

GEFÄHRDUNG DER PSYCHOTHERAPEUTISCHEN VERSORGUNG GEFLÜCHTETER DURCH DIE KONSEQUENZEN DER ASYLBLG-NOVELLE

Mit der zum 1.3.2015 in Kraft getretenen Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes werden in Zukunft neue Gruppen von Geflüchteten eine Versichertenkarte der Krankenkasse erhalten. Diese Novellierung betrifft:

- Asylsuchende, die sich 15 Monate ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten.
- Asylsuchende, die in Kommunen leben, welche die Gesundheitskarte einführen.
- Flüchtlinge, z.B. aus Syrien, die sehr schnell eine Anerkennung erhalten.
- Personen mit einer Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 5 *AufenthG*, wenn sie 18 Monate lang vollziehbar ausreisepflichtig sind, eine Ausreise allerdings nicht möglich ist.

Grundsätzlich ist dieser erste Schritt in Richtung Gleichstellung sehr zu begrüßen, im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung dieser besonders vulnerablen Personengruppe resultiert er jedoch in zwei folgenschweren Problemen, für die gemeinsam mit den verantwortlichen Leistungs- und Entscheidungsträgern schnell adäquate Lösungen gefunden werden müssen.

I. Psychotherapien, die in den Psychosozialen Zentren seit Jahren nach AsylBLG refinanziert wurden, können nun nicht mehr abgerechnet werden

Die Psychosozialen Zentren können ihre Psychotherapien in der großen Mehrheit ihrer KlientInnen nicht mehr über die zuständigen Sozialämter abrechnen. Sie sind aber zugleich keine Vertragspartner der Gesetzlichen Krankenkassen. Somit können auch approbierte PsychotherapeutInnen in den auf die Beratung und Behandlung traumatisierter Flüchtlinge spezialisierten Zentren Psychotherapien nicht mit den Gesetzlichen Krankenversicherungen abrechnen. Nur ein Teil der Kassen ermöglicht die Anwendung der Ausnahmebestimmung (§13,2 SGB V /Erstattungsverfahren), in vielen Fällen wird dies abgelehnt. In der Praxis führt dies dazu, dass Psychotherapien, wie sie durch die TherapeutInnen der Psychosozialen Zentren bislang nach AsylBLG abgerechnet werden konnten, nur noch in Ausnahmefällen über einen der gesetzlichen Leistungsträger refinanziert werden können.

Auch müssen bereits begonnene Psychotherapien abgebrochen werden, sobald der oder die KlientIn eine Krankenversicherungskarte erhält. Therapieerfolge werden so untergraben, die Symptomatik verschlechtert sich wieder, Krisensituationen werden wahrscheinlicher, einschließlich vermehrter akutpsychiatrischer Notaufnahmen, entsprechender Überforderungen und Folgebelastungen in den Familien, in den Unterkünften, bei Behörden und Beratungsstellen oder ehrenamtlichen Helfernetzwerken.

Bereits jetzt, einen Monat nach Inkrafttreten der Novelle, zeigt sich in einigen Regionen, welche Konsequenzen diese Situation für die Psychosozialen Zentren und ihre KlientInnen haben wird: So wurde einem unserer Zentren z.B. bereits vor dem 1.3. durch die Landratsämter mitgeteilt, dass 15 Personen nun ab März über die Krankenkasse abgerechnet werden müssen. Für diese Personen gab es bereits Kostenzusagen der Landratsämter, die nunmehr keinen Bestandsschutz mehr haben. Das Zentrum geht davon aus, dass sie von den aktuell vorliegenden Kostenzusagen der Landratsämter 75%-80% in kürzester Zeit verlieren werden. In der Regel wird davon erst rückwirkend erfahren, d.h. es finden noch Therapietermine mit entsprechenden Kosten (inkl. DolmetscherInnen) statt, die dann nicht mehr erstattet werden. Das finanzielle Risiko wird auf die Einrichtungen selbst abgewälzt.

Langfristig wird es kaum mehr neue Kostenzusagen für PatientInnen durch die Kostenträger geben.

In vielen Fällen sind PatientInnen auch durch den Aufenthalt in der Erstaufnahmeeinrichtung, der anschließenden Verteilung auf Landkreise sowie der Zeit, welche für das Warten auf einen Therapieplatz benötigt wird, mindestens ein Jahr oder länger in Deutschland, bevor sie überhaupt eine Behandlung in einem Psychosozialen Zentrum beginnen können. Eine Therapie und die dafür notwendige Beantragung sowie Bewilligung der mindestens 25 Sitzungen ist in diesem engen Zeitrahmen unmöglich.

II. Dolmetscherkosten für Psychotherapien können nicht mehr abgerechnet werden

Den meisten Geflüchteten ist es nach 15 Monaten in Deutschland noch nicht möglich, eine Psychotherapie auf Deutsch und ohne DolmetscherIn durchzuführen. Dolmetscherkosten zur Durchführung einer Psychotherapie wurden bislang durch die meisten Sozialämter nach AsylbLG (im Falle einer bewilligten Psychotherapie) übernommen.

Von den Gesetzlichen Krankenkassen jedoch werden Dolmetscherkosten grundsätzlich nicht bezahlt. Kassenzugelassene Ärztliche und Psychologische PsychotherapeutInnen mit einschlägigen Sprachkenntnissen gibt es kaum. Die Durchführung von Psychotherapien ohne sprachliche Verständigung ist nicht möglich.

Formal besteht die Möglichkeit parallel zum Antrag auf Psychotherapie bei der GKV einen Antrag auf Übernahme der Dolmetscherkosten nach §73 SGB XII vorzunehmen oder bei Leistungsbezug durch das Job-Center durch Antrag auf Mehrbedarf. In der Praxis sind diese Anträge sehr aufwendig, die Bearbeitungsdauer beträgt mehrere Monate. Am Ende werden diese Anträge in der Regel abgelehnt. Einen derartigen Arbeitsaufwand kann sich kein Psychotherapeut leisten und nimmt ihn in der Folge auch nicht auf sich.

De facto sind Geflüchteten damit bedarfsgerechte psychotherapeutische Behandlungen, refinanziert durch die Kostenträger der gesundheitlichen Regelversorgung, nicht zugänglich.

III. Zusammenfassende Analysen und Bewertung

Obwohl also mit der AsylbLG-Novelle grundsätzlich ein erster Schritt in Richtung Gleichstellung gegangen werden sollte, wird im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung eine große Gruppe Geflüchteter in Zukunft in noch stärkerem Umfang unterversorgt sein, als dies in den letzten Jahren der Fall war.

Hinzu kommt, dass das Wegbrechen der Säule ‚Refinanzierung von Psychotherapien‘ sich in den Psychosozialen Zentren paart mit der Ungewissheit, ob EU-Gelder aus dem Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF)¹ genehmigt werden. Mit Hilfe der EU-Mittel konnten die Zentren zum Teil fehlende strukturelle Finanzierungen ihrer Versorgungsleistungen überbrücken. Nun könnten mit Projekten im AMIF, wenn überhaupt, nur KlientInnen aufgefangen werden, die über eine Aufenthaltsgestattung verfügen oder bereits anerkannte Flüchtlinge sind – der große Personenkreis der Personen mit Duldung bleibt aus diesen Fördertöpfen ab sofort grundsätzlich ausgeschlossen.²

Grundsätzlich ist die Ausgabe von Krankenversicherungskarten ein wichtiger erster Schritt, der für alle Geflüchtete gelten muss:

Die Praxiserfahrungen – insbesondere aus Bremen, wo seit 2005 an alle Berechtigten nach AsylbLG Chipkarten ausgegeben werden – zeigen, dass sich dieses Modell qualitativ und ökonomisch bewährt hat³:

- Für ÄrztInnen und PatientInnen wird der Zugang zu medizinischer Versorgung erheblich erleichtert.
- Durch Vorsorge und rechtzeitige Krankenbehandlung kommt es zu Einsparungen.
- Die Kosten bei den Sozialämtern sinken, weil der Verwaltungsaufwand für das Ausstellen von Papierkrankenscheinen sowie die Abrechnung und Kontrolle erbrachter Leistungen entfällt.
- Es kommt zu Kosteneinsparungen durch entfallende amtsärztliche Prüfungen bzw. Übergang an den MDK.

Nicht nur der bürokratische Aufwand konnte für die öffentliche Hand drastisch gesenkt werden. Auch zeigten sich bis heute keinerlei Auffälligkeiten in der von AsylbewerberInnen beanspruchten Leistungshöhe. Die Gewährleistung eines Zugangs zu Angeboten der Prävention und Behandlung kann sich im Gegenteil sogar als kostengünstiger erweisen⁴. Durch die faktische Gleichstellung mit SGB XII - EmpfängerInnen orientiert sich die Behandlungstiefe in erster Linie am Versorgungsbedarf (Gruhl, 2010).⁵

¹ Vgl. BAfF (2015): [Stellungnahme zur Gefährdung der Psychosozialen Zentren im Zusammenhang mit Verzögerungen der Bewilligungen im AMIF](#)

² Vgl. BAfF (2014): [Stellungnahme zum Ausschluss von Flüchtlingsgruppen aus EU-geförderten Projekten](#).

³ Vgl. hierzu: Gesundheitsamt Bremen (2011): Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender; Classen (2012): Versichertenkarten zur medizinischen Versorgung nach AsylbLG in Berlin.

⁴ Keller (2014): The cost of exclusion from healthcare to migrants in an irregular situation in the EU.

⁵ Gruhl (2010): „Realisierungsmöglichkeiten und politische Durchsetzbarkeit der verschiedenen Finanzierungsmodelle“. In BAfF (2010): Dokumentation des Fachgesprächs zur psychosozialen und medizinischen Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge.

Mit der Versichertenkarte zur Krankenbehandlung nach AsylbLG verschärfen sich allerdings auch die Versorgungsdefizite im Bereich psychischer Erkrankungen:

So war trotz Verfügbarkeit einer Versichertenkarte bei psychischen Erkrankungen auch in Bremen nach wie vor eine Unterversorgung festzustellen - von der Diagnostik bis zur Weitervermittlung an und Behandlung durch entsprechende Fachkräfte. Das dortige PSZ Refugio Bremen war weiterhin die Hauptanlaufstelle zur Behandlung von psychischen Erkrankungen. Wohlgedenkt werden dessen Leistungen nicht durch die eigentlich dafür zuständigen Kostenträger finanziert!

Die Studienergebnisse aus Bremen decken sich mit den bundesweiten Erfahrungen der spezialisierten Behandlungszentren, die allesamt Vermittlungsarbeit in die Regelversorgung leisten. Der Anteil der erfolgreichen Vermittlung in die psychotherapeutische Versorgung beläuft sich auf etwa 2 %. Dies verdeutlicht: Im Bereich der Gesundheitsregelversorgung ist eine Behandlung psychischer Erkrankungen für Geflüchtete nur in Einzelfällen zugänglich. Zahlreiche Hürden, beginnend mit dem Finden eines geeigneten Therapieplatzes – entsprechende Versorgungsangebote sind nur eingeschränkt vorhanden – bis hin zur Finanzierung der meist notwendigen DolmetscherInnen führen dazu, dass die psychotherapeutische Versorgung für Geflüchtete nicht gewährleistet ist. Wege in die Behandlung können in der Praxis nicht realisiert werden!

Intention der Gesundheitskarte ist ja ein Ausbau der bestehenden Angebote, um eine bedarfsgerechte Versorgung zu gewährleisten und nicht eine Einschränkung. Das Erhalten von Psychotherapieangeboten kann nicht vom Spendenaufkommen gemeinnütziger Vereine abhängig sein. Es ist eine gesundheits- und sozialpolitische Aufgabe.

Die Schaffung eines formalen Zugangs durch die Ausgabe der Krankenversichertenkarte nach AsylbLG ist nicht ausreichend.

IV. Forderungen

Approbierter Psychotherapeuten müssen bei Vorliegen entsprechender Indikation die Möglichkeit erhalten, qualifizierte Psychotherapien für traumatisierte Geflüchtete durch formal verbindliche Regelungen abzurechnen.

Der Unterversorgung traumatisierter Geflüchteter ist z.B. über Sonderbedarfsregelungen oder die Vergabe von Einrichtungsermächtigungen entgegen zu wirken.

Sprachmittler-Leistungen müssen in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung integriert werden. Behelfsweise sind Finanzierungsmodellen für SprachmittlerInnen in der Psychotherapie auf kommunaler oder auf Landesebene zu etablieren.

Wie auch im „Bremer Modell“ bedarf der Zugang zu den Leistungsangeboten der Gesundheitsregelversorgung über die Versichertenkarte hinaus eines flankierenden Gesundheitsprogrammes, welches psychische wie somatische Bedarfe einschließt.

Notwendig ist eine Pauschale für bedarfsorientierte Erstversorgung in den ersten 15 Monaten (Feststellung von Vulnerabilität, Beratung, Krisenintervention oder erste therapeutische Interventionen zur Verhinderung von Langzeitfolgen) für die spezialisierten Zentren und andere Einrichtungen.

Die BAfF empfiehlt einen Konsultationsprozess mit allen relevanten AkteurInnen: Politik und Verwaltung als Verhandeln in der Ausgestaltung der Chipkartenmodelle, die konkreten Vertragspartner auf Ebene der Kommunen, der Länder und der GKV, Fachverbände wie die BAfF sowie die Bundespsychotherapeutenkammer und die Bundesärztekammer.

Berlin, 04.03.2015

Elise Bittenbinder

Vorsitzende der BAfF