

Situationsanalyse

Auswirkungen der aktuellen Bundesgesetzgebung auf die gesundheitliche Situation von geflüchteten Menschen

Dieses Papier wurde erarbeitet von:

- Döhring, Torsten: Vertreter des Beauftragten für Flüchtlings-, Asyl- und Zuwanderungsfragen des Landes Schleswig-Holstein beim Präsidenten des Schleswig-Holsteinischen Landtages
- Lenz, Gaby, Prof. Dr.: Dekanin des Fachbereichs Soziale Arbeit und Gesundheit der FH Kiel
- Krystyna Michalski, Referentin beim PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein e.V.
- Thomas Prüß, Büro des Beauftragten für Flüchtlings-, Asyl- und Zuwanderungsfragen des Landes Schleswig-Holstein beim Präsidenten des Schleswig-Holsteinischen Landtages
- Ivonne Ristow, Gesundheitsamt Lübeck
- Hannah Wachter, Studentische Hilfskraft am Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit der FH Kiel

I. Überblick

2015 suchten rund 890.000 Menschen in Deutschland Schutz vor Krieg, Gewalt und Verfolgung.^I Deutschlandweit wurden 2015 rund 475.000 Anträge auf Asyl gestellt, 2016 beläuft sich die Zahl von Januar bis einschließlich August auf rund 580.000.^{II}

In Schleswig-Holstein betrug der Gesamtzugang von Asylsuchenden im Jahr 2015 ca. 55.000 Menschen. Nach Angaben des Ministeriums für Inneres und Bundesangelegenheiten wurden in Schleswig-Holstein 35.076 Schutzsuchende registriert und eine Zuständigkeit des Landes für sie begründet. Die sechs zugangsstärksten Herkunftsländer waren Syrien, Afghanistan, Irak, Albanien, Eritrea und Iran. In 2016 wurden insgesamt 9.959 Menschen somit deutlich weniger als im Vergleichszeitraum des Vorjahres - aufgenommen.^{III}

Die Geflüchteten^I sind aufgrund traumatischer Erlebnisse vor, während und nach der Flucht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung einem erhöhten Risiko einer psychischen Erkrankung sowie Suizidversuchen ausgesetzt^{IV} und müssen daher professionell begleitet und ggf. behandelt werden.

Schleswig-Holstein hat in einem Kraftakt die Erstversorgung und -unterbringung der Ankommenden bewältigt und zahlreiche erfolgreiche Maßnahmen eingeleitet, um den Geflüchteten ein gutes Ankommen und Integration zu ermöglichen. Im Anhang findet sich ein Überblick zu den derzeitigen Angeboten und Versorgungsstrukturen für geflüchtete Menschen. (Stand Februar 2017)

Die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung der Geflüchteten stellt das Land jedoch vor weitere Herausforderungen.

Vorliegende Situationsanalyse wurde im November 2016 fertig gestellt. Sie bezieht sich auf Beobachtungen, die sich nach den Änderungen der Bundesgesetzgebung in der praktischen Arbeit mit geflüchteten Menschen zeigen.

Eine Belastung für Geflüchtete und Fachkräfte stellen rechtliche Regelungen sowie die Asylrechtsverschärfungen der letzten Jahre dar, welche die Gesundheit der Geflüchteten gefährden. Unbehandelte psychische Erkrankungen und fehlende Zukunftsperspektiven können zu selbst- und fremdgefährdendem Handeln führen. Sollte es zu keinen Verbesserungen in der Versorgung Geflüchteter kommen, besteht die Gefahr, dass Ereignisse wie das Attentat von Ansbach² keine

^I In der Allgemeinbevölkerung und in Medien wird gemeinhin von „Flüchtlings“ gesprochen. Diese Bezeichnung kennzeichnet rechtlich jedoch nur jene Menschen, deren Asylberechtigung anerkannt wurde. In vorliegendem Positionspapier wird jedoch auch auf die Lebenslage von Menschen eingegangen, die sich noch im Asylverfahren befinden oder deren Antrag abgelehnt wurde. Daher wurde die Bezeichnung „Geflüchtete“ gewählt.

² Im fränkischen Ansbach zündete ein Geflüchteter am 24.7.2016 auf einem Musikfestival eine Splitterbombe, tötete dabei sich selbst und verletzte 15 Personen, davon 4 schwer. Der Mann befand sich in traumatherapeutischer Behandlung, allerdings wurde während der Therapie nicht durch eine „n Dolmetscher_in“ übersetzt, sondern durch eine Person, die selbst kaum Deutsch beherrschte. Weitere Informationen hierzu finden sich in einem Artikel der Süddeutschen Zeitung: <http://www.sueddeutsche.de/bayern/anschlag-in-ansbach-dolmetscher-des-ansbacher-attentaeters-konnte-kaum-deutsch-1.3128023>

Einzelfälle bleiben. Auch in Schleswig-Holstein sind aus psychosozialen Zentren und Kliniken Fälle bekannt, in denen es zu Selbst- und Fremdgefährdung bis hin zu Tötungsdelikten in der Familie kam. Die Landesregierung hat im Landeshaushalt 2016 sowie 2017 für die Gesundheitsversorgung mehr Mittel eingestellt, als dies in der Vergangenheit der Fall war. Es ist jedoch zu befürchten, dass auch diese nicht auskömmlich sein werden, vor allem im Hinblick auf die Finanzierung der Dolmetscherinnen und Dolmetscher.

Das vorliegende Positionspapier bezieht sich auf Beobachtungen, die sich nach den veränderten gesetzlichen Rahmenbedingungen in der praktischen Arbeit mit geflüchteten Menschen zeigen. Zu Anfang sind die drängendsten Probleme überblicksartig aufgelistet, in Kapitel II und III folgen eine genauere Analyse der Situation und die daraus abgeleiteten Empfehlungen.

1. Kurzanalyse der derzeitigen gesundheitlichen Lage Geflüchteter

Folgende Faktoren beeinflussen die psychische Stabilität und Gesundheit negativ und können zu Dekompensation wie Gewaltausbrüchen führen:

Geflüchtete in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts sowie nach Ablehnung des Asylantrags (sprich Geflüchtete, für die das AsylbLG gilt):

- Geflüchtete haben nur Anspruch auf eingeschränkte Krankenleistungen nach § 4 und § 6 AsylbLG („Feuerwehrmaßnahmen“) statt auf umfassende Gesundheitsversorgung. Dadurch bleiben Erkrankungen unbehandelt und das Risiko von selbst- und fremdgefährdendem Verhalten von Menschen mit psychiatrischen und Suchterkrankungen erhöht sich. Unbehandelte Erkrankungen und/oder Fehlbehandlungen führen zu Chronifizierungen von Erkrankungen, gesundheitlichen Folgeschäden und Folgekosten.
- Es besteht Unklarheit über die Kostenübernahme bei Leistungen im Gesundheitswesen, welche zu Konflikten und Gerichtsverfahren mit Behörden und Krankenkassen bei fehlender Erstattung führen kann.
- Kein geregelter Tagesablauf in den Erstaufnahmeeinrichtungen, keine Möglichkeit den Tagesablauf partizipativ und selbstbestimmt mitzugestalten.

Geflüchtete, die das Asylverfahren durchlaufen:

- Aushöhlung der Rechte von Geflüchteten durch Asylschnellverfahren in s.g. besonderen Aufnahmeeinrichtungen nach § 30a AsylG.
- Mangelhafte interkulturelle Öffnung der Einrichtungen. Mitarbeiter_innen des psychosozialen Gesundheits- und Versorgungssystems sind nicht ausreichend in interkultureller, kultursensibler Arbeit geschult und/oder durch Personalmangel überlastet. Dies führt zu Behandlungs- und Betreuungssituationen, die auf die Gesundheit der Geflüchteten, aber auch der Mitarbeiter_innen negativ einwirken.
- Mangelndes Wissen über den Ablauf des Asylverfahrens und Durchdringen der komplizierten und bedrohlich wirkenden Rechtslage.
- Das Leben ist während der gesamten Zeit in den Landesunterkünften geprägt von Tatenlosigkeit, Unsicherheit über die rechtliche Situation und Perspektive, fehlendem Kontakt zur Mehrheitsbevölkerung sowie fehlender Beschulung der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen (nur noch Unterricht durch Wohlfahrtsverbände).
- Während des Aufenthalts in den Landesunterkünften bestehen zudem ein Arbeitsverbot sowie keinerlei Möglichkeiten, den Tagesablauf durch Aufnahme von Tätigkeiten, z.B. durch eigene Planung der Mahlzeiten, zu gestalten.

Geflüchtete, die abgeschoben werden sollen:

- Menschen mit psychischer Erkrankung, die zur schutzbedürftigen Gruppe der Personen mit besonderen Bedürfnissen nach der EU Richtlinie 2013 zählen, dürfen abgeschoben werden.
- Abschiebung / Rückkehr in das Herkunftsland ist kein geregelter Prozess, sondern wird aufgrund des Asylpakets I oft in „Nacht- und Nebelaktionen“ durchgeführt, was zu einem Klima der Unsicherheit und Unberechenbarkeit führt.
- Perspektivlosigkeit bei Geflüchteten, die mit Aufenthaltsbeendigung rechnen müssen.

Geflüchtete mit subsidiärem Status:

- Der für zwei Jahre ausgesetzte Familiennachzug destabilisiert Menschen mit subsidiärem Status, verschlimmert ihre psychische Situation / mögliche Erkrankungen und verschlechtert die Aussichten auf eine erfolgreiche Integration.

Alle Geflüchteten:

- Probleme bei Kostenübernahme für qualifizierte Dolmetscher_innen bei Psychotherapie -> verhindert eine psychotherapeutische Behandlung und Genesung.
- Aktuell verfügen die wenigsten Unterkünfte über Gewaltschutzkonzepte, obwohl die vorherrschenden Bedingungen (häufig isolierte Standorte, niedriger Personalschlüssel für die Betreuungsarbeit von Geflüchteten und fehlende Wohnräume nur für Frauen) gewaltfördernd wirken können und besonders Frauen und Kindern kaum Schutzmöglichkeiten bieten. Noch dazu ist das Gewaltschutzgesetz nur eingeschränkt anwendbar und die Frauen sind in den ersten Monaten nach ihrer Ankunft aufgrund der Residenzpflicht sowie Wohnsitzauflagen in der Möglichkeit, der Gewalt auszuweichen, eingeschränkt.^v

Geflüchtete Kinder & Jugendliche

- An dieser Stelle sei auch darauf hingewiesen, dass geflüchtete Kinder und Jugendliche aufgrund ihrer Vulnerabilität und Schutzbedürftigkeit in besonderem Maß von den oben angeführten Problematiken betroffen sind, beispielsweise: Fehlende Beschulung, Einschränkung auf Notversorgung bei akuten Schmerzen, das Risiko in den Gemeinschaftsunterkünften Gewalt und/oder sexualisierter Gewalt ausgesetzt zu sein, eine mögliche Inhaftierung (Abschiebehaft). Diese und weitere Punkte verstoßen gegen die UN Kinderrechtskonvention sowie gegen die Richtlinie EU 2013/33/EU, nach welcher Kindern und Jugendlichen besonderer Schutz und gegebenenfalls maßgeschneiderte Lösungen zustehen.^{vi}

Empfehlungen

- Die Abschaffung des AsylbLG und Überführung in SGB II und SGB XII.
Bei Abschaffung würden folgende Empfehlungen automatisch erfüllt werden:
 - Die Gewährleistung erforderlicher, geeigneter und angemessener Hilfen statt der Durchführung von „Feuerwehrmaßnahmen“ sollte sichergestellt werden.
 - Die Öffnung der Regeldienste der gesundheitlichen sowie psychosozialen Versorgung für geflüchtete Menschen, auch der Eingliederungshilfe sowie insbesondere die Öffnung der Psychiatrien, sollte durchgeführt werden -> Es wäre sinnvoll die Versorgung geflüchteter Menschen in den Psychiatrieplan des Landes aufzunehmen.
 - Einheitliche Standards in der Verwaltung bei gesundheitlicher Versorgung wären sinnvoll. Dazu zählen eine einheitliche Handhabung der Kostengewährung bei gesundheitlichen Leistungen.
- Die Übernahme von Dolmetscherkosten bei Psychotherapie und Facharztbehandlung als Krankenversicherungsleistung nach SGB V. Die gesetzliche Krankenversicherung sollte die Kosten für eine Sprachmittlung übernehmen, wenn eine notwendige Behandlung ohne diese nicht möglich ist. Die Sprachmittlung sollte nur von speziell qualifizierten Dolmetscher_innen durchgeführt werden.
- Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen sowie ihrer Strukturen wie entsprechend im *Aktionsplan Integration der Landesregierung Schleswig-Holstein* benannt; interkulturelle Öffnung durch Fortbildungen, Unterstützungen für Mitarbeiter_innen von Einrichtungen, die mit geflüchteten Menschen arbeiten.
Empfohlen werden konkrete Maßnahmen:
 - Die Schulung von Mitarbeiter_innen hinsichtlich kultursensibler Versorgung sowie medizinischer und psychosozialer Versorgung geflüchteter Menschen.
 - Der Einsatz fachkundiger Sprach- und Kulturmittler_innen und/oder Dolmetscher_innen in den Versorgungsangeboten.
 - Die Sensibilisierung von Mitarbeiter_innen für die psychosoziale Situation von Geflüchteten sowie Aufklärung über mögliche gesundheitliche Folgen der Flucht.
 - Schulungen zu kultursensitiven Screening-Instrumenten.^{vii}

- Entwicklung von Standards zu adäquater Personalausstattung und -qualifizierung in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften (Stichwort: Heim TÜV). Die Alice Salomon Hochschule schlägt in ihrem Positionspapier zu Sozialer Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften beispielsweise „für die fachliche Soziale Arbeit mit geflüchteten Erwachsenen ein[en] Personalschlüssel von 1:50, in der Unterstützung besonders schutzbedürftiger Personen von 1:20 sowie in der Begleitung von Kindern von 1:10 als Mindeststandard“^{viii} vor.
- Kontinuierliche Supervision und Intervision durch fachkundige und in kultursensibler Arbeit geschulte Fachkräfte.
- Fort- und Weiterbildung von Fachkräften zu interkulturellen Themen sowie zur Arbeit mit Menschen, die Folter, sexualisierter Gewalt oder sonstigen schweren und traumatisierenden Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren.^{ix}
- Eine erkennbare interkulturelle Ausrichtung einer Einrichtung durch das äußere und innere Erscheinungsbild, z.B. Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen, räumliche Gestaltung der Einrichtung (z.B. Rückzugsmöglichkeiten für das Gebet), Rücksichtnahme auf religiöse Vorschriften in Bezug auf die Mahlzeiten und Einbindung der Familie in den Genesungsprozess (Rücksichtnahme auf eher kollektivistische Familiensysteme).
- Erarbeitung und Umsetzung von Gewaltschutzkonzepten für Unterkünfte (gegen sexualisierte Gewalt, Gewalt gegen Kinder und Angehörige anderer Religionen, etc.). Diesbezüglich könnte beispielsweise auf die Arbeitshilfen / Empfehlungen des Paritätischen Gesamtverbandes sowie der LAG Gleichstellung SH zurückgegriffen werden.^x
- Familiennachzug
 - Familiennachzug sollte sofort nach Anerkennung des subsidiären Schutzes möglich sein und eingeleitet werden.
 - Familiennachzug auch für ledige Kinder bis zum 21. Lebensjahr.
 - Familiennachzug auch für Eltern, wenn diese im Herkunftsland in einer Lebensgemeinschaft / Beistandsgemeinschaft zusammengelebt haben.
- Reguläre Asylverfahren statt Schnellverfahren.
- Gewährleistung unabhängiger Rechts- und Verfahrensberatung in möglichst allen Ankunftszentren.
Die Sicherstellung individueller Verfahrensberatung. Gruppenberatung nur als Ergänzung.
- Keine Abschiebung von erkrankten Menschen.
Falls diese Empfehlung nicht umgesetzt werden kann empfiehlt sich die Einstufung von Posttraumatischen Belastungsstörungen sowie Depressionen als lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankung.
- Gewährleistung von Rückkehrberatung und einer geregelten Rückkehr in die Herkunftsländer statt „Nacht- und Nebelaktionen“. Die Termine für Abschiebungen sollten angekündigt werden.
- Bei der Aufenthaltsverfestigung, die von Integrationsleistungen abhängig ist, sollte es berücksichtigt werden, wenn krankheitsbedingt entsprechende Vorgaben nicht erfüllt werden, beispielsweise bei Antrag an die Härtefallkommission, bei § 25a AufenthG und § 25 b AufenthG.
- Bei der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung mindestens 6 Monate Aufenthaltssicherung, damit eine professionelle Behandlung der Erkrankung gewährleistet werden kann.
- Verbesserung der Datenlage zu Geflüchteten mit besonderen Bedürfnissen, wie beispielsweise geflüchteten Menschen mit psychischen Erkrankungen.
Systematische Erhebungen zur Gruppe der besonders schutzbedürftigen Personen (Umsetzung der Richtlinie 2013/33/EU^{xi})
- Einheitliche Regelung zum Datenschutz.

II. Hintergrund

1. Menschen auf der Flucht: Weltweit und in Deutschland

Weltweit sind nach Angaben des Flüchtlingskommissariats der Vereinten Nationen (UNHCR) 60 Millionen Menschen auf der Flucht vor Krieg, Gewalt, Hunger und Menschenrechtsverletzungen. 86,6% dieser Menschen werden von s.g. Entwicklungsländern aufgenommen.^{xii}

In Deutschland wurden im Jahr 2015 476.649 Anträge auf Asyl gestellt, die Zahlen haben sich somit im Vergleich zu 2014 (202.834 Anträge) in großem Ausmaß erhöht. Die bisherigen Zahlen für 2016 bestätigen die Einschätzung von Expert_innen, dass die Zahl der Ankommenden weiter steigen wird, von Januar bis Ende August wurden 577.065 Anträge auf Asyl gestellt.^{xiii}

Die Hauptherkunftsländer sind Syrien mit 35,9% der Geflüchteten, gefolgt von Albanien (12,2%) und dem Kosovo (7,6%).^{xiv} Drei Viertel der Geflüchteten, die 2015 und 2016 nach Deutschland eingereist sind, stammen aus den Kriegsgebieten in Syrien, Irak und Afghanistan.^{xv} Kinder bis 16 Jahre machten 2015 26,5% der Antragsteller_innen, 16-18-jährige 4,6% und 18-25jährige 24,8% aus.

In Schleswig-Holstein betrug der Gesamtzugang von Asylsuchenden im Jahr 2015 ca. 55.000 Menschen. Nach Angaben des Ministeriums für Inneres und Bundesangelegenheiten wurden in Schleswig-Holstein 35.076 Schutzsuchende registriert und eine Zuständigkeit des Landes für sie begründet. Die sechs zugangsstärksten Herkunftsländer waren Syrien, Afghanistan, Irak, Albanien, Eritrea und Iran. 2016 wurden bislang (Stand 4. Oktober) 8.368 Menschen - somit deutlich weniger als im Vergleichszeitraum des Vorjahres - aufgenommen.^{xvi}

2. Gesundheit: Die besondere Lebenslage von Geflüchteten und ihre Einbindung in das deutsche Gesundheits- sowie psychosoziale Versorgungssystem

Geflüchtete sind traumatisierenden Ereignissen wie Gewalt, Folter und dem Verlust wichtiger Bezugspersonen sowie der Heimat, dem gesellschaftlichen Status und dem sozialen Umfeld ausgesetzt. Auf der Flucht, die Wochen, Monate oder gar Jahre dauern kann, erleben die Betroffenen zudem Extremsituationen wie Hunger, Durst, Kälte, Hitze, Gewalt durch Sicherheitskräfte und/oder die jeweilige Mehrheitsbevölkerung, (re)traumatisierende Erlebnisse wie Folter und mangelnde medizinische Versorgung.

In den Erstaufnahmeeinrichtungen in Deutschland machen die Schutzsuchenden schließlich die ersten Erfahrungen dahingehend, dass sie nach unterschiedlichen Gruppen und unterstellten Aufenthaltsperspektiven getrennt werden, um unterschiedliche Verfahren zu durchlaufen. Hier erfolgen zum Teil schon Erfahrungen von Zurückweisung und das Zerplatzen von Hoffnungen und Wünschen.

Geflüchtete mit guter Bleibeperspektive oder schlechter Bleibeperspektive durchlaufen so genannte beschleunigte Verfahren mit der Folge, dass zumindest jene mit schlechter Bleibeperspektive nach relativ kurzer Zeit vor dem Ende ihrer Hoffnung und Wünsche stehen und Angst vor Rückkehr und Aufenthaltsbeendigung haben müssen.

Personen mit komplexeren Asylverfahren bleiben längere Zeit in den Erstaufnahmeunterkünften. Dies betrifft ebenso jene mit schlechter Bleibeperspektive, zumindest bis eine Rückführung erfolgt oder eine Zuweisung in Ausreisezentren. Während der gesamten Zeit in den Landesunterkünften ist das Leben geprägt von Tatenlosigkeit, Unsicherheit über die rechtliche Situation und Perspektive, fehlendem Kontakt zur Mehrheitsbevölkerung sowie fehlender Beschulung der schulpflichtigen Kinder und Jugendlichen (nur noch Unterricht durch Wohlfahrtsverbände).

Während des Aufenthalts in den Landesunterkünften bestehen ein Arbeitsverbot sowie keinerlei Möglichkeiten, den Tagesablauf durch Aufnahme von Tätigkeiten, z.B. in eigener Planung der Mahlzeiten, zu gestalten.

Sowohl für Geflüchtete aus den so genannten Dublin-Verfahren sowie aus den regulären Verfahren ist die Zeit in den Unterkünften des Landes eine Zeit des Wartens, des Hoffens, des Zweifelns hinsichtlich des Ausgangsverfahrens bzw. der Frage, ob sie in Deutschland bleiben können.

Nach der Kreisverteilung/Zuweisung auf die Kommunen entwickelt sich für jene, die bereits eine Anerkennung als Flüchtlinge oder einen subsidiären Schutz erhalten haben, die Möglichkeit, ihr Leben zu sortieren. Allerdings ist eine Vielzahl von Angelegenheiten in der neuen Umgebung zu regeln: Schule, Beruf, Berufsausbildung, Sprachkurs, Wohnen, Wohnumfeld und Kontakt zur Mehrheitsbevölkerung. Stress und Überforderung sind leicht die Folge.

Ausreisepflichtige Schutzsuchende müssen Angst um ihre Zukunft haben, nachdem sie im Herkunftsland ihre Brücken abgebaut haben oder sogar um Leib und Leben fürchten. Sie werden entweder aus den Landesunterkünften heraus abgeschoben oder aus dem Ausreisezentrum, in welches sie nach einem möglicherweise mehrjährigen Leben in den Kommunen eingewiesen werden. Durch die Verpflichtung in Ausreisezentren zu leben, wird die vormals aufgebaute soziale Infrastruktur zerstört, der Kontakt zu den vormals ehrenamtlich oder hauptamtlichen Helfer_innen, neuen Freund_innen und Bekannten wird abgebrochen, ein vorher geführter Tagesablauf zerstört, Angst und z. T. schlimmste Befürchtungen im Hinblick auf die Rückkehr ins Herkunftsland und die Umstände der bevorstehenden Abschiebung prägen den Aufenthalt.

All diese Erfahrungen – im Herkunftsland sowie während und nach der Flucht - können zu körperlichen und psychischen Erkrankungen führen. Beispielsweise ist die Rate der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Geflüchteten und Asylwerber_innen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung Deutschlands um das bis zu 10-fache erhöht. Auch die Anzahl der Suizidversuche ist im Vergleich signifikant erhöht. Mit Dauer des Asylverfahrens steigt die Prävalenz für psychische Erkrankungen wie Angststörungen und Depressionen, da ein unklarer Aufenthaltsstatus als ständig wirkender Stressor bezeichnet werden kann.^{xvii}

Die Fachkräfte des Gesundheitssystems sowie des psychosozialen Hilfesystems sind vor diesem Hintergrund vor die Herausforderung gestellt, Geflüchtete professionell und kultursensibel zu betreuen.

Erforderlich wären

- Screenings in Erstaufnahmeeinrichtungen im Rahmen der medizinischen Erstuntersuchungen, um mögliche psychische Erkrankungen abzuklären. Da psychische Erkrankungen häufig erst deutlich werden, nachdem die Menschen Monate im Land sind, sollten auch in den Gemeinschaftsunterkünften Mitarbeiter_innen tätig sein, die in der Lage sind, psychische Erkrankungen zu erkennen und Interventionen einzuleiten.
- bei Diagnose ein zeitnahes Erstgespräch mit einem Facharzt/einer Fachärztin, sowie
- eine Kurzintervention oder eine Aufnahme in das vernetzte/multiprofessionelle Versorgungssystem.
- Bei der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung mindestens 6 Monate Aufenthaltssicherung, damit eine professionelle Behandlung der Erkrankung gewährleistet werden kann.

Dringend angeraten sind auch der Einsatz von professionellen Sprach- und Kulturmittler_innen sowie Dolmetscher_innen, wie auch die Schulung von Fachkräften in Erstaufnahmeeinrichtungen, Sammelunterkünften sowie im Versorgungssystem hinsichtlich kultursensibler Aspekte der medizinischen und psychosozialen Versorgung.^{xviii}

Eine nach diesen Richtlinien gestaltete, professionelle Versorgung von Geflüchteten ist aktuell in vielerlei Hinsicht, auch aufgrund der verschärften gesetzlichen Rahmenbedingungen, nicht gegeben, wie im Weiteren ausgeführt wird.

3. Rechtliche Rahmenbedingungen

In den letzten beiden Jahren beschloss die Bundesregierung eine Reihe von gesetzlichen Neuerungen, die potentiell negative Folgen auf die körperliche und psychische Gesundheit von geflüchteten Menschen haben können.

Eine Auswahl:

- *Asylpaket I (2015)*
 - Neue Möglichkeiten zur Leistungskürzung des soziokulturellen Existenzminimums und weiterer Leistungen nach § 1a AsylbLG.
 - Abschiebungen ohne Ankündigung nach § 59 Abs. 1 AufenthG.
 - Verlängerung des Aufenthalts in Erstaufnahmeeinrichtungen auf bis zu 6 Monate, Erhöhung der Residenzpflicht auf 6 Monate. Während dieser Zeit keine Ausstellung einer Arbeitserlaubnis^{xix}
- *Asylpaket II (2016)*
 - Menschen dürfen künftig auch abgeschoben werden, wenn sie krank sind.
 - Unbegleitete minderjährige Geflüchtete haben erst nach zwei Jahren Anspruch auf Familiennachzug.
 - Verstöße gegen die Residenzpflicht können eine Einstellung des Asylverfahrens nach sich ziehen.
 - Geflüchteten ohne Pass drohen einwöchige Schnellverfahren, in denen eine gründliche Prüfung des Asylgesuchs kaum möglich ist.^{xx}
- *Integrationsgesetz*
 - Wohnsitzauflage: Anerkannte Flüchtlinge dürfen das Bundesland, in dem sie ihren Wohnsitz nehmen wollen und somit ihr soziales Umfeld nicht frei wählen, sondern werden zukünftig grundsätzlich drei Jahre einer Wohnsitzauflage unterliegen, es sei denn, sie sind sozialversicherungspflichtig beschäftigt oder in einem Berufs-, Studien- oder Ausbildungsverhältnis, siehe § 12a AufenthG.
 - Erhöhte Anforderungen bei Erhalt von unbefristetem/r Aufenthaltsrecht/Niederlassungserlaubnis.
Anders als bis zum August 2016 können anerkannte Flüchtlinge ein unbefristetes Aufenthaltsrecht (Niederlassungserlaubnis) nicht mehr nach Ablauf von drei Jahren ohne Hinzutreten weiterer Voraussetzungen als der anhaltenden Verfolgungssituation erhalten. Die Geflüchteten müssen nunmehr nicht unerhebliche Integrationsleistungen erbringen, so u. a. die Sicherung des Lebensunterhaltes, den Nachweis von hinreichenden Kenntnissen der deutschen Sprache sowie weitere Anforderungen, siehe § 26 Absatz 3 AufenthG.
- *Sichere Herkunftsstaaten*
 - 2015 wurden Albanien, Kosovo und Montenegro^{xxi}, als sogenannte „sichere Herkunftsstaaten“ eingestuft. 2016 wurde der Plan auch die s.g. Maghreb Staaten Algerien, Marokko und Tunesien als sichere Herkunftsländer einzustufen vorangetrieben und hat schon die erste Hürde, die Verabschiedung durch den Bundestag, genommen.^{xxii}
 - Diese Vorgehensweise widerspricht dem Prinzip der Einzelfallprüfung als Kern des Asylverfahrens^{xxiii}. Sie missachtet des Weiteren gravierende Menschenrechtsverletzungen wie die Strafbarkeit für Homosexualität in allen drei Maghreb-Staaten sowie die prekäre Situation von Roma und Sinti in den Balkanstaaten.^{xxiv}

4. Die Folge: Anhaltende Destabilisierung, Dekompensation, erhöhtes Risiko von Fremd- und Eigengefährdung

Migration kann als ein kritisches Lebensereignis bezeichnet werden. Die Ereignisse des Migrationsprozesses (also vor, während und nach der Flucht) und die damit verbundenen Stressfaktoren können die bis dahin erworbenen Anpassungsfähigkeiten, Bewältigungs- und Problemlösungsstrategien überlasten. Der damit einhergehende Mangel an Kontrolle kann die

Wahrscheinlichkeit der Entstehung einer psychischen Erkrankung erhöhen. Damit sind auch und gerade die, u.a. rechtlichen, Bedingungen, denen die Geflüchteten im Einwanderungsland ausgesetzt sind, jene, die besonders pathogen wirken. Zu einer psychischen Erkrankung oder einer Verschlechterung der Gesundheit allgemein kommt es häufig erst dann, wenn äußere oder innere Stressfaktoren oder besondere Belastungen hinzukommen.

Aufgrund der häufig aussichtslos erscheinenden Lage, massiver Ängste und fehlender Möglichkeiten der Hilfe, zeigen die Menschen häufig selbstgefährdende, aber auch fremdgefährdende Verhaltensweisen, die in Form von Aggressionsausbrüchen, wie z.B. Zerstörung von Inventar und Gewalt gegen Mitbewohner_innen in den Gemeinschaftsunterkünften deutlich werden, die sich aber auch, so zeigte es die Vergangenheit bis hin zu Amokläufen steigern können. Werden die Lebensbedingungen und die Behandlungsmöglichkeiten nicht nachhaltig verbessert, so lautet die Einschätzung von Expert_innen aus Theorie und Praxis, dass Gewaltausbrüche von Geflüchteten in Zukunft keine Einzelfälle mehr sein werden, sondern gehäuft vorkommen werden.

Dieses Positionspapier soll Wege aufweisen, um die Situation Geflüchteter menschenrechtskonform zu verbessern und einer Eskalation zu eigen- oder fremdgefährdendem Verhalten psychisch erkrankter Menschen entgegenzuwirken.

III: Analyse der derzeitigen Situation und Empfehlungen für eine Verbesserung

1. Eingeschränkte Krankenhilfeleistungen – „Feuerwehrmaßnahmen“

Die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) führt in ihrem Positionspapier zur psychosozialen Versorgung von Geflüchteten aus dem Jahr 2016 an, dass die erlebten Erfahrungen in Krisen- und Kriegsgebieten und jene auf der Flucht zu einer erhöhten Rate von psychischen Erkrankungen führen. Als Beispiel wird eine aus Deutschland stammende Studie von Richter et.al (2015) angeführt. In dieser wurde ermittelt, dass 63,3% der Asylwerber_innen einer zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern eine oder mehrere psychische Diagnosen gestellt wurden.

Lt. DGPPN benötigen nicht alle Betroffenen eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. Oft reichen eine für die Geflüchteten sinnvolle Tagesstruktur, eine niederschwellige Aktivierung von Ressourcen, reflektierte und fachlich/psychosozial begleitete Coping Strategien und soziale Unterstützung sowie Zugang zu Integrationsmaßnahmen. Unerlässlich ist jedoch ein Screening und/oder adäquate Betreuung, um abzuklären, ob eine behandlungsbedürftige Erkrankung vorliegt, ein zeitnahes Erstgespräch mit einem Facharzt, sowie bei Bedarf eine Weiterleitung in das vernetzte Versorgungssystem. Nur so kann eine professionelle Behandlung gewährleistet und eine Verschlimmerung und/oder Chronifizierung der Erkrankung möglicherweise verhindert werden^{xxv}. Daher muss eine angemessene und geeignete Gesundheitsbetreuung für erkrankte Flüchtlinge sichergestellt sein.

Das Bundesverfassungsgericht stellte 2012 fest, dass die Grundleistungen nach § 3 AsylbLG verfassungswidrig sind, da sie Art. 1 GG in Verbindung mit Art. 20 GG (Grundrecht auf Gewährleistung eines menschenwürdigen Existenzminimums) widersprechen. Unkommentiert bleibt in diesem Urteil, ob die eingeschränkten Krankenhilfeleistungen nach § 4 und § 6 AsylbLG ebenso im Widerspruch mit diesem Rechtsanspruch stehen: Den Betroffenen stehen lt. §4 AsylbLG nur die (zahn)ärztliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände zu und nicht die Inanspruchnahme der vollen Regelversorgung. In § 6 AsylbLG wird angeführt, dass im Einzelfall auch Maßnahmen zu gewähren sind, die zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind.

In der Praxis führt die Frage, welche Leistungen die Krankenkasse übernimmt / welche Leistungen die Behörden vorab genehmigen müssen, immer wieder zu Konflikten und Gerichtsverhandlungen. Die Einführung der Gesundheitskarte zu Beginn des Jahres 2016 führte möglicherweise in Teilbereichen zu einer Erleichterung des Verfahrens und damit zu Kosteneinsparungen bei den Kommunen. Der Leistungskatalog wurde jedoch nicht ausgeweitet.

Regelmäßig werden Kostenübernahmen abgelehnt, weil sie nicht der Behandlung akuter oder schmerzhafter Erkrankungen dienen oder weil sie nicht vor der Behandlung beantragt wurden.^{xxvi}

So können Menschen, die unter das AsylbLG fallen, mit der Diagnose einer Alkoholabhängigkeit (F 10.2) bspw. nur eine maximal drei Wochen andauernde stationäre Entgiftungsbehandlung in Anspruch nehmen. Eine zur Abstinenzsicherung und –stabilisierung häufig anschließende Rehabilitationsmaßnahme umfasst das AsylbLG jedoch nicht regelhaft. In der Praxis zeigt sich dieses Vorgehen als nicht nachhaltig, da in dieser kurzen Zeit keine Veränderung der sozialen Situation der Menschen eintreten kann. Aus der Praxis kann eine Rückfallquote von nahezu 100% berichtet werden.

Lebensbedrohlich für Geflüchtete kann die gängige Einschätzung von Behörden werden, dass Posttraumatische Belastungsstörungen und Depressionen nicht akut behandlungsbedürftig sind. Rund 40% der Geflüchteten die an diesen Erkrankungen leiden hatten bereits Pläne, sich das Leben zu nehmen oder haben bereits einen Suizidversuch unternommen.^{xxvii}

Diese rechtliche Lage steht im Widerspruch

- zur Zielvereinbarung der Länder und Kommunen im Flüchtlingspaket vom 06. Mai 2015. Darin wurde vereinbart, das Verfahren für die Gesundheitsleistungen für Geflüchtete ab dem Zuzug in die Kommunen landesweit an den späteren regulären Versichertenstatus heranzuführen. Die Verwaltungsverfahren vereinfachten sich zwar teilweise durch die flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte in Schleswig-Holstein, der Leistungskatalog wurde jedoch nicht ausgeweitet.
- zur Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013, nach welchem der Schutz der physischen und psychischen Gesundheit der Geflüchteten gewährleistet werden muss, sowie mindestens die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten sowie schweren psychischen Störungen sichergestellt werden muss. (Kapitel II, Artikel 17 sowie Artikel 19)^{xxviii}
- zu einer menschenrechtlich fundierten, humanistischen Perspektive, nach der eine Schlechterstellung de jure aufgrund der Herkunft Geflüchteter im Vergleich mit der Allgemeinbevölkerung Deutschlands unzulässig ist.^{xxix}

Empfehlungen

- Die Abschaffung des AsylbLG und Überführung in SGB II und SGB XII. Bei Abschaffung würden folgende Empfehlungen automatisch erfüllt werden:
 - Die Gewährleistung erforderlicher, geeigneter und angemessener Hilfen statt der Durchführung von „Feuerwehrmaßnahmen“ sollte sichergestellt werden.
 - Die Öffnung der Regeldienste der gesundheitlichen sowie psychosozialen Versorgung für geflüchtete Menschen, auch der Eingliederungshilfe sowie insbesondere die Öffnung der Psychiatrien, sollte durchgeführt werden -> Es wäre sinnvoll die Versorgung geflüchteter Menschen in den Psychiatrieplan des Landes aufzunehmen.
 - Einheitliche Standards in der Verwaltung bei gesundheitlicher Versorgung wären sinnvoll. Dazu zählen eine einheitliche Handhabung der Kostengewährung bei gesundheitlichen Leistungen.

2. Dolmetscherkosten

Derzeit ist die Übernahme von Dolmetscherkosten lediglich im stationären Bereich geregelt, in der ambulanten Versorgung besteht keine Finanzierungssicherheit. Dies führt dazu, dass Patient_innen verstärkt in kostspieligeren stationären Settings oder in der Akutversorgung (also auf den geschützten Stationen der psychiatrischen Krankenhäuser) behandelt werden, obwohl fachlich nicht immer eine Indikation hierfür besteht.^{xxx}

Der Erlass des Landes Schleswig-Holstein hinsichtlich der Dolmetscherleistung und der Bezahlung nach AsylbLG von 2004 ist nicht ausreichend.

Auch in stationären Settings werden jedoch nicht immer die Dienste von Dolmetscher_innen genutzt, vielmehr wird auf die sprachliche Vermittlung von Angehörigen oder fremdsprachigen Mitarbeiter_innen zurückgegriffen.

Sprachliche Verständigungsprobleme können zu Missverständnissen, Fehldiagnosen und damit zu einer Unter-, Über- oder Fehlversorgung führen, die mit einer Verschlimmerung der eigentlichen Erkrankung und gesellschaftlichen Folgekosten verbunden sind. Dies ist nicht nur aus menschenrechtlicher und fachlicher Perspektive nicht tragbar, sondern auch kontraproduktiv aus Sicht eines Sozial- und Krankenversicherungssystems, das nachhaltig mit Ressourcen umzugehen hat, da es auf dem Solidarprinzip ruhend auch weiterhin lebensfähig bleiben muss, um zukünftigen Generationen, Leistungen der Gesundheitsfürsorge zur Verfügung stellen zu können.^{xxxI}

Insbesondere im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie, beides sprachbasierte Versorgungsfelder, ist Sprache ein zentrales Instrument und ein wichtiger Wirkfaktor.^{xxxII}

Ein Beispiel für die unbedingte Notwendigkeit des Einsatzes professioneller Dolmetscher_innen ist das Attentat von Ansbach. Am 24.7.2016 zündete ein Geflüchteter im fränkischen Ansbach auf einem Musikfestival eine Splitterbombe, tötete dabei sich selbst und verletzte 15 Personen, davon 4 schwer. Der Mann befand sich in traumatherapeutischer Behandlung, allerdings wurde während der Therapie nicht durch eine_n Dolmetscher_in übersetzt, sondern durch eine Person, die selbst kaum Deutsch beherrschte.³

Die deutsche Rechtsprechung macht in der Gewährleistung von Dienstleistungen professioneller Sprach- und Kulturmittler_innen jedoch eher Rück- als Fortschritte. Im Integrationsgesetz (BT-Drucksache 18/8615), das am 7. Juli 2016 vom Bundestag verabschiedet wurde, wurde die Finanzierung von Leistungen von Dolmetscher_innen, Sprach- und Kulturmittler_innen im Zuge einer Psychotherapie gestrichen.^{xxxIII}

Die Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 fordert ausdrücklich, dass schutzbedürftige Personengruppen, zu denen auch Menschen mit psychischer Erkrankung zählen, die erforderliche medizinische Hilfe und psychologische Betreuung erhalten müssen. (Kapitel IV: Bestimmungen für schutzbedürftige Personen, Artikel 21-25).^{xxxIV} Ohne Sprachmittlungsleistungen ist die Umsetzung dieser Vorgabe nicht möglich.

Empfehlung

- Die Übernahme von Dolmetscherkosten bei Psychotherapie und Facharztbehandlung als Krankenversicherungsleistung nach SGB V. Die gesetzliche Krankenversicherung sollte die Kosten für eine Sprachmittlung übernehmen, wenn eine notwendige Behandlung ohne diese nicht möglich ist. Die Sprachmittlung sollte nur von speziell qualifizierten Dolmetscher_innen durchgeführt werden.

3. Familiennachzug

Nach dem Asylpaket II wird für Geflüchtete mit subsidiärem Status der Familiennachzug für zwei Jahre ausgesetzt. Erst nach Ablauf der Zweijahresfrist darf ein Antrag auf Familiennachzug gestellt werden, bis zur tatsächlichen Familienzusammenführung dürften nach Antragstellung daher noch mehrere Monate bis Jahre vergehen. Als Folge werden sich vor allem Familien aus Krisen- und Kriegsgebieten auf die lebensgefährlichen Fluchtrouten aufmachen und somit entweder durch die Fluchtroute oder durch ein Ausharren in Kriegsgebieten in Lebensgefahr gezwungen.^{xxxV}

³ Weitere Informationen hierzu finden sich in einem Artikel der Süddeutschen Zeitung: <http://www.sueddeutsche.de/bayern/anschlag-in-ansbach-dolmetscher-des-ansbacher-attentaeters-konnte-kaum-deutsch-1.3128023>

Die Regelung betrifft auch unbegleitete minderjährige Geflüchtete und verstößt somit gegen die Richtlinie 2013/33/EU, nach der das Wohl des Kindes vorrangig behandelt werden soll. (Kapitel IV, Artikel 24)^{xxxvi}

Für die Geflüchteten in Deutschland, die mindestens zwei Jahre auf den Nachzug ihrer Angehörigen warten müssen, bedeutet dies eine weitere psychische Destabilisierung und damit eine Verschlimmerung ihrer psychischen und sozialen (Lebens)Situation. Aus der Praxis wird berichtet, dass Menschen deren Angehörige sich weiterhin in Lebensgefahr befinden, kaum Konzentration aufbringen können, um in Deutschland anzukommen und sich auf Spracherwerb und Integration zu konzentrieren.

Empfehlung

- Familiennachzug
 - sollte sofort nach Anerkennung des subsidiären Schutzes möglich sein und eingeleitet werden.
 - auch für ledige Kinder bis zum 21. Lebensjahr.
 - auch für Eltern, wenn diese im Herkunftsland in einer Lebensgemeinschaft / Beistandsgemeinschaft zusammengelebt haben.

4. Beschleunigte Asylverfahren

Lt. § 30a AsylG sollen bestimmte „Flüchtlingsgruppen“ in s.g. „Besonderen Aufnahmeeinrichtungen“ untergebracht und einem Schnellverfahren unterworfen werden. Innerhalb einer Woche soll das Asylverfahren durchlaufen werden, innerhalb von 3 Wochen gegebenenfalls die Abschiebung erfolgen.^{xxxvii}

Höchst problematisch ist, dass ein solches Eilverfahren kein faires Asylverfahren garantiert: Die Forderung innerhalb einer Woche alle erforderlichen Untersuchungen und Gutachten einzuholen, die eine Erkrankung belegen, stellt für Menschen die kein/kaum Deutsch sprechen und sich im deutschen Gesundheitssystem nicht auskennen, eine praktisch nicht erfüllbare Forderung dar.^{xxxviii} Des Weiteren ist kein adäquater Zugang zu unabhängiger Rechtsberatung und anwaltlicher Vertretung möglich. Eilverfahren von einer bzw. drei Wochen untergraben demokratische Standards wie Rechtssicherheit und die Möglichkeit zivilgesellschaftlichen Engagements. Betroffen ist ein großer Teil der Geflüchteten, da u.a. geflüchtete Menschen ohne Papiere diesem Schnellverfahren unterworfen werden sollen. Das Fehlen von Papieren durch Verfolgung oder Verlust auf der Flucht ist eine typische Begleiterscheinung der Flucht und kann in den meisten Fällen nicht den Betroffenen selbst angelastet werden.^{xxxix}

Auch diese gesetzliche Neuerung wirkt negativ auf die Gesundheit von geflüchteten Menschen und trägt zur psychischen Destabilisierung bei. Die Forderung innerhalb weniger Stunden und häufig mehrfach von hochtraumatischen Ereignissen zu berichten, da ansonsten eine Abschiebung droht, ist fachlich nicht tragbar und kann zur Verschlimmerung der Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung führen.^{xl}

Ist kein faires Asylverfahren möglich, steigt die Wahrscheinlichkeit, dass Asylanträge abgelehnt werden und Menschen in Verhältnisse abgeschoben werden, in denen ihnen Gewalt und Lebensgefahr drohen.

Empfehlungen

- Reguläre Asylverfahren statt Schnellverfahren
- Gewährleistung unabhängiger Rechts- und Verfahrensberatung in möglichst allen Ankunftszentren.
- Die Sicherstellung individueller Verfahrensberatung. Gruppenberatung nur als Ergänzung.

5. Neuregelung von Abschiebungen

Menschen mit Erkrankung

Nach dem Asylpaket II dürfen auch Menschen mit einer Erkrankung abgeschoben werden, außer es handelt sich um eine lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankung. Diese Regelung ist per se als inhuman und in Fragen der Menschenwürde zumindest kritisch zu beurteilen. Die Posttraumatischen Belastungsstörungen und Depressionen werden in diesem Kontext nicht als lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankungen gewertet. Dies muss aus fachlicher Sicht als eine falsche Einstufung beurteilt werden. Beide Erkrankungen sind aufgrund des erhöhten Risikopotentials einer Suizidierung und/oder selbstgefährdenden Verhaltens als lebensbedrohlich und schwerwiegend einzustufen.^{xii}

Abschiebungen ohne Ankündigung

Im Asylpaket I 2015 wurde nach § 59 Abs. 1 AufenthG festgelegt, dass der Termin der Abschiebung nach Ablauf der Frist zur freiwilligen Ausreise den Betroffenen nicht angekündigt werden darf.^{xiii} In der Praxis kommt es seither vermehrt zu Abschiebungen in „Nacht- und Nebelaktionen“, die ein Klima der Unsicherheit und Unberechenbarkeit vermitteln. Dies führt zu vermehrtem Auftreten von Dekompensation und Destabilisierung bei Geflüchteten. Es untergräbt des Weiteren die Möglichkeit des Kirchenasyls und das Engagement der Zivilgesellschaft, was einer demokratischen Gesellschaft zuwiderläuft.

Empfehlungen

- Keine Abschiebung von erkrankten Menschen. Falls diese Empfehlung nicht umgesetzt werden kann empfiehlt sich die Einstufung von Posttraumatischen Belastungsstörungen sowie Depressionen als lebensbedrohliche oder schwerwiegende Erkrankung.
- Gewährleistung von Rückkehrberatung und einer geregelten Rückkehr in die Herkunftsländer statt „Nacht- und Nebelaktionen“. Die Termine für Abschiebungen sollten angekündigt werden.
- Bei der Aufenthaltsverfestigung, die von Integrationsleistungen abhängig ist, sollte es berücksichtigt werden, wenn krankheitsbedingt entsprechende Vorgaben nicht erfüllt werden, beispielsweise bei Antrag an die Härtefallkommission, bei § 25a AufenthG und § 25 b AufenthG.
- Bei der Diagnose Posttraumatische Belastungsstörung mindestens 6 Monate Aufenthaltssicherung, damit eine professionelle Behandlung der Erkrankung gewährleistet werden kann

6. Interkulturelle Öffnung von Einrichtungen im Gesundheits- und Sozialbereich

In einer inklusiven Gesellschaft sollten sich die Regeldienste im Gesundheits- und Sozialbereich darauf einstellen, dass sie auch mit Menschen arbeiten können, die aus einer anderen Kultur stammen, die evtl. ihre Sprache noch nicht sprechen, die andere Werte und Traditionen pflegen und evtl. andere Krankheitsvorstellungen haben. Interkulturelle Öffnung der Dienste ist dafür notwendig.

Folgende Probleme treten auf:

- Aufgrund von Personalmangel und/oder nicht adäquater Finanzierung der Personalausstattung werden Mitarbeiter_innen eingesetzt, die nicht ausreichend qualifiziert sind für die anspruchsvolle Arbeit mit geflüchteten Menschen. Mitarbeiter_innen berichten, dass sie im Arbeitsalltag oft „untergehen“ und allein gelassen werden. Es besteht ein Mangel an Schulungen, Fortbildungen und ausreichenden Unterstützungen.
- Fehlende Gesundheitskompetenz, d.h. Unkenntnis bei Mitarbeiter_innen bezüglich einfacher Basissymptome bspw. einer Depression oder Posttraumatischen Belastungsstörung.^{xiiii}
- Die kulturellen Kontexte der Herkunftsländer geflüchteter Menschen und damit einhergehend unterschiedliche Erklärungsmodelle und Behandlungserwartungen hinsichtlich körperlicher

und psychischer Erkrankungen stellen Mitarbeiter_innen vor Herausforderungen der kultursensiblen Arbeit, denen sie oftmals nicht gewachsen sind.

Empfehlungen

- Interkulturelle Öffnung der Einrichtungen sowie ihrer Strukturen wie entsprechend im *Aktionsplan Integration der Landesregierung Schleswig-Holstein* benannt; interkulturelle Öffnung durch Fortbildungen, Unterstützungen für Mitarbeiter_innen von Einrichtungen, die mit geflüchteten Menschen arbeiten.
Empfohlen werden konkrete Maßnahmen:
 - Die Schulung von Mitarbeiter_innen hinsichtlich kultursensibler Versorgung sowie medizinischer und psychosozialer Versorgung geflüchteter Menschen.
 - Der Einsatz fachkundiger Sprach- und Kulturmittler_innen und/oder Dolmetscher_innen in den Versorgungsangeboten.
 - Die Sensibilisierung von Mitarbeiter_innen für die psychosoziale Situation von Geflüchteten sowie Aufklärung über mögliche gesundheitliche Folgen der Flucht.
 - Schulungen zu kultursensitiven Screening-Instrumenten.^{xliv}
- Entwicklung von Standards zu adäquater Personalausstattung und -qualifizierung in Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften (Stichwort: Heim TÜV). Die Alice Salomon Hochschule schlägt in ihrem Positionspapier zu Sozialer Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften beispielsweise „für die fachliche Soziale Arbeit mit geflüchteten Erwachsenen ein Personalschlüssel von 1:50, in der Unterstützung besonders schutzbedürftiger Personen von 1:20 sowie in der Begleitung von Kindern von 1:10 als Mindeststandard“^{xlv} vor.
- Kontinuierliche Supervision und Intervision durch fachkundige und in kultursensibler Arbeit geschulte Fachkräfte.
- Fort- und Weiterbildung von Fachkräften zu interkulturellen Themen sowie zur Arbeit mit Menschen, die Folter, sexualisierter Gewalt oder sonstigen schweren und traumatisierenden Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt ausgesetzt waren.^{xlvi}
- Eine erkennbare interkulturelle Ausrichtung einer Einrichtung durch das äußere und innere Erscheinungsbild, z.B. Informationsmaterialien in verschiedenen Sprachen, räumliche Gestaltung der Einrichtung (z.B. Rückzugsmöglichkeiten für das Gebet), Rücksichtnahme auf religiöse Vorschriften in Bezug auf die Mahlzeiten und Einbindung der Familie in den Genesungsprozess (Rücksichtnahme auf eher kollektivistische Familiensysteme).

7. Datenlage

Lt. Richtlinie 2013/33/EU sollten die Umstände für die Aufnahme von Personen mit besonderen Bedürfnissen ein vorrangiges Anliegen für Behörden sein. Die Mitgliedstaaten müssen ermitteln, ob besondere Bedürfnisse vorliegen und von welcher Art die Bedürfnisse sind. (Kapitel IV, Artikel 22). Die Mitgliedstaaten waren verpflichtet bis spätestens zum 20. Juli 2016 Informationen vorzulegen, welche Schritte eingeleitet wurden, um Personen mit besonderen Bedürfnissen zu ermitteln und inwieweit den Bedürfnissen Rechnung getragen wurde. (Anhang I, Punkt 2.)^{xlvii}

Bis heute liegen jedoch keine bzw. kaum Daten zur Gruppe der Personen mit besonderen Bedürfnissen vor.^{xlviii}

Deutschland verhält sich vertragsbrüchig hinsichtlich der Umsetzung der Richtlinie, die EU Kommission hat daher bereits ein Vertragsverletzungsverfahren eingeleitet.^{xlix}

Ein weiteres Problem bezüglich der Datenlage besteht hinsichtlich des Datenschutzes. Teilweise findet in der Praxis eine unzureichende Vernetzung statt, da keine Daten zwischen den Trägern ausgetauscht werden. Ebenso werden teilweise sensible Daten ohne Notwendigkeit bspw. an Ehrenamtliche weitergegeben.

Empfehlungen

- Verbesserung der Datenlage zu Geflüchteten mit besonderen Bedürfnissen, wie beispielsweise geflüchteten Menschen mit psychischen Erkrankungen
Systematische Erhebungen zur Gruppe der besonders schutzbedürftigen Personen (Umsetzung der Richtlinie 2013/33/EU¹)
- Einheitliche Regelung zum Datenschutz

¹ Bundesregierung (2016): Bilanz zu Flüchtlingszahlen. 890.000 Asylsuchende im Jahr 2015.
<https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Meldungen/2016/09/2016-09-30-bmi-bilanz-fluechtlingszahlen-fuer-2015.html>

^{II} BAMF 2016. Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: August 2016.
http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-august-2016.pdf?__blob=publicationFile

^{III} Website Land Schleswig-Holstein
<http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/IV/startseite/Artikel/FluechtlingeSH.html>
sowie

Wöchentlicher Bericht des Ministeriums für Inneres und Bundesangelegenheiten über die aktuellen Flüchtlingszahlen, 05.07.2016 unter Bezugnahme auf Asylix, einem Programm zur Verwaltung von AsylantragsstellerInnen.

^{IV} DGPPN 2016. Positionspapier Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern.
https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale_Versorgung_Fluechtlinge.pdf

^V Der Paritätische Gesamtverband (2015): Arbeitshilfe. Empfehlungen an ein Gewaltschutzkonzept zum Schutz von Frauen und Kindern vor geschlechtsspezifischer Gewalt in Gemeinschaftsunterkünften.
<http://www.paritaet-hamburg.de/fachinformationen/details/artikel/arbeitshilfe-empfehlungen-an-ein-gewaltschutzkonzept-zum-schutz-von-frauen-und-kindern-vor-geschlec.html>

^{VI} Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union 2013. 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 (Neufassung)
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32013L0033>

^{VII} DGPPN 2016. Positionspapier Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern.
https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale_Versorgung_Fluechtlinge.pdf

^{VIII} ASH 2015. Positionspapier: Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften – Professionelle Standards und sozialpolitische Basis.
<http://www.fluechtlingssozialarbeit.de/>

^{IX} ASH 2015. Positionspapier: Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften – Professionelle Standards und sozialpolitische Basis.
<http://www.fluechtlingssozialarbeit.de/> sowie

BptK 2016. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 3. Juni 2016: Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Geflüchteten verbessern. BT-Drs. 18/6067 vom 23. September 2015 UND Antrag der Fraktion DIE LINKE. Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern. BT-Drs. 18/7413 vom 28. Januar 2016.
<http://www.bundestag.de/blob/426028/f9cc69cb94e4340290289c22a53acf2d/bundespsychotherapeutenkammer--bptk--data.pdf>

^X Der Paritätische Gesamtverband (2015): Arbeitshilfe. Empfehlungen an ein Gewaltschutzkonzept zum Schutz von Frauen und Kindern vor geschlechtsspezifischer Gewalt in Gemeinschaftsunterkünften.
<http://www.paritaet-hamburg.de/fachinformationen/details/artikel/arbeitshilfe-empfehlungen-an-ein-gewaltschutzkonzept-zum-schutz-von-frauen-und-kindern-vor-geschlec.html>
sowie

LAG Gleichstellung SH (2016): Frauen und ihre Kinder in Flüchtlingsunterkünften Unterstützungsbedarfe erkennen – Handlungsansätze entwickeln.
http://www.luebeck.de/files/pool/01/160/LAG-Positionspapier_weibFluechtlinge_1-2016.pdf

^{XI} Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union 2013. 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 (Neufassung)
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32013L0033>

- ^{xii} UNHCR 2014. World at War. UNHCR. Global Trends. Forced Displacement in 2014.
http://www.unhcr.de/fileadmin/user_upload/dokumente/06_service/zahlen_und_statistik/2015-06-GLOBAL-TRENDS-2014.pdf
- ^{xiii} BAMF 2016. Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe: August 2016.
<http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-august-2016.pdf?blob=publicationFile>
- ^{xiv} BAMF 2015. Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe Dezember 2015
http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-dezember-2015.pdf;jsessionid=E442F15EFFCE4660D0730D564E04C3FB.1_cid294?blob=publicationFile
sowie BAMF 2016. Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe Juni 2016
<http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-juni-2016.pdf?blob=publicationFile>
- ^{xv} BAMF 2016. Asylgeschäftsstatistik für den Monat April 2016.
<http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201604-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?blob=publicationFile>
- ^{xvi} Website Land Schleswig-Holstein
<http://www.schleswig-holstein.de/DE/Landesregierung/IV/startseite/Artikel/FluechtlingeSH.html>
sowie
Wöchentlicher Bericht des Ministeriums für Inneres und Bundesangelegenheiten über die aktuellen Flüchtlingszahlen, 05.07.2016 unter Bezugnahme auf Asylix, einem Programm zur Verwaltung von AsylantragsstellerInnen.
- ^{xvii} DGPPN 2016. Positionspapier Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern.
https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale_Versorgung_Fluechtlinge.pdf
- ^{xviii} DGPPN 2016. Positionspapier Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern.
https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale_Versorgung_Fluechtlinge.pdf
- ^{xix} Pro Asyl 2015. Asylpaket I in Kraft: Überblick über die ab heute geltenden asylrechtlichen Änderungen.
<https://www.proasyl.de/hintergrund/asylpaket-i-in-kraft-ueberblick-ueber-die-ab-heute-geltenden-asylrechtlichen-aenderungen/>
- ^{xx} Pro Asyl 2016. Breite und massive Kritik aus Zivilgesellschaft und Verbänden.
<https://www.proasyl.de/news/asylpaket-ii-breite-und-massive-kritik-aus-der-zivilgesellschaft-und-verbaenden/>
- ^{xxi} Pro Asyl 2015. Asylpaket I in Kraft: Überblick über die ab heute geltenden asylrechtlichen Änderungen.
<https://www.proasyl.de/hintergrund/asylpaket-i-in-kraft-ueberblick-ueber-die-ab-heute-geltenden-asylrechtlichen-aenderungen/>
- ^{xxii} Die Bundesregierung 2016. Asyl-Entscheidung im Bundestag. Maghreb-Staaten sind sichere Herkunft.
<https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2016/05/2016-05-13-sichere-herkunftsstaaten.html>
- ^{xxiii} Pro Asyl 2015. EU-weite Liste sicherer Herkunftsstaaten? <https://www.proasyl.de/news/eu-weite-liste-sicherer-herkunftsstaaten/>
- ^{xxiv} Pro Asyl 2014: Gesetzentwurf zu sicheren Herkunftsstaaten: „verharmlosend und irreführend“.
<https://www.proasyl.de/news/gesetzentwurf-zu-sicheren-herkunftsstaaten-verharmlosend-und-irrefuehrend/>
- ^{xxv} DGPPN 2016. Positionspapier Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern.
https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale_Versorgung_Fluechtlinge.pdf
- ^{xxvi} Der Paritätische Gesamtverband 2014. Gesundheitsversorgung im AsylbLG: Hinweise zur aktuellen Rechtslage und Rechtsprechung.
http://www.willkommensinitiative.de/files/fM_k0002/media/2014-04krankenversicherungasylblg.pdf
- ^{xxvii} BPTK 2015. Stellungnahme. Psychisch kranke Flüchtlinge bleiben unzureichend versorgt.
<http://www.bptk.de/stellungnahmen/einzelansicht/artikel/psychisch-kr-13.html>
- ^{xxviii} Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union 2013. 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 (Neufassung)
<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32013L0033>
- ^{xxix} Europarat 1950. Europäische Menschenrechtskonvention
(Konvention zum Schutze der Menschenrechte und Grundfreiheiten) vom 04.11.1950.
Zuletzt geändert durch Protokoll Nr. 14 vom 13.5.2004 m.W.v. 1.6.2010
https://dejure.org/gesetze/MRK_sowie
- ASH 2015. Positionspapier: Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften – Professionelle Standards und sozialpolitische Basis.
<http://www.fluechtlingssozialarbeit.de/>
- ^{xxx} Machleidt, Wielant (2009): Interkulturelle Psychiatrie/Psychotherapie und Integration psychisch kranker MigrantInnen.
<http://heimatkunde.boell.de/2009/04/18/interkulturelle-psychiatriepsychotherapie-und-integration-psychisch-krank-migrantinnen>> 2014-04-20, sowie

- Lindert, Jutta; Priebe, Stefan; Penka, Simone; Napo, Fatima; Schoueler-Ocak, Meryam; Heinz, Andreas: Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. In: Psychother Psych Med. (2008), Heft 58, S. 123-129.
- ^{xxxI} Griese, Christiane; Rothe, Karin (2012): Gesundheitsvorsorge und medizinische Versorgung. In: Griese, Christiane; Marburger, Helga (Hrsg.) (2012): Interkulturelle Öffnung. Ein Lehrbuch. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH, S. 181-200., S. 197.
- ^{xxxII} DGPPN 2016. Positionspapier Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale_Versorgung_Fluechtlinge.pdf
- ^{xxxIII} BPTK 2016: Integrationsgesetz: Leistungen für Übersetzer gestrichen. <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/integrations-1.html>
- ^{xxxIV} Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union 2013. 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 (Neufassung) <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32013L0033>
- ^{xxxV} Pro Asyl 2016: Asylpaket II beschlossen: Bundesregierung gefährdet Leben von Schutzbedürftigen. <https://www.proasyl.de/news/asylpaket-ii-beschlossen-bundesregierung-gefaehrdet-leben-von-schutzbeduerftigen/>
- ^{xxxVI} Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union 2013. 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 (Neufassung) <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32013L0033>
- ^{xxxVII} § 30a Asylgesetz. Beschleunigte Verfahren. <https://dejure.org/gesetze/AsylG/30a.html>
- ^{xxxVIII} BPTK 2016. Stellungnahme. Psychisch kranke Flüchtlinge sollen grundsätzlich abgeschoben werden. <http://www.bptk.de/stellungnahmen/einzelansicht/artikel/psychisch-kr-14.html>
- ^{xxxIX} Pro Asyl 2016. Asylpaket II in Kraft. Überblick über die geltenden asylrechtlichen Änderungen. <https://www.proasyl.de/hintergrund/asylpaket-ii-in-kraft-ueberblick-ueber-die-geltenden-asylrechtlichen-aenderungen/>
- ^{xI} Ludwig Boltzmann Institut. Menschenrechte; Hemayat. Betreuungszentrum für Folter- und Kriegsüberlebende (2013): Krieg und Folter im Asylverfahren: Eine psychotherapeutische und juristische Studie. Zusammenfassung. http://www.hemayat.org/fileadmin/user_upload/Zusammenfassung.pdf
- ^{xII} BPTK 2016. Stellungnahme. Psychisch kranke Flüchtlinge sollen grundsätzlich abgeschoben werden. <http://www.bptk.de/stellungnahmen/einzelansicht/artikel/psychisch-kr-14.html>
- ^{xIII} § 59a Aufenthaltsgesetz. Androhung der Abschiebung. <https://dejure.org/gesetze/AufenthG/59.html>
- ^{xIII} DGPPN 2016. Positionspapier Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale_Versorgung_Fluechtlinge.pdf
- ^{xIV} DGPPN 2016. Positionspapier Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale_Versorgung_Fluechtlinge.pdf
- ^{xIV} ASH 2015. Positionspapier: Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften – Professionelle Standards und sozialpolitische Basis. <http://www.fluechtlingssozialarbeit.de/>
- ^{xIV} ASH 2015. Positionspapier: Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften – Professionelle Standards und sozialpolitische Basis. <http://www.fluechtlingssozialarbeit.de/> sowie
- BPTK 2016. Stellungnahme der Bundespsychotherapeutenkammer vom 3. Juni 2016: Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN. Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Geflüchteten verbessern. BT-Drs. 18/6067 vom 23. September 2015 UND Antrag der Fraktion DIE LINKE. Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern. BT-Drs. 18/7413 vom 28. Januar 2016. <http://www.bundestag.de/blob/426028/f9cc69cb94e4340290289c22a53acf2d/bundespsychotherapeutenkammer--bptk--data.pdf>
- ^{xIV} Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union 2013. 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 (Neufassung) <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32013L0033>
- ^{xVIII} DGPPN 2016. Positionspapier Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. https://www.dgppn.de/fileadmin/user_upload/medien/download/pdf/stellungnahmen/2016/2016_03_22_DGPPN-Positionspapier_psychosoziale_Versorgung_Fluechtlinge.pdf

^{xlix} Pro Asyl 2016. Breite und massive Kritik aus Zivilgesellschaft und Verbänden.

<https://www.proasyl.de/news/asylpaket-ii-breite-und-massive-kritik-aus-der-zivilgesellschaft-und-verbaenden/>

Europäisches Parlament und Rat der Europäischen Union 2013. 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 (Neufassung)

<http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32013L0033>

