

Deutscher Bundestag
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache

18(14)0180(5)

gel. VB zur öAnhörnung am 08.06.
16_Med. Versorgung Flüchtlinge
06.06.2016

Robert Bosch Stiftung

**Stellungnahme der Robert Bosch Stiftung im Namen der Robert Bosch
Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik**

zur öffentlichen Anhörung im Ausschuss für Gesundheit
am Mittwoch, den 8. Juni 2016 von 16.30 Uhr bis 17.30 Uhr
im Saal 1 302, Jacob-Kaiser-Haus

zu folgenden Vorlagen:

Antrag Fraktion DIE LINKE

**Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminie-
rungsfrei sichern**

BT-Drucksache 18/7413

Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN

**Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchen-
den und Flüchtlingen verbessern**

BT-Drucksache 18/6067

Vertreterin: Frau Dr. Bernadette Klapper, Leiterin Themenbereich Gesundheit,
Robert Bosch Stiftung

I. Empfehlungen der Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik

Seite 2

Mit der im März 2015 einberufenen Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik brachte die Robert Bosch Stiftung unter Vorsitz von Armin Laschet zehn hochrangige Vertreter aus Politik, Wirtschaft und Gesellschaft zusammen. Diese entwickelten konkrete Handlungsempfehlungen und Reformvorschläge für die deutsche Flüchtlingspolitik. Die Kommission legte im April 2016 ihren [Abschlussbericht](#) vor, auf den die hier benannten Empfehlungen zurück gehen (S. 102-112).

1. Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden

Empfehlung 1: Not- und Akutversorgung verbessern

Die Not- und Akutversorgung für Asylbewerber wird der gängigen Praxis entsprechend aus präventiven Gründen und damit im Sinne einer langfristigen Kosteneffizienz durch eine bundeseinheitliche Regelversorgung ersetzt. Über die Ausgestaltung des Leistungskatalogs dieser Regelversorgung, aus der ggf. bestimmte kassenärztliche Regelleistungen (z. B. Zahnprothetik) ausgeklammert bleiben, entscheidet eine unabhängige Expertenkommission. Das Asylbewerberleistungsgesetz (§ 4) wird entsprechend modifiziert.

Empfehlung 2: flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte

Das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz vom Herbst 2015 schlägt den Ländern vor, eine Gesundheitskarte für Asylbewerber einzuführen. Dafür sollten bundesweite Standards gelten, so dass Fehlanreize durch eine unterschiedliche Ausgestaltung vermieden werden. Die Gesundheitskarte sollte möglichst flächendeckend (in allen Bundesländern) eingeführt werden, so dass der Zugang zu Gesundheitsleistungen vereinfacht, Bürokratie abgebaut wird und somit Kosten gespart werden.

Begründung zu den Empfehlungen 1 und 2

Aktuelle, auf repräsentativen Daten beruhende wissenschaftliche Studien¹ belegen, dass die Regelversorgung von Asylbewerbern durch Chipkarte und der Zugang zum vollen Leistungsspektrum gesetzlicher Kassen kostengünstiger wären, als das aufwendige und bürokratische Krankenscheinverfahren mit eingeschränktem Leistungsspektrum. Die bisherige Regelung ist somit ebenso volkswirtschaftlich wie auch aus einer menschenrechtlichen Perspektive zu diskutieren.

Der diskriminierende Zugang zu gesundheitlichen Leistungen entspricht weder dem Sozialstaatsprinzip noch dem vom Bundesverfassungsgericht fest-

¹ Univ. Heidelberg/Univ. Bielefeld, 2015: Eingeschränkter Zugang zu medizinischer Versorgung bei Asylsuchenden ist teurer als die Regelversorgung; Bozorgmehr K, Razum O. (2015): Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013. PLoS ONE 10(7): e0131483. doi:10.1371/journal.pone.0131483.

gestellten Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums für Flüchtlinge. Die Gewährleistung dieses Existenzminimums verlangt die Sicherung des physischen Existenzminimums, für das die medizinische Versorgung unabdingbar ist: „Eine Abweichung vom Versorgungsgrad anderer Bedürftiger darf nicht nach dem Aufenthaltsstatus, sondern ausschließlich nach dem Bedarf geschehen. Ein besonderer sachlicher Grund für eine abweichende Behandlung wurde bislang jedoch nicht angeführt.“²

Flüchtlinge sind durchschnittlich deutlich jünger als die deutsche Wohnbevölkerung. 89 Prozent der männlichen, 86 Prozent der weiblichen Flüchtlinge sind unter 40 Jahre. Handelt es sich nicht um kriegsversehrte oder traumatisierte Personen, heißt jung in der Regel auch gesund. Die Inanspruchnahme medizinischer Leistungen durch diese Gruppe ist damit erwartbar unterdurchschnittlich.

Empfehlung 3: *capacity building* für Krisenzeiten

Eine Arbeitsgruppe aus Vertretern der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen sowie des Bundesgesundheitsministeriums und der Landesgesundheitsministerien entwickelt in Kooperation mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) eine Strategie, wie aktuelle und zukünftige Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerbern und Flüchtlingen gemeistert werden können (*capacity building* für Krisenzeiten). Außerdem ermittelt die Gruppe den künftigen Bedarf an interkultureller Qualifizierung im Gesundheitsbereich, nicht nur, aber vor allem mit Blick auf die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen. So könnten auch Konzepte erarbeitet werden, um die therapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen in die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften aufzunehmen.

Begründung zu Empfehlung 3

Prävention verhindert Krankheit und Behandlung, aber auch unnötige Kosten und Ausgaben. Politisch präventives Handeln im Bereich der medizinischen Versorgung kann nicht nur die gegenwärtigen Herausforderungen im Blick haben, sondern muss auch die Konsequenzen zukünftiger Entwicklungen antizipieren. Auch in Zukunft werden Deutschland und Europa voraussichtlich wieder Ziel größerer Flüchtlingsbewegungen sein. Ähnlich dem Brand- oder Katastrophenschutz gilt es, auch für humanitäre Katastrophen mittel- und langfristig vorzubeugen und Kapazitäten vorzuhalten. Dafür bedarf es eines politischen Willens, der nötigen materiellen Ressourcen und des Sachverständs der Akteure und Experten in den relevanten Institutionen.

Die interkulturelle Öffnung des medizinischen und Pflegebereichs ist ein schon stattfindender, aber nicht abgeschlossener Prozess. Die Aufnahme und Versorgung von Flüchtlingen fügt dem eine neue Facette hinzu. Sie macht die

² Stellungnahme des Deutschen Caritasverband e.V. im Rahmen der Stakeholderanhörung der Robert Bosch Expertenkommission am 21.09.2015.

Notwendigkeit der interkulturellen Öffnung und Qualifizierung umso dringlicher.

Seite 4

2. Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen

Empfehlung 4: Kapazitäten entsprechend des Bedarfs aufbauen

Die Behandlungsmöglichkeiten für traumatisierte Flüchtlinge werden verbessert, indem die Mittel für Sozialdienste und die Zahl der Sozialarbeiter in Erstaufnahmeeinrichtungen erhöht werden. Interkulturell geschulte Psychologen behandeln traumatisierte Flüchtlinge sowohl akut in der Erstaufnahmeeinrichtung als bei Bedarf auch längerfristig. Die finanzielle Förderung und personelle Ausstattung der entsprechenden Behandlungszentren wird dem tatsächlichen Bedarf angepasst.

Begründung zu Empfehlung 4

Die Behandlung von Kriegs- und Fluchttraumata hat größere Erfolge und Heilungschancen, wenn sie zeitnah zum Trauma verursachenden Ereignis erfolgt. Nichtbehandlung von Traumata kann zu chronischen Symptomen führen, die womöglich nicht mehr zu kurieren sind. Chronifizierte Krankheiten aber sind für das Gesundheitssystem eine extreme personelle und somit auch finanzielle Belastung. Außerdem schränken chronische seelische Krankheiten die Arbeitsfähigkeit, somit auch die erfolgreiche Integration von Flüchtlingen ein. Die rechtzeitige und angemessene Behandlung von Traumata bei Flüchtlingen liegt also auch im aufgeklärten Eigeninteresse der deutschen Gesellschaft. Sie ist nur bei ausreichenden Kapazitäten möglich, die gegenwärtig nicht zur Verfügung stehen.

Empfehlung 5: Unterbringung in Städten

Traumatisierte, schwer erkrankte und behinderte Flüchtlinge sollten vorwiegend in Städten, nicht im peripheren ländlichen Raum untergebracht werden, um die leichtere Erreichbarkeit von Ärzten, Krankenhäusern, therapeutischen Angeboten sowie Übersetzungsmöglichkeiten zu gewährleisten.

Begründung zu Empfehlung 5

Das Angebot für traumatherapeutische Behandlungen ist in Städten absolut wie relativ stärker ausgebaut. Dieser angebotsorientierte Grund sollte zentral für die Verteilung traumatisierter und psychisch kranker Flüchtlinge sein. Darüber hinaus sind Flüchtlinge in der Regel auf die im ländlichen Raum nicht immer guten öffentlichen Transportmöglichkeiten von Bussen und Bahnen angewiesen. Erreichbarkeit medizinischer Zentren und von Orten der Behandlung ist nicht unwichtig für eine kontinuierliche und erfolgreiche Therapie.

II. Ergänzende Empfehlung der Robert Bosch Stiftung

Seite 5

Empfehlung 6: Aufnahme von Dolmetscherleistungen in das SGB V

Zur Förderung der Versorgung psychisch kranker und/oder traumatisierter Flüchtlinge sollten Dolmetscherangebote als notwendige und verbindliche Leistung in das SGB V aufgenommen werden.

Begründung Empfehlung 6

Eine Behandlung, die nicht in der Muttersprache eines Patienten stattfindet, erfüllt weder fachliche noch medizinethische Standards. Derzeit werden die Kosten den Patienten auferlegt. Häufig führen Sprachhürden in der Praxis zu Nichtbehandlung.

III. Weiterführende Überlegung: Arbeitsmarktperspektiven für Flüchtlinge: Pflege- und Gesundheitsberufe als Zielbereich

Jenseits der Fragen, die auf die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen zielen, sollten perspektivisch auch die Potenziale für den medizinischen und Pflegebereich in den Blick genommen werden, die mit der Flüchtlingszuwanderung einhergehen können. Der Arbeitsmarkt im Bereich Gesundheit und Pflege weist – regional stark unterschiedlich – schon heute Engpässe auf. Unter den Bedingungen des demografischen Wandels (Schrumpfung, aber vor allem Alterung der Wohnbevölkerung), gehen alle Prognosen davon aus, dass es künftig eine noch stärkere Arbeitskräftenachfrage im Gesundheits- und Pflegebereich geben wird. Schon heute hat die Bundesregierung Programme aufgelegt, die auf die Anwerbung von Pflegekräften in Drittländern außerhalb der EU zielen.

Ausbildung, Umschulung und Weiterbildung von Flüchtlingen für Gesundheits- und Pflegeberufe könnten ein Potential bieten, zukünftige Engpässe zu lindern. Hierfür bedürfte es aufgrund der Qualifikationsstruktur der Mehrheit der Flüchtlinge allerdings gezielter langfristiger Programme zur Aus- und Weiterbildung. Die Hoffnung auf dieses Potenzial sollte jedoch realistisch gesehen werden. Migration im Allgemeinen und die Flüchtlingszuwanderung im Besonderen können allein die Strukturprobleme, die aus der demografischen Situation der deutschen Gesellschaft resultieren, nicht lösen. Es ist auch zu berücksichtigen, dass die bestehenden Qualifikationen in den Herkunftsgebieten teils dringend benötigt werden. Die Integration von Flüchtlingen in den deutschen Arbeitsmarkt sollte nicht zu einem *brain drain* oder einem *care drain* führen. Auch gilt es die Regelungen und Bestimmungen der WHO zu berücksichtigen, dass die Abwerbung von Ärzten und Pflegepersonal aus vielen Drittstaaten untersagt ist. Die Qualifizierungs- und Arbeitsmarktperspektive sollte also auch immer die Rückkehrperspektive mitdenken.