sind, erhielten damit keine Psychotherapie in den Flüchtlingszentren. „Da die gesetzlichen Krankenkassen keine Dolmetscher in psychotherapeutischen Behandlungen finanzieren, diese aber bei Flüchtlingen fast immer notwendig sind, können aktuell niedergelassene Psychotherapeuten nur in wenigen Fällen eine Psychotherapie erbringen“, stellt BPtK-Präsident Munz klar. Flüchtlinge sind besonders schutzbedürftig. Viele von ihnen haben in ihren Heimatländern oder auf der Flucht Traumatisches erlebt. Sie brauchen schnell und unbürokratisch psychotherapeutische Hilfe. Diese wird in Deutschland aktuell hauptsächlich durch die psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer geleistet. „Wenn die Zentren schließen müssen, weil die Finanzierung nicht gewährleistet ist und die Krankenkassen die Psychotherapien nicht bezahlen, stellt das eine erhebliche Verschlechterung der ohnehin schon beschämend schlechten Versorgung von psychisch erkrankten Flüchtlingen dar“, erklärt der BPtK-Präsident.“ (ebenda) Spätestens ab Juli muss eine gesetzliche Anpassung erfolgen, um die EU-Aufnahmerichtlinie zu erfüllen. (vgl. auch Bundesregierung 2015).

Laut einer Recherche von Georg Classen sind die Kosten bei Menschen, die zunächst einen Behandlungsschein benötigen und eine medizinische Versorgung nach §§4/6 AsylbLG erhalten, höher als bei Asylbewerbern mit einer Krankenversichertenkarte, die Leistungen nach dem §2 AsylbLG erhalten (z.B. Berlin 2008 nach §§4/6 abgerechnet 189€/Monat/Person, gegenüber nach §2 abgerechnet 109€/Monat/Person). Er führt dies auf einen möglicherweise schlechteren Gesundheitszustand bei Einreise, aber auch auf die restriktive Vergabepraxis der Sozialämter zurück, durch die Erkrankungen und ihre Behandlungen verschleppt werden und überproportional Notdienste in Anspruch genommen werden müssen (Classen 2012).

4.3.2 Gesundheitskarte und das Bremer Modell

Grundlage der Entwicklung des Bremer-Modells war die Studie von Zarah Mohammadzadeh 1993 zur gesundheitlichen Lage und Versorgung von Flüchtlingen in Bremen, die u.a. Hinweise beschrieb, dass Flüchtlinge häufig an den Folgen von Krieg und Folter erkranken und die Wohn- und Lebensverhältnis im Aufnahmeland ebenfalls kranheitsverursachend sein können. Im Oktober 1993 wurde das „Bremer Gesundheitsprogramm für Asylsuchende“, inzwischen besser be-

kannt als das Bremer-Modell, in der Zentralen Aufnahmestelle (ZAST) erstmals umgesetzt und aufgrund des Erfolges u.a. auf Gemeinschaftsunterkünfte und andere Flüchtlingsgruppen[18] ausgeweitet. Oftmals wird es mit der Vergabe einer Gesundheitskarte in Verbindung gebracht, dies ist jedoch nur ein Baustein des Bremer-Modells, der erst 12 Jahre nach Beginn hinzukam. Das Modell umfasst vielmehr die Implementierung einer **niedrigschwelligen medizinischen Versorgung** für Flüchtlinge in den Unterkünften, die wenn notwendig an das reguläre Gesundheitssystem weitervermittelt. In der Praxis bedeutet das, dass ein Arzt und eine Ärztin (jeweils 50%-Stelle, bis 1995 auf Honorarbasis), beide selbst mit Migrationshintergrund[19], in den Unterkünften Sprechstunden abhalten. Die eigene Einwanderungserfahrung ist vor allem aufgrund vielfacher sprachlicher und kultureller Verschiedenheiten wichtig, und ermöglicht Verständnis für die Situation Asylsuchender. Dolmetscher können die Asylbewerber ggf. zusätzlich bei der Verständigung unterstützen. In der ZAST fanden durchgehend Sprechstunden statt, in anderen Gemeinschaftsunterkünften je nach Bedarf, d.h. aktueller Asylbewerberzahl. Gleiches gilt für kinderärztliche Sprechstunden, die teilweise ganz eingestellt wurden.

„Das Gesundheitsprogramm versteht sich als erste Anlaufstelle im Gesundheitssystem, als Lotse oder sogenannter „gate keeper" in das deutsche Gesundheitssystem. Es bietet eine Versorgungsambulanz bei minder schweren Erkrankungen und hilft bei schwerwiegenden Erkrankungen, die richtige Facharztpraxis, Klinik oder weitere Ansprechpartner zu finden. Trotz einiger Ähnlichkeiten mit niedergelassenen allgemeinmedizinischen Praxen sind Zielsetzungen und Ausstattung des Gesundheitsprogramms nicht mit diesen zu vergleichen. Die Besonderheiten des Gesundheitsprogramms sind das kostenlose Angebot direkt in den Gemeinschaftsunterkünften, eine erste freiwillige und präventive Untersuchung auch ohne Beschwerden sowie eine Beratung bei medizinischen Fragen auch während einer laufenden Behandlung durch andere medizinische Fachrichtungen oder Versorgungseinrichtungen. Eine weitere Besonderheit ist der interkulturelle Zugang, der unter anderem durch den Migrationshintergrund der behandelnden Ärzte gestützt wird. Zudem gibt es eine enge Kooperation zwischen den Ärzten und den Trägern der Unterkünfte bzw. mit den Heimleitungen, die eine engmaschige medizinische Versorgung der Asylsuchenden gewährleistet." (Gesundheitsamt Bremen 2011:66) „Zusätzlich unterstützen die Ärzte des Gesundheitsprogramms Patient/innen bei Fragen zu laufenden Behandlungen bei Fachärzt/innen und motivieren sie zu einer besseren Mitwirkung (Compliance) bei Behandlungen. Insgesamt leistet das Programm einen Beitrag, um Unter-, Über- oder sogar Fehlversorgungen bei der medizinischen Behandlung von Flüchtlingen zu vermeiden." (ebenda: 28)

Neben der Implementierung einer niedrigschwelligen Versorgung, erhielten die „**Mitarbeiter/innen der Träger Fortbildung und Beratung** zu gesundheitlichen Themen wie Tuberkulose, HIV, Ernährungsfragen, Bekämpfung von Läusen oder zu Kinderkrankheiten. Auch bei Schwierigkeiten mit kranken oder behinderten Asylsuchenden erhielten die Träger Unterstützung. Diese Zusammenarbeit bildete die Basis der (gesundheitlichen) Versorgung der Bewohner/innen." (ebenda: 20).

Seit dem Jahre 2005 wird in Bremen an alle Asylbewerber eine Versicherten- oder **Gesundheitskarte** ausgehändigt. Grundlage ist eine Rahmenvereinbarung zwischen der Stadt Bremen und Bremerhaven und der AOK Bremen/Bremerhaven. „Ziel dieser Übertragung soll es u.a. sein,

[18] Dazu gehört auch die Humanitäre Sprechstunde zur medizinischen Versorgung papierloser Menschen, auf die hier nicht weiter eingegangen wird.

[19] Der Arzt Denis Pineda stammt aus Kuba und hat zeitweise selbst papierlos in Berlin gelebt, die Ärztin Fr. Dr. Bieschke aus Rumänien. Im Rahmen der FRIM-Studie habe ich die beiden, sowie Holger Dieckmann (Clearingstelle Innere Mission) und Eckhard Lotze (damaliger Leiter des Referats Migration und Gesundheit, selbst Pflegewissenschaftler) interviewt.

den Verwaltungsaufwand der Träger bei der Sicherstellung der Krankenbehandlung dieser Leistungsberechtigten zu reduzieren. Ferner soll auch bei diesen Berechtigten das Fallmanagement der AOK genutzt werden, um eine kostengünstige bedarfsdeckende Krankenversorgung durch eine aktive Steuerung der Leistungsausgaben zu erreichen." (Stadt Bremen/Bremerhaven, AOK Bremen/Bremerhaven 2005:1)

Das Amt für Soziale Dienste (AfSD) meldet mittels einheitlichen Formulars alle Asylbewerber nach §3 AsylbLG an die AOK. Bei einer verspäteten Meldung können rückwirkend Leistungen bis zu einem Monat geltend gemacht werden. Jeder Leistungsberechtigte erhält eine eigene Versichertenkarte, die in der Regel 1 Jahr gültig ist. Der Asylbewerberstatus ist auf der Karte nicht sichtbar und nur durch einen Code erkennbar. Daneben erhält er einen Befreiungsausweis, da der Personenkreis §3 generell zuzahlungsbefreit ist.

In der Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung Bremen erhalten Asylbewerber zur Sicherstellung der medizinischen Versorgung keine Krankenversicherungskarte, sondern eine Ersatzkarte. Diese ist auf drei Monate beschränkt (maximale Aufenthaltsdauer ZAST) und wird durch die ZAST ausgegeben. Erst nach einer Umverteilung z.B. in eine Gemeinschaftsunterkunft, in den Zuständigkeitsbereich einer Sozialbehörde wird die Krankenversichertenkarte ausgestellt. Die Person wird von ZAST abgemeldet und durch die zuständige Sozialbehörde neu angemeldet. (Fachliche Weisung Bremen 2008, Stadt Bremen/Bremerhaven, AOK Bremen/Bremerhaven 2005)

Die Leistungsberechtigung ergibt sich aus §4 AsylbLG, welches eine Minimalversorgung garantiert. Die AOK Bremen/Bremerhaven und das AfSD in Bremen haben sich darauf verständigt, dass die entsprechenden Leistungen nach dem SGB V erbracht werden, sofern keine abweichenden Vereinbarungen getroffen wurden. Diese beziehen sich z.B.

- auf Teilnahmen am DMP, die gesonderter Genehmigungen der AOK bedürfen
- es besteht kein Anspruch auf Entbindungsgeld, Mutterschaftsgeld.
- Psychotherapien können nur als Kurzzeittherapien bewilligt werden und betroffene Asylbewerber müssen durch das Klinikum Bremen-Ost, bzw. beim Gesundheitsamt Bremerhaven begutachtet werden
- Hilfsmittel müssen ab 2000,- erst durch das AfSD bewilligt werden.
- Zahnersatz und kieferorthopädische Behandlungen müssen vom Gesundheitsamt Bremen bzw. Bremerhaven begutachtet werden. Die Heil- und Kostenpläne dazu werden durch die AOK überprüft.
- Rehamaßnahmen können grundsätzlich nicht bewilligt werden, nur in seltenen Ausnahmefällen nach Rücksprache mit dem AfSD (Ausgenommen Anschlussheilbehandlungen).

Bei anderen Rücksprachen der AOK mit dem AfSD muss der Sachbearbeiter über die Bewilligung entscheiden, insbesondere auch auf dem Hintergrund der Dauer des weiteren Aufenthalts und bei Anspruchseinschränkungen nach §1a AsylbLG. Für Personen unter 18 Jahren werden analog zum SGB V Sehhilfen bewilligt (Fachliche Weisung, Anlage 1der Vereinbarung Bremen/AOK).

Insgesamt erhalten Asylbewerber die gleichen Leistungen wie Regelversicherte, Einschränkungen entstehen jedoch durch §§4/6 AsylbLG, einige davon sind extra vermerkt und ausgehandelt. „Die Leistungsberechtigung ergibt sich aus §4 AsylbLG. Nach dieser Vorschrift sind die zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände erforderlichen Leistungen zu gewähren." (Vereinbarung AOK Bremen:4, Punkt 5.2.1)

Die Abrechnung erfolgt vierteljährlich durch die AOK, Ein- und Ausgaben des Quartals werden dann gegeneinander verrechnet. Am jeweils 15. eines Monats wird die Anzahl der derzeit versicherten Asylbewerber an die Sozialbehörden weitergegeben Zum 1. des Folgemonats überweisen die Kommunen (Bremen/Bremerhaven) 100,-€/Person als Abschlagszahlungen für Verwaltungs- und Leistungskosten an die AOK Bremen/Bremerhaven.

Es werden der AOK Bremen/Bremerhaven eine Verwaltungskostenpauschale von 8 €/pro Monat und Person (Bezieher nach SGB VIII 8,50€/Monat und Person) gezahlt sowie die real entstandenen Behandlungskosten. Die Verwaltungskosten können auf 10 € aufgestockt werden bei Asylbewerbern die in Aufnahmeeinrichtungen leben und öfter ein umfangreiches Fallmanagement erfordern. Auch die Kosten der Ausstellung der KV-Karte sind damit abgegolten. Daneben werden bis zu 3,75€ pro Bedarfsgemeinschaft für die MDK-Umlage gezahlt (§281 SGBV, Vereinbarung Bremen/AOK, Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration 2015).

Bewertung des Bremer Modells nach 18 Jahren

Insgesamt funktioniert das Bremer Modell sehr erfolgreich. Die Hälfte der behandelten Personen konnten ausschließlich durch die beiden Ärzte vor Ort therapiert werden. Die andere Hälfte wurde an niedergelassene Ärzte und stationäre Versorgungsangebote verwiesen. Insbesondere die Kooperation zwischen Ärzten und Heimleitungen funktionierten gut. „Das Spektrum der Befunde bei körperlichen Erkrankungen ist innerhalb des Gesundheitsprogramms breit und die Inanspruchnahme ist gut, auch trotz der seit 2005 bestehenden Möglichkeit, sich mit einer Chipkarte der AOK direkt an das medizinische Versorgungssystem zu wenden. Dies lässt darauf schließen, dass das Gesundheitsprogramm Asylsuchenden in Bremen eine gute Versorgung bietet…“ (Gesundheitsamt Bremen 2011: 66). Aber: „Besondere Versorgungsprobleme, die über eine ärztliche Behandlung hinausgehen, sahen die Heimleitungen der AWO vor allem bei behinderten und pflegebedürftigen Personen, die nicht unverzüglich in eine eigene Wohnung vermittelt werden konnten. Hier handelte es sich zwar um Einzelfälle, die jedoch sehr zeitintensiv waren.“ (ebenda:66f). Daneben besteht ein Defizit in der Versorgung psychisch Kranker, die noch nicht ausreichend erfasst und behandelt werden, nicht zuletzt, das das Bremer Modell auf die körperliche Versorgung abzielt. Laut dem Paritätischen (2015:17) handelt es sich beim Bremer Modell zumindest um eine Abmilderung der gröbsten Diskriminierungen.

Bedacht werden muss, dass Deutschland derzeit so viele Flüchtlinge aufgenommen hat wie nie und die Zahlen steigen weiter an. Auch Bremen kämpft mit der Unterbringung, mangels weiterer Gebäude müssen nun doch Zelte für die Flüchtlinge aufgestellt werden – etwas, das man immer vermeiden wollte. Wie das Bremer Modell der niedrigschwelligen Versorgung bei stärkster Frequentierung umsetzbar ist, wird sich zeigen.

Bewertung der Gesundheitskarte nach 10 Jahren

Die Bremer Sozialsenatorin Anja Stahmann (Bündnis 90/die Grünen) sieht den Vorteil, dass durch die Bearbeitung durch AOK Mitarbeiter kompetent über die Angemessenheit einer Behandlung und der angegebenen Kosten geurteilt werden kann (Eubel 2015). Die Behördenmitarbeiter müssen nicht mehr „Krankenkasse“ spielen, d.h. Verträge mit Ärzten, Apotheken und Krankenhäusern aushandeln, Abrechnungen prüfen sowie jede einzelne Leistung, jeden Krankenhausaufenthalt und jedes Hilfsmittel prüfen. Das wird jetzt durch die AOK erledigt und war

früher sehr zeitaufwändig für Behördenmitarbeiter. Zudem ist die Verhandlungsposition der Kassen gegenüber Leistungserbringern wesentlich besser als die der Kommunen, z.B. können Pauschalen mit Ärzten bzgl. mehrfacher Besuche in einem Quartal ausgehandelt werden, dies war vorher nicht möglich (Lobenstein C).

Insgesamt spart das Land Bremen administrative Kosten (Abrechnungsstelle entfällt, Administration der Krankenhilfe nach dem AsylbLG und Amtsarztkosten entfallen zum Großteil). Daneben wurde die Bürokratie nicht nur auf Seite der Behörden, sondern auch bei den behandelnden Ärzten abgebaut. Auch sie profitieren, da die Abrechnung jetzt wesentlich einfacher ist, da kein gesonderter Schriftverkehr mehr nötig ist und die Leistungen einfach über die KV-Karte abgerechnet werden können. Ebenso profitieren die Asylbewerber von einem schnelleren Zugang zur Gesundheitshilfe, der Wahlfreiheit und auch der Normalität.

Der Blick auf das Bremer-Modell zeigt jedoch, dass neben der Einführung der Gesundheitskarte weitere Angebote wie eine kontinuierliche Versorgung vor Ort als Erstanlaufstelle und ggf. Weitervermittlung zum Gesundheitssystem, wichtig sind, um die Gesundheitsversorgung der Asylbewerber zu verbessern.

4.3.3 Einführung der Gesundheitskarte in anderen Bundesländer

Momentan erfolgt auf Landes-/**Bundesebene** die Diskussion, inwieweit das derzeit nur in Stadtstaaten laufende Modell der Gesundheitskarte in weiteren Bundesländern, adaptiert werden kann, bzw. welche rechtlichen Grundlagen dies auf Länderebene erleichtern. Die Bundesregierung hat die Länder um eine Stellungnahme bzgl. ihrer Wünsche und rechtlich notwendiger Änderungen diesbezüglich gebeten. Das schreibt sie in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage der Fraktion Die Linke. Darin weist sie zugleich den Vorwurf zurück, die jetzigen Regelungen zur Gesundheitsversorgung im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) seien unzureichend. Eine Ausweitung der jüngsten Gesetzesänderungen auf den Bereich der Gesundheitsleistungen sei nicht notwendig, da die geltenden Reglungen bereits eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Leistungsberechtigten erlaubten (Bundesdrucksache 18/4758 und 18/4566 vom 18.05.2015, Bundesregierung 2015a).

Ein großes Problem bei der Einführung der Gesundheitskarte stellt dar, dass rechtlich gesehen jede einzelne Kommune und jeder Landkreis einen eigenen Vertrag mit einer Krankenkasse abschließen müsste. Daran haben jedoch die Kassen in der Regel kein Interesse. Daher wird vor allem diskutiert, wie eine gesetzliche Basis geschaffen werden kann, auf der Verträge zwischen Ländern und Kassen ermöglicht werden. Eine bundesweite Einführung ist nicht vorgesehen. Mit einem Gesetzgebungsverfahren wird frühestens im Sommer gerechnet. Beim Flüchtlingsgipfel, an dem Bund und Länder am 18.06.2015 teilnahmen, war noch keine Entscheidung gefallen.[20]

Die Mehrzahl der Bundesländer ist laut einer Umfrage des Tagesspiegels an der Einführung der Gesundheitskarte interessiert, nur in einigen wenigen wie **Sachsen** wird die Einführung auf Landesebene nicht befürwortet. Dort warnt man, dass dies Asylbewerber anziehen könnte. Ebenso sieht es die CDU in **Baden-Württemberg**. „Eine Gesundheitskarte wäre eine Einladung, als Asylbewerber zu uns zu kommen", hatte deren Landeschef Thomas Strobl im März mitgeteilt. Stattdessen müsse man Flüchtlingen ohne Aussicht auf Asyl signalisieren, dass der Weg nach Deutschland sinnlos sei. Insbesondere dürften nicht noch mehr Wirtschaftsflüchtlinge angelockt werden. Die Erfahrungen aus Bremen und Hamburg sprechen allerdings gegen die vorgebrach-

[20] Tagesschau vom 18.06.2015, Quelle: www.tagesschau.de/inland/fluechtlingsgipfel-119.html

ten Einwände. Strobl ist auch der für Innenpolitik zuständige stellvertretende Vorsitzende der Unions-Bundestagsfraktion."[21] Ebenso lehnt **Bayern** die Einführung der Gesundheitskarte strikt ab.

Seit 1. Juli 2012 erhalten auch in **Hamburg** alle Asylbewerber eine Krankenversicherungskarte. Die Rahmenvereinbarungen besteht mit der AOK Bremen/Bremerhaven, nicht mit der AOK Hamburg. Die gesamte Betreuung wird wie in Bremen von der AOK übernommen, die Behandlungskosten werden der Krankenkasse von der Stadt erstattet. Die AOK erhält dafür pro Monat und Person 10,- € Verwaltungskostenpauschale sowie einmalig 8,- € für die Ausstellung der Gesundheitskarte. Daneben werden für die Leistungen des MDK 5,-€ pro Jahr und Hausgemeinschaft geleistet. Die Freie und Hansestadt Hamburg leistet eine monatliche Abschlagszahlung von 150€/Person. Die Pro-Kopf Ausgaben lagen 2012/2013 bei rund 180€/Monat/Person. Dies entspricht den Pro-Kopf-Ausgaben vor der Einführung der Gesundheitskarte, es kam also zu keiner Pro-Kopf- Kostensteigerung.

Frank Burmeister, Referatsleiter in der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration der Stadt Hamburg beschreibt die Vorteile, dass die Kommune nicht mehr komplizierte Verträge mit Ärzten und anderen Leistungserbringern schließen muss. Die Rechnungen müssen nicht mehr durch Mitarbeiter der Sozialbehörde geprüft werden, dies übernimmt die Krankenkasse. Notwendige Begutachtungen erfolgen in der Regel über den MDK, nur bei Langzeitpsychotherapien, Rehabilitationsmaßnahmen und Vorsorgekuren werden die Sozial- und Gesundheitsämter einbezogen, um die Einhaltung der §§4 und 6 sicherzustellen. Die Behörde spart jährlich 1,6 Mio. Euro, allein in der Abrechnungsstelle konnten 15 Stellen eingespart, ein Bürogebäude muss weniger angemietet und es muss keine Spezialsoftware für die Abrechnung mehr finanziert werden. Wie bereits angesprochen sind die Pro-Kopf-Ausgaben für Asylbewerber in etwa gleich geblieben. Gegenüber den durchschnittlichen Ausgaben für regulär krankenversicherte Personen liegen die der Asylbewerber sogar rund 20% darunter (Eubel 2015, Lobenstein 2015, Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration 2015).[22]

Auf der 1. Flüchtlingskonferenz des Landes **Schleswig Holstein** am 06.05.2015 in Kiel wurde der „Flüchtlingspakt" zwischen Politik, Verbände und Institutionen vorgestellt, der die Situation der Flüchtlinge verbessern soll. Die Kommunen erhalten zusätzliche finanzielle Unterstützung durch das Land u.a. um die Flüchtlingsarbeit zu koordinieren. Daneben ist die Einführung der Gesundheitskarte geplant.

Auch **Niedersachsen** versuchte bereits 2012 die Versichertenkarte einzuführen und führte Gespräche mit der dort ansässigen AOK. „Die AOK Niedersachsen hat dabei deutlich gemacht, dass eine Betreuung des Personenkreises nach § 3 AsylbLG aufgrund des eingeschränkten Leistungsumfangs einen unvergleichbar hohen Aufwand bedeuten würde, der sich wiederum in einer un-

[21] Quelle: www.swr.de/landesschau-aktuell/rp/aerztliche-versorgung-bei-asylbewerbern-eine-gesundheitskarte-fuer-fluechtlinge/-/id=1682/did=15441522/nid=1682/swmuvn/ (letzter Zugriff 14.06.2015)

[22] Hamburg gehört wie Bremen insgesamt zu den Vorreitern der Flüchtlingshilfe und hat, ähnlich wie die Clearingstelle der Humanitären Sprechstunde in Bremen, eine Clearingstelle für die Gesundheitsversorgung von Menschen ohne tatsächliche Absicherung im Krankheitsfall implementiert (Projektphase 2012-2014), wie z.B. auch versteckt lebende MigrantInnen, und stellt für die humanitäre Akutversorgung einen Notfallfond bereit. Es ist eine hohe Nutzung durch EU-Bürger zu beobachten (Bulgarien, Rumänien und Polen), die zweitgrößte Gruppe besteht jedoch aus Ghanaern (Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration 2015).

verhältnismäßig hohen Verwaltungskostenpauschale niederschlagen würde. Aus diesem Grund wurde von einer weiteren Verfolgung dieses Themas abgesehen."[23]

In **Brandenburg** wurde bereits zu Jahresanfang mit der AOK Nordost über einen Rahmenvertrag diskutiert, auf eine Regelung auf Bundesebene wolle man nicht warten.[24] Auch **Mecklenburg Vorpommern** war bereits 2014 mit der AOK Nordost im Gespräch.[25]

Im **Saarland** versuchte man eine Rahmenvereinbarung für Asylbewerber in der Landesaufnahmestelle zu vereinbaren, es erklärte sich jedoch keine dort ansässige Kasse zu einer Kooperation bereit (Eubel 2015).

NRW fordert eine gesetzliche Regelung auf Bundesebene, die die Kassen verpflichten soll mit den Gemeinden Verträge über die Gesundheitsversorgung für Asylbewerber abzuschließen. Momentan wird versucht mit den Krankenkassen und Kommunen eine freiwillige Zusammenarbeit zu initiieren. Bisher fanden Sondierungsgespräche mit zwei Regionalkassen statt, Beratungen über Rahmenvereinbarungen mit allen Kassen sollen folgen – der Erfolg ist fraglich (Eubel 2015).

In **Rheinland-Pfalz** besteht die Idee, dass Asylbewerber die Krankenkasse selber wählen dürfen und von dieser dann die Gesundheitskarte erhalten.

Einzelne **Städte** wie die SPD-regierte Stadt Dormagen versuchen nun auf kommunaler Ebene zu agieren. Dort wurde am 16.06.2015 ein Antrag der SPD, Grünen und Piratenpartei/Linke zur Einführung der Krankenversichertenkarte nach dem Bremer Modell gestellt (Neue Grevenbroicher Zeitung vom 12.06.2015). Gerade auch größere Städte und Kommunen, deren Landesregierung die Krankenversichertenkarte ablehnen, wollen diese einführen, wie Dresden oder Leipzig.[26] [27] In Münster wurde im Oktober 2014 die Übernahme des Bremer Modells einstimmig beschlossen, d.h. es wird nicht nur die Gesundheitskarte eingeführt, sondern es findet eine Orientierung am gesamten Modell der Gesundheitsversorgung der Asylbewerber in Bremen statt.[28]

4.3.4 Behandlungsscheine über §264Absatz1 SGB V – der Berliner Weg

In Berlin erhalten Asylbewerber über den Behandlungsschein eine Gesundheitsversorgung. Eine Besonderheit ist, dass seit dem Schreiben des Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales, Rainer-Maria Fritsch vom 2.11.2010, Asylbewerber die Behandlungsscheine automatisch zu Quartalsbeginn erhalten, „um eine zeitnahe Versorgung bei spontan auftretenden Erkrankungen" sicherstellen zu können. Dieses Vorgehen ist inhaltlich/strukturell der Gesundheitskarte sehr ähnlich. Auch hier werden Personalkosten gespart, auch wenn für die regelmäßige Verteilung der Behandlungsscheine gesorgt werden muss. Der wichtigsten beiden Punkte der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern, schnelle Hilfe bei Erkrankungen und die Feststellung der

---

[23] Quelle: www.nds-fluerat.org/8193/aktuelles/krankenversichertenkarte-fuer-asylbewerber-auch-in-hh-in-niedersachsen-verweigert-dies-lt-innenministerium-die-aok/#more-8193 (letzter Zugriff 14.06.2015)
[24] Quelle: www.welt.de/regionales/hamburg/article136077740/Wenn-Fluechtlinge-einfach-mit-Karte-zum-Arzt-koennen.html (letzter Zugriff 14.06.2015)
[25] Quelle: www.fluechtlingsrat-mv.de/wp-content/uploads/2014/08/Druck_HumanPlace_web.pdf (letzter Zugriff 14.06.2015)
[26] Quelle: www.radioleipzig.de/nachrichten/stadt-prueft-kranken-chipkarte-fuer-asylbewerber-1137009/ (letzter Zugriff 14.06.2015)
[27] Quelle: www.dnn-online.de/dresden/web/dresden-nachrichten/detail/-/specific/Dresdner-Stadtratsmehrheit-Rot-Gruen-Rot-will-Krankenkarte-fuer-Asylbewerber-526208270 (letzter Zugriff 14.06.2015)
[28] Quelle: www.frnrw.de/index.php/inhaltliche-themen/krankheit-traumatisierung/item/4093-gesundheitsversorgung-muenster-beschliesst-bremer-modell (letzter Zugriff 14.06.2015)

Behandlungsbedürftigkeit durch einen Arzt und nicht einem medizinisch ungeschulten Sachbearbeiter des Sozialamtes, sind gleichermaßen gegeben (Schreiben des Staatssekretärs der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales des Landes Berlin Rainer-Maria Fritsch vom 2.11.2010). Pro Quartal wird nur ein Behandlungsschein ausgegeben, auf dessen Grundlage der Arzt die Kosten geltend machen und ggf. notwendige Überweisungen zu einem Facharzt ausstellen kann. Dennoch bleibt auch hier die Problematik des begrenzten Leistungsumfangs wie Beispiele des Flüchtlingsrats Berlin zeigen (Anhang 5). Auch in Berlin ist wieder die AOK, jedoch Nordost, der Kooperationspartner.

Ursprünglich wurde dieses Behandlungsscheinverfahren für Sozialhilfeempfänger entwickelt, bereits zu Zeiten des BSHG (Bundessozialhilfegesetz) mit Orientierung am Krankenscheinverfahren der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei wurde das Verfahren unverändert auf Asylbewerber übertragen (Schreiben des Senators für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin Mario Czaja an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin vom 27.11.2014, Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ vom 22.07.2014).

4.3.5 Pflegerisches Angebot Gemeinschaftsunterkunft in München

Die Stadt München ist, trotz der rigiden Haltung Bayerns in der Flüchtlingspolitik, schon immer ein Vorreiter in der Versorgung von Flüchtlingen gewesen – unabhängig des Aufenthaltsstatus. Ebenso wird dort der Einsatz professionell Pflegender fokussiert. So heißt es im Finanzierungsbeschluss zu Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen des Referats für Gesundheit und Umwelt (RGU) vom 21.11.2013:

„Mit den Maßnahmen der Regierung von Oberbayern wird, wie im hier behandelten Antrag gefordert, ein wichtiges Angebot vor Ort eingerichtet, das zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei den neu aufgenommenen Flüchtlingen, insbesondere Schwangeren, Wöchnerinnen, Kindern und psychisch Belasteten, führen kann. Allerdings ist dieses Angebot auf die Erstaufnahmeeinrichtungen beschränkt. Die in München in Gemeinschaftseinrichtungen untergebrachten Flüchtlinge profitieren von diesem Angebot nicht.

Die geplante aufsuchende Maßnahme des Referats für Gesundheit und Umwelt avisiert jedoch die Gesundheitsverbesserung aller Flüchtlinge, die in München untergebracht sind. Denn Verbesserungen in der Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsversorgung sind auch bei den in Münchner Gemeinschaftsunterkünften untergebrachten Flüchtlingen und ihren Familien erforderlich.

Insgesamt müssten Flüchtlingsfamilien besser an das deutsche Gesundheitssystem herangeführt werden. Die Erfahrungen des Hausbesuchsdienstes der Kinderkrankenschwestern sowie unsere Erfahrungen mit diversen aufsuchenden Gesundheitsprojekten, die wir in der Vergangenheit in Unterkünften in den Schwerpunktregionen Münchner Norden und Schwanthalerhöhe gemacht haben, befürworten die Einrichtung eines aufsuchenden Dienstes für ältere Kinder, ihre Familien und erwachsene Flüchtlinge in Unterkünften.

Im Folgenden wird das Konzept eines solchen Dienstes vorgestellt:

Aufsuchender medizinischer Beratungsdienst durch Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege in Flüchtlingsunterkünften

Derzeit gibt es in München laut Aussage der Regierung von Oberbayern zehn Gemeinschaftsunterkünfte mit 1.100 Personen sowie eine Erstaufnahmeeinrichtung (Standorte Baierbrunner

Straße und Bayernkaserne) mit 1.100 Personen (Stand 30.06.2013). Über die Geschlechter- und Altersverteilung kann die Regierung von Oberbayern keine Angaben machen. Insgesamt sind also 2.200 Personen in elf Gemeinschaftseinrichtungen untergebracht.

Die geplanten Maßnahmen der Regierung von Oberbayern (s. oben) sowie der Landeshauptstadt München lassen eine wesentliche Verbesserung bei der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen, insbesondere in der Erstaufnahmeeinrichtung, erwarten. Darüber hinaus sieht das RGU dringenden Verbesserungsbedarf in der Gesundheitsvorsorge aller in München lebender Flüchtlinge und zwar nicht nur in der Gesundheitsversorgung, sondern auch in Gesundheitsförderung und Prävention. Für die Kleinkinder besteht mit dem Angebot des Hausbesuchsdienstes der Kinderkrankenschwestern ein wichtiges aufsuchendes Angebot, das künftig noch um Familienhebammen ergänzt werden soll. Für die älteren Kinder und Jugendlichen sowie ihre Familien sind weitere Maßnahmen der Gesundheitsvorsorge erforderlich. Dies ist auf der Basis der derzeitigen Ressourcen des Referats für Gesundheit und Umwelt nicht leistbar. Im Folgenden wird ausgeführt, welche Ressourcen eine solche Maßnahme erfordert und was dafür geleistet werden kann.

Stellen- und Sachmittelbedarf

Das RGU hat sich bei der Kalkulation des Stellenbedarfs am Hausbesuchsdienst der Kinderkrankenschwestern orientiert. Dies ist das am ehesten vergleichbare Modell, sowohl was die Art der Tätigkeit als auch die Anzahl der Personen, die mit dem Angebot versorgt werden sollen, betrifft. Legt man den Betreuungsschlüssel des Angebots von GVO GF 1 (Frühkindliche Gesundheitsförderung) mit dem Hausbesuchsdienst der Kinderkrankenschwestern zugrunde (500 Hausbesuche pro VZÄ Kinderkrankenschwester) müssten für die Gemeinschaftsunterkünfte (1.100 Personen) mindestens zwei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / Gesundheits- und Krankenpfleger für ein aufsuchendes Angebot zur Verfügung gestellt werden (Betreuungsschlüssel 1 VZÄ : 550 Besuche).

Allerdings wird bei den Kinderkrankenschwestern von einem höheren Betreuungsaufwand der Familien ausgegangen; zudem sind bei der Kalkulation Wegezeiten eingeplant. Unter Berücksichtigung all dieser Faktoren werden für die Betreuung der Gemeinschaftsunterkünfte zunächst drei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen/Gesundheits- und Krankenpfleger, verteilt auf 1,5 VZÄ, als ausreichend erachtet.

Für die Koordinierung der Aufgaben der 1,5 VZÄ-Stellen und als DV-Andock- und Arbeitsraum ist die Einrichtung eines Arbeitsplatzes gemäß städtischer Standards im Verwaltungsgebäude des RGU in der Bayerstraße 28a vorgesehen.

Für eine Gesundheitsberatungsarbeit vor Ort ist es zusätzlich erforderlich, dass den Fachkräften ein eigens dafür zur Verfügung gestelltes Krankenzimmer bereitgestellt wird (für Untersuchungen, Beratungen, Verbandswechsel, etc.). Hierzu wird mit dem Sachaufwandsträger der Einrichtungen, der Regierung von Oberbayern Kontakt aufgenommen. Der Bedarf an Verbrauchsmaterialien für o. g. Tätigkeiten beträgt voraussichtlich pro 1,0 VZÄ 1.000 € dauerhaft pro Jahr.

Seit Betriebsaufnahme des städtischen Eigenbetriebes IT@M[29] am 01.01.2012 sind bezogene DV-Leistungen von den Nutzer-Referaten zahlungswirksam zu begleichen. Für den zusätzlichen DV - Arbeitsplatz fallen im Referat für Gesundheit und Umwelt jährlich DV-Arbeitsplatzkosten in Höhe von 4.090 Euro an. Hier wird entsprechend der Vorgaben des Direktoriums mit Kosten je

[29] städtische Eigenbetrieb für „Informations- und Telekommunikationstechnik der Stadt München“

DV-Arbeitsplatz von 4.090€ kalkuliert. Daneben werden gemäß städtischem Standard für die Erstausstattung der Büroräume einmalig 2.370 € für den Arbeitsplatz erforderlich.

Es kann der Dolmetscherdienst des RGU genutzt werden.

Tätigkeitsprofil und Aufgabenbeschreibung

Die drei Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / Gesundheits- und Krankenpfleger (1,5 VZÄ) besuchen mindestens einmal wöchentlich die ihnen zugewiesenen Unterkünfte (etwa drei Unterkünfte pro Person) und leisten Gesundheitsberatung, informieren über Gesundheitsthemen vor Ort und helfen im Bedarfsfall bei der Suche nach der richtigen Behandlung und Versorgung.

Im Einzelnen sind folgende Tätigkeiten vorgesehen:[30]

- Sie besuchen die Gemeinschaftsunterkünfte und bieten ihre Hilfe und Unterstützung an, insbesondere Personen, die akut oder chronisch erkrankt sind.
- Sie klären über Krankheiten, Diagnostik, Behandlung und Rehabilitation auf: Insbesondere ist Aufklärung über das Gesundheitssystem in Deutschland, aber auch über Maßnahmen der Gesundheitsförderung und Prävention, wie z.B. Impfungen, Hygiene, etc. zu leisten.
- Sie erfragen den Impfstatus und vermitteln ggf. an eine Ärztin / einen Arzt.
- Sie vermitteln und verweisen auf notwendige Behandlungsmaßnahmen: Die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / Gesundheits- und Krankenpfleger sorgen bei Bedarf für Weiterbehandlung und Vermittlung in das weiterführende medizinische System, wenn nötig auch durch persönliche Begleitung, auch unter Einbeziehung von Dolmetscherinnen / Dolmetschern.
- Sie unterstützen und beaufsichtigen die vorgeschlagenen medizinischen Maßnahmen und die Nachsorge. Hierbei begleiten sie die Medikamenteneinnahme, übernehmen Verbandswechsel sowie weitere pflegerische Aufgaben (Blutdruckmessungen, Blutzuckermessungen, etc.).
- Sie übernehmen fallbezogen bei Bedarf koordinierende Aufgaben im Sinne eines Case Management.
- Sie führen diese Personengruppe in die Angebote der Gesundheitsförderung sowie in speziellen Bereichen der Sozialberatung mit Unterstützung von Dolmetscherinnen / Dolmetschern ein.
- Sie organisieren gesundheitsbezogene Informations- und Präventionsveranstaltungen.
- Sie pflegen Vernetzung und Kooperation mit den Gesundheitsangeboten und Dienstleistungen des RGU und der ambulanten Versorgung sowie zur Bezirkssozialarbeit, zu den Sozialbürgerhäusern und zur Jugendhilfe.
- Sie beteiligen sich an Gremien, wie Fachbasis Asyl.

Für die Erledigung dieser Aufgaben ist mehrjährige Berufserfahrung Voraussetzung. Aufgrund der psychosozial hoch belasteten und zum Teil traumatisierten Zielgruppe in den Gemeinschaftseinrichtungen, sind darüber hinaus Erfahrungen und Kenntnisse z. B. in der sozialpsychiatrischen Patientenversorgung wünschenswert. Vorbehaltlich einer Überprüfung des Stellenwertes durch das Personal- und Organisationsreferat und wegen der Analogie zu den Aufga-

[30] Die Aufgabenbereiche entsprechen den Aufgabenbereichen von Pflegenden, die im Krankenpflegegesetz (KrPflG: www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/krpflg_2004/gesamt.pdf) vom 16.07.2003 sowie in der Ausbildungs- und Prüfungsverordnung für die Berufe in der Krankenpflege (KrPflAPrV: http://www.gesetze-iminternet.de/krpflaprv_2004/BJNR226300003.html) vom 10.11.2003 festgelegt wurden.

ben der Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerinnen bei GF1, ist eine Eingruppierung der 1,5 VZÄ-Stellen in E8a vorgesehen.

Fachaufsicht

Eine ärztliche Fachberatung / Fachaufsicht für die Gesundheits- und Krankenpflegerinnen / Gesundheits- und Krankenpfleger und die Möglichkeit der Fallsupervision wird durch das RGU in der Hauptabteilung GVO sichergestellt.

Organisatorische Anbindung

Organisatorisch werden die Gesundheits- / Krankenpflegerinnen bzw. der Gesundheits- / Krankenpfleger während der strukturellen Aufbauphase im RGU, Hauptabteilung GVO, hier Fachstelle Migration und Gesundheit angebunden. Damit nutzt dieser neue Dienst die Strategien und Erfahrungen der Fachstelle Migration und Gesundheit. Die Pflegefachkräfte stehen hier zudem in engem Austausch mit den Kinderkrankenschwestern, den Familienhebammen sowie mit den Ärztinnen / Ärzten des Sachgebiets Gesundheitsvorsorge für Kinder und Jugendliche und den weiteren Diensten der Gesundheitsvorsorge (Sozialpsychiatrische Beratungsstelle, Suchtberatung) und des Gesundheitsschutzes (Infektionsschutz, Hygiene, Ärztliche Gutachten). Über die dauerhafte Anbindung wird im Zuge der Organisationsentwicklung der neuen Hauptabteilung GVO entschieden werden.

Fazit

Durch die geplanten Veränderungen in den Versorgungsstrukturen in den Erstaufnahmeeinrichtungen durch die Regierung von Oberbayern, die Angebote des RGU, erweitert um einen aufsuchenden medizinischen Beratungsdienstes durch Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege wird sich die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen in den Erstaufnahme- und den Gemeinschaftseinrichtungen wesentlich verbessern. Diese Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen in München ist jedoch ohne zusätzliche personelle Ressourcen derzeit nicht erreichbar. Insgesamt entstehen für die Realisierung der vom Referat für Gesundheit und Umwelt vorgeschlagenen Maßnahme „Aufsuchender medizinischer Beratungsdienst durch Fachkräfte der Gesundheits- und Krankenpflege in Flüchtlingsunterkünften“ Personal- und Sachkosten, die aus dem der zeitigen Budget des Referats für Gesundheit und Umwelt nicht finanziert werden können.“ (Referat für Gesundheit und Umwelt München 2013:8ff)

4.3.6 Notfallversorgung

Für medizinische Hilfe im Notfall können sich Asylbewerber direkt an ein Krankenhaus oder einen niedergelassenen Arzt wenden, es ist kein Behandlungsschein erforderlich. Die Abrechnung erfolgt direkt über einen Notfallvertretungsschein. In Sachsen mussten Asylbewerber nach der Notfallversorgung bei der zuständigen Behörde selbst den Behandlungsschein nachträglich besorgen und dem Arzt vorlegen. Nach der neuen Gesetzgebung ist es den Ärzten und Krankenhäusern inzwischen möglich, die Notfallbehandlung direkt beim Sozialamt abzurechnen (siehe Kapitel 3.3.3).

Quellenverzeichnis

Bayerisches Landesamt für Gesundheit und Lebensmittelsicherheit (2015): Gesundheit von Asylbewerbern: Erstuntersuchungen gewährleistet. Pressemitteilung vom 26.02.2015. Quelle: www.lgl.bayern.de/global/script/drucken.php?www.lgl.bayern.de/presse/detailansicht.htm?tid=32142 (letzter Zugriff 10.06.2015)

Bayerische Projektgruppe Asyl (2011): Modellprojekt für eine neue Erstaufnahmeeinrichtung in Bayern. Konzept. Quelle: www.pgasyl.de/PGAsyl-Konzept/#/34/ (letzter Zugriff 10.06.2015)

Bayerische Projektgruppe Asyl (oJ): Modellprojekt für eine neue Erstaufnahmeeinrichtung in Bayern. Quelle: www.pgasyl.de/cms/index.php/modellprojekt (letzter Zugriff 10.06.2015)

Bayerischer Rundfunk (2013): Gemeinschaftsunterkünfte. Unterbringung von Flüchtlingen vom 05.12.2013. Quelle: www.br.de/franken/inhalt/zeitgeschichte/asylrecht-unterbringung-gemeinschaftsunterkunft-100.html (letzter Zugriff 09.06.2015)

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2014): Aufforderung der EU-Zuständigen Behörde beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge zur Einreichung von Anträgen auf Gewährung einer Zuwendung aus dem Asyl-,Migrations- und Integrationsfonds (AMIF). Quelle: www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/EU_AMIF/aufforderung-einreichung.pdf (letzter Zugriff 15.06.2015)

Bundesärztekammer (2013): Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“ Dtsch Arztebl 2013; 110(18): A-899 / B-783 / C-779. Quelle: www.aerzteblatt.de/archiv/138061/Stellungnahme-der-Zentralen-Kommission-zur-Wahrung-ethischer-Grundsaetze-in-der-Medizin-und-ihren-Grenzgebieten-%28Zentrale-Ethikkommission%29-bei-der-Bundesaerztekammer-Versorgung-von-nicht-regulaer-kran (letzter Zugriff 01.06.2015)

Bundespsychotherapeutenkammer (2015): Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen gefährdet vom 21.05.2015. Quelle: www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotherap-86.html (letzter Zugriff 28.05.2015)

Bundesregierung (2014): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion Bündnis 90/Die Grünen „Gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ vom 22.07.2014. BR-Drs: 18/2184. Quelle: www.dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/021/1802184.pdf (letzter Zugriff 28.05.2015)

Bundesregierung (2014a): Gesetzentwurf der Bundesregierung „Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes vom 22.09.2014. BR-Drs: 18/2592. Quelle: www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Gesetze/gesetzentwurf-aenderung-asylbewerberleistungsgesetz-sozialgerichtsgesetz.pdf (letzter Zugriff 28.05.2015)

Bundesregierung (2015): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Fraktion DIE LINKE „Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen“ vom 29.04.2015, BR-Drs: 18/4622. Quelle: www.dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/046/1804622.pdf (letzter Zugriff 28.05.2015)

Bundesregierung (2015a): Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage verschiedener Abgeordneter der Linken: Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerberin-

nen und Asylbewerbern Drucksache 18/4758 vom 27.04.2015. Quelle: www.dip.bundestag.de/btd/18/047/1804758.pdf (letzte Zugriff 12.06.2015)

Ratsfraktion Bündnis 90/Die Grünen Dortmund (2014): Erstaufnahmeeinrichtung für Asylbewerber. Antrag. www.gruene-do.de/meldung_ansicht+M504b499f8d3.html vom 1.10.2014 (letzter Zugriff 15.06.2015)

Classen G (2012): Das Bremer Modellprojekt Krankenversicherten-Chipkarten zur medizinischen Versorgung nach §§4 und 6 AsylbLG. Zusammenstellung relevanter Unterlagen. Quelle: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsylbLG.pdf (letzte Zugriff 12.06.2015)

Der Paritätische Gesamtverband (Hrsg. 2015): Überblick zu den Änderungen im Asylbewerberleistungsgesetz zum 1. März 2015 mit Beispielen und Hinweisen für die Beratungspraxis. Arbeitshilfe. Gefördert vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. Quelle: www.frnrw.de/images/Themen/Sozialleistungen/2015/Arbeitshilfe_%C3%9Cberblick_zu_den_%C3%84nderungen_im_AsylblG_zum_1._M%C3%A4rz_2015.pdf (letzter Zugriff 29.05.2015)

Dittrich S (2002): Letztmalige Ergebnisse der amtlichen Statistik zu meldepflichtigen Krankheiten für das Berichtsjahr 2000. In: Statistisches Bundesamt (Hrsg. 2002): Wirtschaft und Statistik. Wiesbaden: 61-66

Eubel C (2015): Gesundheitskarte für Asylbewerber. Direkt zum Arzt. Der Tagesspiegel vom 01.03.2015. Quelle: www.tagesspiegel.de/politik/gesundheitskarte-fuer-asylbewerber-direkt-zum-arzt/11442014.html (letzter Zugriff 27.05.2015)

Fachliche Weisung Bremen (2008) zum §4 AsylbLG vom 06.03.2008 des Amt für Soziale Dienste, Bremen, Aktenplan Nr: 450-4-239-00/4. Quelle: www.soziales.bremen.de/sixcms/media.php/13/Fachliche%2520Weisung%2520zu%2520%2520%25A7%25204%2520Asyl.bLG%2520_Stand%252006.03.2008-bf-.pdf (letzter Zugriff 16.06.2015)

Flüchtlingsrat Niedersachsen (2014): Leitfaden für Flüchtlinge in Niedersachsen. Quelle: www.nds-fluerat.org/wp-content/uploads/2009/02/Leitfaden2-f%C3%BCr-Fl%C3%BCchtlinge-in-Niedersachsen-04.07.2014.pdf (letzter Zugriff 28.05.2015)

Freie und Hansestadt Hamburg, Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration (2015): Gesundheitsversorgung Ausländer. Best Practice Beispiele aus Hamburg. Bericht zum Fachtag am 8. Dezember 2014 in der Landesvertretung Hamburg in Berlin. Quelle: www.hamburg.de/contentblob/4465734/data/gesundheitsversorgung-auslaender.pdf (letzter Zugriff 15.06.2015)

Gesundheitsamt Bremen (2011): Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Quelle: www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_GBE_Gesundheitsversorgung_Asylsuchender.pdf (letzter Zugriff 10.06.2015)

Goe (2015): Steffens fordert Krankenkarte für Asylbewerber, WAZ vom 22.04.2015

Helferich H (2015): Erstaufnahme: Viel Arbeit – wenig Zeit. In: Mainpost vom 27.03.2015. Quelle: www.mainpost.de/regional/schweinfurt/Erstaufnahme-Viel-Arbeit-wenig-Zeit;art495764,8646934 (letzter Zugriff 05.06.2015)

Landesregierung Niedersachsen (2015): Antwort der auf eine Anfrage der FDP vom März 2015. Quelle: www.nds-fluerat.org/wp-content/uploads/2015/05/Kosten-f%C3%BCr-Krankheitsbehandlungen-bei-Fl%C3%BCchtlingen-1.pdf (letzter Zugriff 08.06.2015)

Landkreis Fürth (o.J.): Asylrechtliche Untersuchung. Quelle: www.landkreis-fuerth.de/zuhause-im-landkreis/gesundheit-und-soziales/gesundheitsverwaltung/asylrechtliche-untersuchung.html (letzter Zugriff 10.05.2015)

Landtag Brandenburg (2012): Bericht der Landesregierung "Empfehlungen zum Änderungsbedarf der Mindestbedingungen für den Betrieb von Gemeinschaftsunterkünften und die soziale Betreuung und Beratung". Drucksache 5/4573. Quelle: www.landtag.brandenburg.de/media_fast/5701/4573.pdf (letzter Zugriff 08.06.2015)

Lobenstein C: Einfach zum Arzt gehen. Zeit online vom 27.05.2015. Quelle: www.zeit.de/feature/krankenversicherung-fluechtlinge-hamburg (letzter Zugriff 27.05.2015)

Mediendienst Integration (2014): Informationspapier zum Thema Erstaufnahmeeinrichtungen vom 31.10.2014. Quelle: www.mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Informationspapier_MEDIENDIENST_INTEGRATION_Unterbringung_von_Asylbewerbern.pdf (letzter Zugriff 08.06.2015)

Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes NRW (2014): Projektbericht der Projektgruppe „Unterbringung von Asylbewerbern in nordrhein-westfälischen Aufnahmeeinrichtungen“ Quelle: www.mik.nrw.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/Dokumente/Themen_und_Aufgaben/Auslaenderfragen/pb_unterbringung.pdf (letzter Zugriff 15.06.2015)

Mohammadzadeh Z (1993): Die gesundheitliche Lage und Versorgung der Flüchtlinge in Bremen. Frankfurt am Main: Verlag für interkulturelle Kommunikation

Neue Grevenbroicher Zeitung (2015): Politik fordert Gesundheitskarte für Asylbewerber vom 12.06.2015. Quelle: www.rp-online.de/nrw/staedte/dormagen/politik-fordert-gesundheitskarte-fuer-asylbewerber-aid-1.5150088 (letzter Zugriff 08.06.2015)

NDR (2015): Gesundheitskarte für Flüchtlinge geplant, Beitrag Schleswig Holstein Magazin vom 06.05.2015 (3:41). Quelle: NDR Mediathek: www.ndr.de/fernsehen/sendungen/schleswig-holstein_magazin/Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge-geplant,shmag33448.html (letzter Zugriff 27.05.2015)

Presseerklärung der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration Hamburg vom 02.04.2012: Sozialbehörde verbessert Krankenversorgung. Asylbewerber erhalten künftig eine Versichertenkarte der AOK. Quelle: www.hamburg.de/pressearchiv-fhh/3360376/2012-04-02-basfi-krankenversichertenkarte-fuer-aslybewerber.html (letzter Zugriff 27.05.2015)

Rat für Migration (2015): Presseerklärung zum Migrant Integration Policy Index (MIPEX) vom 10.06.2015. Quelle: www.rat-fuer-migration.de/pdfs/RfM_Pressemitteilung_Asylpolitik_2015.pdf (letzter Zugriff 15.06.2015)

Referat für Gesundheit und Umwelt München (2013): Beschluss des Gesundheitsausschuss vom 21.11.2013 zur Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen, Produkt 5320010 Gesundheitsförderung, Finanzierungsbeschluss. Quelle: www.ris-muenchen.de/RII/RII/DOK/SITZUNGSVORLAGE/3133438.pdf (letzter Zugriff 09.06.2015)

Referat für Gesundheit und Umwelt München (2015): Die gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge verbessern: Die Stadt München unterstützt die Einrichtung von ärztlichen Ambula-

torien für Erwachsene, Kinder und Jugendliche in Erstaufnahmeeinrichtungen. Schreiben des Stadtrats Joachim Lorenz an die Ausschussgemeinschaft der LINKE und ÖDP vom 21.01.2015. Quelle: www.ris-muenchen.de/RII/RII/DOK/ANTRAG/3573207.pdf (letzter Zugriff 10.06.2015)

Schreiben des Senators für Gesundheit und Soziales des Landes Berlin Mario Czaja an die Kassenärztliche Vereinigung Berlin vom 27.11.2014: Medizinische Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz („Behandlungsscheinverfahren"). Quelle: www.kvberlin.de/20praxis/70themen/asyl/schreiben_sengus141127.pdf (letzter Zugriff 27.05.2015)

Schreiben des Staatssekretärs der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales des Landes Berlin Rainer-Maria Fritsch vom 2.11.2010: Krankenversorgung nach §§4 und 6 AsylbLG, Ausgabe von Behandlungsscheinen. Quelle: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/Krankenscheine-quartalsweise-vorab.pdf (letzter Zugriff 27.05.2015)

Staatsministerium des Inneren des Freistaats Sachsen (2013): Orientierungshilfe für Asylsuchende in Sachsen. Quelle: www.smi.sachsen.de/download/SMI/01_deutsch_Asyl.pdf (letzter Zugriff 28.05.2015)

Stadt Bremen/Bremerhaven, AOK Bremen/Bremerhaven (2005): Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Absatz 1 SGB V zwischen der Freien Hansestadt Bremen, Senator für Arbeit, Frauen, Gesundheit, Jugend und Soziales sowie dem Magistrat der Stadt Bremerhaven, Dezernent für Jugend und Soziales und der AOK Bremen/Bremerhaven. Quelle: www.gruene-fraktion-sachsen.de/fileadmin/user_upload/ua/Gesundheitskarte_Drs-6-1062_Anlage1_zum_Antrag_.pdf (letzter Zugriff 27.05.2015)

Stadt Essen (2014): Entscheidung zur Erstaufnahmeeinrichtung des Landes NRW an der Hammer Straße vom 29.10.2014. Quelle: www.ris.essen.de/sdnetrim/Lh0LgvGcu9To9Sm0Nl.HayIYu8Tq8Sj1Kg1HauCWqBZo5Ok5KeyIfuCWsHTs4Qq0Te.Oa1CYv8Sm5Sm4LeyGavEZs9Tn8Sr1Ni1MbyIar9Ur8Si3RgzGhuHcGJ/Vorlage_1605-2014-6A.pdf (letzte Abfrage 15.06.2015)

Statistisches Bundesamt 2014: Empfängerinnen und Empfänger Asylbewerberleistungen nach Bundesländern, nach Art der Unterbringung, am 31.12.2013, Quelle: www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Soziales/Sozialleistungen/Asylbewerberleistungen/Tabellen/Tabellen_EmfaengerBL.html (letzter Zugriff 08.06.2015)

Statistisches Bundesamt (2014a): Arztdichte in Deutschland nach Bundesländern in den Jahren 2010 bis 2014 (Einwohner je berufstätigen Arzt). Quelle: www.de.statista.com/statistik/daten/studie/158847/umfrage/arztdichte-in-deutschland-seit-2009/ (letzter Zugriff 05.06.2015)

Supe J (2015): „Das ist ein spezifisch deutscher Mangel", Interview mit Christine Schneider. Junge Welt vom 10.03.2015, Nr. 58: 8

Wendel, Kay (2014): Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich. Hrsg. Förderverein PRO ASYL e. V., Frankfurt am Main. Quelle: www.proasyl.de/fileadmin/fm-dam/NEWS/2014/Laendervergleich_Unterbringung_2014-09-23_01.pdf (letzte Abfrage 15.06.2015)

Gesetzestexte: Asylverfahrensgesetz, Asylbewerberleistungsgesetz, Aufenthaltsgesetz, SGB II, SGB V, SGB VII, SGB XII, Infektionsschutzgesetz

Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Verteilungsquoten des Königsteiner Schlüssels für 2015

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)

Quelle:
www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung-node.html (letzter Zugriff 08.06.2015)

Abb.2: Erstaufnahme und zentrale Unterbringung des Landes NRW (ohne Ausweichunterkünfte, Stand 10/2014)

Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes NRW (2014): Projektbericht der Projektgruppe „Unterbringung von Asylbewerbern in nordrhein-westfälischen Aufnahmeeinrichtungen“, S.6

Quelle:
www.mik.nrw.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/Dokumente/Themen_und_Aufgaben/Auslaenderfragen/pb_unterbringung.pdf (letzter Zugriff 08.06.2014)

ergänzte Darstellung Mareike Tolsdorf

Abb.3 Flüchtlingsaufnahme in NRW im Regelfall

Ministerium für Inneres und Kommunales des Landes NRW (2014): Projektbericht der Projektgruppe „Unterbringung von Asylbewerbern in nordrhein-westfälischen Aufnahmeeinrichtungen“, S.58

Quelle:
www.mik.nrw.de/fileadmin/user_upload/Redakteure/Dokumente/Themen_und_Aufgaben/Auslaenderfragen/pb_unterbringung.pdf (letzter Zugriff 08.06.2014)

Abb.4 Ablauf in der Erstaufnahmeeinrichtung Dortmund für ankommende Asylbewerber

Anwohnerinformation des „runden Tischs“ zur Begleitung der Erstaufnahmeeinrichtung in Hacheney, Februar 2011

Quelle:
www.dortmund.de/media/downloads/pdf/ombudsstelle/Anwohnerinformation_Hacheney.pdf (letzter Zugriff 08.06.2014)

Tabellenverzeichnis

Tab. 1 Belegung und Kapazitäten der Erstaufnahmeeinrichtungen (Stand 10/2014)

Mediendienst Integration 2014: Antworten der zuständigen Länderbehörden auf Anfrage

Quelle: www.mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Informationspapier_MEDIENDIENST_INTEGRATION_Unterbringung_von_Asylbewerbern.pdf

Tab. 2 Asylbewerberleistungsempfänger nach Bundesländern und Art der Unterbringung

Statistisches Bundesamt 2014

Aufbereitet mit Wohnungsquoten von Kay Wendel (2014): Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich. Hrsg. Förderverein PRO ASYL e. V., Frankfurt am Main, S.6. Quelle: www.proasyl.de/fileadmin/fm-dam/NEWS/2014/Laendervergleich_Unterbringung_2014-09-23_01.pdf (letzter Zugriff 08.06.2014)

Tab. 3 Überblick über die Erstattungsregeln für Asylsuchende und Geduldete in Flächenstaaten

Kay Wendel (2014): Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich. Hrsg. Förderverein PRO ASYL e. V., Frankfurt am Main, S.24. Quelle: www.proasyl.de/fileadmin/fm-dam/NEWS/2014/Laendervergleich_Unterbringung_2014-09-23_01.pdf (letzter Zugriff 08.06.2014)

Anhänge

Anhang 1: Gesetzesurteile in Pflegezusammenhängen

Pflegegeld für Schwerstbehinderte analog § 61 ff. SGB XII / § 68ff. BSHG

VGH Bayern 12 CE 94.278 v.23.1.95 - IBIS e.V.: C 1205, FEVS 46/96, 141. Geduldete Kriegsflüchtlinge haben regelmäßig Anspruch auf Leistungen nach § 2 AsylbLG. Dies schließt aufgrund § 2 AsylbLG i.V. mit § 120.1 BSHG und § 69 BSHG Abs. 3 Satz 1 und Abs. 4 Satz 1 Halbsatz 2 das **Pflegegeld für das außergewöhnlich pflegebedürftiges erheblich geistig behinderte Kind** der Antragsteller mit ein.

VG Regensburg RN 4 K 99.01063, U.v. 29.06.00, GK AsylbLG § 6 VG Nr. 9 Im Rahmen der Leistungen nach § 6 AsylbLG in der seit 01.06.97 geltenden Fassung kann auch ein Pflegegeld analog § 69a BSHG gewährt werden. Das Pflegegeld lässt sich zwar keiner der drei im Gesetz ausdrücklich genannten Fallgruppen zuordnen, durch die seit 01.06.97 geltende Formulierung "können insbesondere" wurde aber klargestellt, dass die Vorschrift als "leistungsrechtliche Auffangklausel" in Beachtung des Sozialstaatsprinzips auf alle solche Fälle Anwendung findet, in denen außergewöhnliche Einzelfallumstände vorliegen. Dabei kommt es vorliegend nicht darauf an, ob statt der pflegenden Schwägerin auch ein näher stehender Angehöriger (hier: der Vater der beiden erwachsenden, körperlich und geistig schwer behinderten Kläger) die Pflege leisten könnte (vgl. LPK BSHG, § 69a Rn 1). **Das Sozialamt muss nach pflichtgemäßem Ermessen entscheiden und dabei auch berücksichtigen, ob durch die Pflege durch nahe stehende Angehörige möglicherweise teurere Kosten für einen ambulanten Pflegedienst vermieden werden.**

VGH Bayern 12 B 00.3269, U.v.06.04.01, FEVS 2002, 45; BayVBl 2002, 23; IBIS e.V.: C1682 § 2 AsylbLG scheidet vorliegend als Anspruchsgrundlage für ein Pflegegeld analog § 69ff. BSHG aus. An der Verfassungsmäßigkeit der Neufassung des § 2 AsylbLG zum 01.06.97 bestehen keine Zweifel, die Stichtagsregelung des § 2 verstößt nicht gegen das Verbot der Rückwirkung (wird ausgeführt). Aus § 6 AsylbLG ergibt sich kein Anspruch auf Pflegegeld analog § 69ff. BSHG. Den Klägern **wird nicht der Anspruch auf Pflege als solcher versagt, sondern nur der hierauf gerichtete Anspruch auf Geldleistung. Pflegesachleistungen können ggf. nach § 6 Satz 1 gewährt werden,** sind vorliegend jedoch nicht beantragt. Dass allein durch Geldleistungen die erforderliche Pflege zu leisten gewesen wäre ist weder ersichtlich noch substantiiert dargelegt, ein besonderer Umstand i S des § 6 Satz 2 liegt somit nicht vor. Vielmehr wird vorliegend die erforderliche Pflege durch Familienmitglieder erbracht. BVerwG 5 B 50.01, B.v. 20.07.01, FEVS 2002, 1; IBIS e.V.: C1682 Der VGH Bayern hat zu Recht entscheiden, dass vorliegend das BSHG nicht nach § 2 AsylbLG entsprechend anzuwenden ist. Demgegenüber kann Pflegegeld nach § 6 Satz 2 AsylbLG nur gewährt werden, wenn besondere Umstände vorliegen. **Eine Geldleistung als Hilfe zur Pflege nach § 6 Satz 2 AsylbLG kommt ggf. auch dann in Betracht, wenn eine begehrte Pflegesachleistung vom Leistungsträger nicht rechtzeitig erbracht und deshalb vom Hilfebedürftigen entgeltlich durch Dritte beschafft wird**. Diese Frage stellt sich hier aber nicht, weil der Kläger in der streitgegenständlichen Zeit unstreitig unentgeltlich von Angehörigen gepflegt worden ist.

Anmerkung: die festgestellte Einschränkung des § 6 AsylbLG auf Pflegesachleistungen, die auch nur dann beansprucht werden können wenn die Pflege nicht durch Angehörige sichergestellt

werden kann, gilt nicht für Leistungsberechtigte nach § 2 AsylbLG (=Anspruch auf Leistungen analog BSHG nach mindestens 15 Monaten Leistungsbezug nach AsylbLG und den weiteren in § 2 genannten Voraussetzungen). **Leistungsberechtigte nach § 2 können gemäß § 120 Abs. 1 BSHG auch das Pflegegeld analog § 69ff BSHG beanspruchen. Die Pflegegeldstufen und die Höhe des Pflegegeldes nach § 69 ff. BSHG entsprechen der gesetzlichen Pflegeversicherung**.

VG Köln 21 L 2099/00, B.v. 19.09.00, GK AsylbLG § 2 Abs. 1 VG Nr. 10 Im Rahmen der Leistungen nach § 2 AsylbLG ist das von der AOK als Pflegekasse gewährte Pflegegeld von 1300.- DM weder beim Pflegebedürftigen noch (als weitergegebenes Pflegegeld) bei der im gemeinsamen Haushalt lebenden Pflegeperson berücksichtigungsfähiges Einkommen. Ob das Pflegegeld im Rahmen der Leistungen nach §§ 3-6 AsylbLG angerechnet werden kann, bleibt im vorliegenden Verfahren unentschieden.

Die sozialpolitische Zweckbestimmung des Pflegegeldes würde durch eine Anrechnung vereitelt. Bei **bestimmungsgemäßer Verwendung und Zuwendung an eine nahestehende Pflegeperson ist das Pflegegeld kein Entgelt, seine Einstufung als Einkommen stünde der Funktion als zusätzliches Mittel zur Erhaltung der Pflegebereitschaft entgegen** (vgl. BVerwG 5 C 82/88, U.v.04.06.92; OVG NRW 8 A 1148/87, U.v. 08.11.88; VGH Hessen, DÖV 1996, 299f.; VG Dresden 6 K 3438/96, U.v. 25.02.97)

Eingliederungshilfe für Behinderte nach § 6 AsylbLG

VG Hildesheim 3 B 1553/97 Hi v. 9.12.1997; ZfF 2000, 16; www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/docs/C1349.pdf

Die Kosten für die stationäre Unterbringung eines schwer mehrfachbehinderten Kindes in einer Behinderteneinrichtung sind nach § 6 AsylbLG vom Sozialamt zu übernehmen. Der 7jährige Junge ist schwerstbehindert, es liegt eine schwere stato- und psychomotorische Retardierung infolge frühkindlichen Hirnschadens, verbunden mit psychomotorischer Unruhe, nächtlichen Erregungszuständen und Inkontinenz. Das Kind ist nicht in der Lage zu gehen, die Fortbewegung geschieht kriechend, wobei entsprechend dem Entwicklungsstand die Umgebung mit dem Mund erforscht wird. Kontaktaufnahme zu anderen Personen erfolgt ausschließlich durch Berührung, selbständige Nahrungsaufnahme ist nicht möglich. Laut sozialhygienischer Stellungnahme wird häusliche Pflege unter diesen Umständen als problematisch angesehen. Das schwer mehrfach behinderte Kind benötige kontinuierliche Pflege und Betreuung, die auf Dauer vom Vater und der Schwester nicht erbracht werden könne. Die Unterbringung in einer vollstationären Einrichtung sei deshalb erforderlich. In einer weiteren amtsärztlichen Stellungnahme heißt es, aus ärztlicher Sicht werde die Unterbringung des Kindes in einer Institution, in der für die Betreuung und Pflege sowie Anleitung Behinderter ausgebildetes Personal tätig sei, für sehr dringend gehalten.

Mit der Neufassung des § 6 AsylbLG werden auch über die bisherige Vorschrift hinausgehende sonstige Leistungen ermöglichst. Dass die zur Milderung der Behinderung (vgl. § 39 Abs. 3 BSHG) begehrte Unterbringung in einer Behinderteneinrichtung geboten ist, wird durch zwei amtsärztliche Stellungnahmen glaubhaft gemacht, wonach die Unterbringung für erforderlich und die Betreuung durch geschultes Personal für dringend gehalten wird.

Angesichts dieser Aussagen ist nach § 6 allein die Gewährung der Leistung ermessensgerecht. Es heißt in den Stellungnahmen, dass Vater und Schwester die erforderliche Pflege nicht erbringen können. Auch die Mitarbeit von Sozialarbeitern in der Gemeinschaftsunterkunft stellt dies nicht in Frage. Zu deren Aufgaben mag eine (gelegentliche) Kinderbetreuung gehören. Was für den Antragsteller erforderlich ist, geht - jedenfalls auf Dauer - weit darüber hinaus.

§§ 25, 60, 60a AufenthG / §§ 53/54/55 AuslG - Duldung und Aufenthaltser-laubnis wegen Krankheit, Traumatisierung, Schwangerschaft/Mutterschaft

OVG Thüringen 3 EO 438/02, B.v. 15.11.02, InfAuslR 2003, 144: **Duldung wegen Pflege der psychisch und krebskranken Mutter**. Die von einem Ausländer erbrachte Lebenshilfe gegenüber einem zum Aufenthalt in Deutschland berechtigten Elternteil kann auf Grund der durch Art. 6 GG entfalteten Schutzwirkung ein zwingendes rechtliches Abschiebehindernis nach § 55 Abs. 2 AuslG sein, wenn der Elternteil im Rahmen der familiären Beistandsgemeinschaft auf diese Hilfestellung (z.B. wegen Krankheit) angewiesen ist. Eine schutzwürdige Beistandsgemeinschaft liegt in der Regel nur vor, wenn die geleistete Lebenshilfe eine wesentliche ist (vgl. BVerfG 2 BvR 377/88, B.v. 14.12.89, NJW 1990, 895).

Gesetzesurteile in Pflegezusammenhängen, aus einer Zusammenstellung von Georg Classen, Stand Mai 2012 (relevante Aussagen fett markiert). Quelle: Flüchtlingsrat Berlin, www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/krankenhilfe_asylblg.doc (letzter Zugriff 15.06.2015)

Anhang 2: SGB V §264

Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) - Gesetzliche Krankenversicherung - (Artikel 1 des Gesetzes v. 20. Dezember 1988, BGBl. I S. 2477)
§ 264 Übernahme der Krankenbehandlung für nicht Versicherungspflichtige gegen Kostenerstattung

(1) Die Krankenkasse kann für Arbeits- und Erwerbslose, die nicht gesetzlich gegen Krankheit versichert sind, für andere Hilfeempfänger sowie für die vom Bundesministerium für Gesundheit bezeichneten Personenkreise die Krankenbehandlung übernehmen, sofern der Krankenkasse Ersatz der vollen Aufwendungen für den Einzelfall sowie eines angemessenen Teils ihrer Verwaltungskosten gewährleistet wird.

(2) Die Krankenbehandlung von Empfängern von Leistungen nach dem Dritten bis Neunten Kapitel des Zwölften Buches, von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes und von Empfängern von Krankenhilfeleistungen nach dem Achten Buch, die nicht versichert sind, wird von der Krankenkasse übernommen. Satz 1 gilt nicht für Empfänger, die voraussichtlich nicht mindestens einen Monat ununterbrochen Hilfe zum Lebensunterhalt beziehen, für Personen, die ausschließlich Leistungen nach § 11 Abs. 5 Satz 3 und § 33 des Zwölften Buches beziehen sowie für die in § 24 des Zwölften Buches genannten Personen.

(3) Die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger haben unverzüglich eine Krankenkasse im Bereich des für die Hilfe zuständigen Trägers der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu wählen, die ihre Krankenbehandlung übernimmt. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft, wird das Wahlrecht vom Haushaltsvorstand für sich und für die Familienangehörigen ausgeübt, die bei Versicherungspflicht des Haushaltsvorstands nach § 10 versichert wären. Wird das Wahlrecht nach den Sätzen 1 und 2 nicht ausgeübt, gelten § 28i des Vierten Buches und § 175 Abs. 3 Satz 2 entsprechend.

(4) Für die in Absatz 2 Satz 1 genannten Empfänger gelten § 11 Abs. 1 sowie die §§ 61 und 62 entsprechend. Sie erhalten eine Krankenversichertenkarte nach § 291. Als Versichertenstatus nach § 291 Abs. 2 Nr. 7 gilt für Empfänger bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung "Mitglied", für Empfänger nach Vollendung des 65. Lebensjahres die Statusbezeichnung "Rentner". Empfänger, die das 65. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, in häuslicher Gemeinschaft leben und nicht Haushaltsvorstand sind, erhalten die Statusbezeichnung "Familienversicherte".

(5) Wenn Empfänger nicht mehr bedürftig im Sinne des Zwölften Buches oder des Achten Buches sind, meldet der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe diese bei der jeweiligen Krankenkasse ab. Bei der Abmeldung hat der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe die Krankenversichertenkarte vom Empfänger einzuziehen und an die Krankenkasse zu übermitteln. Aufwendungen, die der Krankenkasse nach Abmeldung durch eine missbräuchliche Verwendung der Karte entstehen, hat der Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe zu erstatten. Satz 3 gilt nicht in den Fällen, in denen die Krankenkasse auf Grund gesetzlicher Vorschriften oder vertraglicher Vereinbarungen verpflichtet ist, ihre Leistungspflicht vor der Inanspruchnahme der Leistung zu prüfen.

(6) Bei der Bemessung der Vergütungen nach § 85 oder § 87a ist die vertragsärztliche Versorgung der Empfänger zu berücksichtigen. Werden die Gesamtvergütungen nach § 85 nach Kopfpauschalen berechnet, gelten die Empfänger als Mitglieder. Leben mehrere Empfänger in häuslicher Gemeinschaft,

gilt abweichend von Satz 2 nur der Haushaltsvorstand nach Absatz 3 als Mitglied; die vertragsärztliche Versorgung der Familienangehörigen, die nach § 10 versichert wären, wird durch die für den Haushaltsvorstand zu zahlende Kopfpauschale vergütet.

(7) Die Aufwendungen, die den Krankenkassen durch die Übernahme der Krankenbehandlung nach den Absätzen 2 bis 6 entstehen, werden ihnen von den für die Hilfe zuständigen Trägern der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe vierteljährlich erstattet. Als angemessene Verwaltungskosten einschließlich Personalaufwand für den Personenkreis nach Absatz 2 werden bis zu 5 vom Hundert der abgerechneten Leistungsaufwendungen festgelegt. Wenn Anhaltspunkte für eine unwirtschaftliche Leistungserbringung oder -gewährung vorliegen, kann der zuständige Träger der Sozialhilfe oder der öffentlichen Jugendhilfe von der jeweiligen Krankenkasse verlangen, die Angemessenheit der Aufwendungen zu prüfen und nachzuweisen.

Anhang 3: Psychiatrische Krankenpflege Asylbewerberin

Ambulante psychiatrische Krankenpflege bei Migranten am Beispiel einer Asylbewerberin mit dem Krankheitsbild der paranoid-halluzinatorischen Psychose.

Kurzinformation aus der psychiatrischen Klinik:

Seit Mai 2002 wiederholte stationäre Aufenthalte in der psychiatrischen Klinik.

Vorausgegangen waren jedes Mal akute Exacerbationen und Suizidversuche.

Die Einrichtung der Betreuung durch die ambulante psychiatrische Krankenpflege wurde durch die Klinik angeregt, um die Medikamentengabe zu sichern und den Medikamentenmissbrauch zum Suizid zu unterbinden.

Mit folgenden weiteren Informationen startete ich zur ambulanten psychiatrischen Krankenpflege:

32 jährige türkische Patientin, Zustand nach wiederholten Suizidversuchen, paranoid-halluzinatorische Psychose.

Am 2.12.2003 wurde die Patientin aus der Klinik entlassen.

Nachmittags fand mein erster Besuch statt. Ich fuhr zu den weit außerhalb gelegenen Notunterkünften der Stadt, die aus mehreren Containergebäuden bestehen und fragte mich zu der „Wohnung“ durch. Dort gibt es keine Briefkästen, Klingeln oder Namensschilder.

Ich fand eine sympathische junge Frau vor, die schon ungeduldig wartete. Sie hatte seit morgens keine Medikamente eingenommen, und auch keine zu Hause. Ein Rezept fehlte ebenso. Da die behandelnde Psychiaterin in ihrer Praxis nicht mehr zu erreichen war, besorgte ich die fehlenden Medikamente in der Klinik. Bei der Medikamentengabe erfuhr ich, dass sie bereits vor dem letzten Klinikaufenthalt die Medikamente von einem somatischen Pflegedienst bekam. Während des Gespräches (was sie sehr überraschte, denn die anderen Schwestern hätten sich nicht mit ihr unterhalten) fand sich die gesamte Familie im „Wohnzimmer“ ein und beäugte mich neugierig. Das waren der Ehemann und die sieben Kinder im Alter von sechs Monaten bis 12 Jahre. Auch Nachbarn und Bekannte schauten immer mal zur Tür herein.

Ganz allmählich entwickelte sich eine vertraute Beziehung und die Patientin öffnete sich in Gesprächen immer mehr. Um außerhalb der Familie und des immerwährenden Geräuschpegels spielender oder streitender Kinder sprechen zu können, machten wir bei gutem Wetter kleine Spaziergänge, die ihr sichtlich gut taten.

Innerhalb weniger Tage erfuhr ich die gesamte Lebensgeschichte der Familie, und möchte an dieser Stelle auf den bewegten Lebenslauf der Patientin und ihres Mannes eingehen.

Frau A wurde 1973, als älteste von 5 Geschwistern, im Libanon geboren.

In den Wirren des Bürgerkrieges flohen ihre Eltern mit den Kindern in die Türkei, in den Ort Mardi. Dort „kauften“ sie neue Pässe. Der Ausweis den Frau A damals erhielt machte sie 5 Jahre jünger, als sie in Wirklichkeit war.

Ihre schwer depressive Mutter verließ (zwangsweise) die Familie für drei Jahre, die Kinder blieben beim Vater, wo Frau A als älteste mit 10 Jahren den gesamten Haushalt führte und die jüngeren Geschwister versorgte. Nachdem die Mutter zurückkehrte, verschärfte sich die Situation weil diese ihre Kinder viel schlug. Frau A berichtet in dieser Zeit eine erste depressive Phase mit komplettem Rückzug über Monate gehabt zu haben.

In Mardi lernte sie ihren jetzigen Mann kennen. Auch er wurde im Libanon geboren und auch seine Eltern flüchteten damals mit ihren 13 Kindern (er ist das 10.lebende Kind von insgesamt 25 geborenen Kindern). Da seine Großeltern zeitweilig in der Osttürkei gelebt hatten, besorgte (kaufte) auch sein Vater türkische Pässe, um im Notfall nicht in den kriegsgeschüttelten Libanon zurück zu müssen. Die Familie floh bis nach Deutschland und beantragte 1985 Asyl. Dennoch kehrte die Familie mit einigen Kindern 1989 in die Türkei zurück. Ob seine Eltern damals freiwillig oder gezwungen ausreisten, kann er heute nicht mehr sagen. Auf jeden Fall wurden sie dort mit den gekauften Pässen als Staatsbürger aufgenommen.

Frau A heiratete gegen den Willen ihrer und seiner Familie ihren jetzigen Ehemann. Zuerst lebten sie bei seinen Eltern, dort wurde sie gedemütigt (von der Schwiegermutter auch geschlagen) und schließlich genauso verstoßen, wie von ihren Eltern.

Die Ehe wurde nur muslimisch geschlossen, weil eine staatliche Eheschließung auf Grund der Änderung des Geburtsjahres von Frau A nicht möglich war. Laut Ausweis war sie noch zu jung.

1993 wurde ihr Mann zum türkischen Militär einberufen und tauchte von diesem Zeitpunkt an unter. Die Einberufung war nämlich aus zwei Gründen problematisch:

- Beide waren im Kurdenland Mardi/Türkei als Araber eine Minderheit in der Minderheit (Kurden) und mussten sich von beiden Seiten Repressalien gefallen lassen. In dieser schwierigen Situation hatte er nicht die Möglichkeit den Militärdienst zu verweigern.
- Da sie nicht bürgerlich verheiratet waren, bekam sie während der Militärdienstzeit keinerlei finanzielle Unterstützung. Sie hatte zu dieser Zeit aber bereits 2 Kinder (das älteste Kind lebt noch heute in der Türkei, worunter sie sehr leidet).

Nachdem der Mann zwei Jahre im Untergrund gelebt und gearbeitet hatte, gelang ihnen schließlich 1995 die Flucht nach Deutschland, wo sie Asyl beantragten.

Herr A hat im Kreis Mettmann mehrere Geschwister und wurde mit seiner Familie hier „aufgenommen“.

Ein Bekannter hat die Situation folgendermaßen dokumentiert:

Nachdem er zwei Jahre im Untergrund gelebt hatte, gelang den beiden schließlich 1995 mit einem der dann drei Kindern die Flucht nach Deutschland, wo sie Asyl beantragten. 1999 gelang es einer Bekannten den zweitältesten Sohn mit nach Deutschland bringen. Zu ihrem Bedauern hat es der älteste Sohn bis heute nicht geschafft, zu ihnen zu kommen.

Da die Ehe von den deutschen Behörden nicht anerkannt wurde, wurden sie im Asylverfahren immer getrennt behandelt. 1998 wurde der Asylantrag von Herrn A abgelehnt, worauf er abgeschoben werden sollte. Da die Familie sich nicht trennen lassen wollte, sind sie in diesem Augenblick in Panik ausgebrochen und haben die Stadt (trotzt Residenzpflicht) fluchtartig in Richtung Bremen verlassen, weil dort ein weiterer Verwandter des Mannes lebte. Sie blieben dort drei Jahre.

Dort haben Sie, das mag man ihnen heute vorwerfen, unter dem Namen B erneut Asyl beantragt. Dies war kein falscher Name, sondern einer der vielen, nach denen sich die Familie benannte,

ebenso wie diejenigen, die sie später benutzten. Hier kam ein weiteres Kind zur Welt. Ein weiteres s.o. war 1999 aus der Türkei gekommen, so dass sie jetzt 5 Kinder hatten.

Als Mitte des Jahres 2000 die Wahrheit herauskam, sind sie nach Belgien (Brüssel) gefahren und haben dort, unter dem Namen C, Asyl beantragt.

Anfang 2001 sind sie schließlich guten Willens zurück nach Heiligenhaus gekommen der Hoffnung, dass ihre schwierige Situation erneut besprochen werden würde.

Frau A war erneut schwanger.

Die Stadt wies ihnen einen Raum im Asylheim zu, worin nicht ein Möbelstück stand. Ausgehungert und ohne einen Pfennig Geld in der Tasche baten sie die zuständige Mitarbeiterin des Sozialamtes der Stadt um Betten und etwas zu essen. Dies wurde ihnen mit den Worten verweigert, sie würden ohnehin am nächsten Morgen in die Türkei abgeschoben. Dies löste erneut eine solche Panik aus, dass sie sich noch am gleichen Tage von einem Bekannten zur Schweizer Grenze mitnehmen ließen. Zu Fuß überquerten sie die Grenze und beantragten unter dem Namen D erneut Asyl.

Als sie Mitte 2001 dort "enttarnt" wurden, kam es zu einer schweren Krise. Die Frau wurde sehr schwer psychisch krank, während der Mann Angst vor einer getrennten Abschiebung hatte. Er wollte deshalb wieder weg, während die Frau körperlich und seelisch am Ende war und einfach nur bleiben wollte. Herr A ist dann alleine nach Deutschland zurück und seine Frau wurde in der Schweiz in eine psychiatrische Klinik eingeliefert. Bis auch sie dann im Frühjahr 2002 mit dem Versprechen in die Bundesrepublik gebracht wurde, dass man sie nicht abschieben würde. Hier haben die Eheleute dann, mit der Unterstützung eines ihnen gut gesonnen Sozialarbeiters der Stadt ihre Asylsituation neu aufgearbeitet.

Nach der Geburt eines weiteren Kindes Mitte 2003 in Heiligenhaus kam es dann erneut, aufgrund der ungeheuren Belastungen, zu einer schweren psychischen Krise von Frau A, während der sie 6 Wochen klinisch betreut werden musste.

Inzwischen existiert ein gemeinsames Sorgerecht für die 4 Kinder, die in Deutschland geboren sind.

(Übernommen von K.-B. H.)

Die unüberlegte Flucht in verschiedene Städte Europas lässt sich gut nachvollziehen, wenn man sieht, dass die deutschen Behörden auf Grund des „Ledigenstatus" immer wieder versucht haben den Mann und Vater separat abzuschieben und so von der Familie zu trennen.

Inzwischen hat die Familie 8 Kinder. Sechs Kinder wurden hier geboren. Die vier Jungen gehen hier zur Schule.

Der Ehemann hatte eine unbefristete Arbeitserlaubnis und hat auch bis September 2003 voll gearbeitet. Er hat diese Stelle erst aufgegeben, als seine Frau einen sechswöchigen Klinikaufenthalt antreten musste, weil sich keine Betreuung für die Kinder fand.

Seitdem verlängert das Ausländeramt die Duldung immer nur für einen Zeitraum von wenigen Wochen, so dass das Arbeitsamt keine Arbeit vermitteln kann. Für selbstgesuchte Arbeitsstellen gibt es keine Arbeitserlaubnis.

Diese Situation wirkt sich auf die gesamte Familie negativ aus.

Die finanzielle Versorgung liegt 30 % unter dem Sozialhilfesatz, Kindergeld gibt es in diesen Fällen nicht.

Da das „Asylantenheim“, wie es in der Stadt genannt wird, weit außerhalb liegt, können Freizeitangebote für die Kinder nicht genutzt werden. Ebenso frühzeitige Kindergartenanmeldungen, der nächste Kindergarten liegt etwa 3,5 bis 4 km entfernt, und ist nur zu Fuß zu erreichen.

Durch die kurzweiligen Duldungen können die Jungen, die durchweg gute Schüler sind, nur die Hauptschule besuchen. Damit sind auch deren Zukunftsperspektiven reduziert. Hier half auch nicht das Engagement einer Klassenlehrerin die für einen Jungen , aufgrund seiner hervorragenden Leistungen, den Schulwechsel befürwortete und mit einer Stellungnahme unterstützte.

Das Sozialamt erlaubt keinen Wohnungswechsel.

Die derzeitige Wohnsituation ist extrem schlecht. Die Wohncontainer sind schlecht isoliert, feucht und schimmelig. Es ist hellhörig und entsprechend der Witterung zu kalt oder zu warm. Die Familie lebt in drei Zimmern. Zwei werden als Schlafzimmer benutzt , in einem befindet sich eine kleine Nasszelle (Dusche und Toilette). Das größte Zimmer wird als Wohnzimmer genutzt. Dort findet eigentlich der gesamte Tag statt. Alle Zimmer gehen von einem Durchgangsflur ab und sind nicht miteinander verbunden. Koch- und Spülgelegenheiten befinden sich weit ab, direkt in dem zugigen Eingangsbereich der Wohnsilos.

Für eine Mutter mit mehreren Kleinkindern ein echtes Handicap.

Durch die anhaltende Zwangssituation flüchtet sich der streng gläubige Ehemann immer mehr in seine religiösen Rituale, während sie bereits bei kleineren Belastungen in ihrer Erkrankung dekompensiert und mit Angstzuständen und Verfolgungsängsten reagiert.

Diese Lebenssituation über Jahre auszuhalten vor dem Hintergrund einer jederzeit möglichen Abschiebung in die Osttürkei (was vom Ausländeramt immer wieder betont wird) ist eine enorme Belastung. Denn bei einer Abschiebung in die Türkei müsste der Ehemann erst einmal seinen eineinhalbjährigen Militärdienst absolvieren.

Weil er als Fahnenflüchtiger angesehen wird, zusätzlich noch als Mitglied einer Minderheit, wird dies mit erheblichen Repressalien verbunden sein. Während dieser Zeit bleibt das Problem bestehen, dass die „unverheiratete“ Frau mit dann 9 Kindern (incl. des in der Türkei lebenden, ältesten Sohnes), keinen Unterhalt bekommt und nicht überleben kann. Hinzu kommt, dass die hier lebenden Kinder nur deutsch und arabisch sprechen. Auf Grund der Erkrankung von Frau A wird deutlich, dass sie diese Situation ohne erneute Exacerbation nicht wird bewältigen können.

Pflegeplanung

Nach welchem Modell?

Für diese Patientin eine Pflegeplanung zu erstellen angesichts dieser komplexen Problemlage fiel mir sehr schwer. Ich sah keinen Sinn darin ihr regelmäßig die Medikamente zu verabreichen, Entlastungsgespräche zu führen um sie dann wiederum mit ihrer Situation allein zu lassen und dies bis zur endgültigen Abschiebung. Das war keine Zukunftsperspektive im Sinne meiner Patientin und ich war nicht gewillt dies zu unterstützen.

Ambulante psychiatrische Krankenpflege im Sinne von Medikamentengaben, Entlastungsgesprächen, begleiteten Arztbesuchen, Zukunftsperspektiven erarbeiten (auch für den Fall einer

Abschiebung in die Türkei), Krankenbeobachtung, Informationen zur Schwangerschaftsverhütung mussten natürlich stattfinden aber zusätzlich brauchte ich Informationen:

- zum Asyl- und Ausländerrecht,
- zu Möglichkeiten des Wohnraumwechsels,
- zum kulturellen Hintergrund,
- über Adressen von Anwälten mit Spezialisierung auf das Asylrecht,
- zum Vorgang der Abschiebung,
- zur Unterstützung bei freiwilliger Ausreise
- zu den Möglichkeiten einen Petitionsausschuss oder die Härtefallkommission anzurufen

Zum Einholen dieser Informationen (ohne die ich handlungsunfähig bliebe) gestand mir mein Arbeitgeber die Arbeitszeit zu die ich brauchen würde. Keiner meiner Kollegen hatte Erfahrung in diesem Bereich, daher war dies ein kompletter Neubeginn.

Bereits nach zwei Wochen ambulanter psychiatrischer Krankenpflege lehnte das Sozialamt eine weitere Kostenübernahme ab. Ich sprach beim Sozialamtsleiter vor, nachdem die Sachbearbeiterin mich sehr unwirsch abfertigte und fragte nach der Begründung. Diese kam prompt: „ Die werden alle psychisch krank wenn sie abgeschoben werden sollen, die simulieren bloß, werden sie schon sehen.....“

Dennoch wollte er mit dem Kreissozialamt Rücksprache nehmen um die Kostenübernahme zu klären. Ohne die Kostenübernahme gesichert zu haben besuchte ich die Patientin weiterhin (in Absprache mit meinem Arbeitgeber) denn ich hielt sie während der gesamten Zeit für latent suizidal. Nach Rücksprache mit dem zuletzt behandelnden Stationsarzt bezüglich eines Attestes zur Erkrankung teilte mir dieser mit, er könne die Patientin in der Zukunft nicht mehr aufnehmen, denn das Sozialamt hätte schon im Vorfeld die Kostenübernahme für die stationäre Behandlung verweigert.

Diese Information löste im gesamten Kollegenkreis Bestürzung aus. Denn wie sollte ich mich im Falle eines erneuten Suizidversuches oder bei einer erneuten Krise der Erkrankung der Patientin verhalten?

Ich wiederholte meinen Besuch bei dem Sozialamtsleiter, legte das Attest des Stationsarztes vor, und fragte ob das Sozialamt die Fürsorgepflicht ablehnen und die Verantwortung tragen wolle.

Wir einigten uns darauf, das dieser „Fall“ dem Amtsarzt zur Begutachtung vorgelegt würde. Dieser sah die Behandlung für absolut notwendig an. Dennoch gab es immer wieder Schwierigkeiten bei den Verlängerungen der ärztlichen Verordnungen. Die Vorlage beim Amtsarzt wurde absichtlich hinausgezögert und bei Erkrankungen der Verwaltungsangestellten einfach nicht bearbeitet. So das ich schließlich dazu überging selbst von jeder Folgeverordnung eine Kopie an den Amtsarzt zu schicken, was die Amtshierarchie außerordentlich irritierte und noch weniger freundlich stimmte.

Im Jahre 2004 wurden neue Kriterien zu den Zuzahlungsbedingungen für Medikamente und Hilfsmittel festgelegt. Nun mussten anteilmäßig Medikamente selbst bezahlt werden, was für diese Patientin eine starke finanzielle Belastung war, da sehr schnell Beträge von 20,-€ pro Rezept zusammenkamen. Die Sachbearbeiterin im Sozialamt sah keine Änderungsmöglichkeit, da dies im Asylbewerbergesetz ohnehin nicht vorgesehen sei. Die Situation spitze sich zu, als zum Monatsende Medikamente besorgt werden mussten und die Patientin kein Bargeld mehr besaß.

Ich bat wiederum um Kostenübernahme, die mir erst gewährt wurde als ich androhte den Raum nicht eher zu verlassen bis die Zuständigkeit der Verantwortung für die möglichen Folgen der abrupten Beendigung der medikamentösen Therapie geklärt seien (das war freitags um 11.45 Uhr) Nach einigen Telefonaten mit dem Kreissozialamt in meinem Beisein stellte sich heraus, dass Asylbewerber, im laufenden Asylbewerberverfahren, grundsätzlich von Zuzahlungen zu befreien seien.

Dies bekam ich nun (widerwillig) schriftlich. Dieser Zettel irritierte zwar nun die Apotheken, aber sie akzeptierten es.

Weitere massive Probleme zeigten sich bei den Besuchen und dem Umgang mit dem Ausländeramt. Das Ehepaar sollte sich, möglichst immer zusammen, dort einfinden. Angesichts der Wohnlage, der vielen Kinder, der Erkrankung der Frau und der Fahrtkosten in die Kreisstadt eine schwierige Aufgabe. Zudem lebten die Beiden mit der ständigen Angst dort sofort in Abschiebehaft genommen zu werden, was dem Mann schon wiederholt angekündigt worden war. Da auch dort ein derber Umgangston herrscht und Frau A schon bei der Ankunft von Briefen des Ausländeramtes massive Ängste entwickelt und ihre Affekte kaum kontrollieren kann, begleite ich sie zu diesen Terminen.

Einmal war die Verwaltungsfachangestellte erkrankt und wir fanden nur eine kleine Notiz an der Tür. Der Weg und die damit verbundene Aufregung waren umsonst.

Ein anderes Mal fanden wir das Amt geschlossen vor. Auf Grund des Bearbeitungsrückstandes der Anträge an diesem Tag kein Publikumsverkehr.

Dennoch hatten wir jedes Mal Vorladungen.

Anders herum geschah folgendes:

Frau A hatte im Frühjahr alle Medikamente wegen einer erneuten (ungewollten) Schwangerschaft absetzen müssen. Allein die ungewollte Schwangerschaft belastete sie schon enorm, als sie dann auch noch unglücklich fiel - mit dem Bauch auf das Ende eines Kinderbettes- fand ich sie in einem sehr kritischen psychischen Zustand vor. Als die gynäkologische Abklärung eine Risikoschwangerschaft ergab und der Arzt ihr viel Ruhe verordnete war sie zusätzlich beunruhigt. In den folgenden Tagen verschlechterte sich ihr psychischer Zustand zusehens, sie bekam vermehrt optische und akustische Halluzinationen und Verfolgungsängste. Nach Absprache mit der behandelnden Psychiaterin übernahm der Oberarzt der Psychiatrischen Klinik in enger Zusammenarbeit mit mir die ambulante medikamentöse Einstellung der Patientin. Genau in diesen Zeitraum fiel eine erneute Vorstellung beim Ausländeramt mit Vorführung beim Türkischen Konsulat in Düsseldorf zwecks Feststellung und Prüfung der „türkischen“ Identität.

Telefonisch beschrieb ich die Hinderungsgründe dem Ausländeramt, welches ein Attest vorgelegt haben wollte. Dieses Attest wurde dem Amt gefaxt. Herr A fuhr alleine zu diesem Termin. Frau A legte sich aufs Sofa da sie sich nur mühsam auf den Beinen halten konnte. Die kleineren Kinder spielten um sie herum, als plötzlich zwei Polizeibeamte erschienen und sie mitnahmen um sie beim Konsulat vorzuführen. Da half kein Attest und auch nicht die Situation der unbeaufsichtigten Kleinkinder und des Babys. Die älteren Jungen waren außer Haus. Sie musste die kleinen Kinder unbeaufsichtigt zurücklassen.

Um die „Wichtigkeit“ dieses Termins aufzuzeigen ,muss ich noch berichten das Frau A im Konsulat nicht befragt wurde, sondern nur ihr Mann.

Dies zeigt aber auch die Hilflosigkeit der Asylbewerber, denn in solchen Situationen falsch zu reagieren bedeutet eine unterlassene Mitarbeit im Sinne des Ausländeramtes und bei Widersetzungen werden solche Personen kriminalisiert und sehr schnell in Haft genommen.

Diese Erfahrung war für die Patientin extrem traumatisierend, seitdem glaubt sie , dass eines Tages die gesamte Familie so abgeholt und abgeschoben würde.

Probleme finden sich jedoch nicht nur im direkten Umfeld der Patientin, sondern in allen Bereichen.

So wurden wir bei einem gemeinsamen Einkauf in einem renommierten örtlichen Schuhgeschäft beobachtet wie professionelle Ladendiebe.

Denn in dieses Geschäft gehen normalerweise keine „türkischen Kunden".

Die behandelnde Kinderärztin nahm das nun zweitjüngste Kind in eine Impfstudie auf ohne die Eltern entsprechend aufzuklären. Erst als ich mich über die nachfragenden Telefonate einer Pharmafirma wunderte, kam heraus dass das Kind an einer Studie teilnahm, die über Jahre läuft. Im Falle einer Abschiebung und Erkrankung gäbe es keine Möglichkeit der Regressansprüche, denn die Familie hatte nichts schriftlich. Daraufhin bekamen sie einen Versicherungsvertrag der Pharmafirma ausgehändigt.

Die Zahlungen des Sozialamtes erfolgten sehr unregelmäßig. Sie bekamen Gelder immer nur Anteilsweise, so kam es vor das ein Kind in der Schule einen Briefumschlag mit Geld überreicht bekam, oder auf dem Gang des Asylheimes eine schnelle Ausgabe erfolgte. Quittungen wurden nie ausgestellt. Daher war eine finanzielle Planung für die große Familie sehr schwierig, denn die genaue monatliche Summe war nicht nachzuvollziehen. Dies wurde erst geändert als ein deutscher Bekannter sich nachdrücklich dafür einsetzte.

Verständlich wird dies, wenn man weiß, dass die Leistungen nach Asylbewerbergesetz 30% unter dem Sozialhilfesatz liegen, Kindergeld gibt es auch nicht. Die Miete für die Unterkunft im Containerbau wird der Familie mit monatlich 950,-€ berechnet. Natürlich nur rechnerisch, denn die Summe wird auf direktem Wege vom Sozialamt der Stadt an das Wohnungsamt der Stadt gezahlt. Dennoch führte dies dazu, dass obwohl Herr A arbeitete, fast das gesamte Geld für die Miete abgezogen wurde. Als er mir seine Arbeitsunterlagen zeigte, stellte ich fest, dass er nicht ein Kind auf der Steuerkarte hatte und als ledig galt. Er verstand überhaupt nicht warum das wichtig sei.

Nach einigen Anläufen hat er nun 4 Kinder auf seiner Steuerkarte, aber mit den nur für wenige Wochen gültigen Duldungen, ist eine Arbeitsaufnahme nicht möglich.

Auch für die Kinder ist diese Wohn- und Lebenssituation sehr bedrückend. Das zeigt sich zum Beispiel daran, das auch die großen Jungen Bettnässer sind.

Sie können keine Freunde mit nach Hause bringen und werden ihrerseits nicht eingeladen. Obwohl sie in der Schule gute Leistungen erbringen, können sie nur die Hauptschule besuchen, denn bei ungeregeltem Aufenthaltsstatus werden sie an anderen Schulen (nach Auswahlverfahren) nicht aufgenommen.

Einziger Lichtblick für die Kinder ist ein engagierter Heiligenhauser, der fast täglich mit den Jungen Hausaufgaben macht und am Wochenende auch Ausflüge, Zelten oder einen Kino- bzw. McDonaldbesuch organisiert und bezahlt.

Die Reihe der aktuellen kleinen und großen Probleme ließe sich beliebig fortführen und lässt zeitweilig den ursprünglichen Auftrag, nämlich ambulante psychiatrische Krankenpflege bei einer Patientin mit einer paranoid-halluzinatorischen Psychose, in den Hintergrund treten.

Daher ist es sehr wichtig zwischen den persönlichen, gesellschaftlichen, politischen und professionellen beruflichen Interessen zu unterscheiden.

Professionelle psychiatrische Krankenpflege

Unabhängig von Kultur und Sprache sowie allen anderen Problemen müssen die tägliche Medikamentengabe sowie die Möglichkeit zu einem Entlastungsgespräch gesichert werden.

Hierbei ist der Zeitfaktor ganz bedeutend, denn die verbale Kommunikation ist gerade bei ausländischen Patienten stark von der Tagesform und dem derzeitigen Krankheitsverlauf abhängig. Zudem sollen möglichst nur eindeutige, einfache Vokabeln benutzt werden. Die Gesprächsentwicklung ist zudem noch von der Zusammensetzung der anwesenden ....weiteren... Personen abhängig. Um bestimmte wichtige Informationen zu erhalten und intimere Themen ansprechen zu können, bedarf es nicht selten mehrere Tage Geduld bis zum richtigen Zeitpunkt.

Eines der wichtigsten Themen ist das der zukünftigen Schwangerschaftsverhütung. Leider konnte die antipsychotische medikamentöse Therapie noch nie über einen entsprechend langen Zeitraum durchgehalten werden, da sie immer wieder schwanger wurde. Während Frau A schon längst keine weiteren Kinder mehr möchte, (während der letzten Schwangerschaft sogar äußerte, das ungeborene Kind schon jetzt zu hassen, weil sie den Leidensdruck ohne Medikamente nicht mehr ertragen könne) liegt es dennoch nicht in ihrer alleinigen Entscheidung. Durch die Familienstruktur mit einer Entscheidungsbefugnis die ganz klar bei dem Mann der Familie liegt, ist es einer Frau in dieser Situation nicht möglich sich dem zu widersetzen. So musste sie sich eine eingesetzte Spirale wieder entfernen lassen, weil dies den religiösen Vorstellungen des Islam widerspricht. Die „ Pille“ könnte sie einnehmen, aber bei den zusätzlichen Medikamenteneinnahmen wäre sie absolut unzuverlässig. So lebt sie nun mit der Angst erneut ungewollt schwanger zu werden.

Dieses Thema muss mit dem Mann ganz behutsam besprochen werden sowie eine ausführliche Aufklärung zu dem Thema Empfängnisverhütung. Denn trotz der vielen Geburten sind biologische Zusammenhänge im Sinne einer umfassenden Aufklärung nur in Ansätzen vorhanden.

Ein weiterer wichtiger Punkt sind die notwendigen Arztbesuche, die auf Grund der familiären Situation richtig organisiert werden müssen. Dazu ist die Patientin an vielen Tagen nicht in der Lage. So wurden die Arztbesuche oftmals zu lange hinausgezögert, bis zur akuten suizidalen Krise bei der Patientin selbst oder bei den Kindern bis kurz vor einem Krankenhausaufenthalt.

Die Sicherstellung der Arzttermine durch die ambulante Betreuung hat wesentlich zur Entlastung der Familiensituation beigetragen. Denn in den beengten Schlafräumen wecken sich alle gegenseitig auf wenn gehustet und geweint wird.

Die Psychoseinhalte selbst unterscheiden sich nicht von denen anderer Kulturen, sie sind eng mit der Biographie der Patientin verbunden. Die kommentierenden und imperativen Stimmen wiederholen das, was die Patientin schon immer (von den Eltern, Schwiegereltern, andern Verwandten) zu hören bekam.

Auffallend ist für mich, wie ordentlich und sauber es in dieser „ Wohnung“ ist. Bei diesen Wohnverhältnissen und bezugnehmend auf die Schwere der Erkrankung eine außerordentliche Leistung.

Die ambulante psychiatrische Krankenpflege hat nicht nur die persönliche psychische Versorgung im Auge, sondern strebt eine umfassende personenzentrierte Unterstützung aller Lebensaktivitäten an. Deshalb ist die Koppelung des Handlungsbedarfes mit dem entsprechende „Know how“ existentiell. Die klare Entscheidung für eine bestimmte Pflegetheorie konnte ich in diesem Fall nicht treffen, so zog ich mir das heraus was mir wichtig erschien.

Dorothea Orem beschreibt das Self care Defizit Modell. Das Hilfe zur Selbsthilfe beinhaltet, so wie auch Maria Montesori es beschreibt. Dies setzt aber voraus, das Selbsthilfekompetenzen genutzt werden können, also auch erlernt wurden. Da diese Theorie gesellschaftlich und kulturell gebunden ist, habe ich hier keinen hilfreichen Ansatzpunkt gefunden. Für mich beschreibt D. Orem Pflege im Kontext mit gesellschaftlicher Normalität, die für mich in diesem Fall nicht vorliegt.

Nancy Roper beschreibt überwiegend die Hilfe bei den Aktivitäten des täglichen Lebens. Sie beschreibt zwar die Einflussfaktoren die abhängig sind von der Umgebung, soziokulturellen und politisch-ökonomischen Ansätzen, zeigt aber keine Lösungsmöglichkeiten auf.

In der Pflegetheorie nach Hildegard Peplau wird die Beziehungsarbeit in den Vordergrund gestellt. Von zentraler Bedeutung sind die Ausführungen zur Angst und die Forderung das Pflegepersonen für ihre Tätigkeit qualifiziert ausgebildet werden müssen. In dieser Theorie finde ich einige Ansatzpunkte für meine tägliche Arbeit, aber dennoch kommen auch hier die gesellschaftspolitischen Faktoren nur ungenügend zur Sprache. Die Ausführungen zur Beziehungsgestaltung, Umgang mit dem eigenen Frustrationsgefühl und der eigenen Rollenfindung im Pflegeprozess sind nach meiner Ansicht tolle Ansatzpunkte für eine kultursensible, sozialpsychiatrische Pflege und fordert die Weiterentwicklung dieser Punkte förmlich heraus.

Die Bedürfnishierarchie nach Abraham Maslow beschreibt die notwendigen Bedingungen für eine gesunde Weiterentwicklung. Hier wird besonders deutlich, dass bestimmte Voraussetzungen gegeben sein müssen, die nicht nur krankheitsbezogene Aspekte sondern auch menschliche und gesellschaftspolitische Inhalte berücksichtigen. Auf den oben beschriebenen Fall bezogen sind das die Forderungen nach einer Bedürfnisbefriedigung der physiologischen Bedürfnisse, der Sicherheit und Zugehörigkeit. Die Befriedigung der menschlichen Bedürfnisse in der Hierarchie nach A .Maslow sind hier nicht möglich, und somit stagniert auch die positive Weiterentwicklung.

Hieraus ergab sich für mich die Suche nach einer weiteren Theorie bzw. Alternativmethode.

In der Migrationsforschung werden die Belastungen der Migration von C.E.Sluzki anhand einer Belastungskurve veranschaulicht. Beim Betrachten dieser Kurve kann man sich leicht vorstellen, das in der Phase der Dekompensation (z.B. durch unendlich lange Asylverfahren oder Einbürgerungsschwierigkeiten) zusätzliche unerwünschte Reaktionen hervorgerufen werden die den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen. Daraus ist klar ersichtlich, dass dann keine positive Zukunftsgestaltung stattfinden kann.

Ich habe die Belastungskurve von C. Sluzki um die Kurve der Krankheitsentwicklung erweitert um die daraus resultierende Diskrepanz, die den Pflegebedarf darstellt, zu veranschaulichen.

Hieraus wird ersichtlich, dass psychiatrische Krankenpflege an dieser Stelle aus einem Spagat zwischen den notwendigen pflegerischen Interventionen und den gesellschaftlich-rechtlichen Gesetzen besteht.

Wird die Dekompensationsphase künstlich verlängert, wird einer chronischen Verlaufsform zugearbeitet.

Eine zusätzliche Schwierigkeit zeigt sich, wenn ein ausgeprägter sekundärer Krankheitsgewinn besteht. Die Aussicht nach erfolgreicher Therapie ausgewiesen zu werden, neben all den anderen aufgezeigten Schwierigkeiten, macht die Behandlung nahezu aussichtslos. Eine Therapie ohne diese entsprechenden Ressourcen ist unmöglich.

Bezugnehmend auf den oben beschriebenen Fall ist es nicht verwunderlich, dass der Ehemann sich in die Religion flüchtet, da er nur dort eine gefühlsmäßige Sicherheit empfindet und sich kulturell zugehörig fühlt. Denn all seine Bemühungen zur Integration wurden (aus seiner Sicht) durch uns und unsere Gesetze unterbunden.

Ich glaube nicht das wir erwarten können das der innere Anspruch zur Integration, über viele Jahre nach all den negativen Erlebnissen, aufrecht erhalten werden kann.

Gari Pavkovic bezieht sich in diesem Zusammenhang auf ein bedeutsames Unterscheidungskriterium der Migrationsforschung.

Es wird unterschieden zwischen Menschen mit parochialer Orientierung, die sich eher auf die Kirchengemeinde beziehen und im Umfeld der Herkunftsgruppe verbleiben; im Gegensatz dazu meint kosmopolitisch Orientierung die Offenheit für Neues, vielleicht gerade um die Enge der Herkunftsgruppe zu überwinden. Dass diese Orientierungen sich im Laufe des Migrantenlebens wandeln können zeigt das Beispiel der „ Re- Islamisierung“ (Halm 1986) von türkischen Einwanderern in Deutschland: Viele waren zum Zeitpunkt der Auswanderung kosmopolitisch und politisch links orientiert. Die negativen Erfahrungen im Aufnahmeland, Diskriminierung und soziale Isolation können aber zur Rückkehr zur türkischem Nationalbewusstsein und verstärkter Hinwendung zum Islam führen. Eine soziale Nichtaufnahme im neuen Land ist für Identität und Selbstbewusstsein negativ. Die bewusste Hinwendung zur Herkunftsgruppe kann dagegen identitätsstabilisierend wirken. In der Ethnologie wurde für dieses Phänomen der Begriff „ Traditionalismus als Widerstand gegen die Unterdrückung“ geprägt.

Nach dieser Theorie ist die Familie noch zusätzlich in ihrer Haltung gespalten und zeigt die gemeinsame Orientierungslosigkeit auf.

Frau A ist noch offen für die Integration. Als Frau in ihrer Situation kann sie nur hoffen dass sie bleiben kann und kleine Veränderungen im Sinne einer persönlichen Emanzipation auf ihr Leben Einfluss haben. Besonders die Zukunft ihrer Mädchen beschäftigt sie sehr, sollen sie doch nicht das gleiche Schicksal erleiden wie sie.

Auszug aus der Hausarbeit von Martina Lehmann (2005): Spezielle Problematik bei psychisch erkrankten Migranten und Asylanten im Rahmen der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege. Im Rahmen der Weiterbildung zur Fachpflegekraft in der Psychiatrie am Berufsfortbildungswerk (bfw) Bochum. Heiligenhaus, 14.03.2005 (unveröffentlicht)

Anhang 4: Bericht der ehrenamtlichen Flüchtlingsbetreuerin Roswitha Dubiel, Peine

Ich bin ehrenamtliche Flüchtlingsbetreuerin und schreibe Ihnen, weil ich es unerträglich und unzumutbar finde, wie das Sozialamt Peine eine zeitnahe Versorgung von kranken Flüchtlingen geradezu unmöglich macht.
Gerade eben zeigte mir ein in Lengede ansässiger Flüchtling einen Terminzettel vom Sozialamt, den er statt eines Krankenscheines erhielt, damit er am nächsten Tag endlich den benötigten Krankenschein ausgestellt bekommt. Er verstand nicht, was da passiert war und bat mich um eine Erklärung mit Hilfe eines Übersetzungsprogrammes.
Ich frage mich: Warum bekommt der Flüchtling nicht sofort seinen Krankenschein? Das Ausstellen eines Terminzettels erfordert den gleichen Zeitaufwand wie das Ausstellen eines Krankenscheines! Warum also soll sich der Mann, der an schlimmen Zahnschmerzen leidet, am nächsten Tag noch einmal auf den Weg zum Sozialamt machen? Die Busfahrt kostet den Flüchtling jedes Mal 7,60€! Und er ist mit dem Bus und zu Fuß noch einmal mindestens 3 Stunden unterwegs, und das mit schlimmen Zahnschmerzen! In diesem speziellen Fall wird er auch noch den Deutschkurs für Asylbewerber versäumen, der regelmäßig Donnerstagvormittag stattfindet.
Vom Sozialamt Peine wird auf dem Rücken kranker, völlig hilfloser Asylbewerber eine völlig überzogene und unnötige Bürokratie praktiziert, die als menschenverachtend und schikanös bezeichnet werden muss. Bereits am 30. 01.2015 wandte ich mich an den Leiter des Sozialamtes Herrn Schröter, um auf die mangelnde Umsetzbarkeit der seit dem 01.02.2015 neu in Kraft getretenen Regeln hinzuweisen, erhielt jedoch leider keine Antwort. Bis zum 31.01.2015 war es nämlich so, dass der Flüchtling jederzeit nach Vorlage seines Arzttermins einen Krankenschein ausgestellt bekam, was auch schon umständlich war, aber nicht unmöglich. Man muss bedenken:

1. Der Flüchtling ist erkrankt, hat hohes Fieber und Schmerzen. Welche Strapaze, welches Leiden wird diesem Menschen zusätzlich zugemutet, wenn er erst noch Behördengänge, Busfahrten und Fußmärsche auf sich nehmen und viele Stunden, evtl. Tage auf ärztliche Hilfe warten muss?
2. Wie sollen Flüchtlinge ohne Deutschkenntnisse das System verstehen und auch noch telefonische Terminabsprachen treffen? Nicht alle bekommen Hilfe von Ehrenamtlichen oder Sozialarbeitern.
3. Warum bekommen die Flüchtlinge keinen Krankenschein für jeweils ein Quartal wie es z. B. in Bremen und Hamburg der Fall ist? Für die Sozialämter wäre es eine große Entlastung, weil der zeitintensive Publikumsverkehr zu diesem Punkt wegfiele.

Wir fragen uns: Merkt denn keiner von den Verantwortlichen, was mit dieser völlig übertriebenen und unnötigen Bürokratie eigentlich angerichtet wird? Der Flüchtling und seine Familie (2 minderjährige Kinder) waren unendlich traurig, hilflos und ernüchtert – meine Familie und ich ebenso. Und leider ist das kein Einzelfall! Ich habe in den 9 Monaten als Flüchtlingshelferin schon oft Ähnliches erlebt.

Ich habe noch ein anderes Beispiel: Ein Flüchtling aus Serbien musste seine Überweisung zu einem Orthopäden vom Gesundheitsamt genehmigen lassen, was 8 Wochen in Anspruch nahm. Als der praktische Arzt auf die Genehmigung hin und weil inzwischen ein neues Quartal angebrochen war eine neue Überweisung ausstellte, musste auch diese nach erneuter Bitte um einem Termin beim Sozialamt dort abgestempelt werden, damit sie der Orthopäde annehmen darf. Die Vorstellung beim Amtsarzt in Peine und das Besorgen des Stempels wurden von Flüchlingshel-

fern aus Lengede mit dem Auto erledigt, da der Flüchtling mit seinen großen Schmerzen in der Achillesferse diese Wege mit Bus und zu Bus nicht bewältigen konnte. Diese unnötige Bürokratie belastet natürlich auch die Flüchtlingshelfer, die ehrenamtlich arbeiten. Sogar unsere Kinderärztin vor Ort beklagt sich mir gegenüber über die unzumutbaren Zustände im LK Peine, sie musste nach eigenen Angaben wegen fehlender Stempel oder anderer Kleinigkeiten schon starke finanzielle Einbußen hinnehmen.

Als besorgte Mitbürgerin und ehrenamtlich Tätige im Bereich der „Hilfestellung im Alltag für Asylbewerber/Flüchtlinge“ kann ich nur sagen: Diese Menschen, die nach schrecklichen Erlebnissen in ihrer Heimat bei uns gestrandet sind, sollten bei Krankheit unbürokratisch und schnell eine ärztliche Behandlung bekommen! Meine Familie, die ebenfalls engagiert hilft, und andere Personen hier in Lengede, die ebenfalls ehrenamtliche Hilfe für Flüchtlinge leisten, sind ebenso schockiert wie ich über diesen menschenunwürdigen Umgang mit Asylbewerbern und Flüchtlingen. Sind denn diese Menschen, die unser Land in größter Not, aber mit so viel Hoffnung aufsuchen, Menschen zweiter oder gar dritter Klasse?

Ich schicke diesen Brief gleichzeitig an mehrere Personen und Institutionen und hoffe, dass sich alle dafür einsetzen, dass kranken Asylbewerbern schnell und problemlos, ohne Irrwege und Schikanen ein Arztbesuch ermöglicht wird.

Mit freundlichen Grüßen
Roswitha Dubiel

Quelle: www.nds-fluerat.org/15987/aktuelles/krankenhilfe-schikanoese-praxis-im-landkreis-peine/#more-15987 (letzter Zugriff 15.06.2015)

Anhang 5: Berliner Problembeispiele

Mehrkosten durch verschleppte Behandlung und Inanspruchnahme von Notaufnahmen etc.

Wir erhalten laufend Berichte von verzögerten Behandlungen sowie Doppelbehandlungen mangels Krankenschein bzw. Chipkarte. Flüchtlinge suchen mangels Zugang zur ambulanter Behandlung die Notaufnahme der Krankenhäuser auf, rufen Notärzte oder wenn es gar nicht mehr geht die Feuerwehr. Eine ambulante Behandlung ersetzt dies jedoch nicht.

Keine Impfungen und Vorsorge nach AsylbLG in Berlin

Krankenscheine nach § 4 Abs. 3 AsylbLG (Vorsorge, Impfungen) werden in Berlin in der Praxis nicht ausgegeben. Die Existenz solcher Behandlungsscheine ist nach Umfragen des Flüchtlingsrates bei Beratungsstellen und Betreuern in Flüchtlingsunterkünften zu 100 % unbekannt. Die in Berlin üblichen Krankenscheine für ärztliche und für zahnärztliche Behandlung verweisen auf den eingeschränkten Behandlungsanspruch zur Behandlung akuter und schmerzhafte Erkrankungen nach § 4 Abs. 1 AsylbLG sowie sonstige zur Sicherung der Gesundheit unabweisbare Maßnahmen nach § 6 Abs. 1 AsylbLG. Ein Hinweis auf Ansprüche auf Vorsorge für Schwangere, sonstige Vorsorge und Impfungen nach § 4 Abs. 2 und 3 AsylbLG fehlt.

Leistungsberechtigte werden für Impfungen vereinzelt auf bezirkliche Gesundheitsämter verweisen. Patienten, Sozialbetreuer, Ärzte und Zahnärzte gehen in der Regel aufgrund der Aufdrucke auf den Krankenscheinen jedoch davon aus, dass Vorsorge und Impfungen nicht abrechenbar sind, so dass diese unterbleiben.

Verschleppung notwendiger Krankenbehandlung - aktuelle Beispiele aus Berlin

- ZLA Sommer 2011: Sachbearbeiter und Sozialdienst meinten, vom Krankenhaus verordnete **häusliche Krankenpflege** nach Entlassung müssen durch Amtsarzt begutachtet werden, dies dauere einige Wochen. Nachdrückliche Anrufe der Betreuer bei ZLA blieben drei Tage lang ohne Ergebnis. In der Folge unterblieben der verordnete **Verbandswechsel** und die **Thromboseprophylaxe**. Am Freitagnachmittag erfolgte auf den Hinweis des Flüchtlingsrates an die Betreuer, sich bitte sofort an das Krankenhaus bzw. den ärztlichen Bereitschaftsdienst zu wenden, die erneute notfallmäßige Aufnahme ins Krankenhaus mit mehrtägigem Krankenhausaufenthalt.
- ZLA Anfang 2012: Sachbearbeiter lehnte durch Allgemeinarzt verordnete **Physiotherapie nach Schlaganfall** ab. Er brauche eine ausführliche inhaltliche Stellungnahme vom Neurologen, um den Antrag zu prüfen. Auf Nachfrage, wer sein Vorgesetzter sei erklärte er, eine solchen gebe es nicht.
- ZLA Sommer 2012: Für einen **querschnittgelähmten Asylbewerber** müssten die ärztlichen Verordnungen über **Heil- und Hilfsmittel** und **Inkontinenzhilfen** erst vom Amtsarzt geprüft werden. Dies führte für den Betroffenen zu massiven gesundheitliche und hygienische Problemen über viele Wochen (Einnässen, fehlende Mobilität außer Hauses wg. nur privat geliehenem unangepasstem Rollstuhl, Fehlen eines Duschstuhls etc.).

- ZLA seit 2010 bis heute: 30jährige Klientin mit erheblicher, schmerzhafter chronischer Gehbeeinträchtigung. Mehrfach ärztlich verordnete **orthopädische Schuhe, Physiotherapie** und **Mobilisierungshilfen** immer wieder abgelehnt durch Sozialamt, stattdessen nur orthopädische Schuheinlagen bewilligt.
- ZLA seit Frühjahr 2011 bis heute: Junge Frau mit **erheblicher Seh- und Hörbeeinträchtigung** und schwerer Traumatisierung, kann nur schwer mit Angehörigen kommunizieren. Dringend benötigte ärztlich verordnete **Hörgeräte** werden durch Sozialamt verweigert.
- Bezirkssozialamt seit Januar 2011: Kind im Schulalter mit schwerer progressiver Behinderung, kann nicht selbständig sitzen, stehen und gehen. Es werden **orthopädische Stützmittel** benötigt, die sich der körperlichen Entwicklung anpassen. werden diese Hilfen vom Sozialamt verweigert. Stattdessen bekam das ca.1,50 m große Kind einen nicht angepassten Leihrolli und einen Buggy. **OP-Erfolg steht durch die verweigerten Hilfsmittel in Frage**.
- Bezirkssozialamt: 7jähriges Kind aufgrund schwerster Mehrfachbehinderung auf **Inkontinenz-Material** (täglich mehrmaliger Windelwechsel) angewiesen. Die Zahl der bewilligten Inkontinenz-Materialien wird vom Sozialamt willkürlich unter den verordneten notwendigen Bedarf **reduziert**

Auszug aus: Flüchtlingsrat Berlin e.V. (2012): Versichertenkarten zur medizinsichen Versorgung nach AslybLG in Berlin

Quelle: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Versichertenkarte_AsylbLG_Berlin.pdf (letzter Zugriff 14.06.2015)