



**WIE GESTALTET SICH DIE
PSYCHOTHERAPEUTISCHE
VERSORGUNG VON
GEFLÜCHTETEN IN
RHEINLAND-PFALZ?**

Eine explorative Erhebung

Impressum

HERAUSGEBERINNEN:

Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.
IN TERRA – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge | PSZ
Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung
des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz
Bischof-Bernhard-Stein-Haus
Ludwig-Hillesheim-Str. 3
56626 Andernach
Tel.: 02632 / 2502 – 20
Fax: 02632 / 2502 – 10
Mail: koordinierungsstelle@caritas-andernach.de
Web: <http://interkulturell-gesundheit-rlp.de>
Web: <http://caritas-rhein-mosel-ahr.de>

AUTORINNEN: Christina Kurz, Malin Reusch
(Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung
des Gesundheitssystems Rheinland-Pfalz)

IN KOOPERATION MIT:

LandesPsychotherapeutenKammer Rheinland-Pfalz
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Diether-von-Isenburg-Str. 9-11
55116 Mainz
Tel.: 06131 / 930 55 0
Fax: 06131 / 930 55 20
Mail: service@lpk-rlp.de
Web: www.lpk-rlp.de

ism gGmbH
Institut für Sozialpädagogische Forschung Mainz
gemeinnützige GmbH
(ism gGmbH)
Flachmarktstraße 9
55116 Mainz
Tel.: 06131 / 24041-10
Fax: 06131 / 24041-50
Mail: ism@ism-mz.de

LAYOUT & TEXTSATZ:

cala media GbR
www.calamedia.de

FOTONACHWEISE:

Titel: © Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz;
Seite 4: © pixabay.com; Seite 18/19: © iStock.com/aphrodite74; Seite 33: © fotolia/pictworks



Dieser Bericht ist durch das Ministerium für Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz
des Landes Rheinland-Pfalz gefördert.

Inhaltsverzeichnis

Ausgangslage	6
Zuwanderung und Flucht in Bund und Land	6
Versorgungsbedarfe: Prävalenzen psychischer Störungen unter Asylbewerbern	9
Versorgungssituation für Geflüchtete in Rheinland-Pfalz	10
Ambulante Versorgungssituation	10
Spezialisierte Behandlungsangebote: Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) in Rheinland-Pfalz	11
Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems	12
Versorgungsvoraussetzungen: Regelungen zur gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden	13
Versorgungsumfang für Leistungsbeziehende nach Asylbewerberleistungsgesetz	13
Leistungsumfang nach 15 Monaten	14
Leistungsumfang nach abgeschlossenem Asylverfahren	14
Ermächtigung zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge	15
Zweck und Fragestellung	16
Methodische Vorgehensweise	16
Ergebnisse	17
Diskussion	28
Literatur	32
Anhang	34
Fußnoten	46

Mit dieser Untersuchung geht die Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems und Verbesserung der Behandlung psychisch kranker Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz (Koordinierungsstelle) in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (LPK RLP) und dem Institut für sozialpädagogische Forschung (ISM) der Frage nach, wie sich die psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz darstellt.

Die Publikation basiert auf einer Datenerhebung anhand eines Online-Fragebogens, welcher über die Landespsychotherapeutenkammer an die Kammermitglieder verschickt wurde. Die Ergebnisse wurden mithilfe des ISM aufbereitet. Sie sollen einen Einblick in die psychotherapeutische Versorgungssituation von psychisch erkrankten Flüchtlingen in Rheinland-Pfalz geben.



Vorwort

Als im Jahr 2015 vermehrt Geflüchtete nach Deutschland kamen, wurde schnell klar, dass viele von ihnen unter psychischen Belastungen und Erkrankungen leiden. Viele hatten im Heimatland und/oder auf der Flucht Traumatisches erlebt: Verfolgung, Folter, Not, Entbehrung, Erniedrigungen und vieles andere mehr. Während sich viele Deutsche im Rahmen einer einmaligen Willkommenskultur engagierten, die Geflüchteten in Empfang nahmen und ihnen halfen, sich im neuen Land zurechtzufinden, organisierte die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz in enger Kooperation mit der Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems Rheinland-Pfalz erste Fortbildungsmaßnahmen, um PsychotherapeutInnen auf die Herausforderungen einer interkulturellen Psychotherapie vorzubereiten.

Die Resonanz war überwältigend: über 300 PsychotherapeutInnen waren bereit, Geflüchteten psychotherapeutische Unterstützung anzubieten. Diesen Veranstaltungen folgten weitere, in denen immer mehr die Unterstützung im konkreten, vor allem bürokratischen Vorgehen in den Mittelpunkt rückte, denn es zeigte sich schnell, dass das überragende Engagement regelmäßig an den bürokratischen Hürden scheiterte. Beantragte, gut begründete Psychotherapien wurden nicht genehmigt, Kosten wurden nicht übernommen, keiner fühlte sich zuständig oder gab den schwarzen Peter an andere Stellen weiter. Als ein wirklich großes Problem stellte sich die Sprachmittlung heraus. Wie sollten sich deutschsprachige PsychotherapeutInnen mit Geflüchteten aus

Syrien, Afghanistan oder anderen Ländern unterhalten? Wie soll man ohne diese Verständigung Psychotherapie durchführen? Schnell wurden diese Hemmnisse der Landespsychotherapeutenkammer bekannt und wir engagierten uns in einem Arbeitskreis des Ministeriums für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie und des Ministeriums für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz RLP, um diese Schwierigkeiten weiterzugeben und „auf höchster Ebene“ um Lösungen zu bitten. Bald wurde eine Arbeitsgruppe aller engagierter Gruppen und Initiativen ins Leben gerufen, um Hilfe zu bündeln, Absprachen zu treffen und voneinander zu lernen.

Aber ebenso schnell wurde auch klar, dass die Probleme überall die gleichen waren und zum Teil auf bundesgesetzliche Vorgaben zurückzuführen waren oder auf Entscheidungen, die auf kommunaler Ebene getroffen wurden. Verbesserungen über die Landesregierung waren insofern schwer zu realisieren. Mit der Zeit kehrte aufgrund dieser wirklich schwierigen Umstände Resignation bei den HelferInnen ein. Das Erleben von purer Not, das Mitleiden über empathisches Verstehen ohne Möglichkeit, wirklich Hilfe leisten zu können und das Ahnen, dass sich dies in absehbarer Zeit nicht ändern wird, zehrten an den PsychotherapeutInnen und führten mit der Zeit dazu, dass sich immer mehr von den Hilfsangeboten zurückzogen. Zu guter Letzt mischte sich auch Entsetzen über die Verschärfungen in der Asylgesetzgebung und die allgemeine feindselige Stimmung gegenüber Fremden und deren HelferInnen in die Resignation.

Umso wertvoller war die Zusammenarbeit mit der Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz, die allen Widrigkeiten zum Trotz beharrlich nach Möglichkeiten suchte, das Unmögliche möglich zu machen, Fortbildungen organisierte, Helfer unterstützte, Sprachmittlungsangebote koordinierte etc. Gemeinsam suchten wir das Gespräch mit PolitikerInnen, suchten nach Lösungen und beschlossen dann, neben vielen anderen Initiativen, die Versorgung mit all ihren Facetten über eine Umfrage zu beschreiben. Wir wollten belastbare Beschreibungen der Wirklichkeit der Versorgung von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz erheben, um diese wiederum der Politik zur Entwicklung von Lösungen an die Hand zu geben.

Die Ergebnisse dieser Befragung finden Sie in diesem Heft. Es wird deutlich, an wie vielen verschiedenen Stellen die Versorgung schwierig bis unmöglich wird und an der Anzahl der Antwortenden wird deutlich, dass diese sich weit entfernt hat von der anfänglichen Zahl von ca. 300 PsychotherapeutInnen, die sich engagieren wollten. Wir danken allen, die an der Umfrage teilgenommen haben und allen, die sich bereitgefunden haben, sich des Themas der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten anzunehmen. Auch wenn sich die Versorgungssituation kaum gebessert hat, geben wir die Zuversicht und die Bemühungen um Verbesserungen nicht auf. Wir hoffen, dass die im Folgenden dargestellten Ergebnisse auf lange Sicht helfen, geflüchtete Menschen besser unterstützen zu können, mit dem

Erlebten fertig zu werden und gut in Deutschland anzukommen. Wir wissen uns mit der Gesundheitsministerin Sabine Bätzing-Lichtenthäler und der Integrationsministerin Anne Spiegel an einer Stelle einig: Psychisch stabilen Menschen gelingt es besser, die Herausforderungen der Integration in eine fremde Kultur zu bewältigen. Die Voraussetzungen dafür zu schaffen, liegt an uns. Wir wünschen uns allen, dass uns dies in Zukunft besser gelingen möge.

Herzlichst, Dr. Andrea Benecke

Vizepräsidentin der Landespsychotherapeutenkammer
Rheinland-Pfalz

Ausgangslage

Weltweit sind ca. 71 Millionen Menschen auf der Flucht (UNO-Flüchtlingshilfe, Stand 6/2019). Im Zuge des Syrienkrieges wurde Deutschland, zusammen mit anderen Ländern in Europa, zu einem zentralen Aufnahmeland für Geflüchtete. Im Jahr 2015 suchten ca. 900.000 Menschen Asyl in Deutschland (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), 2018). Aufgrund der starken Zuwanderung kam es überall zu Notsituationen in der Versorgung dieser Menschen und es mussten schnelle Lösungen zur Verbesserung dieser Situation gefunden werden. Auch im Bereich der psychosozialen Versorgung ergeben sich für die AkteurlInnen der gesundheitlichen Regeldienste und die Betroffenen selbst aufgrund asylrechtlicher Beschränkungen, unsicherer Bleibeperspektiven, sprachlicher Barrieren und aufgrund fehlender Strukturen große Herausforderungen. Insbesondere die bestehenden Sprachbarrieren werden als große Einschränkung empfunden und das übliche anamnestisch-diagnostische Vorgehen ist ohne den Einbezug von DolmetscherInnen kaum angemessen möglich.

Intransparente, aufwendige und nicht immer erfolgreiche Antragsverfahren zur Übernahme der Behandlungs-, Dolmetscher- und Fahrtkosten erschweren die angemessene Versorgung zusätzlich, schaffen Frustration oder schüren Hemmungen, sich dieser Patientengruppe zu widmen. Auch die Integration transkultureller und migrationssensibler Behandlungskonzepte in jahrelang bestehende therapeutische Vorgehensweisen fällt nicht immer leicht, auch wenn unsere Gesellschaft bereits seit vielen Jahrzehnten von Migrationsprozessen begleitet wird und 23,6 % (Statistisches Bundesamt Destatis, 2018) der deutschen Bevölkerung einen Migrationshintergrund haben (also er/sie selbst oder mindestens ein Elternteil, das nicht mit deutscher Staatsangehörigkeit geboren ist). Zunächst soll ein Einblick in die Versorgungssituation von Asylsuchenden in Rheinland-Pfalz gegeben und beschrieben werden, welche Bedarfe bestehen. Wie viele Menschen sind in den letzten Jahren nach Rheinland-Pfalz gekommen und wie stellt sich die Versorgungssituation dieser Menschen dar?

Zuwanderung und Flucht in Bund und Land

In Deutschland leben verschiedene Nationen zusammen. Dabei stellt die größte ausländische Bevölkerungsgruppe die türkische dar, gefolgt von der polnischen. An die dritte Stelle trat Ende 2017 die Gruppe der Syrer (Statistisches Bundesamt Destatis, 2018). Ende 2017 lebten in Rheinland-Pfalz laut Ausländerzentralregister rund 460.000 Personen mit einer ausländischen Staatsangehörigkeit. Im Jahr 2017 verfügten 0,46% der Bevölkerung in Rheinland-Pfalz über eine ausländische Staatsangehörigkeit (Statistisches Bundesamt Destatis, 2018),

wobei auch hier den größten Teil die türkische und polnische Staatsangehörigkeit ausmachen. Schon seit langer Zeit suchen Menschen Schutz in Deutschland, wie etwa während der Jugoslawienkriege. Seit 1953 stellten rund 5,6 Millionen Menschen einen Asylantrag in Deutschland, wobei 83,2% davon erst nach 1990 gestellt wurden (BAMF 2018). Seit 2014 kam es insbesondere wegen des Syrienkrieges zu einem Anstieg der Asylantragsstellungen in Deutschland (s. Tabelle 1). Seit 2016 sind die Zugangszahlen stark rückläufig.

Tabelle 1: Anzahl Asyl Erst- und Folgeanträge bundesweit; Quelle: BAMF, 2018

Jahr	Anzahl Asyl Erst- und Folgeanträge
2014	202.834
2015	476.649
2016	745.545
2017	222.683
2018 (Aug.)	127.525

Die 10 zugangsstärksten Staatsangehörigkeiten von 2008-2017 (Erstanträge)

Tabelle 2: Auszug aus „Die 10 zugangsstärksten Staatsangehörigkeiten von 2008-2017“ der zugangsstärksten Länder (Erstanträge) deutschlandweit. In Klammern ist der Rang des entsprechenden Jahres ausgewiesen.
Quelle: BAMF, 2018.

Staatsangehörigkeit	2013	2014	2015	2016	2017
Afghanistan	7.735 (4)	9.115 (4)	31.382 (4)	127.012 (2)	16.423 (3)
Albanien	-	7.865 (5)	53.805 (2)	14.853 (6)	-
Bosnien und Herzegowina	-	5.705 (7)	-	-	-
Eritrea	3.616 (10)	13.198 (3)	10.876 (8)	18.854 (5)	10.226 (4)
Indien	-	-	-	-	-
Irak	3.958 (8)	5.345 (10)	29.784 (5)	96.116 (3)	21.930 (2)
Iran, Islam. Republik	4.424 (6)	-	-	26.426 (4)	8.608 (5)
Kosovo*	-	6.908 (6)	33.427 (3)	-	-
Mazedonien	6.208 (5)	5.614 (8)	9.083 (9)	-	-
Nigeria	-	-	-	12.709 (9)	7.811 (7)
Pakistan	4.101 (7)	-	8.199 (10)	14.484 (8)	-
Russische Föderation	14.887 (1)	-	-	10.985 (10)	4.884 (9)
Serbien	11.459 (3)	17.172 (2)	16.700 (6)	-	-
Somalia	3.786 (9)	5.528 (9)	-	-	6.836 (8)
Syrien, Arab. Republik	11.851 (1)	39.332 (1)	158.657 (1)	266.250 (1)	48.974 (1)
Türkei	-	-	-	-	8.027 (6)
Ungeklärt	-	-	11.721 (7)	14.659 (7)	4.067 (10)
Vietnam	-	-	-	-	-
Summe Top-Ten	72.025	115.782	363.634	602.348	137.786

[*Staatsangehörigkeit Kosovo wird seit dem 01.05.2008 getrennt in der Statistik erfasst.]

Wie die Asylsuchenden auf die Bundesländer aufgeteilt werden, orientiert sich am Steueraufkommen und den Bevölkerungszahlen der einzelnen Länder und wird nach dem sogenannten Königsteiner Schlüssel berechnet. Für Rheinland-Pfalz bedeutet dies eine Verpflichtung zur Aufnahme von 4,83% der in der Bundesrepublik Deutschland ankommenden Asylsuchenden. Auch in Rheinland-Pfalz sind die Zugangszahlen und Asylantragsstellungen in den Jahren 2015 und 2016 demzufolge stark angestiegen. Im Jahr 2015 sind ungefähr 53.000 und 2016 ungefähr 16.000 asylsuchende Personen Rheinland-Pfalz zugewiesen worden, von denen die meisten aus Syrien und Afghanistan stammen (vgl. Tabelle 3 und 4).

Im Jahr 2017 kamen 7.922 weitere Registrierungen dazu, im Verlauf von 2018 noch 6.903 (MFFJIV, 2018).

In ganz Deutschland und auch in Rheinland-Pfalz waren bis Ende 2016 knapp 64% der Schutzsuchenden männlich. Das Durchschnittsalter insgesamt betrug rund 29 Jahre (Statistisches Bundesamt Destatis, 2017). In Rheinland-Pfalz ist die Gruppe der 18- bis unter 20-Jährigen mit 44,15% am häufigsten vertreten, gefolgt von den 16 bis unter 18-Jährigen (41,78%). Über 85% der Schutzsuchenden in Rheinland-Pfalz sind demnach unter 20 Jahre alt.

Tabelle 3: Zugangszahlen und Herkunftsländer für RLP 2015; Quelle: EASY-System (Erstverteilung von Asylbegehrenden in „Gemeinsam für Chancengleichheit, Weltoffenheit und Akzeptanz- Integrationskonzept für Rheinland-Pfalz 2017, MFFJIV 2017 a.)

RHEINLAND-PFALZ 2015 ABSOLUT: 52.846

Rang	Herkunftsland	Absolut	Prozent
1.	Syrien	25.696	48,62%
2.	Afghanistan	8.758	16,57%
3.	Albanien	4.631	8,76%
4.	Pakistan	1.893	3,58%
5.	Iran	1.819	3,44%

Zu den Hauptherkunftsländern aller Schutzsuchenden in Rheinland-Pfalz zählten in den Jahren 2015 bis 2017 Syrien, Afghanistan und Somalia.

Tabelle 4: Zugangszahlen und Herkunftsländer für RLP 2016; Quelle: EASY-System (Erstverteilung von Asylbegehrenden in „Gemeinsam für Chancengleichheit, Weltoffenheit und Akzeptanz- Integrationskonzept für Rheinland-Pfalz 2017, MFFJIV 2017 a.)

RHEINLAND-PFALZ 2016 ABSOLUT 16.094

Rang	Herkunftsland	Absolut	Prozent
1.	Syrien	6.164	38,29%
2.	Afghanistan	2.688	16,70%
3.	Iran	1.030	6,40%
4.	Somalia	1.013	6,29%
5.	Eritrea	937	5,82%

Tabelle 5: Zugangszahlen und Herkunftsländer für RLP 2017; Quelle: EASY-System (Erstverteilung von Asylbegehrenden für RLP 2017.)

RHEINLAND-PFALZ 2017 ABSOLUT 7.922

Rang	Herkunftsland	Absolut	Prozent
1.	Syrien	1.981	25%
2.	Somalia	871	11 %
3.	Eritrea	792	10 %
4.	Iran	792	10 %
5.	Afghanistan	713	9 %

Asylsuchende, die nach Deutschland kommen, werden zu Beginn in einer der Aufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrende (AfA) untergebracht. In Rheinland-Pfalz gibt es derzeit fünf solcher Aufnahmeeinrichtungen an den Standorten Trier, Hermeskeil, Kusel, Ingelheim und Speyer. Aufgrund der rückläufigen Zahlen ankommender Geflüchteter wurden in den Jahren 2017 und 2018 die Standorte Bitburg, die Außenstelle ALux in Trier und die Aufnahmeeinrichtung Diez geschlossen. Die Erstaufnahmeeinrichtung in Ingelheim wird voraussichtlich Mitte des Jahres 2019 schließen; die Einrichtung in Speyer wird – neben Trier – zu einer von zwei zentralen Erstaufnahmeeinrichtungen ausgebaut und bis zu diesem Zeitpunkt sukzessive die Aufga-

ben des Standortes Ingelheim übernehmen. Alle Einrichtungen erfüllen die Aufgaben der Aufnahme, Unterbringung und Betreuung von Asylbegehrenden im Sinne des Asylgesetzes (AsylG).

Nach drei bis sechs Monaten sollen AsylbewerberInnen auf die Kommunen verteilt werden. Ob dann in den Kommunen eine Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften oder Privatwohnungen stattfindet, liegt im Ermessen der Kommunen. Sie müssen nun auch die gesundheitliche Versorgung vor Ort gewährleisten. Im ländlichen Raum ist die Versorgung aufgrund schlechterer Infrastruktur oftmals schwierig.

Versorgungsbedarfe: Prävalenzen psychischer Störungen unter AsylbewerberInnen

Die Zahlen darüber, wie verbreitet psychische Erkrankungen unter Geflüchteten sind, schwanken deutlich. Studien dazu mangelt es häufig an Aktualität oder Repräsentativität.

Als umfangreichere Untersuchung kann eine Metaanalyse von 161 Forschungsartikeln aus den Jahren 1980 bis 2009 he-

rangezogen werden, die die Prävalenz von posttraumatischen Belastungsstörungen und Depressionen unter Menschen mit Folter-, Trauma- und Fluchterfahrung untersucht hat. Es wurden Prävalenzraten von 30,6% für die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und 30,8% für depressive Erkrankungen nachgewiesen (Steel et al., 2009).

Tabelle 6: Anzahl der Personen, die zwischen 2015 bis 2017 eine Psychotherapie in Anspruch genommen haben. Quelle: KV RLP, 2018

Jahr	Personenanzahl
2015	61.265
2016	62.895
2017	62.290

Eine aktuellere Untersuchung ermittelte anhand eines systematischen Reviews von 15 Forschungsartikeln, die sich mit dem Thema Angst, Depression und posttraumatische Belastungsstörung bei Flüchtlingen beschäftigen, Prävalenzraten zwischen 5-71% (Mittelwert 32%) für die posttraumatische Belastungsstörung und 11-54% (Mittelwert 35%) für Depression. Weiter hatten Maß und Intensität von erfahrenen Menschenrechtsverletzungen im Herkunftsland eine Auswirkung auf die psychopathologische Symptomdarstellung: bei Erkrankten aus Ländern mit massiven Menschenrechtverletzungen zeigte sich eine stärkere Symptomatik (Lindert, von Ehrenstein, Wehrwein, Brahler & Schäfer, 2017).

Grundsätzlich ist bei Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) wie auch bei einer Depression, Psychotherapie die Behandlung der ersten Wahl. Sowohl für die Behandlung von depressiven Erkrankungen, als auch für die Therapie der posttraumatischen Belastungsstörung ist Psycho-

therapie das Mittel der Wahl; bei einer schweren Symptomatik eine Kombinationstherapie mit Medikamenten und einer Psychotherapie. Insbesondere bei der PTBS ist ein rein medikamentöses Vorgehen unzulänglich (Vgl. S3- Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F.43.1).

Im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung, bei der der Anteil der Menschen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung bei ca. 2,3% liegt (Jacobi u.a., 2014), sind Geflüchtete – das zeigen die genannten Studienergebnisse trotz ihrer Schwankungen in den Prävalenzraten – deutlich wahrscheinlicher von einer posttraumatischen Belastungsstörung betroffen und bilden eine besonders vulnerable Gruppe, deren Symptome häufig der psychotherapeutischen Behandlung bedürfen. Dazu müssen psychotherapeutische und/oder psychiatrisch/psychosomatische Versorgungsstrukturen und Behandlungsangebote zur Verfügung stehen und erreichbar sein.

Versorgungssituation für Geflüchtete in Rheinland-Pfalz

Ambulante Versorgungssituation

Die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz hat zurzeit etwa 2.000 Mitglieder, die über eine Approbation als Psychologische PsychotherapeutIn und/oder Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutIn sowie die Fachkunde in (mindestens) einem der Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie oder Psychoanalyse) verfügen.

Rund 1.060 Kammermitglieder sind mit einer Praxis niedergelassen, rund 600 sind angestellt tätig. Zudem kann es eine Kombination aus beiden Beschäftigungsverhältnissen geben (LPK-RLP, 2019).

Wie auch in anderen Bundesländern, ist für die medizinische und psychotherapeutische Versorgung in Rheinland-Pfalz ein großes Versorgungsgefälle zwischen städtischem und ländlichem Raum sowie ein Mangel an ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen feststellbar.

Die Anzahl der kassenzugelassenen PsychotherapeutInnen in einem bestimmten Versorgungsgebiet wird in Deutschland noch immer über eine Bedarfsplanung aus dem Jahr 1999 bestimmt. Ihr liegen die Zahlen der zum damaligen Zeitpunkt zugelassenen PsychotherapeutInnen zugrunde. Diese veraltete Bedarfsplanung weist viele eklatante Mängel auf, die zur Folge haben, dass selbst in überversorgt ausgewiesenen Bezirken lange Wartezeiten auf eine Psychotherapie bestehen. Mängel in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung werden auch deutlich beim Blick auf bestehende Wartezeiten:

Wie aus einer Studie der Bundespsychotherapeutenkammer aus dem Jahr 2018 hervorgeht, warten Betroffene in Rheinland-Pfalz im Durchschnitt 20 Wochen auf einen Therapieplatz (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018).

Aus dem Versorgungsatlas der Kassenärztlichen Vereinigung geht hervor, dass ein Viertel der Menschen in Rheinland-Pfalz in einem Radius von 10 km keine psychotherapeutische Praxis erreicht (KV RLP 2016).

Unabhängig von dem Faktor Distanz als Versorgungsindikator zeigt sich eine große Spreizung in der Zulassungsdichte. Während beispielsweise im Kreis Cochem-Zell auf eine Psychotherapeutin oder einen Psychotherapeuten 11.491 EinwohnerInnen kommen, sind es in Mainz nur 1.887 EinwohnerInnen (Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie Rheinland-Pfalz, 2015).

Für Rheinland-Pfalz kann daher ohnehin von einer angespannten und nicht ausreichenden psychotherapeutischen Versorgungssituation gesprochen werden.

Entsprechend schlecht ist die Versorgung von psychisch erkrankten Geflüchteten: Die Bundespsychotherapeutenkammer ging 2015 davon aus, dass „lediglich rund vier Prozent der psychisch kranken Flüchtlinge, die 2014 Asyl in Deutschland gesucht haben“ tatsächlich psychotherapeutisch versorgt werden konnten (BPtK 2015).

Spezialisierte Behandlungsangebote: Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) in Rheinland-Pfalz

Fachliche Expertise für die psychosoziale Gesamtsituation von Geflüchteten bieten die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland. Sie sind spezialisierte Dienste und tragen bereits seit den 1980er Jahren bedeutend zur Versorgung der Zielgruppe bei. Hier werden (für die KlientInnen kostenfrei) psychosoziale Beratung, Asylverfahrensberatung sowie psychologische Einzel- und Gruppengespräche bis hin zur Psychotherapie angeboten. Sie werden außerhalb des Gesundheitssystems über Bundes-, Landes-, Projekt-, Spenden- und weitere Fördermittel finanziert (den größten Teil machen Landesmittel aus), womit Sie auch außerhalb des oft starren gesundheitlichen Regelsystems agieren können und durch multimodale Angebote und multiprofessionelle Teams passgenau auf die Bedürfnisse Geflüchteter eingehen können.

Auch die Zentren wurden 2015 sehr stark in Anspruch genommen. Begrenzte personelle Ressourcen erschwerten zusätzlich die angemessene Versorgung so vieler Hilfesuchender. Es kam auch hier zu einer Ausweitung des Angebots und Neuerrichtung von psychosozialen Zentren: Zusätzlich zu den drei bestehenden Zentren in Mayen, Trier und Altenkirchen, eröffneten 2015 die Standorte Mainz und Ludwigshafen und 2017 der Standort Kaiserslautern. Nachdem der Standort Altenkirchen aufgegeben wurde, verfügt Rheinland-Pfalz 2019 über sechs Psychosoziale Zentren in Montabaur, Mayen, Trier, Mainz, Ludwigshafen und Kaiserslautern. Die Ausweitung des Angebots durch die Eröffnung neuer Zentren ist eine erfreuliche Entwicklung und hat die Zugänge der Versorgung gerade in der Südpfalz enorm verbessert. Trotzdem reichen die sechs Zentren bei Weitem nicht aus, um den Bedarf zu decken.

Im Jahr 2018 betreuten die Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz insgesamt 2600 KlientInnen, davon wurden 1768 in diesem Jahr neu aufgenommen. 1689 KlientInnen befanden sich 2018 in psychosozialer/aufenthaltsrechtlicher Beratung. Insgesamt nahmen 902 von ihnen psychotherapeutische Gespräche in Anspruch (Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in RLP: Jahresstatistik zur Versorgungssituation von Geflüchteten in den Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz, Februar 2019).

Auch wenn das Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz RLP die Förderung der Psychosozialen Zentren seit 2015 sukzessive aufgestockt hat, bleibt die Arbeit aufgrund fehlender dauerhafter Sockelfinanzierungen und der bestehenden Projektmittelebundenheit erschwert. Unter diesen Voraussetzungen ist die Planung einer langfristigen (psychosozialen und psychotherapeutischen) Versorgung von KlientInnen schwierig zu kalkulieren.

Versorgungsbericht

Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Rheinland-Pfalz

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAFF e.V.

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz



Umfassende Informationen darüber, wie sich die psychosoziale Versorgung in den Zentren gestaltet, können auch dem „Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Rheinland-Pfalz“ entnommen werden. Er kann direkt beim Herausgeber dieses Berichtheftes bestellt oder über die Website www.interkulturell-gesundheit-rlp.de abgerufen werden.

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems

Bereits 2014 riefen das Integrations- und Gesundheitsministerium Rheinland-Pfalz und der Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V. gemeinsam die **Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens und Verbesserung**

der Behandlung psychisch erkrankter Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz (in Folge als Koordinierungsstelle bezeichnet) ins Leben.

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems - Zur Verbesserung der Behandlung psychisch kranker Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz

Die Koordinierungsstelle stößt die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens an und ebnet Wege, um langfristig die Versorgungslücken in der Behandlung von psychisch erkrankten Geflüchteten in der Regelversorgung in Rheinland-Pfalz zu schließen und adäquate Hilfesysteme auf- und auszubauen. Interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems soll durch Sensibilisierung für die Lebenslagen und Bedürfnisse von psychisch kranken Flüchtlingen sowie durch die Initiierung von entsprechenden Schulungs-, Vernetzungs- und Unterstützungsangeboten für PsychotherapeutInnen, ÄrztInnen, Kliniken, AkteurInnen aus dem Bereich der Sozialarbeit und der Kinder- und Jugendhilfe, Dolmetscher/Innen und weitere relevante MultiplikatorInnen ermöglicht werden, um damit interkulturelle Wege in das stark regulierte deutsche Gesundheitssystem zu ebnet.

Gründung: Februar 2014

Sitz: Angegliedert an das Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge „In Terra“ in Mayen mit Sitz in Andernach

Trägerschaft: Caritasverband Rhein-Mosel-Ahr e.V.

Team (Stand März 2019)

Eine Psychologische Mitarbeiterin
eine Pädagogische Mitarbeiterin
ein Politikwissenschaftlicher Mitarbeiter
eine weitere Projektmitarbeiterin

Ziele und Aufgaben

- Initiierung von Fort- und Weiterbildungsangeboten für die AkteurInnen des regulären Gesundheitssystems, d.h. vor allem für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen zur Behandlung von psychisch kranken ausländischen Personen
- Initiierung von Fort- und Weiterbildungsangeboten für weitere wichtige MultiplikatorInnen zur Unterstützung psychisch kranker Geflüchteter aus dem Bereich der Sozialarbeit und der Kinder- und Jugendhilfe, d.h. vor allem SozialpädagogInnen, Schul-sozialarbeiterInnen, LehrerInnen, JugendamtsmitarbeiterInnen etc.
- Engagement für den Auf- und Ausbau von regionalen Netzwerken zur Versorgung psychisch kranker Geflüchteter
- Funktion als Kontakt- und Vermittlungsstelle im Rahmen der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge und Vermittlung von Kontakten zu ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen, DolmetscherInnen und anderen MultiplikatorInnen zur Behandlung, Krisenintervention, Diagnostik, Begutachtung und Therapie von Geflüchteten
- Entwicklung von Standards für Sprach- und KulturmittlerInnen im Bereich der psychosozialen Betreuung, Beratung und Therapie und aktives Engagement im Auf- und Ausbau von Sprachmittlungspools in Rheinland-Pfalz
- Bereitstellung von relevantem Informationsmaterial, Veranstaltungshinweisen und Adressen sowie vielen weiteren Hinweisen rund um das Thema Versorgung psychisch erkrankter Geflüchteter über die Website www.interkulturell-gesundheit-rlp.de
- Funktion als Ansprechpartner und Kontaktstelle rund um das Thema Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge
- Interessensvertretung der Zielgruppe in regionalen und überregionalen Arbeitsgruppen und Gremien

Ein großes Interesse an Fort- und Weiterbildungsangeboten rund um die Behandlung Geflüchteter und MigrantInnen wurde besonders unter der Gruppe der PsychotherapeutInnen deutlich, die mit großem Engagement den Schulungen und weiteren Angeboten zum Erfahrungsaustausch folgten.

Seit 2015 wurden in Kooperation zwischen der Koordinierungsstelle und der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz 16 Schulungen für PsychotherapeutInnen aus ganz Rheinland-Pfalz veranstaltet, wovon sich acht mit dem Thema „*Wie kann Psychotherapie mit traumatisierten Geflüchteten gelingen: Chancen – Grenzen -Rahmenbedingungen*“, zwei mit dem Thema „*Ehre, Schuld und Scham als Aspekte in der Psychotherapie mit Flüchtlingen und MigrantInnen*“ und drei mit dem Thema „*Interkulturelle Kompetenzen als Schlüsselqualifikation im Gesundheitswesen*“ befassten. An den Schulungen und Workshops haben insgesamt mehr als 550 PsychotherapeutInnen teilgenommen.

Die TeilnehmerInnen der Schulungen konnten sich über einen Fragebogen in einen Pool aufnehmen lassen und damit Ihre Bereitschaft zur Arbeit mit Geflüchteten erklären. Ende 2018 befanden sich 128 BehandlerInnen aus ganz Rheinland-Pfalz auf der Liste. Die Koordinierungsstelle erhielt die Erlaubnis, bei Bedarf Kontakt herzustellen.

Auch im Hinblick auf die Qualifizierung und Vermittlung von Sprach- und KulturmittlerInnen sind Erfolge zu verzeichnen: In bisher 20 Schulungen an verschiedensten Standorten in Rheinland-Pfalz konnten 390 Menschen weitergebildet werden. So wurde ein gut ausgebautes Netz an geschulten Sprach- und KulturmittlerInnen für Rheinland-Pfalz geschaffen, das die unterschiedlichsten Sprachen abdeckt. Die Koordinierungsstelle und die Landespsychotherapeutenkammer sind daran interessiert, die Strukturen weiter zu verbessern, so dass Sprach- und KulturmittlerInnen einfacher in den psychotherapeutischen Prozess miteinbezogen werden können. Interessierte PsychotherapeutInnen können sich dazu jederzeit an die Koordinierungsstelle wenden.

Versorgungsvoraussetzungen: Regelungen zur gesundheitlichen Versorgung von Asylsuchenden

Versorgungsumfang für Leistungsbeziehende nach Asylbewerberleistungsgesetz

Menschen, die in Deutschland Asyl suchen, sind in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts zunächst nicht über die gesetzliche Krankenversicherung versichert. Auf welche Gesundheitsleistungen Geflüchtete in dieser Zeit Anspruch haben, regeln §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Dieses unterscheidet zwischen „Pflichtleistungen“ und „Kann-Leistungen“. Als zu gewährende Pflichtleistungen werden hier Behandlungen von *akuten Erkrankungen* und *Schmerzzuständen* beschrieben (z.B. Behandlung von akuten zahnärztlichen Beschwerden, Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln, Kostenübernahme für übliche Leistungen bei Schwangerschaft, Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen). Die Bewilligung einer Psychotherapie fällt überwiegend in den Bewilligungsbereich der „Kann-Leistungen“, welche bewilligt werden *können*, wenn sie „zur Sicherung des Lebensunterhaltes oder der Gesundheit unerlässlich“ sind (hierzu gehören beispielsweise auch medizinische Heil- und Hilfsmittel wie Brillen, Rollstühle und Hörgeräte). Es handelt sich also um eine behördliche Ermessensleistung (s.a. Anhang A: Schreiben von Frau Sigrid Reichele, ab Seite 34).

Kostenträger und Entscheider über Gewährung dieser Leistungen sind die Kommunen, d.h. die Sozialämter. Der Antrag auf eine psychotherapeutische Behandlung muss entsprechend dort beantragt werden. Es gibt leider noch kein flächendeckendes und standardisiertes Verfahren zur Beantragung einer Psychotherapie für Leistungsbeziehende nach Asylbewerberleistungsgesetz (beispielsweise analog zur Beantragung einer Psychotherapie bei einer Krankenkasse).

Die Ansprüche von Asylsuchenden auf angemessene medizinische Versorgung werden durch die EU-Aufnahmerichtlinie (Richtlinie 2013/33/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen) ergänzt. Durch die europäische Aufnahmerichtlinie wurde die Gewährung von „erforderlichen medizinischen und sonstigen Hilfen, einschließlich erforderlichenfalls geeigneter psychologischer Betreuung“ (EU-Richtlinie zitiert in *Leitfaden zur Beantragung einer Psychotherapie für Geflüchtete*, BAF 2017) für Personen mit besonderen Bedürfnissen festgeschrieben.

Hierunter werden auch explizit Personen mit „(...) psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung und sonstige schwere psychische, physische oder sexuelle Gewalt erlitten haben“, genannt (EU-Richtlinie zitiert in *Leitfaden zur Beantragung einer Psychotherapie für Geflüchtete*. BAfF, 2017).

Der Ermessensspielraum über die Bewilligung einer Psychotherapie ist durch die Ergänzung der europäischen Richtlinie für Personen mit einer psychischen Störung, die sich im Asylverfahren befinden und somit über eine Aufenthaltsgestattung verfügen (nicht für Personen mit Duldung) eingeschränkt beziehungsweise auf Null gesetzt worden. (siehe Anhang B: Rundschreiben von Herrn Dr. Elias Bender, ab Seite 41). Ebenso verhält es sich mit der Kostenübernahme von Sprachmittlungsleistungen:

Leistungsumfang nach 15 Monaten

Nach 15 Monaten des Aufenthalts in Deutschland gleicht sich der Leistungsumfang von Asylsuchenden an den von Versicherten der gesetzlichen Versicherung an. Geflüchtete gelten zwar streng genommen nicht als gesetzlich Krankenversicherte, erhalten aber eine Versichertenkarte. Kosten der Behandlungen werden zuerst von der Krankenversicherung übernommen und anschließend vom Sozialamt der zuständigen Kommune zurückerstattet. Eigentlicher Kostenträger bleibt also das Sozialamt.

Leistungsumfang nach abgeschlossenem Asylverfahren

Wird das Asylverfahren positiv beschieden, erhalten die AntragstellerInnen eine Aufenthaltserlaubnis, werden Mitglieder einer Krankenkasse und haben Anspruch auf den vollen Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung.¹ Das Krankenversicherungsrecht des SGB V enthält jedoch keine Grundlage für eine Übernahme von Sprach- und KulturmittlerInnenkosten im Rahmen einer medizinischen Versorgung. Von den Krankenkassen werden also keine Kosten für die therapeutische Sprachmittlung übernommen.

Sofern die Hinzuziehung eines Sprachmittlers für die Behandlung erforderlich ist, wird die Leistung nach der EU-Aufnahmerichtlinie zu einer Pflichtleistung. Ob Fahrtkosten übernommen werden, unterliegt der Einzelfallprüfung. Sie sind aber prinzipiell gewährbar nach § 6 AsylbLG.

Sollte es im Rahmen der Beantragung auf Kostenübernahmen von Behandlungs-, Sprachmittlungs- und Fahrtkosten zu einer Ablehnung kommen, sollte mit Verweis auf die Richtlinie Widerspruch eingelegt werden (BAfF, 2017).

Da für die gesundheitliche Versorgung von Leistungsbeziehenden nach Asylbewerberleistungsgesetz Sonderregelungen gelten, ist für die psychotherapeutische Behandlung von Asylsuchenden in den ersten 15 Monaten in Deutschland auch eine sogenannte Kassenzulassung keine notwendige Voraussetzung für die Behandlung der PatientInnen.

Da sich die Gesundheitsleistungen nun am Sozialgesetzbuch V (SGB) ausrichten, können psychotherapeutische Behandlungen in der Regel nur noch durch BehandlerInnen mit einem Kassensitz erfolgen.

Die Beantragung von Sprach- und KulturmittlerInnenkosten für LeistungsbezieherInnen nach § 2 AsylbLG ist nicht eindeutig und klar geregelt. Sprach- und KulturmittlerInnenkosten können für Leistungsbezieher nach 27 a Abs. 4 SGB XII oder in besonderen Fällen nach § 53 SGB XII (Eingliederungshilfe) sowie Auffangnorm § 73 SGB XII beantragt werden (BAfF, 2017).

Es kann versucht werden, beim zuständigen Erbringer von Sozialleistungen ein Mehrbedarf gemäß § 21 Abs. 6 SGB II geltend zu machen. Als Mehrbedarfe zählen Bedarfe, welche *unabweisbar, laufend und nicht nur einmalig* sind. Darunter könnten laufende Kosten für eine Sprach- und Kulturmittlung im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung fallen. Es besteht allerdings keine rechtliche Verpflichtung zur Übernahme der Sprach- und KulturmittlerInnenkosten, sondern ein behördlicher Ermessensspielraum.

¹ Fußnote 1 finden Sie auf der Seite 46.

Ermächtigung zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge

Auf gesundheitspolitischer Seite wurde im Oktober 2015 durch das sogenannte Asylpaket I versucht, mit dem Instrument der „Ermächtigung“ gem. § 31 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV die Zugangswege für Geflüchtete weiter zu öffnen. Hierüber ist die Durchführung einer Psychotherapie auch PsychotherapeutInnen ohne Kassensitz möglich, wodurch die Aufnahme einer Behandlung für die Hilfesuchenden erleichtert werden sollte. Eine Ermächtigung kann sowohl persönlich (für einzelne PsychotherapeutInnen), als auch institutsbezogen (beispielsweise für ein Psychosoziales Zentrum) erteilt werden und gilt nur für die Durchführung von psychotherapeutischen Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie (Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und Psychoanalyse). Einzelne PsychotherapeutInnen oder Institutionen können also vom Zulassungsausschuss der Kassenärztlichen Vereinigung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung für einen bestimmten Personenkreis ermächtigt werden (BAfF, 2016; BptK, 2015), so beispielsweise speziell zur Behandlung von Asylsuchenden. Obwohl der Zugang zu einer Psychotherapie dadurch erleichtert werden sollte, zeigten die Rückmeldungen aus der Praxis deutliche Mängel des Instrumentes auf:

Der Personenkreis, der von der Ermächtigung profitiert, ist verschwindend gering. Nur eine ganz bestimmte Gruppe von PatientInnen darf über die Ermächtigung behandelt werden. Der Gesetzgeber beschränkt die Behandlung auf Menschen, die Leistungen nach §2 AsylbLG beziehen (Asylsuchende, die bereits 15 Monate in Deutschland sind), aber noch keine Anerkennung haben. Auch Menschen, die bereits eine Arbeit oder Ausbildungsstelle haben, zählen nicht zu diesem Personenkreis, da sie dann regulär krankenversichert sind. Das Zeitfenster, in dem sich Asylsuchende Hilfe bei ermächtigten PsychotherapeutInnen suchen können, ist einerseits also sehr klein. Andererseits müssen nicht selten laufende Psychotherapien abgebrochen werden, sobald das Asylverfahren der PatientInnen zu einem positiven Abschluss gekommen ist oder durch eine Anstellung der PatientInnen der Kostenträger wechselt. Zudem ist die Kostenübernahme für notwendige Sprach- und Kulturmittlung während der Behandlung nicht gesichert. In Folge dieser Schwierigkeiten wurden von den deutschlandweit 125 erteilten Ermächtigungen mindestens 20 bereits wieder zurückgegeben. Weiterhin kam es zu keinem flächendeckenden Abruf der Ermächtigungsoption: 74% der Ermächtigungen verteilen sich auf die Bundesländer Berlin, Baden-Württemberg und Nordrhein-Westfalen (BAfF 2018). In Rheinland-Pfalz wurden seit 2015 von den ursprünglich acht Ermächtigungen zwei

aktiv zurückgegeben. Im Frühjahr 2018 gab es nur noch zwei PsychotherapeutInnen mit Ermächtigung zur Behandlung von Flüchtlingen in Rheinland-Pfalz (KV RLP, E-Mail vom 11.05.2018).

Fazit:

*„Auch wenn die Ermächtigung als bedeutendes Signal für das Ziel einer flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung dieser besonders schutzbedürftigen Personengruppe zu verstehen ist, stellt sie sich bislang als Instrument mit zu wenig Wirkung dar. Geflüchtete in Rheinland-Pfalz profitieren im Moment noch kaum von der Möglichkeit, von eine*m ermächtigten Psychotherapeut*in behandelt zu werden“ (BAfF, 2017)*

Erfahrungen aus der Praxis (2016)

Im April 2016 lud die Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz zu einem runden Tisch für PsychotherapeutInnen ein, die aktiv mit Geflüchteten arbeiteten. Bezüglich der Bewilligung von beantragten Psychotherapien bei Kommunen und Sozialbehörden meldeten 44 der 45 Anwesenden zurück, dass eine Bewilligung von Seiten der Sozialbehörden und Kommunen auch mit ausführlicher Begründung in der Regel nicht stattfand, sprich die Psychotherapie abgelehnt wurde (LPK-RLP, 2017).

Anhand vereinzelter Rückmeldungen, die die Koordinierungsstelle seitdem erreichten, zeigten sich zuletzt tendenziell positive Entwicklungen bezüglich der Bewilligungspraxis der Sozialämter der Kommunen. Zwar gibt es kein einheitliches Verfahren zur Beantragung einer Psychotherapie nach AsylbLG, was bei vielen engagierten PsychotherapeutInnen immer noch zu Verunsicherungen führt, zunehmend gelingt aber die Kostenübernahme durch die Ämter, auch wenn sich die Bewilligungspraktiken der Landkreise unterscheiden und Ablehnungen immer noch vorkommen.

Die am schlechtesten versorgte Gruppe bilden immer noch Geflüchtete mit Aufenthaltserlaubnis, aber ohne ausreichende Deutschkenntnisse. Zwar besteht Zugang zu allen Versorgungsangeboten der gesetzlichen Krankenversicherung (auch Psychotherapie), welche Stelle für die Kostenübernahme einer notwendigen Sprachmittlung verantwortlich ist, bleibt jedoch für den betroffenen Personenkreis weiter ungeklärt.

Erfolg und Misserfolg bei der Vermittlung in das niedergelassene System, bei der Beantragung und der weiteren Prozessentwicklung konnten bisher jedoch nicht zufriedenstellend und systematisch verfolgt werden, da die Koordinierungsstelle in diesem Bereich lediglich einen Informations- und Vermittlungsauftrag innehat.

Zweck und Fragestellung

Basis der Erhebung ist die explorative Fragestellung, wie sich die psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz darstellt.

Die Untersuchung verfolgt das Ziel, Informationen zu Möglichkeiten und Grenzen in der Versorgung zu erheben, Hürden für eine gute psychotherapeutische Versorgung dieser vulnerablen Gruppe zu identifizieren sowie Verbesserungsvorschläge und gegebenenfalls Bedarfe in der psychotherapeutischen Versorgung zu formulieren.

Zentrale Fragen sind hierbei:

Aus dieser Situation heraus entstand in Kooperation mit der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz das Interesse, ein breiteres Bild der psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten zu erhalten und der Frage nachzugehen, wie sich die psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz genauer beschreiben lässt.

- Findet eine psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten statt? Wie lässt sich diese beschreiben? Wie stellt sich diese dar?
- Inwieweit funktioniert die Vermittlung von geflüchteten PatientInnen in das Regelsystem der psychotherapeutischen Versorgung?
- Inwiefern gibt es Hürden beim Zugang von Geflüchteten zu einer adäquaten Psychotherapie (beispielsweise erhöhter Aufwand, Sprachbarriere)?
- Welche Herausforderungen stellen sich insbesondere beim Antragsverfahren?
- Wie kann die psychotherapeutische Versorgungssituation Geflüchteter insgesamt verbessert werden? Wie können evtl. gegebene Hürden abgebaut werden?

Methodische Vorgehensweise

Mit der statistischen Durchführung der Befragung wurde das Institut für Sozialforschung Mainz (ISM) beauftragt.

Am 04.12.2017 wurde an alle Mitglieder der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz, die eine E-Mail-Adresse hinterlegt hatten, eine Nachricht mit der Bitte um Teilnahme an der Untersuchung und einem Link zum Online-Fragebogen verschickt, welcher bis zum 02.01.2018 verfügbar blieb. Der Online-Fragebogen beinhaltete sowohl offene als auch geschlossene Fragen. Bei einzelnen Fragen waren Mehrfachantworten möglich.

Zunächst wurden allgemeine und anonyme Stammdaten erhoben, beispielsweise die Fachkunde, das praktische Arbeitsfeld, die Abrechnungsmöglichkeiten und Erfahrungen im Bereich der psychotherapeutischen Arbeit mit Geflüchteten.

Es folgte eine Filterfrage, die Personen ohne praktische Erfahrung in der Arbeit mit psychisch erkrankten Geflüchteten schneller zum Ende der Untersuchung leitete und abfragte, warum noch keine Arbeit mit Geflüchteten stattgefunden hat.

PsychotherapeutInnen mit praktischer Erfahrung in der Behandlung von psychisch erkrankten Geflüchteten wurden Fragen gestellt zu folgenden Themenfeldern:

- Merkmale der BehandlerInnen und Behandelten
- zur Sprache, in welcher die Therapie erfolgte
- zum Einsatz und der Finanzierung von Sprach- und KulturmittlerInnen
- zur Abrechnung der Psychotherapien
- zum empfundenen zeitlichen und inhaltlichen Mehraufwand für die Therapien insgesamt
- zum Einfluss des Asylverfahrens auf die Abläufe in der Therapie
- offene Fragen zu Unterstützungswünschen und Rückmeldungen

Die Erhebung erfolgte anonym. Am Ende des Fragebogens konnten die TeilnehmerInnen freiwillig eine Kontaktadresse hinterlassen und der Koordinierungsstelle die Erlaubnis zur Kontaktaufnahme für weitere Nachfragen erteilen.

Die E-Mail mit dem Link zum Fragebogen wurde an die 1.630 vorliegenden Adressen versandt. Lediglich 294 Kammermitglieder konnten nicht erreicht werden, da die Kammer hier über keinen oder keine aktuelle elektronische Kontaktmöglichkeit verfügte.

Rund 85% aller Kammermitglieder konnten so über die Erhebung informiert werden. An der Umfrage teilgenommen haben 363 Personen (Rücklaufquote: 22,3%) und 240 haben diese auch beendet (Beendigungsquote: 66,12%).

Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung dargestellt. Zum Teil war es möglich, die vorgegebenen Antwortoptionen durch einen Freitext zu ergänzen. Diese offenen Passagen werden ergänzend in den Fußnoten wörtlich (ohne Korrektur möglicher Rechtschreibfehler) wiedergegeben.

Die Stichprobe setzte sich zu 83,3% aus Psychologischen PsychotherapeutInnen und zu 24,7% aus Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen zusammen (n=263).

In der Grundgesamtheit der PsychotherapeutInnen in Rheinland-Pfalz sind rund 23% als Kinder- und JugendpsychotherapeutInnen und rund 77% als Psychologische PsychotherapeutInnen tätig. Die Daten der Stichprobe sind somit in diesem Aspekt recht deckungsgleich mit der Verteilung in der Grundgesamtheit.

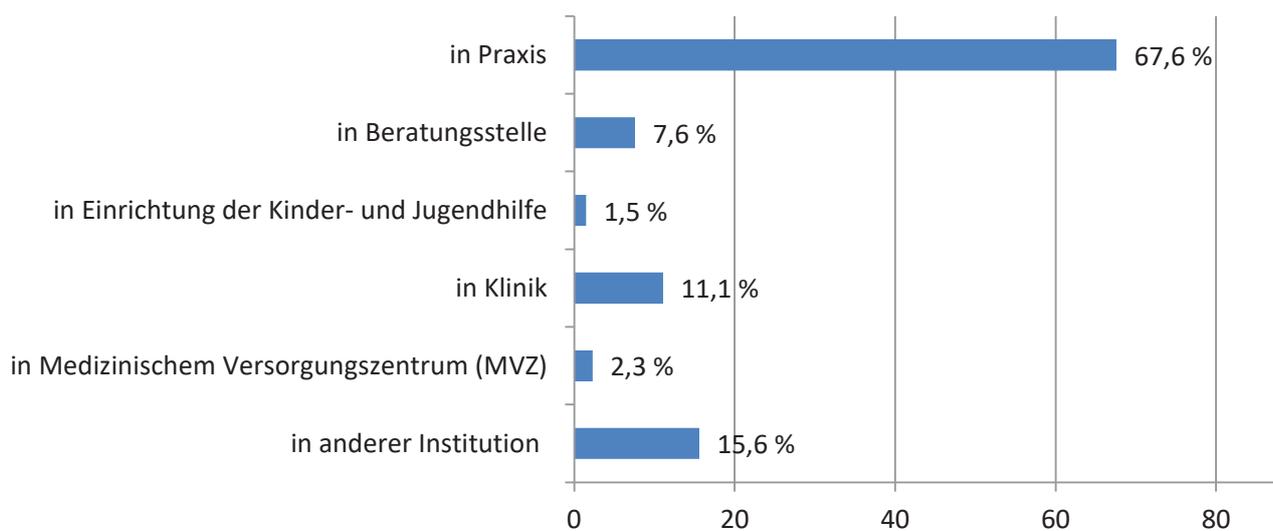
Bezüglich der Fachkunde zeigt sich, dass 75,3% der TeilnehmerInnen VerhaltenstherapeutInnen, 26,3% Tiefenpsychologische PsychotherapeutInnen und 7,6% PsychoanalytikerInnen sind (n=251). Diese deckt sich in etwa mit der Verteilung unter allen PsychotherapeutInnen in Rheinland-Pfalz, wo fast 70% die Fachkunde der Verhaltenstherapie besitzen, ca. 23% tiefenpsychologisch und fast 8% psychoanalytisch tätig sind.

Bezüglich der Fachkunde zeigt sich, dass 75,3% der TeilnehmerInnen VerhaltenstherapeutInnen, 26,3% Tiefenpsychologische PsychotherapeutInnen und 7,6% PsychoanalytikerInnen sind (n=251). Diese deckt sich in etwa mit der Verteilung unter allen PsychotherapeutInnen in Rheinland-Pfalz, wo fast 70% die Fachkunde der Verhaltenstherapie besitzen, ca. 23% tiefenpsychologisch und fast 8% psychoanalytisch tätig sind.

Abbildung 1: Arbeitsverhältnis PsychotherapeutInnen

Sind Sie in einer niedergelassenen Praxis oder im Rahmen einer Institution als Psychotherapeut/in tätig?

Mehrfachantworten möglich, Angaben in % (n=262)



Sowohl bei der Frage der Approbation Psychologische/r PsychotherapeutIn oder Kinder- und JugendpsychotherapeutIn), als auch bei der Erfassung der Fachkunde (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologie, Psychoanalyse) waren Mehrfachnennun-

gen möglich, so dass es vereinzelt zu Doppelungen kommen konnte und TeilnehmerInnen somit über mehr als eine Fachkunde verfügten, wodurch sich ein Wert > 100% ergeben kann.

Der Großteil (67,6%) der BefragungsteilnehmerInnen, die hier geantwortet haben (n=262), gab an, in einer Praxis niedergelassen und nicht in einer Institution tätig zu sein (s. Abb. 1). Ferner nutzten 34 Personen die Möglichkeit, die Angabe *andere Institution* weiter auszuführen.² Hier kam es am häufigsten zu einer Nennung der Tätigkeit in einer Ambulanz, gefolgt von der Arbeit im Justizbereich und der Tätigkeit in einer Privatpraxis.

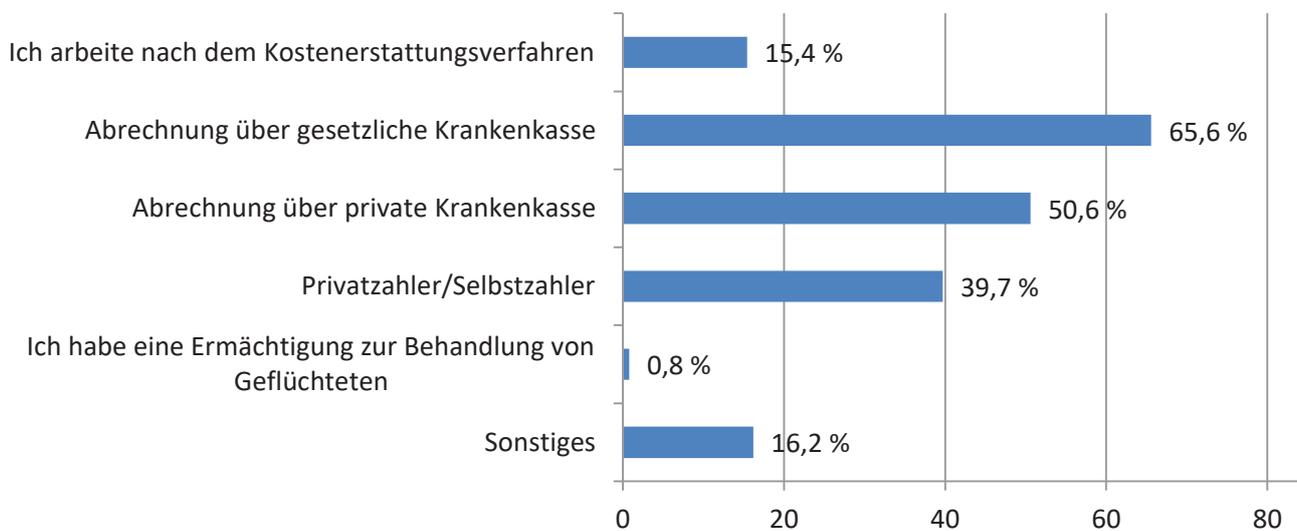
Der Großteil der teilnehmenden PsychotherapeutInnen rechnet die Behandlung über die gesetzliche Krankenversicherung (65,5%) und/oder über die private Krankenkasse (50,6%) ab (s. Abb. 2).

In der offenen Frage zur Konkretisierung der Sonstigen Abrechnungsverfahren zeigte sich, dass die Mehrzahl der Antworten eine Art von Anstellung darstellte.

Abbildung 2: Abrechnungsverfahren PsychotherapeutInnen

Nach welchem Abrechnungsverfahren arbeiten Sie?

Mehrfachantworten möglich, Angaben in % (n=247)



Es zeigte sich recht deutlich, dass der Großteil der TeilnehmerInnen – nämlich 66,2% – (noch) keine Geflüchteten in Behandlung hatte (s. Abb. 3). Circa ein Drittel der UntersuchungsteilnehmerInnen hat schon einmal eine Psychotherapie mit einer oder einem Geflüchteten durchgeführt, wobei lediglich 15% der Befragten mehr als vier PatientInnen mit Fluchterfahrung behandelt haben.

Somit haben insgesamt 85% der Teilnehmenden keine oder nur geringe Erfahrung in der Psychotherapie mit Geflüchteten.

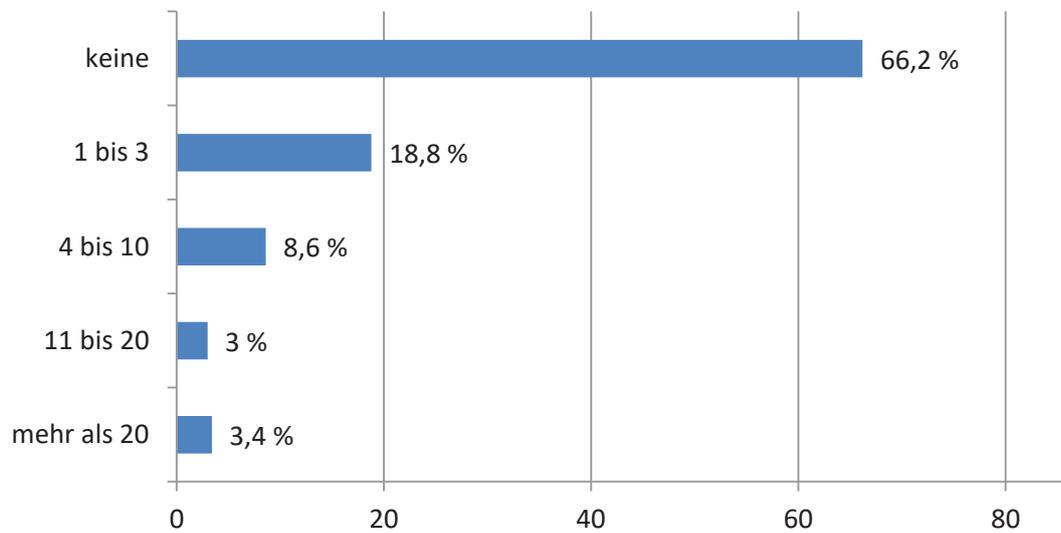


² Fußnote 2 finden Sie auf der Seite 46.

Abbildung 3: Behandlungsanzahl Geflüchtete

Wie viele Geflüchtete haben Sie in den letzten zwei Jahren behandelt?

Angaben in % (n=266)



Nach dieser Frage kam es zu einem Filter bezüglich der praktischen Erfahrung in der Behandlung von Geflüchteten. Zu dieser Sektion wurden nur PsychotherapeutInnen weitergeleitet, die angaben, mindestens eine geflüchtete Person seit 2015 behandelt zu haben.

Da dies, wie oben dargestellt, nur 90 BefragungsteilnehmerInnen ausmachte, sank die Antwortzahl bei den nachfolgenden Fragen.

Im Folgenden werden zunächst die Ergebnisse von Personen, die bereits mit Geflüchteten gearbeitet haben, dargestellt:

Bezüglich der Geschlechterverteilung der Geflüchteten, die eine Behandlung aufsuchten, zeigte sich, dass mehr Männer als Frauen eine Behandlung wahrnahmen: 23,6% gaben an, *ausschließlich* oder *überwiegend* Frauen und 54,7% *überwiegend* oder *ausschließlich* Männer behandelt zu haben; 22,2% schätzten die Geschlechterverteilung als (*etwa*) gleich ein (n=72). Der höhere männliche Anteil bei der Patientengruppe deckt sich auch mit den Zugangszahlen in Deutschland und Rheinland-Pfalz. (Statistisches Bundesamt Destatis, 2017).

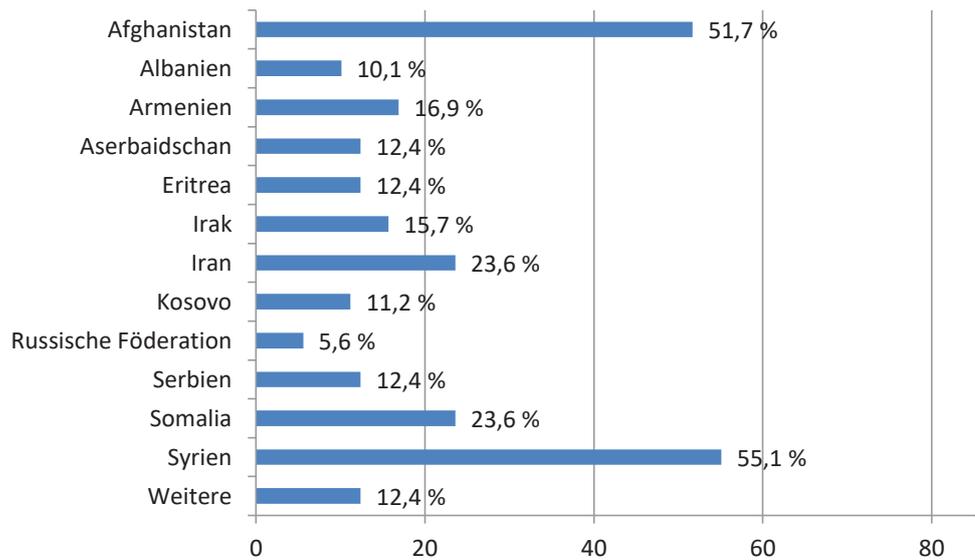
Die von den PsychotherapeutInnen behandelten PatientInnen kamen zum Großteil aus Syrien (51,7%) oder aus Afghanistan (55,1%), gefolgt von Iran, Somalia, Armenien und Irak (s. Abb. 4).



Abbildung 4: Nationalitäten der Behandelten

Welche Nationalitäten hatten die behandelten Geflüchteten?

Mehrfachantworten möglich, Angaben in % (n=89)



Darüber hinaus wurden in einem offenen Format weitere Herkunftsländer angegeben: viermal Mazedonien, zweimal Pakistan, zweimal Ägypten, zweimal Elfenbeinküste, zweimal Ghana sowie mehrere Einzelnennungen³.

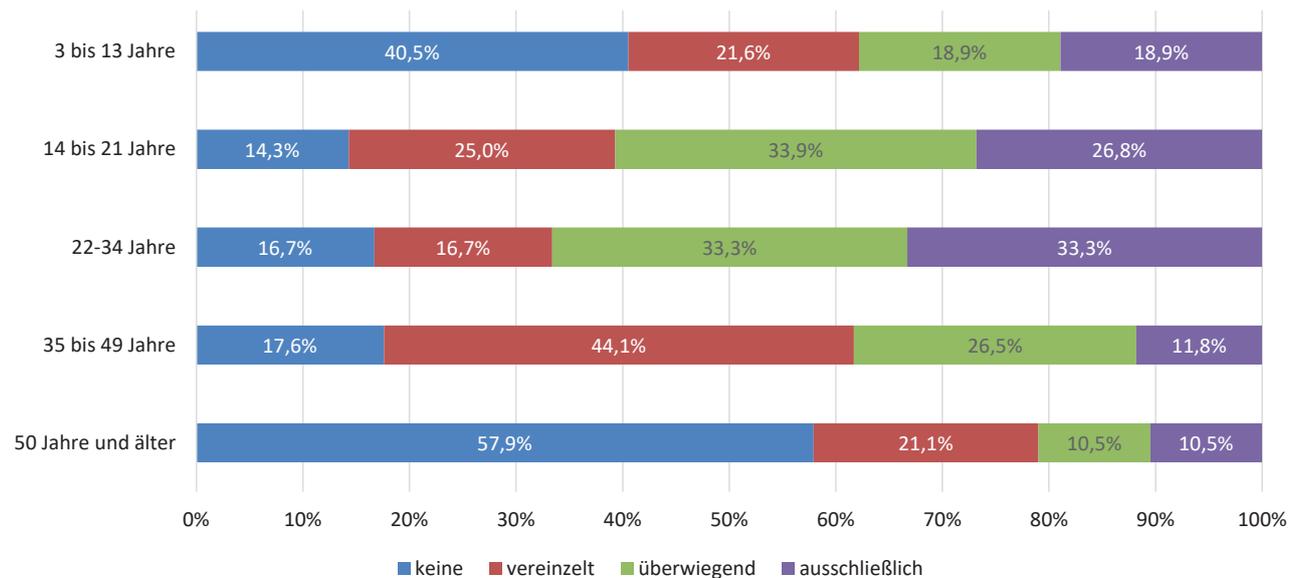
In den Jahren 2015 und 2016 waren Syrien und Afghanistan die beiden Hauptherkunftsländer der in Rheinland-Pfalz ankommenden Flüchtlinge.

Somit deckt sich die Inanspruchnahme der Psychotherapie mit den demografischen Gegebenheiten.

Ein größerer Teil der PsychotherapeutInnen gab an, dass die PatientInnen *überwiegend* oder *ausschließlich* zwischen 14 und 34 Jahre alt waren. 27,6% der PsychotherapeutInnen gaben an, auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge behandelt zu haben, 72,4% verneinten die Frage (n=87).

Abbildung 5: Alter der PatientInnen

In welchem Alter waren die behandelten Geflüchteten? Angaben in %



Auf die Frage, in welcher Sprache oder in welchen Sprachen die Therapie durchgeführt wurde, war die meistgenannte Antwort *Deutsch* (78,2%), dann *andere gemeinsam gesprochene Sprache*, beispielsweise Englisch, (39,1%) gefolgt von *Muttersprache*

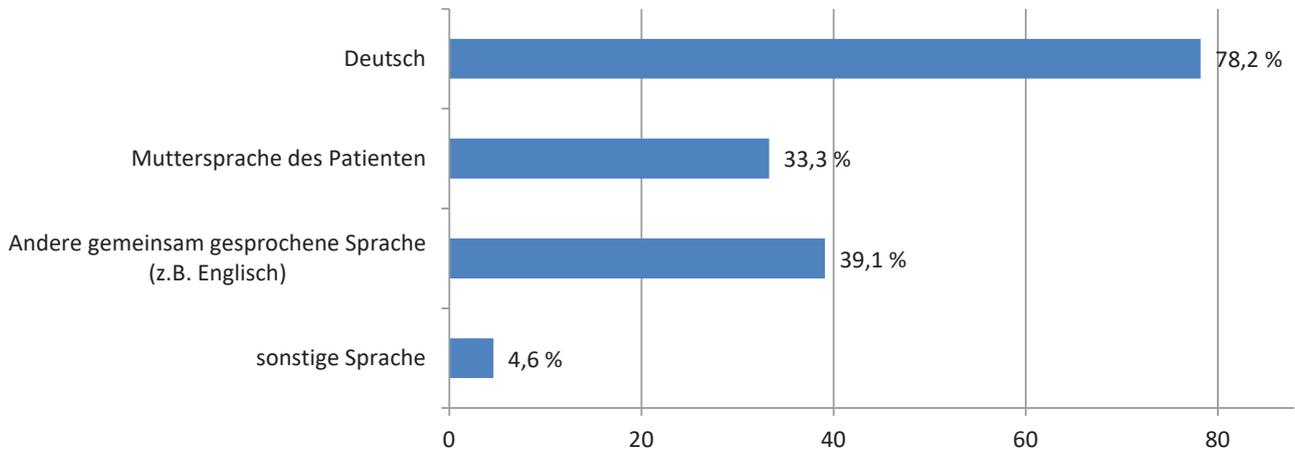
des Patienten (33,3%) und *sonstige Sprache* (4,6%; n=87; Mehrfachantworten möglich). **Somit wurde der geringste Teil der Behandlungen in der Muttersprache der PatientInnen abgehalten.**

³ Fußnote 3 finden Sie auf der Seite 46.

Abbildung 6: Verwendete Sprachen in der Therapie

In welcher Sprache bzw. welchen Sprachen wurde die Therapie durchgeführt?

Mehrfachantworten möglich, Angaben in % (n=87)



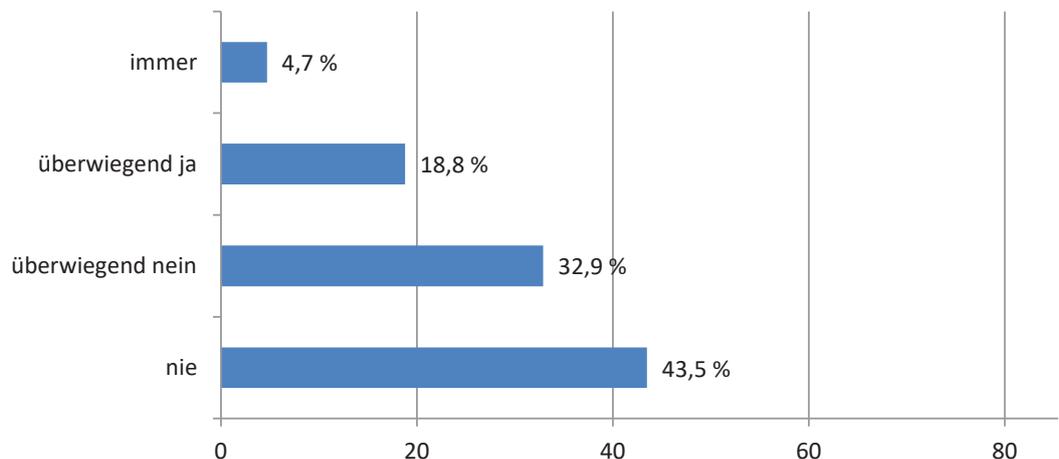
Bezüglich des Einsatzes von Sprach- und KulturmittlerInnen im Rahmen der Therapie gaben 76,4% an, dass die Therapie **überwiegend nicht oder nie** mit Hilfe von Sprach-

und KulturmittlerInnen stattgefunden habe (Abb. 7). Somit hat ein Großteil der Therapien auf *Deutsch* oder einer anderen, *gemeinsam gesprochenen Sprache* stattgefunden.

Abbildung 7: Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen

Wurden die Therapien mit Hilfe von Sprach- und Kulturmittler/innen durchgeführt?

Angaben in % (n=85)



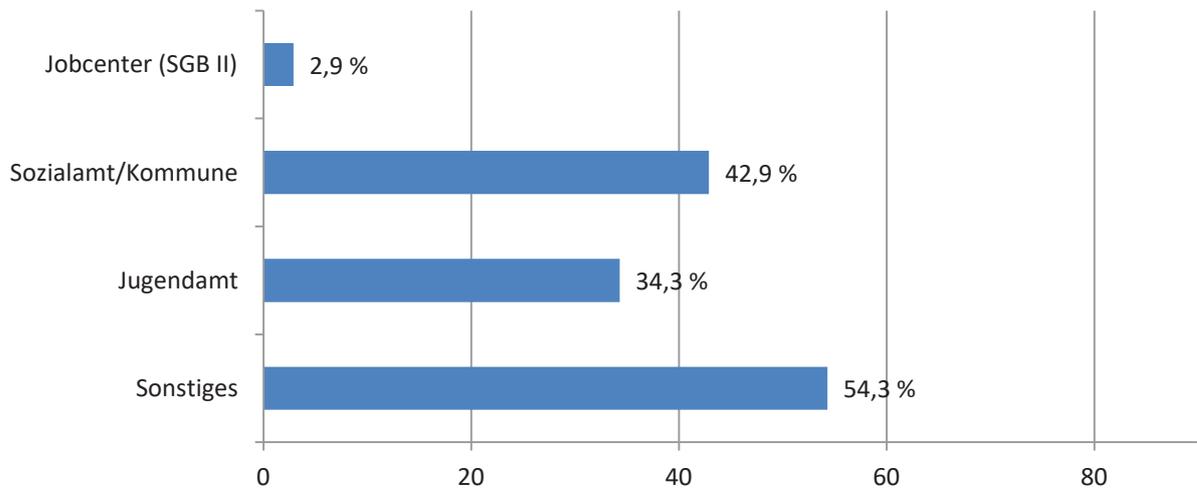
Zur Finanzierung von Sprach- und KulturmittlerInnen zeigte sich, dass schon häufiger eine Finanzierung über *Sozialamt/Kommune* und über das *Jugendamt* stattgefunden hat. Über das *Jobcenter* wurden die wenigsten Psychotherapien bezahlt. Am häufigsten wurde die Angabe *Sonstige* als Finanzierung der Sprach- und KulturmittlerInnen bejaht (s. Abb. 8).

Bei der offenen Frage zu einer weiteren Ausführung der Finanzierung *Sonstige* wurden 23 Aussagen gemacht⁴. Mit sieben Nennungen wurde am häufigsten eine „ehrenamtliche Finanzierung“ genannt.

⁴ Fußnote 4 finden Sie auf der Seite 46.

Abbildung 8: Finanzierung Sprach und KulturmittlerInnen

Wie wurden die Sprach- und Kulturmittler/innen finanziert? Mehrfachantworten möglich, Angaben in % (n=35)

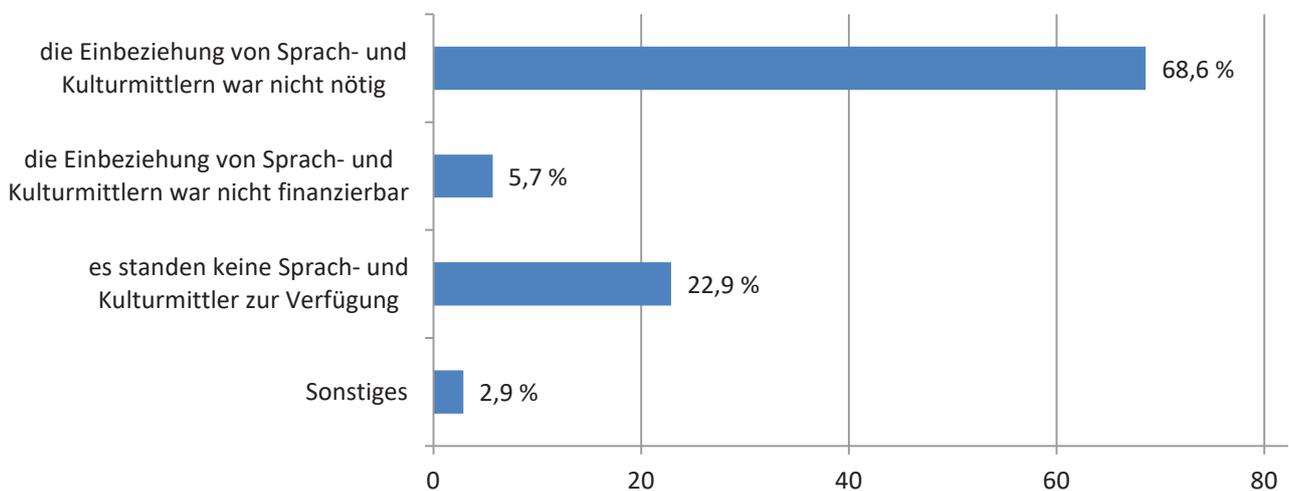


Jeweils zweimal genannt wurde die Finanzierung durch den Arbeitgeber, Christliches Jugenddorfwerk Deutschland (CJD), Kirche, Krankenkasse, privat und Klinik. Weiter erfolgten Einzelnennungen. Eine Person gab an, dass die Arbeit aufgrund mangelnder Finanzierung beendet werden musste; eine weitere

gab an, dass die Sprach- und KulturmittlerInnenkosten von ihr bezahlt wurden. Mehrfachantworten waren möglich, weshalb eine Finanzierung auch aus mehreren Quellen stattgefunden haben könnte.

Abbildung 9: Gründe dafür, dass keine Sprach- und KulturmittlerInnen einbezogen wurden

Was war der Hauptgrund, dass keine Sprach- und Kulturmittler/innen einbezogen wurden? Angaben in % (n=35)

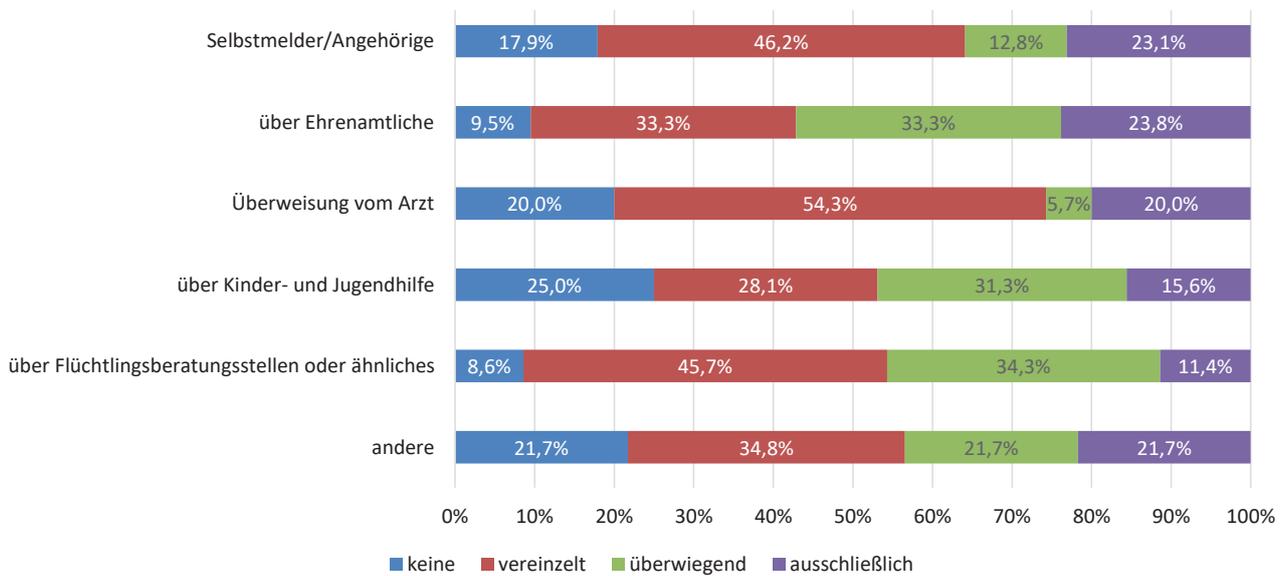


Als Hauptgrund dafür, dass keine Sprach- und KulturmittlerInnen eingesetzt wurden, wurde am häufigsten genannt, dass dies *nicht nötig* gewesen sei. Dies deckt sich mit den Aussagen, dass die Therapie am häufigsten auf *Deutsch* oder *einer anderen gemeinsam gesprochenen Sprache* abgehalten wurde. Weiterhin scheint die *Erreichbarkeit/Verfügbarkeit von Sprach- und KulturmittlerInnen* ein Problem darzustellen. Seltener wurde die *mangelnde Finanzierung* als Hauptgrund genannt (s. Abb. 9).

Die Generalisierung der Aussagen ist aufgrund der wenigen Antworten auf diese Frage (n=35) nur in geringem Maße gegeben. Nach Erfahrung und Einschätzung der PsychotherapeutInnen erfolgte die Anmeldung der geflüchteten PatientInnen zu einer Psychotherapie *überwiegend* oder *ausschließlich* über „Ehrenamtliche“, dann über „Flüchtlingsberatungsstellen oder ähnliches“, gefolgt von „Kinder- und Jugendhilfe“, „andere“, „Selbstanmelder/Angehörige“ **und am seltensten mittels einer „Überweisung vom Arzt“.**

Abbildung 10: Zuweisungswege der PatientInnen

Wie erfolgte die Anmeldung der Patienten/innen? Angaben in %

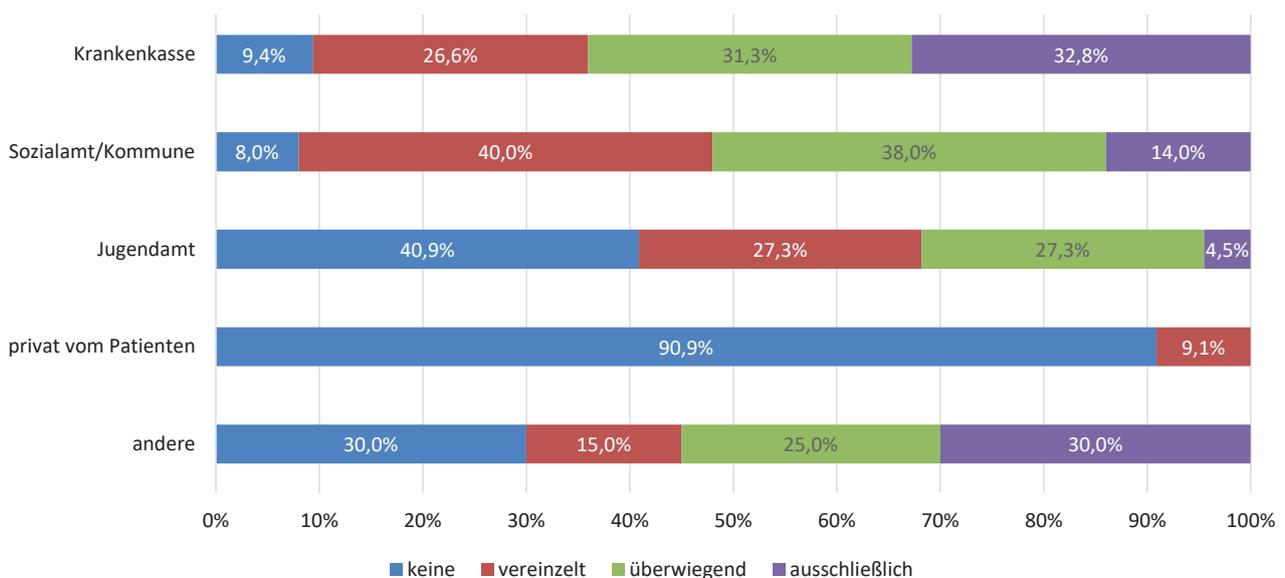


Es wurden 21 Angaben zum Punkt „andere“ gemacht⁵, über die eine Anmeldung zur Psychotherapie erfolgte (s. Abb. 10). Jeweils dreimal genannt wurden Rechtsanwalt, Beratungsstellen, Sozialamt und jeweils zweimal Kreisverwaltung und Empfehlung aus Freundes- oder Bekanntenkreis. Weitere zuweisende Personen wurden einzeln genannt.⁶ Fasst man die

Angaben zu *überwiegend* und *ausschließlich* zusammen zeigt sich, dass die meisten Psychotherapien mit Geflüchteten über die „Krankenkassen“ finanziert wurden oder werden. Ähnlich viele Psychotherapien werden *überwiegend* und *ausschließlich* von „Sozialamt/Kommune“ und über „andere Wege“ finanziert (s. Abb. 11).

Abbildung 11: Finanzierung der Psychotherapien

Wie wurden die Psychotherapien von Geflüchteten finanziert? Angaben in %



In den offenen Fragen ist für eine Erläuterung „andere“ dreimal angegeben, PatientInnen ehrenamtlich behandelt zu haben. Zweimal wurde genannt, die Leistung im Rahmen einer Pauschal-

finanzierung (beispielsweise durch Anstellung) erbracht zu haben. Im Weiteren folgten nur noch Einzelnennungen.⁷

^{5,6,7} Die Fußnoten 5,6 und 7 finden Sie auf der Seite 46.

Auf die Frage „Kam es vor, dass Psychotherapien aufgrund von mangelnder Finanzierung nicht stattfinden konnten oder frühzeitig beendet werden mussten?“ gab es 82 Antworten. 59,8% gaben an, dass die Therapien *nie* frühzeitig wegen mangelnder Finanzierung beendet werden mussten. 22% kreuzten *selten*, 17,1% *häufig* und 1,2% *immer* an.

Nicht erfasst wurde durch das Item, ob sich die unklare Finanzierung aufgrund eines noch unsicheren Aufenthalts ergab oder ob andere Aspekte hier die entscheidende Rolle spielten (beispielsweise Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren und Verweigerung der Finanzierung von Seiten der Krankenkasse unabhängig von den jeweiligen PatientInnen).

Die anschließende Frage, welche Stelle die Finanzierung verweigerte, wurde nur von sieben Personen bearbeitet (wobei Mehrfachnennungen möglich waren), weshalb sich hier kein aussagefähiger Trend ablesen lässt. Fünfmal wurde die *Krankenkasse* als kostenverweigernde Stelle genannt, dreimal das *Sozialamt/Kommune* und das *Jugendamt* sowie *Sonstige*.

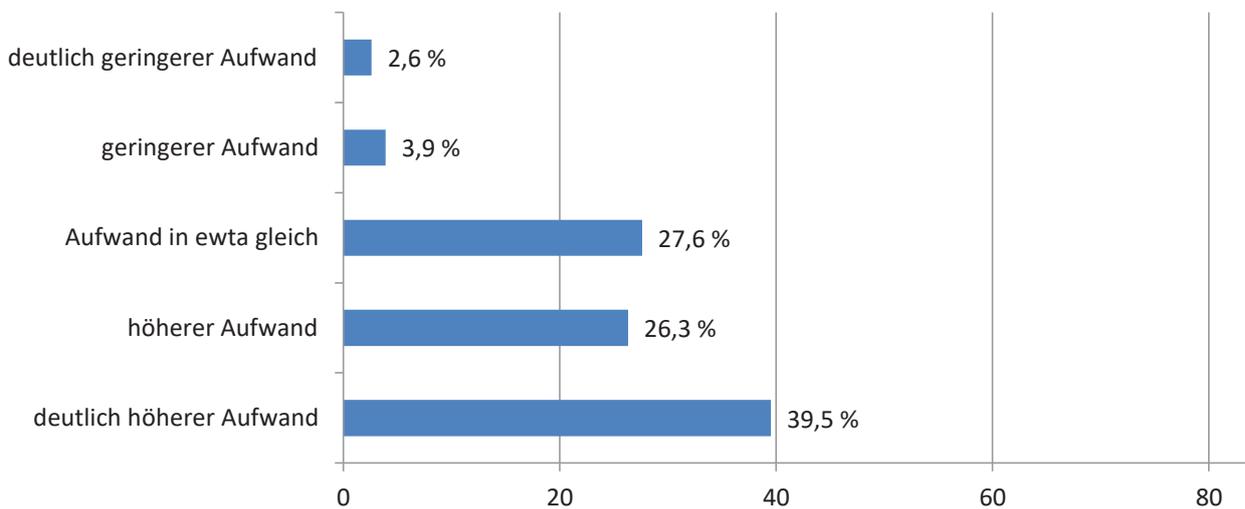
Hier wurde die offene Antwortoption zur Erläuterung der Angabe genutzt. Einmal wurde angegeben, dass die Fahrtkosten der PatientInnen nicht gesichert waren und ebenfalls einmal wurde das Sozialamt als kostenverweigernde Stelle benannt. Zweimal wurde auf die zu hohen bürokratischen Hürden verwiesen, die die Arbeit erschweren („frage [sic!] falsch gestellt: irgendwann werden entweder die bürokratischen Hürden zu groß, die Fahrtkosten sind nicht finanzierbar [sic!] oder die Situatoin [sic!] ändert sich, z.B. Umzug“; „ich würde nicht sagen verweigert, aber die bürokratischen Hürden waren sehr hoch und ich hatte keine Zeit mich drum zu kümmern“).

Was die offenen Antworten auf diese Frage schon andeuteten, wird durch die Frage nach dem Aufwand für die Beantragung einer Psychotherapie mit Geflüchteten im Vergleich zu durchschnittlichen KassenpatientInnen erfahrungsbasiert bestätigt: 65,8% schätzen den Aufwand als *deutlich höher* oder *höher* ein, 27,6% als in *etwa gleich* und 6,5% als *geringeren Aufwand* oder *deutlich geringer Aufwand* (s. Abb. 12).

Abbildung 12: Aufwand der Beantragung einer Psychotherapie

Wie schätzen Sie nach Ihrer Erfahrung den durchschnittlichen Aufwand zur Beantragung einer Psychotherapie bei Geflüchteten im Vergleich zu der Beantragung bei einem/einer durchschnittlichen Kassenpatienten/in ein?

Angaben in % (n=76)



Es bestand die Möglichkeit, die getroffene Einschätzung des durchschnittlichen Aufwands der Beantragung zu begründen. Hier zeigt sich die Tendenz, dass vor allem die **unklaren Regelungen bei einer Beantragung beim Sozialamt, der zusätzliche Aufwand durch die Arbeit mit Sprach- und KulturmittlerInnen sowie der unklare Aufenthaltstitel und ggf. das**

Abfassen von Schriftstücken im Asylverfahren einen zusätzlichen Aufwand für die BehandlerInnen darstellen.⁸

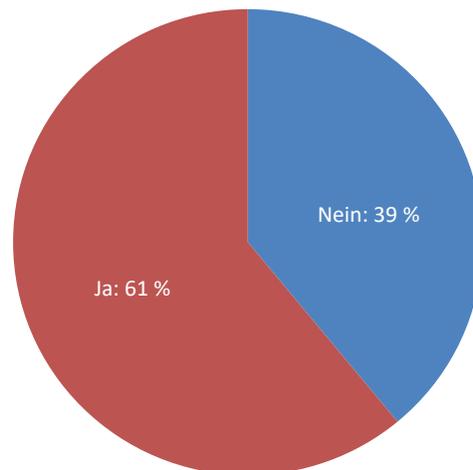
61% gaben an, im Rahmen der Therapie ein Schriftstück für das Asylverfahren verfasst zu haben. Dies ist kohärent zum wahrgenommenen Mehraufwand.

⁸ Fußnote 8 finden Sie ab der Seite 46.

Abbildung 13: Abfassen eines Schriftstückes für das Asylverfahren

Haben Sie im Rahmen der therapeutischen Behandlung ein Schriftstück für das Asylverfahren verfasst (z.B. Stellungnahme, Bestätigung der Teilnahme an der Therapie und dem Vorliegen einer psychischen Erkrankung)?

Angaben % (n=82)

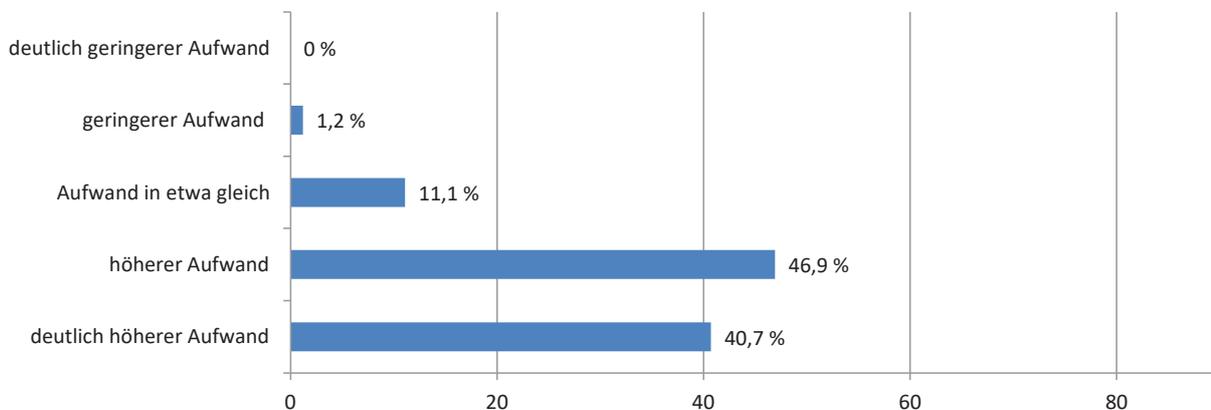


In der offenen Antwortmöglichkeit wird deutlich, dass folgende Schriftstücke ausgestellt wurden: Bescheinigungen, Befundberichte, Atteste/Bestätigungen der psychischen Erkrankung und/oder der Teilnahme an der Psychotherapie oder Stellungnahmen.⁹

Ähnlich wie der Aufwand für die Beantragung einer Psychotherapie, wird auch der durchschnittliche therapeutische Aufwand im Rahmen der laufenden Behandlung mit fast 90% als *höher* oder *deutlich höher* eingeschätzt (s. Abb. 14).

Abbildung 14: Einschätzung therapeutischer Aufwand

Wie schätzen Sie nach Ihrer Erfahrung den durchschnittlichen therapeutischen Aufwand im Rahmen der laufenden Behandlung bei Geflüchteten im Vergleich zu einem/einer durchschnittlichen Kassenpatienten/in ein? Angaben in % (n=81)



Dementsprechend ist es nicht verwunderlich, dass sich 76,4% derjenigen, die bereits PatientInnen mit Fluchterfahrung hatten, (mehr) Unterstützung bei der Arbeit mit Geflüchteten wünschen (n=72). Kategorisiert man die offenen Antworten¹⁰ (n=53) danach, wie eine Unterstützung aussehen sollte, behandelt der größte Teil der Antworten eine **vereinfachte Akquise und Finanzierung von Sprach- und KulturmittlerInnen**, gefolgt von dem Wunsch nach **weniger Bürokratie und einem standardisierten Antragsverfahren/Finanzierung**. In der Nennungshäufigkeit folgen anschließend mit ähnlich vielen Erwähnungen der Wunsch nach **fachlicher Unterstützung durch (kostenfreie) Angebote (wie beispielsweise Supervision und Fortbildung)** sowie **eine bessere Vernetzung und**

Zusammenarbeit mit Behörden und anderen Fachstellen (beispielsweise Sozialdienst, Juristen). Ebenfalls mehrfach genannt wird der Wunsch nach **kulturspezifischem Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen**. Weitere Nennungen erfolgten einzeln und ließen sich nicht gut einer gemeinsamen Kategorie zuteilen. Die TeilnehmerInnen der Befragung hatten im Folgenden die Möglichkeit, Anmerkungen, Kommentare, Rückmeldungen oder Empfehlungen zum Thema Antragsverfahren im Rahmen einer Psychotherapie mit Flüchtlingen zu verfassen. Diese Option nutzten 27 Personen.¹¹ Hier wurden erneut sowohl Probleme bei der Finanzierung angesprochen, als auch einzelne Berichte von einer unproblematischen Finanzierung angegeben.

^{9,10,11} Fußnote 9 finden Sie ab der Seite 47, Fußnote 10 finden Sie ab der Seite 48, Fußnote 11 finden Sie auf der Seite 49.

Deutlich wurde auch eine wahrgenommene erhöhte Belastung aufgrund der Therapieinhalte und Lebensgeschichten der Patientengruppe. Es wurde auch berichtet, dass das Therapiesetting von den PatientInnen nicht angenommen wurde.

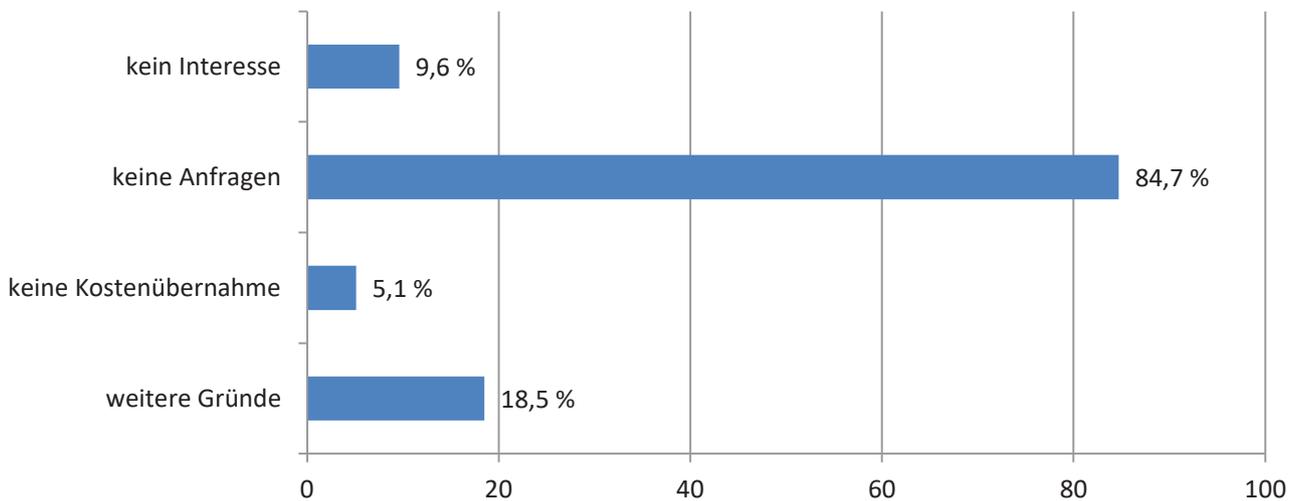
Deutlich wird ebenfalls, welche besonderen Herausforderungen sich aus einem schwebenden Aufenthaltsverfahren für die Psychotherapie ergeben: die fehlende Stabilität und äußere Sicherheit wirken sich nicht nur negativ auf die psychische Verfassung der PatientInnen aus, sondern auch auf das therapeutische Setting. So gaben sechs BefragungsteilnehmerInnen an, dass die Therapie aufgrund der Abschiebung der PatientInnen beendet werden musste.

Für behandelnde PsychotherapeutInnen besteht kaum Planungssicherheit, prognostische Einschätzungen sind schwer möglich und im Fokus der Arbeit müssen stabilisierende Maßnahmen stehen. Doch auch dabei gilt: Innere Stabilisierung gelingt leichter, wenn ein gewisses Maß an äußerer Sicherheit gegeben ist.

Im Folgenden werden die Ergebnisse von Befragten dargestellt, die angaben, seit 2015 keine Geflüchteten behandelt zu haben (66,2% der Befragten). Auf Nachfrage, warum bislang keine Flüchtlinge behandelt worden seien, gab die Mehrzahl der PsychotherapeutInnen an, dass es *keine Anfrage* gegeben habe (s. Abb. 15).

Abbildung 15: Warum wurden keine Geflüchteten behandelt?

Warum haben Sie bislang keine Geflüchteten in Ihrer Praxis behandelt? Mehrfachantworten möglich, Angaben in % (n=157)



Es bestand die Möglichkeit, in einem offenen Format die Gründe dafür zu erläutern¹², dass noch keine Behandlung von Geflüchteten stattgefunden hat. Die Antworten können in Kategorien zusammengefasst werden. Am häufigsten wurde genannt, dass sich aufgrund des eigenen Behandlungsfeldes noch keine Berührungspunkte ergeben hätten (hier wurden beispielsweise Beratungsstellen genannt). Nahezu gleich häufig wurden als Hürden für die Behandlung von Geflüchteten die Sprachbarrieren beziehungsweise der Mehraufwand durch die Arbeit mit Sprach- und KulturmittlerInnen, keine Behandlungskapazität sowie der bürokratische Mehraufwand genannt. Weitere Äußerungen erfolgten eher vereinzelt. Zwei Antworten ließen eine Verunsicherung in der Arbeit mit Geflüchteten erkennen („Angst vor Übergriffen“; „ggf. keine Ausbildung in Traumatherapie“). Einmal wurde ein politisch gefärbter Hinderungsgrund genannt („abschieben statt integrieren – meine Praxis ist mit behandlungsbedürftigen Deutschen voll ausgelastet, darunter auch Opfer von Migrantengewalt!!!“).

Im direkten Vergleich zeigt sich, dass sich knapp über drei Viertel (76,4%, n=72) der PsychotherapeutInnen, die bereits mit Geflüchteten gearbeitet haben, mehr Unterstützung bei der Arbeit mit Geflüchteten wünschen. Ein gegensätzliches Bild zeigt sich für die PsychotherapeutInnen ohne praktische Erfahrung mit Geflüchteten: hier wünscht sich der größere Teil (66%; n=147) auch keine Unterstützung für die Arbeit mit psychisch erkrankten Flüchtlingen.

Auch hier gab es für die UntersuchungsteilnehmerInnen ohne praktische Erfahrung in der Behandlung psychisch erkrankter Flüchtlinge die Option, zu erläutern, worin die Unterstützung bestehen sollte.¹³ Die Antworten ließen sich zum Teil in Kategorien zusammenfassen. Am häufigsten wurde der Wunsch nach kulturspezifischen-/sensiblen Fortbildungen und/oder Interventionsangeboten geäußert, gefolgt von einer einfacheren Bereitstellung und/oder Finanzierung von Sprach- und KulturmittlerInnen. An dritter Stelle wurde ein Unterstützungsbedarf für

^{12,13} Fußnote 12 finden Sie ab der Seite 49, Fußnote 13 finden Sie ab der Seite 50.

eine gesicherte und vereinfachte Finanzierung der Therapien angegeben und mit weiteren Mehrfachnennungen der Wunsch nach einer Vernetzung/einer Möglichkeit von Rückfragen bei anderen Diensten (beispielsweise bzgl. dem Aufenthaltstitel, aber auch bei Finanzierungsproblemen).

Abbildung 16: Unterstützungsbedarf unter den PsychotherapeutInnen ohne Behandlungserfahrung

Wünschen Sie sich (mehr) Unterstützung bei der Arbeit mit Geflüchteten? Angaben % (n=147)

beantwortet durch Befragte, die (noch) keine Geflüchteten behandelt haben

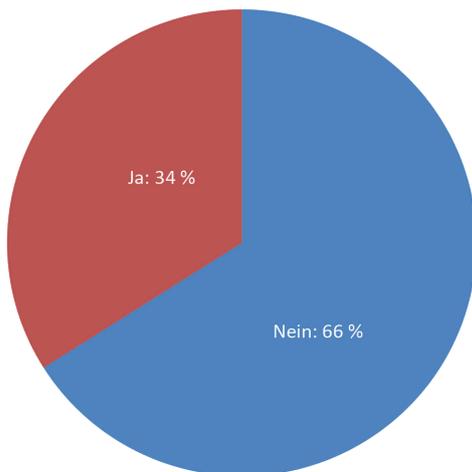
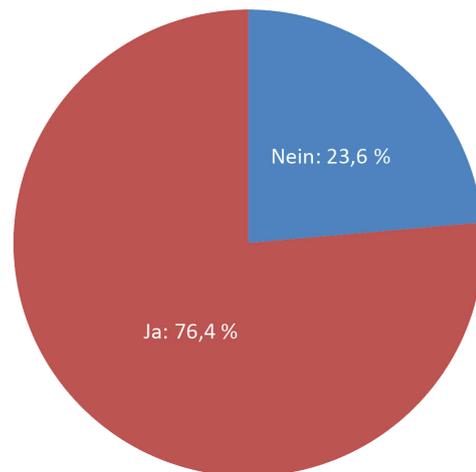


Abbildung 17: Unterstützungsbedarf unter den PsychotherapeutInnen mit Behandlungserfahrung

Wünschen Sie sich (mehr) Unterstützung bei der Arbeit mit Geflüchteten? Angaben % (n=72)

beantwortet durch Befragte, die Geflüchtete behandelt haben



Zuletzt wurden sowohl diejenigen Befragten mit Erfahrung in der Therapie psychisch erkrankter Flüchtlinge als auch diejenigen ohne solche Erfahrungen gefragt, ob sie im PsychotherapeutInnenpool der Koordinierungsstelle gelistet seien oder ob eventuell der Wunsch bestünde, hier aufgenommen zu werden.

68,3% gaben an, nicht im PsychotherapeutInnenpool gelistet zu sein, 24,3% waren unsicher und 7,4% gaben an, im Pool der Koordinierungsstelle vertreten zu sein. Ungefähr ein Viertel der Befragten äußerte Interesse daran, in diesen Pool aufgenommen zu werden.

Abbildung 18: Listung im PsychotherapeutInnenpool

Sind Sie im Psychotherapeuten-Pool der Koordinierungsstelle gelistet? Angaben % (n=243)

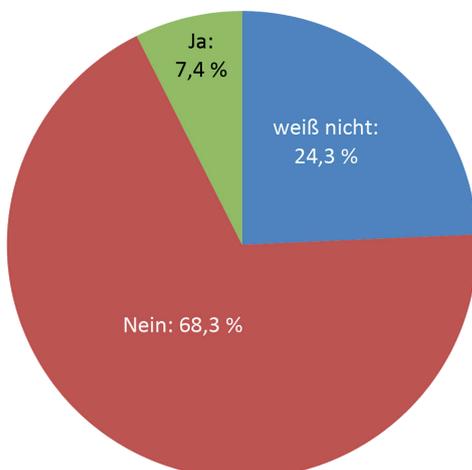
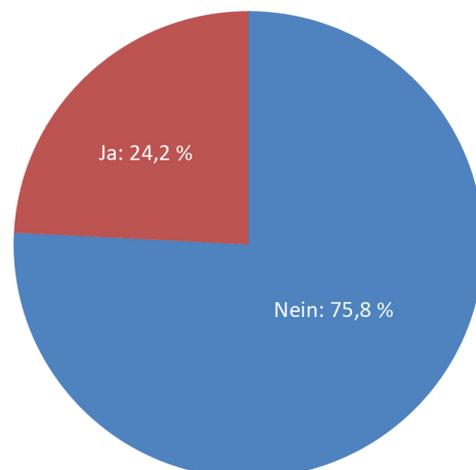


Abbildung 19: Interesse an Listung im PsychotherapeutInnenpool

Wenn Sie bislang nicht gelistet sind, haben Sie Interesse an einer Aufnahme in den Pool? Angaben % (n=219)



Diskussion

Mit der Befragung konnten 1.630 von den rund 2.000 Mitgliedern der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz erreicht werden. An der Befragung nahmen 363 Personen teil, von denen 240 die Umfrage beendeten. Durch die Untersuchung konnten sowohl bereits vermutete und ermittelte Problemlagen systematisch exploriert werden als auch neue Erkenntnisse bezüglich der psychotherapeutischen Versorgungssituation von psychisch erkrankten Flüchtlingen in Rheinland-Pfalz gewonnen werden.

Die Ergebnisse der Erhebung zeigen, dass ein Großteil der TeilnehmerInnen in eigener Praxis tätig ist und noch keine oder wenig Erfahrung in der Arbeit mit PatientInnen mit Fluchterfahrung hat. Sofern geflüchtete PatientInnen behandelt wurden, waren diese überwiegend männlich, aus Syrien oder Afghanistan stammend und 14-34 Jahre alt.

Sprachlich fanden die Therapien mit Geflüchteten größtenteils in *einer gemeinsam gesprochenen Sprache* oder *auf Deutsch* statt. Entsprechend gab ein Großteil der Befragten an, dass eine Einbeziehung von Sprach- und KulturmittlerInnen nicht nötig gewesen sei.

Es wäre interessant, zu erheben, ob der Grund dafür ist, dass PatientInnen mit geringen Deutsch- oder Englischkenntnissen seltener eine Therapie aufsuchen oder ob diese PatientInnen seltener therapeutisch aufgenommen werden, da der Aufwand als zu hoch eingeschätzt wird – beziehungsweise der Mangel an Sprach- und KulturmittlerInnen den Zugang zur therapeutischen Versorgung erschwert. Offen bleibt auch, ob und warum Geflüchtete, die bereits gute Deutschkenntnisse haben, in der Versorgung überrepräsentiert sind. Es lässt sich vermuten, dass diese Gruppe sich schon etwas länger in Deutschland aufhält, gegebenenfalls bereits an einem Sprachkurs teilgenommen hat und besser über das deutsche Gesundheitssystem und dessen Behandlungsmöglichkeiten informiert ist.

Wenn es zu einem Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen kam, erfolgte dieser vor allem ehrenamtlich und somit nicht systematisch finanziert. Dieser Umstand stellt wahrscheinlich eine weitere Hürde für die Behandlung von psychisch erkrankten Flüchtlingen dar, da kein verlässlicher, standardisiert-finanzierter Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen erfolgt. Die Anmeldung zu einer Psychotherapie erfolgte ebenfalls vor allem über Ehrenamtliche und Flüchtlingsberatungsstellen. Wie bei der

Finanzierung der Sprach- und KulturmittlerInnen geht hier also die Initiative nicht von Stellen der Regelversorgung (beispielsweise Ärzten) oder den PatientInnen selbst aus, sondern von Einzelpersonen oder spezialisierten Beratungsstellen.

65,8% der Befragten schätzten den durchschnittlichen Aufwand der Beantragung einer Psychotherapie für Geflüchtete als *deutlich höher* oder *höher* ein als für durchschnittliche GKV-Versicherte. Aus den freien Antworten geht vor allem hervor, dass sich der Mehraufwand durch unklare Regelungen für die Beantragung der Psychotherapie beim Sozialamt, dem zusätzlichen Aufwand durch die Arbeit mit Sprach- und KulturmittlerInnen sowie unklaren Aufenthaltstiteln und gegebenenfalls dem Abfassen von Schriftstücken im Asylverfahren ergibt. Insbesondere die nicht standardisierte Beantragung beim Sozialamt sowie das Abfassen von Schriftstücken binden Kapazitäten, für die es zum Großteil keine Vergütungsmöglichkeiten gibt. Dies macht die Zusatzarbeit weiter unattraktiv.

Obwohl ein Großteil der Therapien nicht unter Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen stattfand wird der Arbeitsaufwand einer Therapie auch aufgrund der möglichen Notwendigkeit eines Dolmetschers als deutlich erhöht eingeschätzt. Dies geht aus den freien Antworten zur Einschätzung des Aufwandes zur Beantragung hervor. Einige der Befragten vermuten also einen erhöhten Aufwand aufgrund von Sprachmittlung, ohne tatsächliche Erfahrungen in der Therapie zu Dritt gemacht zu haben. Hier wird die Bedeutung, die flächendeckende, aufklärende und unterstützende Fortbildungen spielen, noch einmal deutlich.

Somit stellen sich der höhere bürokratische und zum Teil nicht transparente Aufwand in der Beantragung der Psychotherapie, ein eventuell entstehender Mehraufwand durch die Notwendigkeit von Sprach- und KulturmittlerInnen sowie das gegebenenfalls notwendige Verfassen von Schriftstücken für das Asylverfahren als Hindernisse für die Aufnahme einer Behandlung dar – unabhängig davon, ob diese Schwierigkeiten tatsächlich erlebt wurden oder nur befürchtet werden. Die Summe der bestehenden Hürden, die für das organisatorische Gelingen einer Psychotherapie mit psychisch erkrankten Geflüchteten genommen werden müssen, verunsichern also nicht nur bereits erfahrene BehandlerInnen, sondern auch jene, die noch keine eigenen Erfahrungen mit dieser PatientInnengruppe gemacht haben.

Ähnlich entmutigend wirkt der wahrgenommene durchschnittliche therapeutische Aufwand im Rahmen der laufenden Behandlung (im Vergleich zu durchschnittlichen Versicherten der GKV). Hier schätzen fast 90% der Befragten den therapeutischen Aufwand als *höher* oder *deutlich höher* ein.

Neben dem Wunsch nach Erleichterungen in der Verfügbarkeit und Finanzierung von Sprach- und KulturmittlerInnen, dem Wunsch nach weniger Bürokratie und einem standardisierten und flächendeckenden Antragsverfahren, wird der Wunsch nach fachlicher Unterstützung und einer vernetzten Zusammenarbeit mit Behörden und Fachstellen genannt. Es wird auch ein Bedarf an kulturspezifischen Informationsmaterialien deutlich.

Insbesondere in den frei formulierten Antworten machen die Befragten zudem deutlich, welche Belastung sich aus den schweren Schicksalen der PatientInnen ergeben und wie negativ und unbefriedigend sich unklare Bleibeperspektiven auf den therapeutischen Prozess auswirken – sowohl auf Seite der BehandlerInnen, als auch auf Seiten der PatientInnen. Benannt wird zudem, dass das „klassische“ therapeutische Setting auch von Seiten der PatientInnen nicht immer angenommen werden konnte und Behandlungen von PatientInnenseite beendet wurden.

Bei den UntersuchungsteilnehmerInnen, die noch keine Erfahrung in der Behandlung von Geflüchteten gesammelt hatten, zeigte sich, dass bei dem größten Teil noch keine Anfrage für eine Behandlung eingegangen war. Die Anfragen erfolgen offenbar nicht flächendeckend. Die Befragungsergebnisse zeigen, dass die Vermittlung durch Ehrenamtliche häufig ein entscheidender Faktor für die Annahme eines Psychotherapieplatzes ist. Es kann somit ein Zusammenhang zwischen der Zahl der aktiven Ehrenamtlichen und der Zahl der Therapieanmeldungen in einer Region angenommen werden.

In den offenen Antworten wurden als Gründe für noch nicht durchgeführte Behandlung von psychisch erkrankten Geflüchteten bestehende Praxisauslastung sowie die Befürchtung eines bürokratischen Mehraufwands genannt.

Somit scheinen die Voraussetzungen für die Aufnahme eines PatientInnenkreises, der einen ungewissen und nicht sicher finanzierten (Mehr-)aufwand an Bürokratie mit sich bringt, eher ungünstig.

Findet eine psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten statt? Wie stellt sich diese dar?

Wie bereits erwähnt, hat die durchgeführte explorative Erhebung den Anspruch, einen Einblick in die psychotherapeutische Versorgungssituation zu geben. Man kann konstatieren, dass nur wenige Geflüchtete in Rheinland-Pfalz psychotherapeutisch versorgt werden. Diese Versorgung geht mit einem Mehraufwand bei der Beantragung und im therapeutischen Prozess einher.

Inwieweit funktioniert die Vermittlung von geflüchteten PatientInnen in das Regelsystem der psychotherapeutischen Versorgung?

Die Vermittlung von geflüchteten PatientInnen in das Regelsystem der psychotherapeutischen Versorgung erfolgt im Wesentlichen durch Ehrenamtliche, ähnlich häufig durch die Kinder- und Jugendhilfe sowie durch Flüchtlingsberatungsstellen oder Ähnliches. Die wenigsten Anmeldungen erfolgten durch Ärztinnen oder Ärzte, durch die PatientInnen selbst oder deren Angehörige. Es werden also bei der Vermittlung in die Psychotherapie andere Wege eingeschlagen als dies in der Regelversorgung der Fall ist.

Ferner gab der größte Teil der Befragten, die noch keine Erfahrungen in der Psychotherapie mit Geflüchteten gesammelt hatten an, keine diesbezüglichen Anfragen erhalten zu haben. Berücksichtigt man die hohen Ankunfts zahlen von Geflüchteten in den letzten drei Jahren und die erhöhte Wahrscheinlichkeit für das Vorliegen einer psychischen Störung innerhalb dieser Gruppe, erstaunt die geringe Nachfrage nach psychotherapeutischer Behandlung.

Hier stellt sich auch die Frage nach angemessenen und flächendeckenden Verfahren zur Identifizierung von psychisch erkrankten Geflüchteten und der Früherkennung in den Erstaufnahmeeinrichtungen für Asylbegehrende. Nach EU-Aufnahmerichtlinie vom 26.06.2013 (s.a. Kapitel *Versorgungsvoraussetzungen*) ist Deutschland dazu verpflichtet, besonders schutzbedürftigen Personen notwendige Hilfen zu gewähren. „Damit die Betroffenen diese Garantie aus der EU-Aufnahmerichtlinie jedoch auch in Anspruch nehmen können, müssen sie während der Aufnahme notwendigerweise auch als Person mit besonderen Bedürfnissen – z.B. einem Behandlungsbedarf aufgrund einer psychischen Störung und/ oder Traumatisierung – erkannt werden.“ (BAfF e.V. & Koordinierungsstelle 2018). Rheinland-Pfalz hat im Rahmen seines Gewaltschutzkonzeptes

(Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz, 2017) ein Konzept entwickelt, das den Schutzbedarfen von Frauen, Kindern und Jugendlichen, Familien aber auch von traumatisierten und behinderten Personen sowie homo- oder bisexuellen, transidenten und intersexuellen Menschen (LSBTI) bei der Unterbringung und Versorgung in den Aufnahmeeinrichtungen Rechnung tragen soll. In diesem Konzept ist ausdrücklich von Clearingmaßnahmen zum Erkennen von Schutzbedürftigkeit die Rede. Die Früherkennung von psychischen Erkrankungen – gerade von Traumafolgestörungen – stellt sich jedoch in der Praxis als schwierig heraus, wenn die Bedarfe nicht offensichtlich zu Tage treten (vgl. ebd.).

Bereits 2017 führte die Koordinierungsstelle in Zusammenarbeit mit der Aufsichts- und Dienstleistungsdirektion Rheinland-Pfalz (ADD RLP) daher Schulungen zum Thema Trauma und Traumafolgestörungen für MitarbeiterInnen der Erstaufnahmeeinrichtungen Rheinland-Pfalz durch. Eventuell müssten diese weiter im Erkennen entsprechender Symptome geschult werden.

Ein weiterer Grund dafür, dass psychisch erkrankte Geflüchtete nur in sehr geringem Maße an der Versorgung im niedergelassenen System teilhaben, ist möglicherweise, dass die zur Verfügung stehenden psychotherapeutischen Angebote zu wenig bekannt sind. Diskutiert wird auch immer wieder, ob die Geflüchteten die westlich geprägte Psychotherapie als mögliche Hilfe bei den eigenen psychischen Beschwerden wahrnehmen.

Inwiefern gibt es Hürden beim Zugang von Geflüchteten zu einer adäquaten Therapie (beispielsweise erhöhter Aufwand, Sprachbarriere)?

Der Aufwand für die Beantragung einer Psychotherapie mit Geflüchteten wurde von PsychotherapeutInnen mit Erfahrungen in der Behandlung dieser Personengruppe zu 66% als *höher* oder *deutlich höher* eingeschätzt als für durchschnittliche KassenpatientInnen. Nur 27,6% schätzten den Aufwand als *in etwa gleich* ein.

Der therapeutische Aufwand wurde zu 87,6% als *höher* oder *deutlich höher* eingeschätzt. Hier empfanden nur 11,1% den Aufwand als *in etwa gleich groß*. Ferner haben 61% ein Schriftstück für das Asylverfahren der PatientInnen verfasst, welches ebenfalls einen Mehraufwand darstellt mit oftmals intransparenten Vergütungsoptionen. All diese Faktoren machen die psychotherapeutische Arbeit mit Geflüchteten unattraktiv im Vergleich zur Versorgung von psychisch kranken Menschen

innerhalb der gesetzlichen Krankenversicherung. Es werden also große Hürden für die praktische Arbeit mit Geflüchteten deutlich.

Bezüglich der Sprachbarriere stellte sich heraus, dass die meisten Psychotherapien auf *Deutsch* oder *in einer anderen gemeinsam gesprochenen Sprache* stattfanden (bei dem Item waren Mehrfachantworten möglich). Die TeilnehmerInnen gaben zu 76,4% an, dass die Therapien *überwiegend nicht* oder *nie* mit Sprach- und KulturmittlerInnen durchgeführt worden seien. Im Folgenden begründeten sie dies zu größeren Teilen damit, dass der Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen nicht nötig gewesen sei.

Dennoch wurden sowohl bei den Erläuterungen zum Beantragungsaufwand der Psychotherapie als auch beim therapeutischen Aufwand beide Male sehr häufig der Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen als Grund für einen erlebten oder vermuteten Mehraufwand genannt.

Hieraus ließe sich eventuell ableiten, dass diejenigen, die bereits mit Sprach- und KulturmittlerInnen gearbeitet haben oder deren Hilfe benötigt hätten, dadurch einen starken Mehraufwand hatten.

Ebenfalls zeigt sich in den offenen Fragen nach gewünschter Unterstützung der Wunsch nach mehr übersetzten Therapiematerialien, wodurch Sprachbarrieren weiter verringert werden könnten.

Welche Herausforderungen stellen sich insbesondere beim Antragsverfahren?

Bezüglich des Antragsverfahrens wurde insbesondere durch die offenen Antworten deutlich, dass es beim Sozialamt beziehungsweise der Kommune kein standardisiertes Vorgehen gibt und es dadurch zu erhöhtem Aufwand kommt. Häufig werden die Kosten nur für eine bestimmte Anzahl von Sitzungen bewilligt, welche sich nicht immer mit den Standardkontingenten aus der Psychotherapierichtlinie deckt. Ähnlich verhält es sich mit dem zusätzlichen Aufwand für die Arbeit mit Sprach- und KulturmittlerInnen, deren Finanzierung extra beantragt und/oder anderweitig möglich gemacht werden muss.

Wie kann die psychotherapeutische Versorgungssituation Geflüchteter insgesamt verbessert werden? Wie können die beschriebenen Hürden abgebaut werden?

Aus den vorher dargestellten Ergebnissen kann abgeleitet werden, dass folgende Faktoren für eine verbesserte psychotherapeutische Versorgung notwendig sind:

1. Etablierung eines klaren, transparenten Antragsverfahrens für die Behandlung von Geflüchteten, die Leistungen nach dem AsylbLG beziehen. Dies betrifft besonders die Abrechnung mit dem Sozialamt/der Kommune und damit die Reduzierung bürokratischer Hürden.
2. Eine transparente und an den üblichen Sätzen (EBM-Standards) orientierte Vergütung für das Abfassen von Schriftstücken im Rahmen des Asylverfahrens.
3. Eine geregelte, transparente, standardisierte Finanzierung für den Einsatz von Sprach- und KulturmittlerInnen auch für Geflüchtete mit Anerkennung und Versichertenkarte.
4. Mehr interkulturelle Fortbildungsangebote für die verschiedenen relevanten Stellen der Versorgungskette (Fortbildungen für Verantwortliche in den Erstaufnahmeeinrichtungen, ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen, Kliniken sowie für Kostenträger der Kommunen).
5. Etablierung einer besseren Vernetzung und Kooperation mit Flüchtlingsberatungsstellen, beispielsweise zur Klärung asylrechtlicher Fragen, wodurch die einzelnen PsychotherapeutInnen entlastet werden sollen.
6. Förderung eines größeren Bewusstseins innerhalb der Ärzteschaft für psychische Erkrankungen und mögliche Hilfen, um eine verbesserte Vermittlung in die psychotherapeutische Versorgung zu erreichen.
7. Nachhaltige Förderung und tragfähige Absicherung der Komplexleistungen der Psychosozialen Zentren für Geflüchtete in Rheinland-Pfalz, deren multiprofessionelles, ganzheitliches und vor die Leistungen des regulären und gleichermaßen stark regulierten Gesundheitssystems sinnvoll ergänzt.

Literatur

BAfF e.V. – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, *Arbeitshilfe Ermächtigung*, (2016).

<http://www.baff-zentren.org/rechtliches/arbeitshilfe-ermaechtigung> [15.03.2019]

BAfF e.V. – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, *Leitfaden zur Beantragung einer Psychotherapie für Geflüchtete*, (2017).

http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2017/03/BAfF_Arbeitshilfe_Therapiebeantragung.pdf [15.03.2019]

BAfF e.V. – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, *Die Ermächtigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Geflüchteten – ein wichtiges Instrument droht zu scheitern*, (2018).

<http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Die-Erm%C3%A4chtigung-zur-psychotherapeutischen-Behandlung-von-Gefl%C3%BChteten-Ein-Instrument-droht-zu-scheitern.pdf> [15.03.2019]

BAfF e.V. & Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in Rheinland-Pfalz, *Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Rheinland-Pfalz* (2018).

http://www.interkulturell-gesundheit-rlp.de/aushang/versorgungsbericht_fluechtlinge-rlp.pdf [11.03.2019]

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, *Das Bundesamt in Zahlen 2017, Modul Asyl*. (21.03.2018)

https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2017.pdf?__blob=publicationFile [15.03.2019]

BptK – Bundespsychotherapeutenkammer, *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapierichtlinie, Wartezeiten*, (2018).

https://www.bptk.de/uploads/media/20180411_BPtK-Studie_Wartezeiten_2018.pdf [15.03.2019]

BptK – BundesPsychotherapeutenkammer, *Wie beantrage ich eine Ermächtigung zur vertragspsychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen?* (2015).

https://www.bptk.de/uploads/media/20151022_BPtK_Ratgeber_Ermaechtigung_Fluechtlinge_sichtbar.pdf [15.03.2019]

Destatis – Statistisches Bundesamt, *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund – Ergebnisse des Mikrozensus 2017*, (2018)

https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Migrationshintergrund/2010220177004.pdf;jsessionid=1D644C97DBAF2023A014C41F97DB656A.InternetLive2?__blob=publicationFile [08.10.2018]

Destatis – Statistisches Bundesamt, *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Ausländische Bevölkerung, Ergebnisse des Ausländerzentralregisters*. (21.04.2018).

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/AuslaendBevoelkerung.html> [15.03.2019]

Destatis – Statistisches Bundesamt, *Bevölkerung und Erwerbstätigkeit – Schutzsuchende, Ergebnisse des Ausländerzentralregisters*. (02.11.2017).

<https://www.destatis.de/DE/Publikationen/Thematisch/Bevoelkerung/MigrationIntegration/Schutzsuchende/2010240167004.html;jsessionid=947B2C370E11ED470C7773FC9C968ED0.InternetLive1> [15.03.2019]

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud Ch, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W. (2011): S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3: 202-210.

https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-010k_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2012-abgelaufen.pdf [15.03.2019]

Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Wittchen, H.-U. (2014). *Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH)*, 85(1), 77-87.

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitssystems in RLP: *Jahresstatistik zur Versorgungssituation von Geflüchteten in den Psychosozialen Zentren in Rheinland-Pfalz* (01.01.-31.12.2018), Februar 2019.

KV RLP – Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (11. Mai 2018). *Nachfrage zur Ermächtigungen in Rheinland-Pfalz*, E-Mail-Antwort (unveröffentlicht).

KV RLP – Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (2015) *Vertragsärztliche Versorgung in RLP: Strukturen und Bedarf. Gesundheitsökonomische Gespräche 2016. Regionalisierung der Gesundheitsversorgung.*

https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/2015-10-16_Vortrag_VertragsaerztlicheVersorgungRLP_StrukturenBedarf.pdf [15.03.2019]

KV RLP – Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (2016), *Versorgungsatlas Rheinland-Pfalz Vertragsärztliche Versorgung im Wandel | Versorgungsindex 2016.*

https://www.kv-rlp.de/fileadmin/user_upload/Downloads/Institution/Engagement/Versorgungsforschung/KVRLP_Versorgungsatlas_2016.pdf [15.03.2019]

Landtag Rheinland-Pfalz, Antwort des Ministeriums für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Michael Frisch und Matthias Joa (AfD) – Drucksache 17/4125 -. (09.10.2017).

<https://www.landtag.rlp.de/landtag/drucksachen/4321-17.pdf> [15.03.2019]

LPK – Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (2017), *Stellungnahme der Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen in Rheinland-Pfalz.*

LPK – Landespsychotherapeutenkammer Rheinland-Pfalz (Februar 2019). *Statistik nach Verfahren* (unveröffentlicht).

Lindert, J., von Ehrenstein, O.S., Wehrwein, A., Brahler, E., & Schäfer, I. (2017). *Angst, Depression und posttraumatische Belastungsstörung bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme.* Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychotherapie, 68, 22-29.

MFFJIV – Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz. (2017b). *Gemeinsam für Chancengleichheit, Weltoffenheit und Akzeptanz. Integrationskonzept für Rheinland-Pfalz 2017*, 14–15.



MFFJIV – Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz.

Monatliche Zugänge in RLP nach EASY Jahr 2017, (2017).

<https://mffjiv.rlp.de/de/themen/integration/humanitaere-zuwanderung-und-gefluechtete/aktuelles-zahlen-und-fakten> [15.03.2019]

MFFJIV – Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz des Landes Rheinland-Pfalz.

Monatliche Zugänge in RLP nach EASY Jahr 2018

<https://mffjiv.rlp.de/de/themen/integration/humanitaere-zuwanderung-und-gefluechtete/aktuelles-zahlen-und-fakten> [15.03.2019]

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R.A., & van Ommeren, M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: The Journal of American Medical Association*, 302 (5), 537-549.

UNO-Flüchtlingshilfe.

<https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/zahlen-fakten.html> [15.03.2019]



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM
FÜR INTEGRATION, FAMILIE,
KINDER, JUGEND UND FRAUEN

ELEKTRONISCHER BRIEF

Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen
Kaiser-Friedrich-Straße 5a | 55116 Mainz

An die
- Landkreise und kreisfreien Städte
Rheinland-Pfalz
- ADD Trier – Referat 24
- AG Flucht und Trauma Rheinland-Pfalz

Kaiser-Friedrich-Straße 5a
55116 Mainz
Telefon 06131 16-0
Telefax 06131 16-2644
Mail: poststelle@mifkjf.rlp.de
www.mifkjf.rlp.de

12. Dezember 2013

Mein Aktenzeichen 78 714:724*Trauma
Ihr Schreiben vom
Ansprechpartner/-in / E-Mail
Sven Laux
Fluchtaufnahme@mifkjf.rlp.de

Telefon / Fax
06131 16-5113
06131 16175113

Kostenübernahme von Behandlungskosten gem. §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) bei psychischen Erkrankungen

Sehr geehrte Damen und Herren,

Im Zuge der immer weiter steigenden Flüchtlingszahlen in Rheinland-Pfalz steigt auch die Zahl der Menschen, die auf ihrer Flucht traumatische Erlebnisse erfahren haben. Dies gilt insbesondere für Menschen, denen aus Ländern mit kriegerischen Auseinandersetzungen die Flucht gelungen ist, wie z.B. Syrien und Afghanistan.

Das Ministerium für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen hat sich daher bereits zu Beginn dieses Jahres zur Aufgabe gemacht, Lösungsansätze zu entwickeln, um den betroffenen Menschen mit psychischen Erkrankungen eine effektivere und u.U. schnellere gesundheitliche Versorgung zu ermöglichen. Eine Fachtagung zu diesem Thema am 23. Mai 2013 verdeutlichte auch, dass auch Unsicherheit darüber besteht, welche Leistungen im Rahmen des AsylbLG oder der gesetzlichen Krankenversicherung gewährt werden können.

Die folgenden Informationen über die gesetzlichen Regelungen für Leistungsbeziehende nach dem AsylbLG, aber auch für gesetzlich versicherte Personen (GKV) soll es in Ihnen in Abstimmung mit dem Ministerium für Soziales, Arbeit, Gesundheit und Demografie ermöglichen, im Rahmen ihrer kommunalen Selbstverwaltung eine zeitnahe Entscheidung über die Anträge von Leistungsbeziehern nach dem AsylbLG, aber auch nach den Sozialgesetzbüchern Zweites und Zwölftes Buch (SGB II und SGB XII) zu treffen.

- 1 -

 Barrierefreier Zugang über das Ministerium der Finanzen, Kaiser-Friedrich-Straße 5



Anhang A (Seite 2)

Leistungsberechtigte Personen nach dem AsylbLG:

Asylsuchende			
Anspruchsgrundlage	Gesetzestext	Kein Ermessen/ Ermessen der Leistungsbehörde	Übernahme von Dolmetscherkosten
§ 4 Abs. 1 AsylbLG	Zur Behandlung <u>akuter Erkrankungen</u> und Schmerzzustände <u>sind</u> die <u>erforderliche ärztliche</u> und <u>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.</u>	Kein Ermessen -> Pflichtleistung bei Vorliegen der Tatbestandsmerkmale	Ja, gem. § 6 AsylbLG Siehe Rundschreiben MIFKJF vom 25. Januar 2012 in Anlehnung an Schreiben von BMAS, Frau Dr. v. d. Leyen vom 21.02.2011
§ 6 Abs. 1 AsylbLG	Sonstige Leistungen <u>können</u> insbesondere gewährt werden, wenn sie <u>im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich</u> , zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind.	Ermessen -> Kann-Leistung bei Vorliegen der Tatbestandsmerkmale	Ja, gem. § 6 AsylbLG Siehe Rundschreiben MIFKJF vom 25. Januar 2012 in Anlehnung an Schreiben von BMAS, Frau Dr. v. d. Leyen vom 21.02.2011
§ 6 Abs. 2 AsylbLG	Personen, die eine <u>Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes</u> besitzen <u>und</u> die <u>besondere Bedürfnisse haben</u> , wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben , <u>wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.</u>	Kein Ermessen -> Pflichtleistung bei Vorliegen der Tatbestandsmerkmale	Ja, gem. § 6 AsylbLG Siehe Rundschreiben MIFKJF vom 25. Januar 2012 in Anlehnung an Schreiben von BMAS, Frau Dr. v. d. Leyen vom 21.02.2011

Leistungsbeziehende nach SGB II/SGB XII und/oder GKV-versicherte Personen

Nach Hinweisen der Kassenärztlichen Vereinigung Rheinland-Pfalz übernehmen die Krankenkassen die Therapiekosten bei psychischen Erkrankungen z.B. aufgrund von Traumatisierungen, wenn und soweit ein Behandlungserfolg erwartet werden kann. Über das Patiententelefon „Gesundheits-Informationen-Service (Tel. 0261 39002 400)“ können entsprechend freie Therapieplätze abgefragt werden.

Wenn ein Psychotherapeut gefunden ist, kann dieser - je nach Therapieform – 5 bis 8 Probesitzungen (Probatorische Sitzungen) durchführen, welche über Krankenschein bzw. Versichertenkarte abgerechnet werden. (Siehe auch Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie - Psychotherapierichtlinie, zuletzt geändert am 18. April 2013 BAnz AT 18.06.2013 B6, in Kraft getreten am 19. Juni 2013). Diese Probesitzungen dienen dazu, herauszufinden, ob eine Psychotherapie sinnvoll ist und ob der Betroffene und der Therapeut miteinander arbeiten können. Erst danach beantragt die versicherte Person mit Unterstützung des Psychotherapeuten eine Kostenübernahme für eine Psychotherapie bei der Krankenkasse.

Gemäß § 95 SGB V erfolgt die vertragsärztliche Versorgung durch zugelassene/ermächtigte Ärztinnen oder Ärzte und zugelassene/ermächtigte medizinische Versorgungszentren.

Da es sich laut kassenärztlicher Vereinigung bei der Psychotherapie nicht um eine Akutbehandlung, sondern um einen häufig längerfristigen therapeutischen Prozess handelt, ist es in der Regel hinzunehmen, dass Wartezeiten in Kauf zu nehmen sind.

Akute seelische Störungen können jedoch Inhalt kurzfristig anberaumter "Psychotherapeutischer Gespräche" sein – als Krisenintervention und/oder Überbrückungsmaßnahme für eine längerfristige Psychotherapie. Außerdem sollen akute seelische Störungen von einem Psychiater oder im Rahmen der sogenannten psychosomatischen Grundversorgung von einem Haus- oder Facharzt behandelt werden.

Die gesetzliche Grundlage für die Krankenbehandlung ergibt sich aus § 27 SGB V.

§ 27 SGB V Krankenbehandlung

(1) Versicherte haben **Anspruch auf Krankenbehandlung, wenn sie notwendig ist, um eine Krankheit zu erkennen, zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern.** Die Krankenbehandlung umfasst

1. **Ärztliche Behandlung einschließlich Psychotherapie als ärztliche und psychotherapeutische Behandlung,**
2. zahnärztliche Behandlung,
- 2a. Versorgung mit Zahnersatz einschließlich Zahnkronen und Suprakonstruktionen,

Anhang A (Seite 4)

3. **Versorgung mit Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmitteln,**
4. häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe,
5. Krankenhausbehandlung,
6. Leistungen zur medizinischen Rehabilitation und ergänzende Leistungen.

Bei der Krankenbehandlung ist den besonderen Bedürfnissen psychisch Kranker Rechnung zu tragen, insbesondere bei der Versorgung mit Heilmitteln und bei der medizinischen Rehabilitation.

Übernahme von Dolmetscherkosten:

Leistungsberechtigte Personen nach dem AsylbLG:

Gemäß Rundschreiben des Ministeriums für Integration, Familie, Kinder, Jugend und Frauen vom 25. Januar 2012 sind die Kosten für eine Sprachmittlung zur therapeutischen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) zu erbringen, sofern die Herbeiziehung eines Sprachmittlers für die Behandlung erforderlich ist. Die Leistung wird dann durch eine Ermessensreduzierung auf Null zu einer Pflichtleistung, sodass die Vorgaben des Art. 20 der EU-Aufnahmerichtlinie (2003/9/EG) erfüllt sind.

Leistungsbeziehende nach SGB II/SGB XII und/oder GKV-versicherte Personen:

Kosten für eine Sprachmittlung sind über den Leistungskatalog des SGB V bzw. die leistungsrechtlichen Vorschriften des SGB II nicht abgedeckt.

Bezüglich des SGB XII kann lediglich auf ein Urteil des SG Hildesheim vom 01.12.2011 (Az: S 34 SO 217/10) verwiesen werden, welches die Notwendigkeit einer Kostenübernahme als atypischen Bedarf gem. § 73 SGB XII als notwendig erachtet hat. Hier wäre im Einzelfall zu prüfen, ob die in der Urteilsbegründung ausgeführten Entscheidungsgründe auch auf andere Personen zutreffen, welches eine Kostenübernahme im Einzelfall ermöglicht.

Die Sicherstellung einer sprachlichen Verständigung zwischen Therapeut und Patient in einer nicht deutschen Sprache ist als Nebenleistung zur Krankenbehandlung nicht vom Leistungsanspruch der Krankenversicherten umfasst.

Ein Anspruch nach dem SGB V besteht nicht im Rahmen einer Krankenbehandlung ggf. erforderliche **Kosten für die Hinzuziehung eines Dolmetschers dürfen daher nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen werden.**

(Bundessozialgericht Urteil vom 06.02.2008, Az.: B 6 KA 40/06 R)

Übernahme von Fahrtkosten zur Therapiebehandlung:

Leistungsberechtigte Personen nach dem AsylbLG:

Der monatliche Betrag zur Sicherstellung des sozio-kulturellen Existenzminimums ergibt sich nach dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 18. Juli 2012 jeweils aus der Summe der Beträge entsprechend den sich aus §§ 5 bis 7 des Gesetzes zur Ermittlung der Regelbedarfe (RBEG) nach § 28 SGB XII für Einzelpersonen- und Familienhaushalte nach der Einkommens- und Verbrauchsstichprobe 2008 ergebenden regelbedarfsrelevanten Verbrauchsausgaben für die Abteilungen 7 (Verkehr), 8 (Nachrichtenübermittlung), 9 (Freizeit, Unterhaltung, Kultur), 10 (Bildung), 11 (Beherbergungs- und Gaststättendienstleistungen) und 12 (Andere Waren und Dienstleistungen). Damit ist durch die Aufnahme der Abteilung 7 in die bei der Berechnung des Betrags zur Sicherstellung des sozio-kulturellen Existenzminimums relevanten Abteilungen grundsätzlich eine Berücksichtigung der regelmäßigen Fahrtkosten erfolgt.

Anders kann dies jedoch bei Fahrten, die im Einzelfall unregelmäßig auftreten und als sonstige Leistung im Sinne des § 6 AsylbLG zu definieren sind, gewertet werden. Hier empfehle ich jeweils im Einzelfall zu prüfen, ob diese Fahrtkosten im Rahmen des § 6 AsylbLG gewährt werden können.

Siehe im übrigen mein Rundschreiben vom 12. Juli 2013 zu Fahrtkosten, die zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht entstehen, Fahrtkosten für Personen, die zur Behandlung einer psychischen Erkrankung auf weiter entfernte Therapieeinrichtungen angewiesen sind und eine wohnortnahe Behandlung nicht anderweitig (niedergelassene Psychotherapeuten/-innen) sichergestellt werden kann. (Bei der Auslegung der Begrifflichkeit „weiter entfernt“ sollte ein Radius von über 50 km gegenüber der Wohnanschrift des Patienten zugrunde gelegt werden.)

Leistungsbeziehende nach SGB II/SGB XII und/oder GKV-versicherte Personen:

Fahrtkosten sind bei Leistungsbeziehern nach SGB II bzw. SGB XII grundsätzlich in den jeweiligen Regelbedarfsstufen enthalten. Ein Ausnahmetatbestand, welcher z.B.

Anhang A (Seite 6)

bei Leistungsbeziehenden nach § 6 AsylbLG eine Übernahme von Fahrtkosten in begründeten Einzelfällen ermöglicht, wird lediglich in § 21 Absatz 6 SGB II gesehen. Eine Kostenübernahme wäre auch hier im jeweiligen Einzelfall zu prüfen.

Gesetzlich Krankenversicherte haben Anspruch auf Fahrtkosten zur ambulanten Behandlung in folgenden Fällen:

Nach § 60 Abs. 1 Satz 3 SGB V i.V.m. § 8 der Krankentransport-Richtlinien vom 22.01.2004 ist Voraussetzung für eine Verordnung und Genehmigung von Krankenfahrten zur ambulanten Behandlung u.a., dass der Patient

- mit einem durch die Grunderkrankung vorgegebenen Therapieschema behandelt wird, dass eine hohe Behandlungsfrequenz über einen längeren Zeitraum aufweist (§ 8 Abs. 2 der Krankentransport-Richtlinien) und
- dass diese Behandlung oder der zu dieser Behandlung führende Krankheitsverlauf den Patienten in einer Weise beeinträchtigt, dass eine Beförderung zur Vermeidung von Schaden an Leib und Leben unerlässlich ist,
- oder von einer den Inhabern eines Schwerbehindertenausweises mit den Merkzeichen "aG" (außergewöhnliche Gehbehinderung), "Bl" (blind) oder "H" (hilflos) oder Versicherten mit der Pflegestufe II oder III i.S. des SGB XI vergleichbaren Beeinträchtigung der Mobilität betroffen ist und einer ambulanten Behandlung über einen längeren Zeitraum bedarf (§ 8 Abs. 3 der Krankentransport-Richtlinien).

Diese Voraussetzungen sind bei einer Dialysebehandlung oder bei einer onkologischen Strahlentherapie oder einer onkologischen Chemotherapie immer erfüllt, so dass in diesen Fällen die Fahrtkosten durch die Krankenkasse - abzüglich des jeweiligen Eigenanteils - zu übernehmen sind. Nach § 8 Abs. 2 letzter Satz der Krankentransport-Richtlinien ist diese Liste ausdrücklich nicht als abschließend bezeichnet, so dass die Krankenkassen darüber hinaus die Gegebenheiten des jeweiligen Einzelfalles zu prüfen haben.

Fahrten zum Abstimmen von Terminen, Erfragen von Befunden, Abholen von Rezepten etc. sind keine Krankenkassenleistung.

Anhang A (Seite 7)

§ 60 Abs. 1 SGB V sieht ausdrücklich vor, dass Fahrkosten zu einer ambulanten Behandlung nur nach vorheriger Genehmigung von der Krankenkasse zu übernehmen sind.

Mit freundlichen Grüßen
Im Auftrag



Sigrid Reichle

Anhang B (Seite 1)



Rheinland-Pfalz

MINISTERIUM FÜR FAMILIE,
FRAUEN, JUGEND, INTEGRATION
UND VERBRAUCHERSCHUTZ

ELEKTRONISCHER BRIEF

Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz
Kaiser-Friedrich-Straße 5a | 55116 Mainz

An die
- Landkreise und kreisfreien Städte RLP
- Kommunalen Spitzenverbände RLP
- ADD Trier – Referat 24

Kaiser-Friedrich-Straße 5a
55116 Mainz
Telefon 06131 16-0
Telefax 06131 16-2644
Mail: poststelle@mffjiv.rlp.de
www.mffjiv.rlp.de

3. August 2016

Mein Aktenzeichen Ihr Schreiben vom **Ansprechpartner/-in / E-Mail**
78 622-00009/2016-
002 Dr. Elias Bender
Dok.-Nr.: 2016/021971 Elias.Bender@mffjiv.rlp.de
Referat 726

Telefon / Fax
06131 16 - 5103
06131 1617 - 5103

Gewährung medizinischer und anderer Hilfen an schutzbedürftige Personen nach den Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie

Sehr geehrte Damen und Herren,

aus gegebenem Anlass informiert Sie das Ministerium für Familie, Frauen, Jugend, Integration und Verbraucherschutz (MFFJIV) nachfolgend zu leistungsrechtlichen Fragen betreffend die **medizinische Versorgung von Asylbegehrenden und Flüchtlingen** auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Gegenstand dieses Rundschreibens ist insbesondere die medizinische Versorgung von Asylbewerbern und Asylbewerberinnen, die nach den Vorgaben der sog. **EU-Aufnahmerichtlinie** (*Richtlinie 2013/33/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, ABl. L 180 vom 29. Juli 2013, S. 96 - 116*) als **schutzbedürftige Personen** einzustufen sind. Die EU-Aufnahmerichtlinie begründet für diesen vulnerablen Personenkreis einen – gegenüber dem Regelsystem des AsylbLG – **erweiterten Rechtsanspruch** im Zuge der **medizinischen Leistungsgewährung** nach § 6 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG. Voraussetzung hierfür ist:

- die Eröffnung des **Anwendungsbereichs der EU-Aufnahmerichtlinie** (I.1.), einschließlich
- der Einordnung des oder der Leistungsberechtigten als **schutzbedürftige Person** (I.2.) sowie
- die **Erforderlichkeit der Hilfe** nach Art. 19 Abs. 2 RL 2013/33/EU (I.3. und II.)

I. Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie

1. Eröffnung des Anwendungsbereichs

Nach Artikel 2 Buchstabe b) RL 2013/33/EU umfasst der **Anwendungsbereich** der Aufnahmerichtlinie exklusiv **Personen**, die einen **Antrag auf internationalen Schutz** nach Art. 2 Buchstabe h) der Richtlinie 2011/95/EU (*Richtlinie 2013/33/EU des europäischen Parlaments und des Rates vom 13. Dezember 2011 über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Personen mit Anspruch auf internationalen Schutz, für einen einheitlichen Status für Flüchtlinge oder für Personen mit Anrecht auf subsidiären Schutz und für den Inhalt des zu gewährenden Schutzes*, ABl. L 337 vom 20. Dezember 2011, S. 9 - 26) gestellt haben. Dies ist im Ergebnis jede Person, die in Deutschland einen **Asylantrag** iSd § 13 Abs. 1 (Asylgesetz) AsylG gestellt hat, und zwar von **Beginn** des Asylverfahrens (Äußerung des Asylgesuchs) bis zu seinem **rechtskräftigen Abschluss**. Erfasst sind daher auch **Asylfolge- und Zweitantragsteller*innen** (§§ 71, 71a AsylG).

2. Einordnung als schutzbedürftige Personen

Eine herausgehobene Rechtsstellung genießen Antragsteller und Antragstellerinnen, die **schutzbedürftige Personen** nach Art. 21 RL 2013/33/EU sind. Dort wird der Kreis schutzbedürftiger Personen – **nicht abschließend** – aufgezählt:

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

Diese Personen sind **stets** als schutzbedürftig zu qualifizieren.

3. Medizinische und sonstige Hilfe für schutzbedürftige Personen

Für schutzbedürftige Personen mit besonderen Bedürfnissen gelten erhöhte Standards, insbesondere hinsichtlich des Umfangs der medizinischen Versorgung. Dies ergibt sich aus

Anhang B (Seite 3)

Art. 19 RL 2013/33/EU - Medizinische Versorgung

(1) [...]

(2) Die Mitgliedstaaten gewähren **Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen** bei der Aufnahme die **erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung**.

Aus der Zusammenschau mit Art. 22 Abs. 3 RL 2013/33/EU ergibt sich, dass nur Antragsteller und Antragstellerinnen, die nach Art. 21 RL 2013/33/EU als schutzbedürftige Personen gelten, zugleich Personen mit **besonderen Bedürfnissen** (auch) im Sinn des Art. 19 Abs. 2 RL 2013/33/EU sein können.

Diese Pflicht der Mitgliedsstaaten hebt Artikel 25 Abs. 1 RL 2013/33/EU für eine bestimmte Gruppe der schutzbedürftigen Personen nochmals explizit hervor:

Artikel 25 RL 2013/33/EU - Opfer von Folter und Gewalt

(1) Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Personen, **die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, die Behandlung – insbesondere Zugang zu einer adäquaten medizinischen und psychologischen Behandlung oder Betreuung – erhalten, die für den Schaden, welcher ihnen durch derartige Handlungen zugefügt wurde, erforderlich ist.**

(2) [...]

II. Richtlinienkonforme Anwendung des AsylbLG

1. Soweit die Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie (1.1.-1.3.) einschlägig sind, trifft alle Träger staatlicher Gewalt – auch auf kommunaler Ebene – die Pflicht zur **richtlinienkonformen Auslegung** und **Anwendung** des nationalen Rechts (vgl. EuGH, Urteil vom 4. Juli 2006, Rs C-212/04 Rn. 108 ff., 119). Zwar sind Richtlinien zunächst an die Mitgliedsstaaten adressiert und von diesen in nationales Recht umzusetzen. Mit Ablauf der Umsetzungsfrist – im Fall der EU-Aufnahmerichtlinie seit dem 20. Juli 2015 – sind indes **alle Träger öffentlicher Gewalt** zur **richtlinienkonformen Umsetzung** des AsylbLG verpflichtet.

Hinsichtlich Art. 19 Abs. 2 RL 2013/33/EU bedeutet dies, dass die zuständigen Leistungsbehörden die **erforderliche medizinische** oder **sonstige Hilfe, einschließlich einer psychologischen Betreuung** für **schutzbedürftige Personen** im Wege einer **richtlinienkonformen Auslegung** des **§ 6 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG** sicherzustellen haben, soweit ansonsten eine Leistungsgewährung nach § 4 AsylbLG nicht möglich ist.

2. Hierzu verweise ich auf die Antwort der Bundesregierung vom 30. Juni 2016 auf die Kleine Anfrage „Verbesserungen der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie“, Bundestag Drucksache 18/9009, Seite 3:

„Der Anspruch nach § 4 Absatz 1 AsylbLG wird jedoch ergänzt durch die Schutzregelungen für Schwangere (§ 4 Absatz 2 AsylbLG) und durch die Öffnungsklausel nach § 6 Absatz 1 AsylbLG. Nach dieser Vorschrift können „sonstige Leistungen“ insbesondere gewährt werden, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung der besonderen Bedürfnisse von Kindern geboten ist. Das AsylbLG eröffnet damit, um Einzelfällen gerecht zu werden, auch den Zugang zu einer über den Leistungsumfang nach § 4 Absatz 1 AsylbLG hinausgehenden Gesundheitsversorgung. **Soweit europarechtlich oder verfassungsrechtlich geboten, vermittelt diese Norm – im Wege der Ermessensreduzierung – auch einen zwingenden Anspruch gerade für besonders vulnerable Gruppen. Denn insbesondere die Richtlinie 2013/33/EU (Aufnahme-RL) vermittelt schutzbedürftigen Personen, zu denen auch Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen gehören oder Menschen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben und die besondere Bedürfnisse haben, einen Anspruch auf die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung. Über diese Vorgaben reduziert sich das behördliche Ermessen in § 6 Absatz 1 AsylbLG für die von der Aufnahme-RL erfassten Fallgruppen aufgrund europarechtskonformer Auslegung seit Ablauf der Umsetzungsfrist auf Null.“**

Dies bedeutet konkret, dass die von § 6 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG genannte Voraussetzung „zur Sicherung... der Gesundheit unerlässlich“ unionsrechtskonform als die **Erforderlichkeit der verlangten medizinischen oder sonstigen Hilfe** auszulegen ist. In diesem Sinn ist das Erforderliche zugleich das Unerlässliche nach § 6 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG.

3. Ergänzend ist zur richtlinienkonformen Auslegung des § 6 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG noch zu bemerken:

- Die Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie gelten **nicht** für alle in § 1 Abs. 1 AsylbLG aufgezählten Leistungsberechtigten, sondern nur für den unter I.1. genannten Personenkreis.
- Die **Erforderlichkeit** iSd Art. 19 Abs. 2 RL 2013/33/EU setzt einen **inneren Zusammenhang** (Konnex) zwischen den **besonderen Bedürfnissen** des Antragsstellers

Anhang B (Seite 5)

bzw. der Antragstellerin und der beantragten medizinischen oder sonstige **Hilfen** voraus.

- Die begehrte Hilfe muss **objektiv geeignet** sein, dem individuellen Bedürfnis, das sich aus der Schutzbedürftigkeit ergibt, Rechnung zu tragen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn die sich aus der **Schutzbedürftigkeit ergebenden Folgen** durch die Hilfeleistung **beseitigt, vermindert** oder zumindest die **gelindert** werden können.
 - Insofern **bemisst** und **begrenzt** sich die Erforderlichkeit im Einzelfall anhand der spezifischen Umstände, die die individuelle Schutz- und Behandlungsbedürftigkeit des Antragstellers bzw. der Antragstellerin vermitteln.
 - Die **Aufschiebbarkeit** der beantragten Hilfe – also die Möglichkeit, ohne Eintritt eines unmittelbaren Schadens die Behandlung zeitlich zu verzögern – stellt die Erforderlichkeit nach Art. 19 Abs. 2 RL 2013/33/EU **nicht** in Frage.
- Mit Blick auf die Belange von Minderjährigen, die per se – also rein altersbezogen – als schutzbedürftige Personen klassifiziert werden, ist bei der Ermittlung ihrer besonderen Bedürfnissen auf die Wertung des Art. 23 Abs. 1 RL 2013/33/EU hinzuweisen. Demnach berücksichtigen die Mitgliedstaaten **vorrangig das Wohl des Kindes** und gewährleisten einen der **körperlichen, geistigen, seelischen, sittlichen und sozialen Entwicklung** des Kindes angemessenen Lebensstandard. Diesem Ziel ist bei der Beurteilung der Erforderlichkeit der beantragten Hilfen iSd Art. 19 Abs. 2 RL 2013/33/EU Rechnung zu tragen. Soweit hier andere als medizinische Hilfen beantragt werden, ist ggfs. § 6 Abs. 1 Satz 1 Alt. 3 AsylbLG („... zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten...“) unionsrechtskonform auszulegen.

Mit freundlichen Grüßen

Im Auftrag



Dr. Elias Bender

Fußnoten

Fußnote 1: Die Aufenthaltserlaubnis ist in § 7 und in § 8 AufenthG geregelt und wird grundsätzlich befristet und zweckgebunden erteilt:

- Aufenthalt zum Zweck der Ausbildung (§§ 16 bis 17 a)
- Aufenthalt zum Zweck der Erwerbstätigkeit (§§ 18 bis 21)
- Aufenthalt aus völkerrechtlichen, humanitären oder politischen Gründen (§§ 22 bis 26)
- Aufenthalt aus familiären Gründen (§§ 27 bis 36)
- Aufenthalt für ehemalige Deutsche und langfristig Aufenthaltsberechtigte in der EU (§§ 37 bis 38 a)

Der Aufenthaltswert wird in Form der Rechtsgrundlage in die Aufenthaltserlaubnis eingetragen.

Fußnote 2: Es wurde genannt: „akut Krankenhaus Onkologie“; „Ambulanz, Ausbildungsambulanz“; „AWO“; „Behinderteneinrichtung für Erwachsene“; „caritas“; „Forschungsambulanz“; „Geflüchtetenhilfe Ludwigshafen“; „Heim“; „Hochschulambulanz“ (vierfach Nennung); „Hochschule“; „Institutsambulanz für Psychotherapie“; „Integrationskindergarten“; „Jugendstrafanstalt“; „JVA“ (dreifach Nennung); „Kinderklinik“; „Langerichten“; „Medizinischer Dienst der KV“; „Nachsorgezentrum für krebs, chronisch-schwerstkranken Kinder“; „Neurologische Klinik“; „Private Praxis (Kostenerstattung)“; „psychiatrische Institutsambulanz“ (dreifach Nennung); „psychotherapeutische Universitätsambulanz“; „SPZ“; „Wiedereingliederungshilfe für Behinderte“.

Fußnote 3: Weiter wurden einzeln genannt: Algerien, Äthiopien, Georgien, Guinea, Sierra Leone, afrikanische Staaten.

Fußnote 4: Es wurden genannt: „Arbeitgeber“; „Caritas“; „CJD Beteuer“; „Durch Ehrenamtliche Helfer“; „Ehrenamtlich“; „Ehrenamt“; „ehrenamtliche Helfer“; „Ehrenamtliche, Vereine, Caritas“; „es wurde nicht finanziert, weshalb die Arbeit beendet wurde“; „Freiwillige Dolmetscher“; „garnicht, ehrenamtlich“; „kirchen“; „Klinik“ (zweimal genannt); „Krankenkasse“ (zweimal genannt); „Landesmittel, Eigenmittel und Spenden“; „Ministerium der Justiz“; „privat“; „Private Bekannte“; „Spendenfonds einer Kirchengemeinde“; „von mir“.

Fußnote 5: Hier wurde genannt: „Anwälte für Asylrecht, Betreuer“; „Betreuer Aufnahmeeinrichtung umF“; „Caritas“; „CJD Wissen“; „Frauenhaus, Schule“; „Führerscheinstelle“; „gehöre zum Stationsteam“; „Kreisverwaltung Jugendamt“; „Landgericht“;

„Rechtsanwalt, Kreisverwaltung“; „Rechtsanwälte“; „Sozialamt“ (zweimal genannt); „Sozialämter“, „Sozialdienst der Psychiatrie“; „Suchthilfesystem ZB Drogenberatungsstelle, Entgiftung“; „Tipp von bereits behandelten Geflüchteten in meiner Praxis“; „über Kollegen der Allgemeinen Lebensberatung“; „Weißer Ring“; „Würde von anderem Migranten in kritischem Zustand gefunden und später zum Erstgespräch motiviert“; „Zuweisung durch Justizbehörde“.

Fußnote 6: Anmerkung: Es wurden 39 Angaben zum Punkt „Selbstanmelder/Angehörige“, 42 zu „über Ehrenamtliche“, 35 zu „Überweisungen vom Arzt“, 32 zu „über Kinder- und Jugendhilfe“, 35 zu „über Flüchtlingsberatungsstellen oder ähnliches“ und 23 zu „andere“ gemacht

Fußnote 7: Hier wurde genannt: Caritas, CJD Wissen, Frauenhaus, gar nicht, keine Kosten für Klienten, kirchlicher Träger, Landesamt, Landesmittel, Eigenmittel, Spenden, Ministerium für Justiz, Rentenversicherung, Spendenfonds einer Kirchengemeinde, zunächst Kreis, dann Krankenkasse.

Anmerkung: Es wurden 64 Angaben zum Punkt „Krankenkasse“, 42 zu „über Ehrenamtliche“, 50 zu „Sozialamt/Kommune“, 22 zu „Jugendamt“, 11 zu „privat von Patienten“ und 20 zu „andere“ gemacht.

Fußnote 8: Hier wurden genannt: „Aufgrund der Sprachbarriere ist die Exploration deutlich erschwert. Fragebogenverfahren/ Testverfahren sind nur eingeschränkt einsetzbar, die Exploration findet fast ausschließlich im direkten, zeitintensiven Gespräch statt“; „Beantragung jeder einzelnen Sitzung beim Sozialamt, Einschalten des Gesundheitsamtes, wochenlang keine Nachricht“; „bei Sozialamt: nur 5 Sitzungen ohne Probatorik oder Krisengespräche“; „Da ich im Kostenerstattungsverfahren arbeite, ist auch der Aufwand für einen durchschnittlichen Kasenpatienten erhöht.“;

„Da ich im Kostenerstattungsverfahren mit gesetzlichen Kasen arbeite, muß ich dort auch immer Berichte schreiben.“; „Der Patient war in der gesetzlichen Krankenversicherung“; „Diagnostik, Befunderhebung langwierig. Antrag über Kreisverwaltung gründlich.“; „Die bürokratischen Hürden mit dem zeitlichen Aufwand für Dolmetscher finden, Finanzierung klären waren immens hoch, ich habe es dann aufgegeben, weil es einfach nicht zu klären war und ich nicht weiter machen konnte“;

„Die Flüchtlinge verstehen oft nicht was nötig ist, so dass oft die Praxis bei der Kommune anrufen muss“; „Die Klienten benötigten eine ausführliche Stellungnahme nach SBPM.“; „Die Patienten müssen ausführlicher über die Beantragung informiert werden und sofern Sie noch nicht anerkannt sind, muss das Sozialamt die Beantragung genehmigen. Hier Abholung von Krankenschein und längere Wartezeit unter anderem da das Gesundheitsamt“; „Dir Kosten für Dolmetscher werden von den gesetzlichen Krankenkassen im Gegensatz zu z.B. Sozialämtern/ Kommunen meist nicht übernommen bzw. bis endlich eine Kostenübernahme bewilligt ist, vergehen viele Monate.“; „Dolmetscherkosten müssen separat beantragt werden. Kein Gutachterverfahren bei Finanzierung über Sozialämter, nicht klar, wer die Berichte liest, mehr Absprache notwendig.“; „es ist zu mühselig die komplexen Probleme aufzuschreiben“; „Es muss an mehreren Stellen beantragt werden, die Duldung muss mit verlängert werden und begründet, usw.“; „In der Relation zum Kostenerstattungsverfahren, sofern das Sozialamt oder das Jugendamt zuständig waren, deutlich geringerer Aufwand. Kostenerstattung bei Geflüchteten zu beantragen, ist sehr schwierig und mit Widersprüchen verbunden.“; „kann ich nicht beantworten. Arbeite in einer Akutklinik, wo ich v.a. Kriseninterventionen durchführe.“; „keine eigenen Erfahrungen“; „Keine Erfahrung, es ist schon kaum möglich Sprachmittler zu finden.“; „Keine oder permanent wechselnde Ansprechpartner beim Sozialamt. Letztlich habe ich aufgegeben. Kann ich in eigener Niederlassung nicht leisten. Seitens Sozialamt m.E. Hinhalte-Taktik.“; „Prozess zur Anerkennung musste aufwändig begleitet werden, Arbeitserlaubnis war sehr schwer durchzusetzen“; „Sofern über die Kommune o.ä. ist es mehr Verwaltungsaufwand, mehr Begründung erforderlich“; „traumata müssen öfters besprochen werden.“; „viele Formalien vom Amt, ständige Befristung auf max 3 Monate“; „Viele Telefonate mit Kreisverwaltung oder Krankenkasse, Briefe für den Rechtsanwalt oder Behörden etc., Vereinbarung von Terminen und Absagen mit doppeltem Aufwand wegen der Organisationsprobleme bei Dolmetscher, fast allen ging es in der erste Linie um“

Fußnote 9: Es wurden genannt: „Anteil im offiziellen Arztbrief“; „Attest“; „Bescheinigungen für die Härtefallkommission. Stellungnahme.“; „Befundbericht Gesundheitsamt“; „Befundbericht“; „Begründungen der Traumata.“; „Behandlungsnotwendigkeit wegen einer psychischen Erkrankung. Glaubwürdigkeit“; „Bescheinigung über die Traumatisierung und Vorliegen einer chronisch komplexen PTBS mit Todesgefahr bei Rückkehr ins Land“; „Bescheinigung zur Abschiebung, Familiennachzug, Beantragung einer gesetzlichen Betreuung, Beantragung Dolmetscherkosten, Beantragung der Therapie“;

„Bescheinigungen über Behandlung, Stellungnahmen für Anwälte/Sozialamt etc., Arztbriefe“; „Bestätigung Aufenthalt mit Diagnosen“; „Bestätigung der Teilnahme an der Therapie“; „Bestätigung der Teilnahme an der Therapie und Vorliegen einer psych. Diagnose zur Vorlage beim BAMF“; „Bestätigung über das Vorliegen einer psychischen Erkrankung“; „das Gutachten auf Psychotherapie wurde an den Anwalt und das Sozialamt weitergegeben“; „Diagnose und aktueller Stand der Therapie“; „Dutzende von Schreiben wegen Anerkennung als Flüchtling und zur Arbeitserlaubnis“; „Fachpsychologische Stellungnahme Therapiebescheinigung Wartelistenbestätigung Attest für Behörden“; „fachpsychotherapeutische Stellungnahme für Gericht“; „fürs Jugendamt für die besuchte Schule“; „Gutachten; Gutachten, Stellungnahme, Bestätigung“; „Häufig Atteste für die Verlängerung der Duldung (Ausländeramt)oder für die Härtefallkommission, für die gerichtliche Abklärung ob ein Asylverfahren positiv entschieden werden kann (zur Mitnahme für den RA)“; „Ich habe die Symptome/Belastung des Kindes in fachliche Worte gefasst, die aus der Trennung von Mutter und Geschwister (noch im Libanon) resultieren und welche Folgen es für das Kind hat. Dies diente zur Vorlage bei Entscheidungsstellen“; „Mitteilung über Sachstand der Behandlung“; „Psychologische Stellungnahmen“; „Psychologische Stellungnahmen nach SBPM.“; „Stadtverwaltung wg Umzug in eine eigene Wohnung. An den Anwalt des Patienten.“; „Stellungnahme“; „Stellungnahme für den Rechtsanwalt im Rahmen des Duldungs- / Asylverfahrens“; „Stellungnahme für Rechtsanwalt, Militär im Heimatland“; „Stellungnahme über psychische Erkrankung“; „Stellungnahme und Bestätigung der Teilnahme an der Therapie für Gericht“; „Stellungnahme zum Bleiberecht und zum Zimmerwechsel“; „Stellungnahme, Abschiebungen wurden tw durch Stellungnahmen unsererseits mit verhindert“; „Stellungnahme, Diagnose fürs BANF“; „Stellungnahme, Therapiebestätigung, Therapieverlauf“; „Stellungnahme. Ausführliche Diagnostik und Befunderhebung analog Gutachten mit Übersetzer“; „Stellungnahmen für Sozialämter, Bestätigungen der therapeutischen Behandlung, Stellungnahmen für Gerichtsverfahren/ Gutachter, Widerspruchs-Stellungnahmen zur Kostenübernahme Stellungnahmen für Gerichtsverfahren/ Gutachter, Widerspruchs-Stellungnahmen zur Kostenübernahme durch die gesetzlichen Krankenkassen bei Ablehnung der Kostenübernahme“; „Stellungnahmen, Bescheinigungen“; „Teilnahmebestätigung; viele Schriftstücke (unbezahlt!) Stellungnahme im Rahmen des Asylverfahrens, Bestätigung der therapieteilnahme, der notwendigen Fahrtkosten, Begründung der Notwendigkeit einer PT“; „Vorläufiger Therapiebericht mit Anamnese und Diagnose“; „Vorliegen einer psychischen Erkrankung, Erklärung der Bedeutung der Familie des Betroffenen für psy.“

Stabilisierung“; „z.B. psych. Stellungnahmen, Teilhabebestätigung, Reiseunfähigkeitsbescheinigung“.

Fußnote 10: Es wurde genannt: „Bürokratie erledigen. Genehmigung durchsetzen. Kann ich alleine nicht leisten.“; „Abkoppelung der Teilnahme an Psychotherapie von Aufenthaltsgenehmigung“; „Abkürzung der Antragsverfahren, Abrechnung wie für andere auch, Übersetzer müssten ohne Extra-Arbeit gestellt werden.“; „Akquisition und Schulung von Sprachmittlern.“; „Austausch, Unterstützung von Behörden“; „Bereitstellung von Sprachmittlern, klare Kostenübernahme“; „Bessere Möglichkeit Dolmetscher zu finden Finanzierung klarer gestalten Bei drohender Abschiebung kann keine erfolgreiche Therapie erfolgen. Regelungen hierzu wären von Vorteil“; „bessere Vernetzung“; „besserer Vernetzung mit anderen Strukturen, mehr Einbezogen werden in Entscheidungen der Ausländerbehörden vor Ort, z.B. zu Bewegungsfreiheit, Arbeitserlaubnis (Stichwort: Aktivierung) etc., die die psych. Gesundheit des Patienten betreffen.“; „dass die KV sowie Kammer auf die Sozial und Jugendämter bei ausbleibender Genehmigungen, die zwingend aufgrund der Diagnose erforderlich sind, massiven Druck ausüben, um die Gesetze einzuhalten“; „Der bürokratische Aufwand soll verringert werden und Kooperation mit Sozialarbeiter evt. Betreuer ermöglicht“; „Diese Therapien sind in erheblichen Ausmaß persönlich belastend!!!! Wir brauchen: Supervisions-/ Interventionsgruppen mit Kollegen, von anderer Stelle bezahlte (also für uns Therapeuten kostenfreie) Supervision, Fortbildungsangebote Dolmetscher“; „Dolmetscher bereitstellen, geklärte Finanzierung, Flüchtlinge brauchen Betreuer, die sich vernetzen und ihnen bei den Behördengängen helfen, der zeitliche Aufwand ist als selbständige Person in einer Praxis für Psychotherapie einfach nicht leistbar“; „Dolmetscher, die mit der Kultur der Geflüchteten vertraut sind“; „Dolmetscherlisten, Schnellere Klärung von Zuständigkeiten“; „Finanzierung der Sprachmittler Alle Geflüchteten sollten Psychotherapie genehmigt und finanziert bekommen“; „Finanzierung der Therapie-Wege, weniger Bürokratie und schneller der Bearbeitung der Anträge“; „Finanzierung von Therapien incl Sprachmittler*innen aufgrund klarer Gesetzesvorgaben“; „Flächendeckende spezialisierte Traumazentren, selbstverständliche Bezahlung von Dolmetschern durch Kostenträger, Einbeziehung von Privatpraxen ohne bürokratische Hürden“; „Fortbildungen“; „Häufig waren supportive und motivierende Gespräche wichtig, da über den Asylantrag über eine Dauer von mehr als 2 Jahren bis zum heutigen Tag nicht entschieden wurde. Der Patient war in extremster Weise zusätzlich belastet.“; „In der Regelung einer einheitlichen Finanzierung der Therapien.“; „Information über Dolmetscher und deren Finanzierung, auch für andere Migran-

tlinnen/Latinas.“; „Informationen über Kultur“; „Informationen über Therapie und Antragsverfahren in der Landessprache Informationen über Gepflogenheiten in Deutschland (z.B. rund um einen vereinbarten Termin) in der jeweiligen Landessprache und auf Deutsch sowie angepasst an die Kultur“; „interkulturelle Bildung: Menschenbild, Werte z.B. von Menschen aus arabischem Raum kennen lernen. Lokaler Austausch unter Therapeut/inn/en, die mit geflüchteten arbeiten.“; „Juristische Beratung Kulturelle Peergroup“; „Kulturmittler; Dolmetscher für Elternarbeit“; „Kulturspezifische Sozialarbeit, damit sie unseren gesellschaftlichen Verführungen (Alkohol, Kriminalität) nicht erliegen.“; „Kundige Traumatherapeuten, die gute vernetzt sind mit sozialen Einrichtungen“; „Kurzfristige Beratungsangebote für Psychotherapeuten“; „Leichtere Finanzierung (auch von Dolmetschern)“; „leichterer Zugang zu Übersetzern. Um überhaupt das Angebot machen zu können, dass es einen Übersetzer geben kann und zu erklären, wie das finanziert wird (in der Regel privat!), brauche ich einen Muttersprachler.“; „Mehr Informationen zu kulturellen Hintergründen/Zusammenhängen. Dolmetscher, die neutral bleiben und nicht die Therapeutenrolle übernehmen etc.“; „mehr rechtliche Infos bzgl. Abschiebebedingungen, Möglichkeiten der Unterstützung des Geflüchteten“; „mehr Sprachmittler“; „Mehr Vernetzung bzw. Institutionalisierung. Sehr hilfreich wäre es, Zugriff auf eingearbeitete Übersetzer und Sozialarbeiter zu haben, die zumindest in einem Behandlungsfall ad hoc nach Versuch-und-Irrtum-Methode gesucht werden müssten.“; „Muttersprachliche Kulturvermittler / Dolmetscher“; „Niedrigschwelliges, fortlaufendes und kostenloses Weiterbildungsangebot, evtl Foren für Austausch in Kombination mit Supervision“; „Sachinformationen - juristische- zur Rechtslage Geflüchteter“; „Schriftl. Materialien zur Information nach Herkunftsland, Fortbildungen, zentrale Informationsstelle für besondere Fragen/ Anliegen“; „Sicherung der Kostenübernahme, Beratung zu kulturellen Fragen und Fakten der Asylverfahren, Anerkennungsverfahren und rechtlichen Hintergründen“; „Supervisionsangebote“; „Übersetzungen, Informationen über Besonderheiten bei der Abrechnung, Beratung zu Besonderheiten bei Aufenthaltsrecht und Bescheinigung von Diagnosen etc“; „unbürokratischere Bewilligung der Kostenerstattung“; „Verbesserung der Ressourcen zB Mittel für Sprachkurse“; „Vereinfachung durch Einführung der Gesundheitskarte auch für Asylsuchende“; „Von Seiten der Flüchtlinge gibt es Fragen wegen der Fahrten zur Praxis und wegen der Finanzierung von Berichten (z.B. an einen Anwalt). Oft bleibt es unklar und man telefoniert, organisiert und schreibt unentgeltlich.“; „Weiterhin Fortbildungen. Erneut Fortbildung zu Gutachten.“; „weniger Hürden bei der Finanzierung, leichter Zugang zu Sprachmittlern, mehr/spezifischere Supervision und

Fortbildungen“; „Wünschenswert wäre eine Liste von Dolmetschern, deren Finanzierung vorab geklärt ist, um diese für die Therapiesitzungen einbestellen zu können. Testverfahren, Anamnesebögen in verschiedenen Sprachen, die ausgefüllt vom Flüchtling ins Deutsche übersetzt“; „zu Verfügung stellen von Dolmetschern und Materialien über die kulturellen Herkunft“.

Fußnote 11: Es wurde genannt: „Betroffene 20-45 % müssen zu lange warten.“; „Aufrechterhaltende Faktoren für das Persistieren der Symptomatik sind meiner Erfahrung nach meist der unsichere Aufenthaltsstatus oder ungünstige Lebensbedingungen in Flüchtlingsunterkünften, hier ist dringender Handlungsbedarf!“; „Beide Therapieversuche mußten abgebrochen werden wegen unrealistischer Einstellungen und anhaltender Unfähigkeit, Verabredungen einzuhalten. Im Rahmen einer Kassenpraxis ist eine zureichende Behandlung traumatisierter Flüchtlinge m.E. nicht machbar.“; „Das Antragsverfahren ist niedrigschwellig und unkompliziert, was ich sehr lobenswert finde.“; „Das Antragsverfahren über die Krankenkasse lief problemlos, wie bei anderen Patienten.“; „Dem behandelten Geflüchteten ging es überwiegend um die Absicherung gegen Abschiebung aus Krankheitsgründen, daher bestand kein Anliegen an die Psychotherapie. Die Sprachbarriere und der Bildungsstand des Patienten stellten weitere Hindernisse dar.“; „Die AOK Karte mit die Personen vom Sozialamt zur Krankenkasse übergehen ist eine 2. Klasse Karte, die Personen bekommen nicht dieselben Leistungen wie ein normales AOK Mitglied, außervertr. Psychoth. wird rigoros verweigert. Andere Kassen ähnl. Probleme“; „Die Beantragung erfolgte durch die Psychiatrie, Verlängerung beim Kreis war unproblematisch. Sehr gute Unterstützung durch in Terra“; „Es handelte sich hier um keine Therapie sondern um Beratung bei Suchtmittelmissbrauch.“; „Es ist ärgerlich, dass die Voraussetzungen je nach Kommune variieren, das verunsichert auch die Geflüchteten. Die Finanzierung der Therapie und der Sprachmittler würde allen Beteiligten helfen und es würden sicher mehr Therapeuten sich Geflüchteter annehmen“; „Es ist schwierig Patienten ohne ausreichend gute Dolmetscher zu behandeln. Oft sind die Behandlungsziele geprägt von dem Wunsch nicht abgeschoben zu werden“; „Es verunsichert den therapeutischen prozeß, wenn, wie in meinem Fall, meine Patientin nur den Status der ‚Duldung‘ hat. Für die therapie wäre es wichtig, eine klar umrissene Zukunftsvision zu haben, erstmal zumindest im sinne der Monate, in denen wirklich“; „Fahrtkosten, kurze Bewilligungsschritte sind einschneidend Umzüge der Geflüchteten beendeten häufig die Behandlungen. vorsichtiges Fazit: im laufenden Verfahren ist nur stützende/begleitende Interv möglich, Therapie erst bei klarem Status“; „Finanzierungsschwierigkeiten bei Bedarf von

Übersetzern von Krankenkassenpatienten/Asylbewerber mit Duldung“; „Flüchtlinge brauchen Betreuer, der sich um Finanzierung, Dolmetscher kümmert schwierig sind ist der permanente Druck durch Arbeitsamt eine Stelle zu suchen, Flüchtlinge sitzen oft in irgendwelche Dörfern mit kaum Anbindung, können sich Fahrt nicht leisten“; „habe ich bereits der kammer mehrfach mitgeteilt, vgl. zuvor, zu mühselig und zeit aufwendig alles aufzuschreiben“; „Habe ich noch nie gemacht. Nach einer Fortbildungsveranstaltung über die nötigen Schritte werde ich das auch sicher nicht machen. Zu viel Arbeit, zu wenig Wissen über andere Kulturen und mit einem Übersetzer zu arbeiten kann ich mir nicht vorstellen.“; „herzliche Grüße und vielen Dank für das Engagement“; „Ich bin demotiviert mit Flüchtlingen zu arbeiten. Doppelter Aufwand wie mit anderen Patienten. Nach erste Stabilisierung und Klärung soziale Situation bzw. Ausstellung der notwendigen Schreibens war der Leidensdruck verringert u. kam zum Therapieabbruch.“; „Ich fand es wichtig, meine Praxis für Flüchtlinge zu öffnen, habe jedoch den Eindruck, dass in manchen Kulturkreisen Psychotherapieangebote eher abgelehnt werden. D.h. die Meisten kamen nur zu wenigen Stunden.“; „In etwa 50% der Fälle wird die Therapie von Flüchtlingen missbraucht, um in Deutschland zu bleiben“; „Ist ein Flüchtling anerkannt und besteht ein Versicherungsanspruch durch die gesetzliche Krankenversicherung ist die Durchführung einer Therapie äußerst schwierig“; „Keine Therapieaufnahme. Lediglich erfolgten Termine im Rahmen der psychotherapeutischen Sprechstunde. Sprachbarrieren bedeuteten das Hauptproblem“; „keine. In meiner kleinen Privatpraxis würde ich Flüchtlinge nicht nehmen, der Aufwand ist zu groß.“; „M.E. wird Psy.Th. seitens Sozialamt aktiv sabotiert!“; „Meine Erfahrung nach sind diese Therapien sehr belastend; ich konnte im Anschlu keine weiteren Patienten sehen und war häufig zutiefst erschüttert! M.E. bräuchte man Beratungsstellen, in denen wir Niedergelassenen arbeiten und selbst Ansprechpartner find“; „Mich stören derzeit Anmeldungen über die Kreisverwaltung, Jugendamt bei der Terminservicestelle mit unzureichender Kooperation und Einbeziehung von Bezugspersonen, mangelnde Vermittlung im System! Unklar Anfragen. D.h. Rollenklärung, Auftragsklärung“.

Fußnote 12: Es wurde genannt: „abschieben statt integrieren - meine Praxis ist mit behandlungsbedürftigen Deutschen voll ausgelastet, darunter auch Opfer von Migrantengewalt !!!“; „anderer Tätigkeitsschwerpunkt als Beratung“; „Anfragen wurde wieder zurückgezogen“; „Angst vor Übergriffen“; „Arbeite in der Geronto - vermute dass Geflüchtete eher jünger sind“; „aufwändige Beantragung und Kostenerstattung“; „behandele nur stationäre Pat. der Klinik“; „Beratungsdienst und Supervision in Berlin“; „Beratungsstelle, deshalb keine Behandlung sondern

Beratung“; „brechen nach 1 Stunde schon ab“; „dauerhafte Bewohner in Heim für Suchtkranke“; „Eigene Unwissenheit und Angst vor den bürokratischen Abläufe“; „eigene Warteliste“; „Es gab eine Anfrage, ich habe eine Sprachmittlerin zur Unterstützung organisiert, deren Anwesenheit leider den therapeutischen Prozess verhindert hat, so dass der Pat. die Behandlung (bzw. deren Einleitung) frühzeitig abgebrochen hat.“; „evtl. gab es Anfragen, die ich als solche nicht erkennen konnte“; „für eine Rehabilitation, zumindest wäre mir eine solche unbekannt“; „ggf.: keine Ausbildung in Traumatherapie“; „halber Kassensitz seit Quartal II 2017“; „hohe organisatorische Hürden“; „Hürden im Kostenerstattungsverfahren zu hoch“; Ich habe keine Praxis. Meine Patienten sind Strafgefangene und Sicherungsverwahrte“; „In der Kinderklinik ist keine Therapie möglich.“; „Kaum Kapazität“; „kein passendes Rahmenangebot“; „keine Anfrage von geflüchteten Studierenden“; „keine freien Therapieplätze“; „keine Kapazität“; „Keine mit PT-Wunsch bzw. -Anordnung auf der Station gewesen“; „keine stat. Aufnahmen bisher“; „Noch keine eigene Praxis, keine Institution, die Dolmetscher und Organisation zur Verfügung stellt“; „s.o.“; „schwer traumatisierte sind nicht in der Regelversorgung zu behandeln; lehne Dolmetscher ab. teilweise dienen Anfragen offensichtlich auch Attesten um Abschiebung zu verhindern“; „Sprachliche Hindernisse“; „sprachliche Probleme“; „Sprachverständnis-Problematik“; „völlige Arbeitsüberlastung in anderen Bereichen“; „wenig Flüchtlings-Aufnahmen“; „Wenig Kapazität und abschreckende Bürokratie“; „Zeitweise Elternzeit“; „Zulassung erst seit Februar 17, vorher Kostenerstattung. Durch Umstrukturierung sehr viel Stress, vorher war ich im Pool gelistet, jetzt nicht mehr möglich.“

Fußnote 13: Es wurde genannt: „Abrechnungsmöglichkeit auch in Privatpraxis.“; „Bereitstellung von Dolmetschern“; „bislang keine Erfahrungen, jedoch Berührungsängste: gibt es Schulungen, Dolmetscher? Austauschmöglichkeiten für Behandler“; „Dolmetscher, Sprachbarrieren müssen überwunden werden.“; „Dolmetscher, Kulturwissen“; „Einführung in spezifische Problemwelt. Unproblematischer Vergütungskontext.“; „Formal: falls es Fragen zur Versicherung etc. gibt Inhaltlich: Fortbildung zur Thematik Semi-inhaltlich: Hilfe bei Sprachbarrieren (Dolmetscher)“; „Fortbildung über kulturelle Besonderheiten der einzelnen Flüchtlingsgruppen“; „Fortbildung, Vernetzung mit anderen Berufsgruppen, Information“; „Fortbildungen“; „Fortbildungen und Informationsmaterial“; „Fortbildungen, Therapie mit 2 Therapeuten, unkomplizierte Vermittlung von Übersetzern, wenig Bürokratie, angemessene Honorierung“; „Fortbildungsangebote“; „Fragen zu Organisatorischem, Finanziellem (Abrechnung), Therapeutischem, wie Mithilfe von Dolmetschern“; „für die

Arbeit mit schwer- und mehrfachtraumatisierten Menschen mit wenig Deutschkenntnissen sehe ich große Schwierigkeiten im ambulanten Setting. Ein neues und spezialisiertes Therapiekonzept wäre notwendig.“; „geringe bürokratische Hürden“; „Hinweise zum kulturellen Hintergrund!“; „Information über die Möglichkeiten der Eingliederungshilfe sowie sprachliche Unterstützung“; „Information über rechtliche Rahmenbedingungen des Bleiberechts, der Duldung, der allgemeinen Perspektiven Information über unterstützende Stellen“; „Informationen und Klärung Kostenübernahme.“; „Infos über mögliche Schwierigkeiten und den passenden Umgang damit. Infos über Kulturunterschiede, welche in der Therapie relevant werden könnten und den Umgang damit. Sprachliche Barrieren einbeziehen, aber wie.“; „Infos zu kulturellen und sprachlichen Besonderheiten“; „Klare Regelung bzgl. Kostenübernahmen und rechtliche Grundlagen der Behandlung von Flüchtlingen (z.B. Umgang mit Anfragen von Ämtern etc.)“; „Können Geflüchtete denn derzeit überhaupt eine Rehabilitation in Anspruch nehmen? Es wäre wohl eine Systemänderung nötig.“; „Kontaktvermittlung, Informationen zu Abrechnung oder politisch/juristischem Status der jeweiligen Patienten“; „Kostenfinanzierung, Begleitung für Flüchtlinge um regelmässige Therapieteilnahme zu ermöglichen.“; „Kostenübernahme“; „Liste interkulturell qualifizierter Psychotherapeuten Verfügbarkeit von Dolmetschern nicht nur in Arabisch, sondern auch Dari, Farsi und Tigrigna Fortbildung in interkultureller Kommunikation und kulturabhängigen Krankheitskonzepten“; „Mehr Vermittlung von Sicherheit im Umgang mit Sprachmittlern.“; „Netzwerkarbeit mit sämtlichen Anlaufstellen für die Betroffenen“; „Psychotherapie läuft entscheidend über Sprache und Sprachnuancen. Habe hier auch bei anderen interkulturellen Therapien mitunter Schwierigkeiten, das Gesagte richtig zu verstehen und einordnen zu können und auch etwas zu transportieren. Die beste Hilfe“; „Schnellerer Zugang zu Sprachmittlern, Unterstützung durch Berater/innen, die aus entsprechenden Kulturkreisen kommen, eine Art von Intervention.“; „Sprachliche Verständigung und Vermittlung kultureller Hintergründe“; „Sprachmittlung“; „unkomplizierte Anbahnung einer Behandlung, verbindliche Kostenzusage zu Behandlungsbeginn, sicherer Aufenthaltsstatus als Voraussetzung, Berücksichtigung des erhöhten Stundenkontingents durch Inanspruchnahme von Kulturvermittlern, mehr Kulturvermittler“; „Vermittlung kultureller Hintergründe zum verbesserten Verständnis“; „Vermittlung, Aufklärung Procedere“; „Wenn jemand Anfragen sollte, benötige ich klare Bedingungen und eine verbindliche und einfache Honorarzahung. In meiner Bestellpraxis kann ich mir aus wirtschaftlichen Gründen keine noch aufwändigeren Honorarabwicklungen oder gar Ausfälle Lei.“; „Wissen zu Kostenübernahme und Übersetzern“; „Zentrale Or-

ganisationen, die professionelle Dolmetscher, Weiterbildungen und ggf. Räume und Abrechnungsmöglichkeiten für noch nicht niedergelassene Kollegen zur Verfügung stellen. Ohne eigene Praxis kann ich mich trotz Approbation nicht zur Verfügung“; „Zugang, theoretische und praktische Kenntnisse“.

