

Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge aus Sicht der psychosozialen Zentren – zwischen Anspruch und Realität

Symposium „Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge“
der Bundespsychotherapeutenkammer am 24.09.2015

Elise Bittenbinder

Teil I

MAN-MADE DISASTERS – IM SPANNUNGSFELD ZWISCHEN ASYL- UND MENSCHENRECHTEN

Man-Made Disasters – im Spannungsfeld zwischen Asyl- und Menschenrechten

Wie können die gesundheitlichen Versorgungsbedarfe von Flüchtlingen mit starken psychischen Belastungen und Krankheiten aufgefangen werden?

- Gesundheitsberufe arbeiten im Spannungsfeld zwischen Asylrecht und dem Menschenrecht auf Gesundheit
- Relevante Internationale Konventionen und Richtlinien
 - UN-Antifolterkonvention
 - EU Richtlinien (Aufnahme und Int. Schutz)
 - ...

EU Richtlinien: Aufnahme

Artikel 25: Opfer von Folter und Gewalt

- Fordert die Behandlung und psychosoziale Versorgung von Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben
- sowie die angemessene Aus- und Weiterbildung des Betreuungspersonals

Artikel 22: Ermittlung der besonderen Bedürfnisse schutzbedürftiger Personen bei der Aufnahme

- Die Mitgliedstaaten werden verbindlich dazu aufgefordert,
- Personen mit speziellen Bedürfnissen umgehend mit geeigneten Instrumenten zu identifizieren und
- ihnen während des Asylverfahrens angemessene Unterstützung bereitzustellen

UN-Antifolterkonvention

„General Comment No. 3“ der UN-Antifolterkonvention

Klärt den Inhalt und Umfang staatlicher Pflichten:

- Sicherstellung sofortiger Verfügbarkeit von angemessener Rehabilitation
- betont die zentrale Rolle der spezialisierten Rehabilitationsdienste und ihren holistische Ansatz: medizinische und psychologische Versorgung, legale und soziale Hilfe, sowie berufliche und Bildungsdienste.
- Aufbau, Erhaltung und Ermöglichung oder Unterstützung von spezialisierten Rehabilitationszentren
- Zugang zu Rehabilitation so früh wie möglich

Kostensparnis durch zeitnahen Zugang zum Gesundheitssystem

European Unions Agency for Fundamental Rights - Studie:
European healthcare systems are struggling to balance the conflicting considerations of costs and public health concerns (FRA, 2014)

- Ziel: Kostenvergleich eines zeitnahen Zugangs zu Screening- und Behandlungsmöglichkeiten versus Notfallversorgung von Flüchtlingen ohne Krankenversicherung
- 3 Länder: Deutschland, Griechenland, Schweden
- Stichprobe: Bluthochdruck – pränatale Gesundheitsversorgung

Ergebnisse – Bluthochdruck

		Germany		Greece		Sweden	
		Irregular resident – 100% access	Irregular resident - no access	Irregular resident - 100% access	Irregular resident - no access	Irregular resident - 100% access	Irregular resident - no access
Lifetime	Hypertension screening and managing costs	€ 992,249	€ 0	€ 832,109	€ 0	€ 839,156	€ 0
	Hypertension treatment costs	€ 173,933	€ 0	€ 145,684	€ 0	€ 143,318	€ 0
	Health care costs associated with stroke and MI	€ 10,160,245	€ 13,578,921	€ 8,378,196	€ 11,214,913	€ 8,363,445	€ 11,174,894
	Total cost	€ 11,326,427	€ 13,578,921	€ 9,355,989	€ 11,214,913	€ 9,345,920	€ 11,174,894
	Difference	-	-€ 2,252,494	-	-€ 1,858,924	-	-€ 1,828,974

Man-Made Desasters – im Spannungsfeld zwischen Asyl- und Menschenrechten

Wie können die gesundheitlichen Versorgungsbedarfe von Flüchtlingen mit starken psychischen Belastungen und Krankheiten aufgefangen werden?

- Psychische Belastungen stehen in einer unmittelbaren Wechselwirkung mit den schwierigen äußeren Lebensbedingungen der Geflüchteten – ein ausschließlicher Fokus auf das traumatisierende Ereignis greift zu kurz (Sequentielle Traumatisierung nach Keilson, 1978-2011).
- Eine Behandlung muss aufenthalts- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen berücksichtigen, erfordert interkulturelle Offenheit, besondere Flexibilität und nicht zuletzt viel zusätzliche Arbeitszeit.



Teil II

AKTUELLE VERSORGUNGSSITUATION (VERSORGUNGSBERICHT, BAFF, 2015)

Versorgungsstrukturen: Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

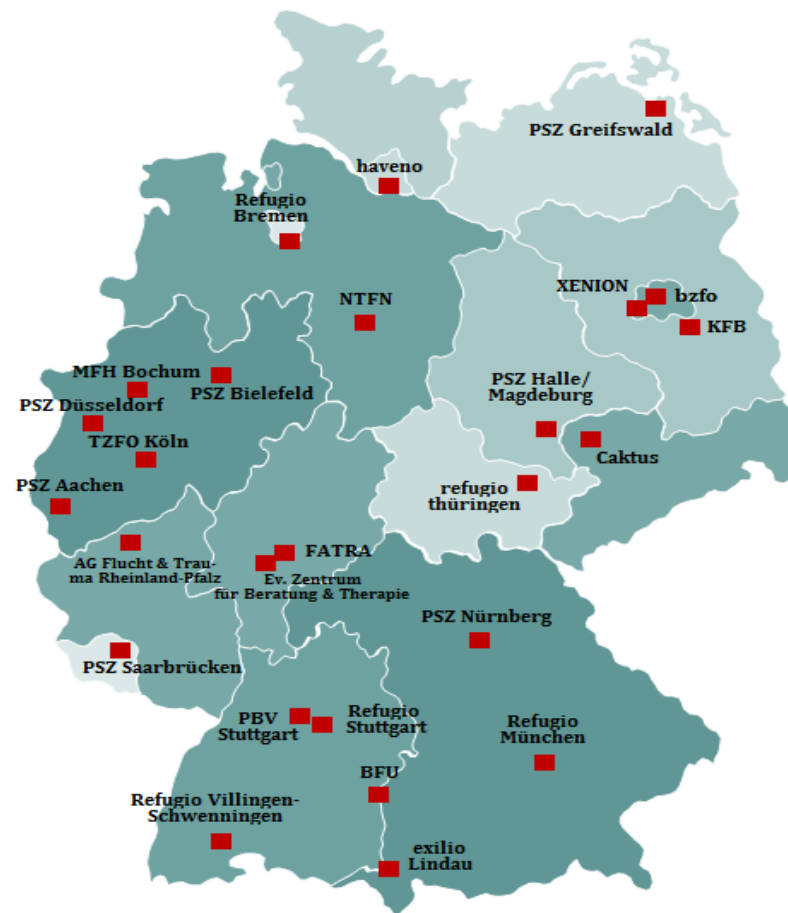
- Die PSZs bieten seit über 30 Jahren eine dringend nötige integrierte Versorgung für die komplexe Problemlage ihrer Zielgruppe an, die niedrigschwellig organisiert ist.

Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren

- Erstgespräche und Clearing
- Psychosoziale und asylrechtliche Beratung sowie therapiebegleitende und sozialarbeiterische Angebote
- Individuell abgestimmte und kultursensible Diagnostik, Therapie, Stabilisierung, Krisenintervention
- Gespräche unter Einsatz von DolmetscherInnen
- Stellungnahmen in aufenthaltsrechtlichen und sozialen Fragen
- Anleitung von thematischen Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen
- Erschließung von und Vermittlung in externe Behandlungs- und Beratungsangebote
- Community work

Substitution der Versorgungsstruktur durch die spezialisierten Zentren

26 Zentren mit 33 Beratungs- und Behandlungsstellen für traumatisierte Flüchtlinge in Deutschland

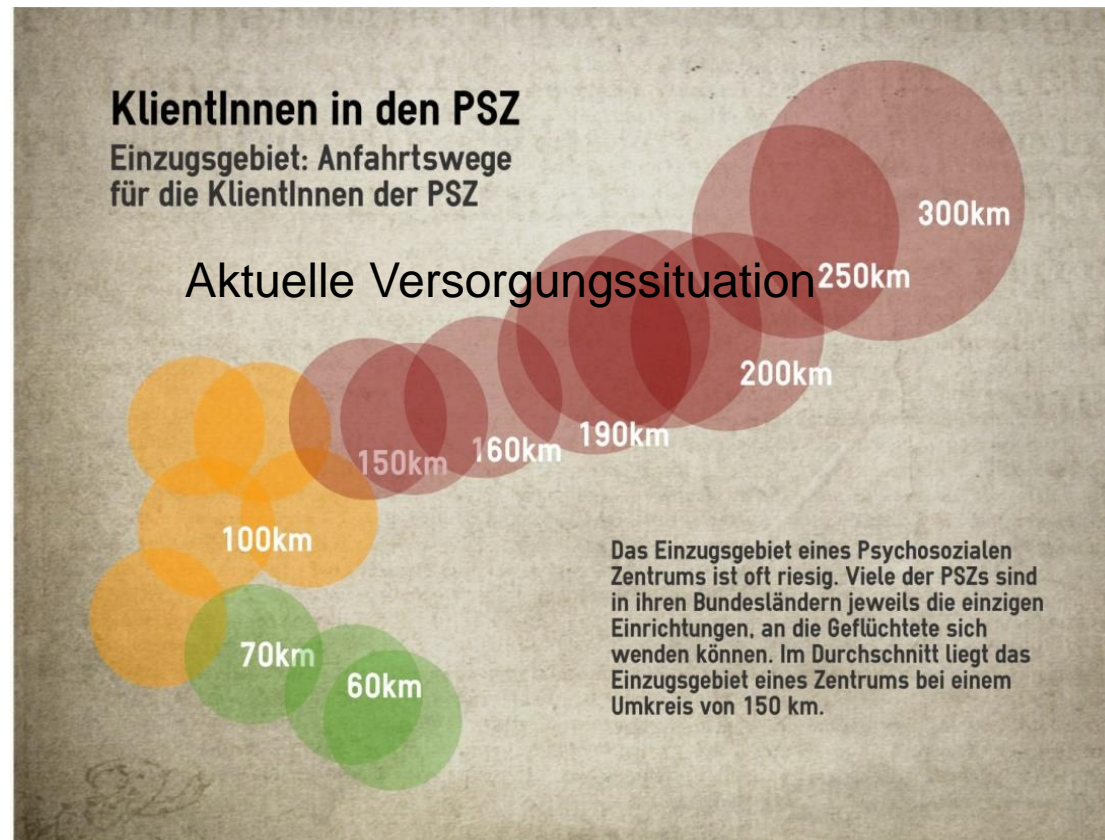


Aktuelle Versorgungssituation

1. Inwieweit sind für Geflüchtete Versorgungsangebote erreichbar und tatsächlich verfügbar?
2. Welche Faktoren beeinflussen die Verfügbarkeit und wo entstehen Versorgungslücken?
3. Welche Barrieren zeigen sich strukturell im Zugang zum Versorgungssystem?

Aktuelle Versorgungssituation

1. Erreichbarkeit



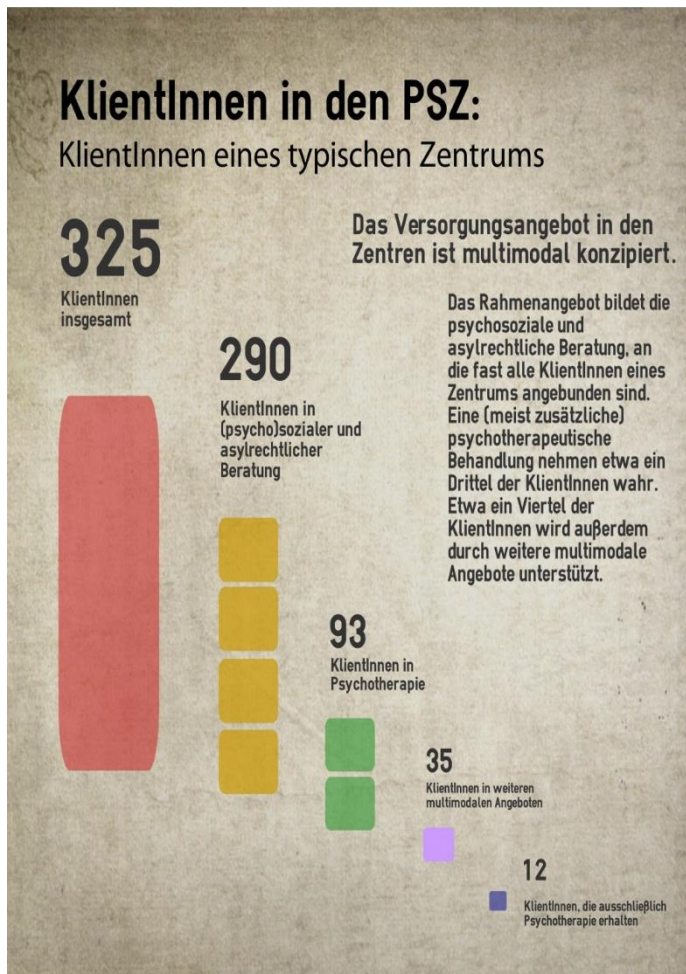
Aktuelle Versorgungssituation

1. Verfügbarkeit / Versorgungskapazität



Insgesamt können die 23 Psychosozialen Zentren pro Jahr knapp über 10.000 KlientInnen versorgen.

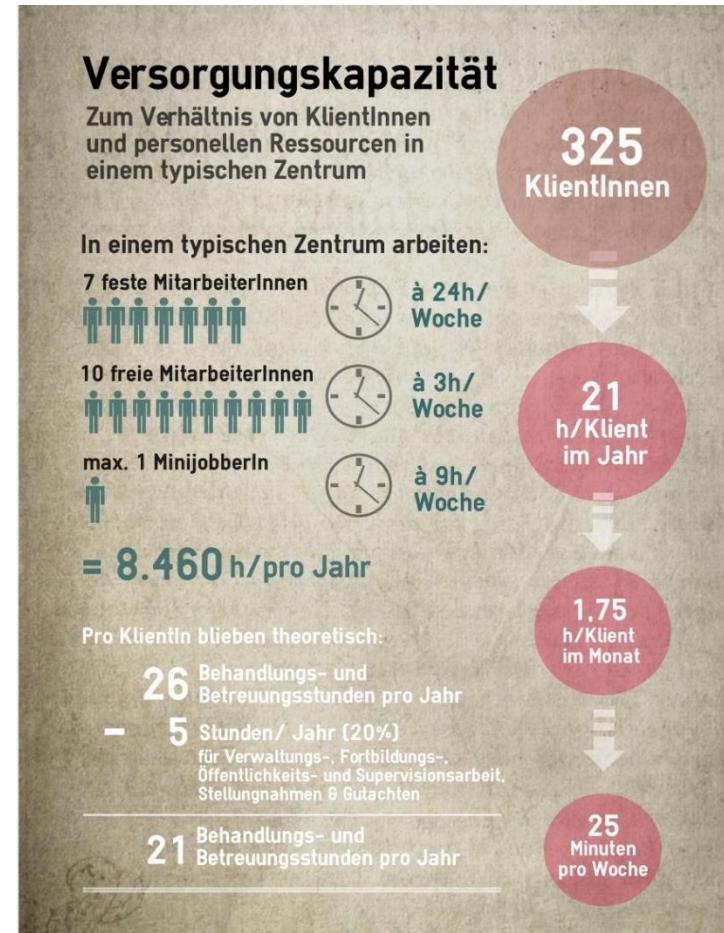
Aktuelle Versorgungssituation



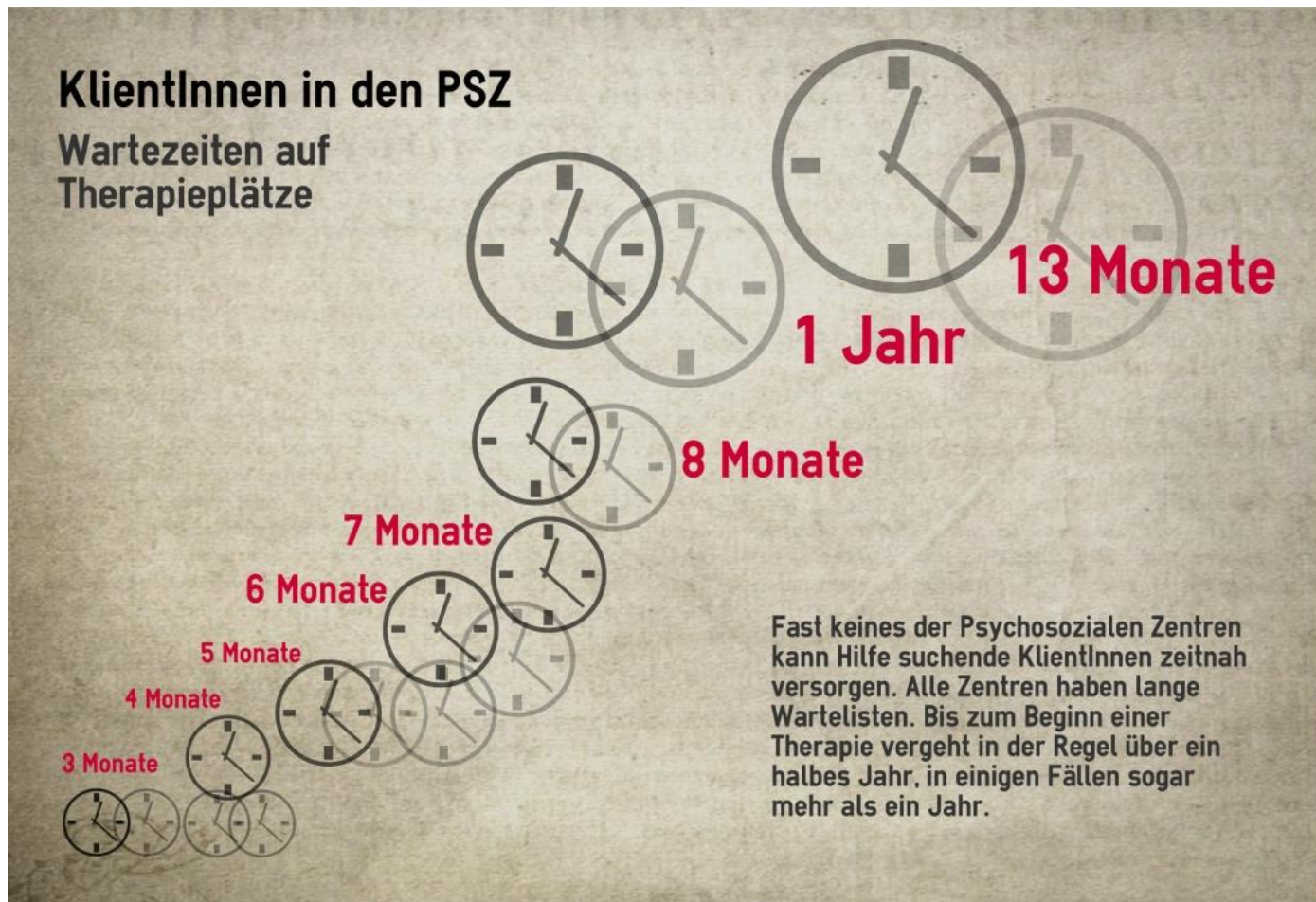
Insgesamt bildet die Gruppe derjenigen Geflüchteten, die **ausschließlich** eine **Psychotherapie** benötigen, nur einen Anteil von 4% aller KlientInnen (und damit 14% der Psychotherapie-KlientInnen) ab.

In fast allen Zentren bildet die **psychosoziale und asylrechtliche Beratung** das Rahmenangebot, an das fast alle KlientInnen des Zentrums (88%) angebunden sind.

2. Mangelnde Kapazitäten und hoher Versorgungsbedarf



2. Versorgungsdefizite



2. Versorgungsdefizite



84%

der Zentren organisieren die Aufnahme von KlientInnen über eine **Warteliste.**



58%

der Zentren müssen regelmäßig **Aufnahmestopps** verhängen.



22%

der Zentren nehmen KlientInnen **nur noch in bestimmten Zeitfenstern** z.B. 2 bis 3 mal pro Jahr auf.

Versorgungsdefizite:

Ablehnungen in den Psychosozialen Zentren

In fast allen Regionen ist der Versorgungsdruck auf die Zentren so hoch, dass jedes Jahr viele Geflüchtete trotz Behandlungsbedarfs weder direkt aufgenommen, noch auf die Warteliste gesetzt werden können - so müssen bundesweit fast 5000 Menschen abgewiesen werden und bleiben unversorgt.



3. Strukturelle Zugangsbarrieren: Problematische Finanzierung der Angebote für KlientInnen

- Zahlreiche Kosten müssen von den Zentren selbst bzw. den KlientInnen übernommen werden.
- Antragstellungen auf Kostenübernahmen von Therapie -, Dolmetscher - und Fahrtkosten für KlientInnen sind langwierig und werden häufig seitens der Sozialämter und Krankenkassen abgelehnt.



3. Strukturelle Zugangsbarrieren: Probleme bei der Finanzierung von Psychotherapie

- Ablehnungsgründe
 - Fehlen obwohl verpflichtend nach den Richtlinienverfahren der GutachterInnen
 - Psychotherapie falle nicht unter §6 AsylbLG bzw. die psychische Störung sei keine akute Erkrankung und werde daher nicht als behandlungsbedürftig eingeschätzt
 - Ambulante psychiatrische Behandlung statt empfohlener Traumatherapie
- Prüfung des Behandlungsbedarfs durch medizinisch nicht qualifiziertes Verwaltungspersonal
- PSZ gehen in Vorleistung aufgrund zu langer Bearbeitungsdauer bei der Sozialbehörde (Patientenrechtegesetz)
 - Bewilligungsdauer liegt in 60 % der Anträge über 3 Monate
 - Bewilligungsdauer liegt in 20 % der Anträge über 6 Monate

3. Strukturelle Zugangsbarrieren: Probleme bei der Finanzierung von Psychotherapie

- Schwierigkeiten bei der Abrechnung über die GKV
 - Ablehnungsquote von DolmetscherInnenkosten bei 100%
- Schwierigkeiten bei der Abrechnung über die Jugendämter
 - Ablehnung aufgrund von nicht abgeschlossenem Altersfeststellungsverfahren

3. Strukturelle Zugangsbarrieren: Schwierigkeiten bei der Vermittlung in die Regelversorgung

Vermittlungen in die Regelversorgung

Die meisten Zentren versuchen aktiv, die Regelversorgung in die Versorgung von Geflüchteten einzubinden. So besteht i.d.R. eine enge Zusammenarbeit mit ÄrztInnen, um zusätzlich zur psychosozialen Versorgung auch eine adäquate medizinische Versorgung sicherstellen zu können.

Anzahl der KlientInnen, die ein PSZ pro Monat durchschnittlich vermitteln kann:

an (Fach-)ÄrztInnen



an PsychotherapeutInnen



an andere Sozialberatungsstellen



an sonstige Einrichtungen/ Personen (z.B. Kliniken)



11%
Vermittlungen als Nachsorge

17%
Vermittlungen nach Erstgespräch

35%
Teilvermittlungen

37%
reine Weitergabe von Kontaktdaten

Insgesamt deuten die Vermittlungsquoten jedoch darauf hin, dass es bis zu einer Entlastung der Psychosozialen Zentren noch ein weiter Weg ist.

Über ein Drittel der Vermittlungen geschieht nur als Teilvermittlung, d.h., das Zentrum versorgt weiterhin mit.

Ein weiteres Drittel macht den Anteil „unsicherer Vermittlungen“ aus, bei denen lediglich an Kontakte weiterverwiesen ist und unklar bleibt, ob der/die KlientIn auch wirklich versorgt werden kann.

3. Strukturelle Zugangsbarrieren: Schwierigkeiten bei der Vermittlung in die Regelversorgung

- hoher bürokratischer und sozialarbeiterischer Aufwand
- Unsicherheiten in der Arbeit mit DolmetscherInnen / unzureichende Verfügbarkeit von geschulten DolmetscherInnen / fehlende Finanzierung von DolmetscherInnen
- Fehlende Expertise in der Diagnostik und Behandlung der Zielgruppe
- Vorbehalte und Berührungsängste: Therapiefähigkeit und Zuverlässigkeit, Angst vor Instrumentalisierung für Asylverfahren

Konsequenzen der bisherigen Verwaltungspraxis

- Prüfung des Behandlungsbedarfs durch medizinisch nicht qualifiziertes Verwaltungspersonal
- Fehleinschätzung gesundheitlicher Risiken
- Ablehnung indizierter Behandlungen
- Chronifizierungen und z.T. irreversible Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands der Betroffenen
- Verschleppung notwendiger Behandlungen durch das lange Begutachtungsverfahren



Teil III

HANDLUNGSBEDARFE

Handlungsbedarfe

In Bremen und Hamburg wurde erfolgreich die Gesundheitskarte für alle Geflüchtete eingeführt:

- niedrigschwelligerer Zugang von Geflüchteten zur Gesundheitsregelversorgung;
- Behandlungstiefe orientiert sich am Versorgungsbedarf;
- minimaler bürokratischer Aufwand
- Kostengünstiger.

Die Bundesregierung plant nun die Einführung der Gesundheitskarte zweiter Klasse!

„Achtung Asylsuchende – Behandlung nur, wenn akut und schmerzhaft“

Handlungsbedarfe

4. Grundlegende institutionelle Förderung der Komplexeleistungen der PSZ – Bundesregierung muss hier endlich politisch gestaltend und steuernd tätig werden

5. Ermächtigung

- der in den spezialisierten Zentren arbeitenden Psychotherapeuten
- und/oder der Psychosozialen Zentren als Institutionen

Das BMG hat bereits „grünes Licht“ gegeben und befürwortet diese Ermächtigungen ausdrücklich

„Es sollen „etwa die Arbeit von Folteropferzentren und privaten Therapeuten, die traumatisierte Flüchtlinge behandeln, künftig per Kassenzulassung gesichert werden.“ (Gröhe, tagsspiegel, 18.09.2015).

Handlungsbedarfe

- 6. Bundeseinheitliche Vorgabe zur Kostenerstattung von Psychotherapien durch TherapeutInnen in den Psychosozialen Zentren, die in wissenschaftlich anerkannten Verfahren ausgebildet sind.**

Deutsche Flexibilität

Bundeskanzlerin Angela Merkel sagt, was jetzt gefragt ist, ist nicht nur deutsche Gründlichkeit, sondern auch deutsche Flexibilität.

Die Qualität der Zentren beschränkt sich nicht auf Richtlinienverfahren.

Qualität heißt Kompetenzen in der Arbeit mit DolmetscherInnen, im transkulturellen Kontext, Wissen um asyl- und sozialrechtliche Bedingungen sowie Hindernisse in der Inklusion, etc.