

Zugang zum medizinischen Versorgungssystem und zu Angeboten der Gesundheitsförderung/Prävention für geflüchtete Kinder und Jugendliche in Brandenburg

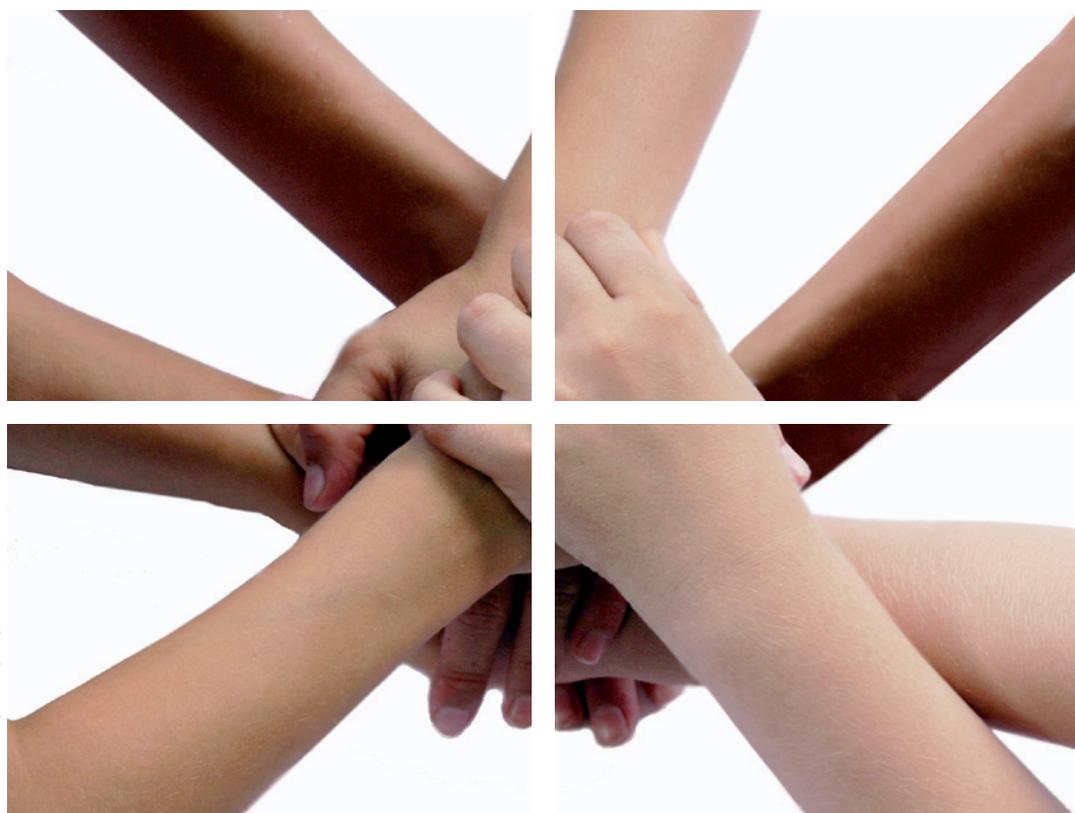


Foto: S. Hofschläger/pixelio.de

Koordinierungsstelle Gesundheitliche
Chancengleichheit Brandenburg

Was Sie hier finden:

In der Handreichung der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg erhalten Sie Informationen zur Gesundheit von Geflüchteten und den einschlägigen Gesetzesgrundlagen. Darüber hinaus wird ein praxisbezogener Einblick in bislang noch vorhandene Zugangshürden zum gesundheitlichen Versorgungssystem und den in der Praxis gefundenen Lösungen gegeben. Abschließend finden Sie eine Zusammenstellung weiterführender Links. Diese bietet detaillierte Informationen und einen Überblick über Akteurinnen und Akteure sowie Initiativen.

Die Handreichung richtet sich an alle kommunalen Akteurinnen und Akteure, die im Land Brandenburg direkt oder indirekt mit der Versorgung/Betreuung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen befasst sind. Vor dem Hintergrund der hohen Dynamik und Komplexität der Thematik, kann die vorliegende Handreichung dem Anspruch einer erschöpfenden Darstellung nicht gerecht werden. Wir hoffen, Ihnen mit der Handreichung dennoch wertvolle Informationen und Anregungen für Ihre Arbeit geben zu können.

Inhalt

Einleitung	2
Zahlen, Daten, Fakten	3
Wie viele Geflüchtete kommen nach Deutschland und Brandenburg?.....	3
Wie läuft die Aufnahme von Geflüchteten in Brandenburg ab?.....	4
Welche Unterschiede gibt es hinsichtlich des Aufenthaltsstatus von Geflüchteten?.....	4
Welchen gesetzlichen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung haben Geflüchtete?.....	5
Was wissen wir über die Gesundheit von Geflüchteten?	10
Blick in die Praxis: Bewährte Ansätze und Zugangshürden.	12
Blick in die Praxis der ambulanten Versorgung.....	12
Blick in die Praxis der stationären Versorgung	14
Blick in die Praxis der psychosozialen Versorgung.....	15
Blick in die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung	17
Ausblick	20
Weiterführende Links	22
Literaturverzeichnis	24
Kontakt/Impressum	25

Einleitung

Geflüchtete Kinder und Jugendliche stellen eine besonders vulnerable Bevölkerungsgruppe dar. Durch oftmals belastende Erfahrungen in ihren Heimatländern (Kriegsgebieten) und auf der Flucht, werden sie in einer für ein gesundes Aufwachsen wichtigen Entwicklungsphase maßgeblich beeinflusst. Das Spektrum möglicher gesundheitlicher Auswirkungen erstreckt sich über akute somatische (Infektions-) Erkrankungen und psychische Störungen bis hin zu Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS). Davon sind Kinder, aber auch Eltern, das heißt das ganze Familiensystem, betroffen – in einem ganz besonderen Maß auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. In diesem Zusammenhang erhält ein diskriminierungsfreier Zugang zum Gesundheitssystem, eine frühzeitige bedarfsorientierte Gesundheitsförderung und Prävention sowie eine gelingende soziale Integration eine besondere Bedeutung. So kann der Entstehung und/oder Manifestierung von Erkrankungen und sozialer Benachteiligung rechtzeitig entgegengewirkt werden.

Menschen in schwieriger sozialer Lage haben oftmals einen schlechteren Zugang zum Gesundheitssystem. Dies trifft für Menschen mit einem Migrationshintergrund überdurchschnittlich häufig zu, was auf migrationspezifische Zugangshindernisse zurückgeführt werden kann: Sprachbarrieren, kulturspezifische Krankheitsvorstellungen und Diskriminierung. Zudem ist der medizinische Versorgungsanspruch für Asylsuchende eingeschränkt und mit bürokratischen Hürden behaftet. Im Ergebnis wird von den Betroffenen die ambulante medizinische Versorgung seltener in Anspruch genommen als der kostenintensive stationäre Sektor. Darüber hinaus ist von einem hohen ungedeckten Behandlungsbedarf bei geflüchteten Menschen auszugehen.

Die vorliegende Handreichung ist im Rahmen des Projektes „Zugang zur Gesundheitsversorgung und gesundheitlichen Prävention für Geflüchtete im Rahmen von integrierten kommunalen Strategien für ein gesundes Aufwachsen in Brandenburg“ (Förderung: Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit Frauen und Familie des Landes Brandenburg [MASGF], Laufzeit: 7/2015-12/2016) entstanden. Zur Bearbeitung der Thematik wurden Fokusgruppendifkussionen und (Experten-) Interviews sowie eine umfassende wissenschaftlichen Analyse zur Studienlage durchgeführt. Ausgewählte Ergebnisse sind in der vorliegenden Handreichung zusammengefasst und geben einen Überblick über Gesetze, Zahlen und Daten sowie Einblicke in die Praxis der gesundheitlichen Versorgung von und Prävention/Gesundheitsförderung für geflüchtete Menschen in Brandenburg. Insbesondere Strategien der kommunalen Gesundheitsförderung bieten große Potenziale, geflüchteten Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien ein gesundes Aufwachsen und Ankommen in Brandenburg zu ermöglichen. Dazu werden in der Handreichung abschließend entsprechende Handlungsbedarfe identifiziert und aufgeführt.

Zahlen, Daten, Fakten

Sowohl auf Bundesebene als auch auf Ebene der Länder finden fortlaufend Anpassungen der Rechts- und Verfahrenslagen in Bezug auf die Aufnahme, Verteilung und Versorgung von Geflüchteten statt. Die Informationen in der vorliegenden Handreichung beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf den Stand vom **Juni 2016**.

Wie viele Geflüchtete kommen nach Deutschland und Brandenburg?

Im Jahr 2015 hat die Zahl der aus Krisenländern geflüchteten Menschen, die in Deutschland Schutz suchen, stark zugenommen. Bundesweit wurden über eine Million Zugänge von Asylsuchenden registriert (1). Im Jahr 2015 hat Brandenburg rund **28.000** Asylsuchende aufgenommen (2), darunter befanden sich knapp **8.000** Kinder und Jugendliche (3). Etwa 25.600 der neu zugewanderten Asylsuchenden wurde auf Brandenburger Landkreise und kreisfreie Städte verteilt (2). Die meisten Asylantragsstellenden kamen im Jahr 2015 aus Syrien, Albanien und Afghanistan nach Brandenburg. Im Jahr 2016 wurden von Januar bis April ca. **11.100** Asylersanträge in Brandenburg gestellt (4).

Alle in Deutschland ankommenden Geflüchteten werden nach dem sogenannten **Königsteiner Schlüssel** auf die Bundesländer verteilt. Die Aufnahmequote Brandenburgs beträgt für das Jahr 2016 knapp 3,1 Prozent (5). Seit November 2015 werden auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge nach diesem Schlüssel verteilt.



Der Königsteiner Schlüssel

Hinter der Bezeichnung „Königsteiner Schlüssel“ verbergen sich die Aufnahmequoten der Bundesländer. Wie viele der in Deutschland ankommenden Asylsuchenden ein Bundesland aufnehmen muss, richtet sich nach den Steuereinnahmen des Bundeslandes sowie dessen Einwohnerzahl.

Mehr Informationen finden Sie auf der Internetseite des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF):

■ www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung-node.html

Abbildung: Verteilungsquoten nach dem Königsteiner Schlüssel 2016
(Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [BAMF],
Online verfügbar: www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung-node.html [18.4.2016])

Verteilungsquoten nach dem Königsteiner-Schlüssel für die Anwendung im Jahr 2016



© Vermessungsverwaltungen der Länder und BKG 2014, eigene Bearbeitung
Kartographie und Layout: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Referat 124

Wie läuft die Aufnahme von Geflüchteten in Brandenburg ab?

Zunächst werden Asylsuchende in der Erstaufnahmeeinrichtung in Eisenhüttenstadt (Landkreis Oder-Spree) aufgenommen. Sie gehört zur Zentralen Ausländerbehörde (ZABH), die dem Ministerium des Innern des Landes Brandenburg untergeordnet ist. In der Erstaufnahmeeinrichtung ist eine Außenstelle des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF) angesiedelt, bei der Geflüchtete ihren Asylantrag stellen können. An den Standorten Frankfurt (Oder), Ferch, Potsdam und Doberlug-Kirchhain gibt es zudem Außenstellen der Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung in Eisenhüttenstadt (3).

In der Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung werden Asylsuchende registriert. Zudem durchlaufen sie vor der Verteilung auf Landkreise und kreisfreie Städte eine medizinische Erstuntersuchung nach Asylgesetz (AsylG) §62, um der Verbreitung von Infektionskrankheiten (insbesondere der Lungentuberkulose) vorzubeugen. Die Zuständigkeit für die Erstuntersuchung liegt beim Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF), das wiederum das Städtische Krankenhaus Eisenhüttenstadt mit der Durchführung in der Zentralen Erstaufnahmeeinrichtung in Eisenhüttenstadt beauftragt hat. Auch an den Außenstellen der ZABH werden Erstuntersuchungen durchgeführt. Zuständig sind das Klinikum Ernst von Bergmann in Potsdam, das Klinikum Frankfurt (Oder), das Carl Thiem-Klinikum in Cottbus, das Elbe-Elster-Klinikum in Finsterwalde sowie das Klinikum Dahme-Spreewald in Königs-Wusterhausen. Die Erstuntersuchung hat folgenden Umfang (6):

- Fragebogen zu Vorerkrankungen (Anamnese)
- Körperliche Untersuchung (inkl. Blutdruck- und Pulsmessung)
- Röntgenuntersuchung zum Ausschluss einer Tuberkulose (bzw. Blutuntersuchung bei Kleinkindern und Schwangeren)
- Erhebung des Impfstatus
- Ggf. weitere Untersuchungen auf übertragbare Krankheiten

In Abhängigkeit der Bleibeperspektive verbringen Asylsuchende kürzere oder längere Aufenthalte in einer Erstaufnahmeeinrichtung in Brandenburg. Spätestens nach sechs Monaten Aufenthalt werden sie auf die Landkreise und kreisfreie Städte weiterverteilt. Die landesinterne Verteilung erfolgt anhand eines Verteilungsschlüssels, der vorrangig die Einwohnerzahl berücksichtigt und in einer Verteilungsverordnung festgesetzt wird. Nach dem Transfer von Asylsuchenden aus der Erstaufnahmeeinrichtung in einen Landkreis oder eine kreisfreie Stadt sind die Behörden vor Ort, vor allem die Sozialämter und Ausländerbehörden, für die Sicherstellung der Versorgung verantwortlich. Die Unterbringung Asylsuchender erfolgt in Brandenburg sowohl in Gemeinschaftsunterkünften als auch in Wohnungsverbänden und Einzelwohnungen (6).

Welche Unterschiede gibt es hinsichtlich des Aufenthaltsstatus von Geflüchteten?

Umgangssprachlich wird die Bezeichnung „Flüchtlinge“ als Sammelbegriff für Personen verwendet, die ihr Herkunftsland verlassen mussten, und oft synonym mit den Begriffen „Asylsuchende“ oder „Asylbewerber“ gebraucht. Jedoch gibt es in Abhängigkeit vom Bearbeitungsstand des Asylantrages und der Entscheidung über die Asylberechtigung rechtliche Unterschiede. Laut UNHCR (United Nations High Commissioner for Refugees) gilt als Flüchtling, wer bereits das Asylverfahren durchlaufen hat und dessen Flüchtlingseigenschaft bereits anerkannt wurde. Asylsuchende oder Asylbewerberinnen und Asylbewerber dagegen befinden sich noch im laufenden Verfahren, das heißt die Entscheidung über die Anerkennung als Flüchtling oder die Asylberechtigung ist noch nicht erfolgt (7). Für die Dauer des Asylverfahrens erhalten sie eine Aufenthaltsgestattung in Deutschland. Die Schutzberechtigung wird nach verschiedenen Rechtsgrundlagen geprüft (siehe Tabelle).

Schutzart/Aufenthaltsstatus	Gesetzliche Grundlage
Asylberechtigte	Gemäß Art. 16 a Abs. 1 Grundgesetz (GG) Schutz für politisch Verfolgte
Anerkannte Flüchtlinge	Gemäß § 3 Abs. 1 AsylVfG Schutz bei begründeter Flucht vor Verfolgung aufgrund von Ethnie, Religion sowie Zugehörigkeit zu bestimmten sozialen Gruppen (in Anlehnung an die Genfer Flüchtlingskonvention)
Subsidiär Schutzberechtigte	Gemäß § 4 Abs. 1 AsylVfG Es liegt weder eine Asylberechtigung noch zuerkannte Flüchtlingseigenschaft vor, aber dennoch droht ernsthafte Gefahr im Herkunftsland.
Geduldete aufgrund von Abschiebungsverboten	Keine Asylberechtigung oder zuerkannte Flüchtlingseigenschaft, jedoch Abschiebungsverbote nach § 60 Abs. 5 und Abs. 7 AufenthG (z. B. aufgrund des Gesundheitszustands)

Tabelle: Schutzarten und ihre gesetzliche Grundlage (nach: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge [BAMF] (2014): Ablauf des deutschen Asylverfahrens. Asylantragstellung – Entscheidung – Folgen der Entscheidung. Online verfügbar: www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Flyer/ablauf-asylverfahren.html [18.04.2016])

Bei allen in der Tabelle dargestellten Schutzarten wird zunächst eine befristete Aufenthaltserlaubnis erteilt. Nach Ablauf der Frist und erneuter Prüfung kann eine dauerhafte Niederlassungserlaubnis erteilt werden. Aktuelle Informationen über die verschiedenen Aufenthaltstitel und die zugehörigen Rechtsgrundlagen bietet das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge auf seiner Internetseite (siehe weiterführende Links).

Der jeweilige Aufenthaltstatus bestimmt darüber, welche Leistungen der Gesundheitsversorgung durch die Geflüchteten in Anspruch genommen werden können.

Welchen gesetzlichen Anspruch auf gesundheitliche Versorgung haben Geflüchtete?

■ Das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

Zentral ist das **Asylbewerberleistungsgesetz**, in dem die Versorgung Geflüchteter geregelt ist. Das **AsylbLG** regelt in § 4 und § 6 den Anspruch von Asylsuchenden auf Leistungen bei Krankheit bzw. sonstige Leistungen zur Sicherung der Gesundheit. Asylsuchende haben während der ersten 15 Monate in Deutschland laut § 4 **AsylbLG** Anspruch auf eine **medizinische Notversorgung**, d.h. es werden nur die Kosten für Leistungen erstattet, die für die Behandlung akuter Erkrankungen und bei Schmerzzuständen unabdingbar sind. Neben den Kosten für die ärztliche Behandlung beinhaltet der Anspruch auch die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln. Ebenfalls abgedeckt sind Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen sowie Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur im Einzelfall.

Asylbewerberleistungsgesetz § 4 Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

(1) Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

(2) Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren. [...]

■ Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen für Geflüchtete

Vor dem Hintergrund der Primär- und Sekundärprävention, also der Verhütung und Früherkennung von Krankheiten, ergeben sich für Asylsuchende entsprechend des § 4 des AsylbLG Absatz 1 und 3 Ansprüche auf:

- (alle von der Ständigen Impfkommission empfohlenen) Schutzimpfungen und
- medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen.

	Säuglinge, Kinder und Jugendliche	Erwachsene
Impfungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Standardimpfungen ■ Auffrischungsimpfungen für Kinder und Jugendliche ■ Indikationsimpfungen 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Standard- und Auffrischungsimpfungen
Vorsorgeuntersuchungen	<ul style="list-style-type: none"> ■ Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kieferkrankheiten in Kitas und Schulen sowie in Zahnarztpraxen ■ U-Untersuchungen (Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern; U₁ – U₉; von der Geburt bis zum Alter von 6 Jahren) ■ Kinderärztliche Untersuchung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Alter von 30 bis 42 Lebensmonaten ■ Schuleingangsuntersuchung/ schulärztliche Untersuchung ■ J-Untersuchung (Jugendgesundheitsuntersuchung; zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr) 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Krebsfrüherkennungsuntersuchungen ■ Gesundheitsvorsorgeuntersuchung ab 35 Jahren ■ Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen

Table: Die Ansprüche in Brandenburg im Einzelnen (angepasst nach Bundesministerium für Gesundheit [BMG], 2016: Früherkennung und Vorsorge.

Online verfügbar unter: www.bmg.bund.de/themen/praevention/frueherkennung-und-vorsorge/erwachsene.html [22.06.2016]

■ Zugang und Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen und Impfungen in Brandenburg

Die Erhebung des Impfstatus ist Bestandteil der Erstuntersuchung in den Brandenburger Erstaufnahmeeinrichtungen. Häufig können die Asylsuchenden keinen Impfpass vorlegen, so dass der Impfstatus im Rahmen der Anamnese abgefragt wird. Bei der Feststellung bzw. Annahme von Impflücken werden diese im Dokumentationsbogen zur Erstuntersuchung festgehalten. Dieser wird dem Asylsuchenden nach Abschluss der Untersuchung in einem verschlossenen Umschlag mitgegeben. Bei Bedarf werden Impfungen idealerweise zeitnah in der ambulanten Sprechstunde der Erstaufnahmeeinrichtung oder nach der Verteilung in die Landkreise/kreisfreien Städte durch die niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte oder dem Öffentlichen Gesundheitsdienst durchgeführt.

Sofern die Impfungen nicht in den Brandenburger Erstaufnahmeeinrichtungen erfolgen (hier ist die Zentrale Ausländerbehörde Kostenträger), muss nach der Verteilung der geflüchteten Menschen in die Landkreise/kreisfreien Städte die Übernahme der Kosten beim zuständigen Sozialamt beantragt werden und ein Krankenbehandlungsschein abgeholt werden. Durch die geplante Einführung der elektronischen Gesundheitskarte wird der Zugang zu Schutzimpfungen erheblich erleichtert. Voraussetzung ist jedoch, dass die Landkreise und kreisfreien Städte der Rahmenvereinbarung zwischen dem Land Brandenburg und den teilnehmenden Krankenkassen beitreten und ihre Bereitschaft zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für die medizinische Versorgung Geflüchteter erklären (vgl. Exkurs zur Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende in Brandenburg). Die Asylbewerberinnen und Asylbewerber können dann direkt in eine Arztpraxis oder zum Gesundheitsamt gehen und sich impfen lassen. Die Kosten-

abrechnung erfolgt dann über die Gesetzliche Krankenversicherung und wird dieser wiederum vom Sozialamt erstattet.

Die Teilnahme einer Asylsuchenden und eines Asylsuchenden an einer Vorsorgeuntersuchung kann sowohl im Rahmen der ambulanten Sprechstunde in der Erstaufnahmeeinrichtung Eisenhüttenstadt oder in den Landkreisen/kreisfreien Städten erfolgen. Die Zuständigkeit in den Landkreisen/kreisfreien Städten für die Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen für „Säuglinge, Kinder und Jugendliche“ und Erwachsene liegt bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst.

Der **Zugang zu den Untersuchungen zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen** ist für geflüchtete Kinder und Jugendliche durch die Anbindung an Kitas und Schulen niedrigschwellig gestaltet. Hier ist der Öffentliche Gesundheitsdienst zuständig. Jährlich werden in Kitas und Schulen zahnärztliche Untersuchungen und weitere präventive Maßnahmen durch die Zahnärztlichen Dienste der Landkreise und kreisfreien Städte durchgeführt. Bei Feststellung eines Behandlungsbedarfes werden die Eltern informiert und der Besuch einer niedergelassenen Zahnärztin oder eines niedergelassenen Zahnarztes empfohlen. Solange die elektronische Gesundheitskarte noch nicht in Brandenburg eingeführt ist, ist vor dem Arztbesuch ein Krankenbehandlungsschein einzuholen.

Die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste der Brandenburger Gesundheitsämter bieten für Kinder im Alter vom 30. bis zum 42. Lebensmonat eine kinderärztliche Untersuchung an. Weiterhin besteht entsprechend dem Brandenburger Schulgesetz vor Beginn der Schulpflicht für alle Kinder die Pflicht, an einer **schulärztlichen Untersuchung** teilzunehmen. Die Durchführung dieser Untersuchung erfolgt in den Landkreisen und kreisfreien Städten durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst. In der Regel findet diese beim regionalen Gesundheitsamt oder in der zukünftigen Grundschule des Kindes statt. Geflüchtete Kinder und Jugendliche, deren erstmaliger Schulbesuch in einer anderen als der ersten Jahrgangsstufe erfolgen soll (sog. Schulquereinsteiger), sind mit Blick in das Brandenburger Schulgesetz ebenfalls verpflichtet, eine schulärztliche Untersuchung zu durchlaufen. Voraussetzung ist, dass der Kinder- und Jugendgesundheitsdienst über die Anwesenheit der Kinder und Jugendlichen unterrichtet wird. Das kann auf unterschiedlichen Wege erfolgen: durch die Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in den Unterkünften, die Schulen, Willkommensinitiativen usw. Für die schulärztliche Untersuchung von Schulquereinsteigern wurde 2015 durch den Fachausschuss des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes ein Standard erarbeitet.

Im Nachgang der schulärztlichen Untersuchung wird eine Stellungnahme für die aufnehmende Schule verfasst. Bei Feststellung von gesundheitlichen Einschränkungen werden sowohl den Eltern bzw. dem Jugendlichen als auch der Schule Hinweise für den Schulbesuch gegeben.

Die **U- und J-Untersuchungen** für Kinder und Jugendliche werden in der Regel von niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten durchgeführt. Diese müssen durch die geflüchteten Familien eigenständig aufgesucht werden. Voraussetzung ist auch hierfür ein Krankenbehandlungsschein vom zuständigen Sozialamt bzw. nach deren Einführung die elektronische Gesundheitskarte. Gleiches gilt für die **Krebsfrüherkennungsuntersuchungen, Gesundheitsvorsorgeuntersuchung ab 35 Jahren** und die **Schwangerenvorsorgeuntersuchungen** bei geflüchteten Erwachsenen.

■ Sonstige Leistungen nach § 6 AsylbLG

Laut dem ersten Absatz des **§ 6 AsylbLG** können weitere Leistungen im Einzelfall gewährt werden, wenn diese zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind. Dieser Absatz beinhaltet eine Kann-Formulierung. Daher liegt die Entscheidung über die Kostenübernahme bei Leistungen wie z. B. Hilfsmitteln oder einer Psychotherapie im Ermessen des zuständigen Sozialamtes. Darüber hinaus sind nach § 6 AsylbLG Absatz 2 sonstige oder medizinische Leistungen für **besonders Schutzbedürftige** zu erbringen, das heißt „[...] Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben“. Hierbei besteht kein Ermessensspielraum, sondern der Anspruch für besonders vulnerable Personen ist explizit formuliert.

Asylbewerberleistungsgesetz § 6 Sonstige Leistungen

(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. Die Leistungen sind als Sachleistungen, bei Vorliegen besonderer Umstände als Geldleistung zu gewähren.

(2) Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt.

Dolmetscherleistungen im Kontext der Gesundheitsversorgung können ebenfalls auf Grundlage von § 4 und § 6 AsylbLG bei den Sozialämtern beantragt werden.

Exkurs: Landesaufnahmegesetz Brandenburg

Nach dem Föderalismusprinzip setzen die Bundesländer das AsylbLG nach eigenen Verfahren um. In Brandenburg wird im Landesaufnahmegesetz (LAufnG) die Zuständigkeit innerhalb Brandenburgs hinsichtlich der Aufnahme und Versorgung von Asylsuchenden gesetzlich geregelt. Seit dem 1. April 2016 liegt eine Neufassung des Gesetzes vor. Neu ist, dass die tatsächlichen Kosten für Gesundheitsleistungen von Asylsuchenden durch das Land nach Kostennachweis erstattet werden (6). Bisher erhielten Landkreise und kreisfreie Städte vom Land je aufgenommenen Asylsuchenden eine Kostenpauschale, die unter anderem auch die Gesundheitskosten beinhaltete. Außerdem sieht das Gesetz einen Ausbau der Migrationssozialarbeit vor (6). Während in der unterbringungsnahen sozialen Beratung für Asylsuchende bisher eine Fachkraft (Sozialarbeiter/in oder Sozialpädagogin/Sozialpädagoge) für 120 Asylsuchende zuständig war, gilt zukünftig der Personalschlüssel von einer Fachkraft je 80 Asylsuchenden. Ergänzend finanziert das Land Stellen, um koordinierende Fachstellen der Migrationssozialarbeit in den Landkreisen und kreisfreien Städten einzurichten. Landkreise und kreisfreie Städte haben die Möglichkeit, diese Aufgaben der Migrationssozialarbeit an freie Träger der sozialen Arbeit zu übertragen.

■ **Die Aufnahmerichtlinie (EU-Richtlinie 2013/33)**

Auf europäischer Ebene ist in der **Aufnahmerichtlinie** (EU-Richtlinie 2013/33) die Versorgung von besonders Schutzbedürftigen geregelt. Die Aufnahmerichtlinie stellt die Grundlage für § 6 AsylbLG (2) dar und definiert die in AsylbLG angedeutete Personengruppe mit besonderen Bedürfnissen in Artikel 21:

„Die Mitgliedstaaten berücksichtigen in dem einzelstaatlichen Recht zur Umsetzung dieser Richtlinie die spezielle Situation von schutzbedürftigen Personen wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern, Opfern des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien.“ (EU-Richtlinie 2013/33, Art. 21)

In Deutschland gibt es bislang keinen bundeseinheitlichen rechtlichen Rahmen zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie. Daher wird auch bislang das in der Richtlinie vorgesehene Verfahren zur Ermittlung besonders schutzbedürftiger Geflüchtete nicht flächendeckend umgesetzt. Im Zuge des novellierten Landesaufnahmegesetzes Brandenburgs wird jedoch auf die Richtlinie Bezug genommen und somit wird diese zukünftig stärker in die Aufnahme und Versorgung Asylsuchender in Brandenburg einfließen:

„Bei der Ausführung dieses Gesetzes sind die besonderen Belange schutzbedürftiger Personen im Sinne des Artikels 21 der Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme Personen, die internationalen Schutz beantragen (ABl. L 180 vom 29.6.2013, S. 96), zu berücksichtigen.“ (§ 2 Abs. 3 LaufnG)

■ Ansprüche auf gesundheitliche Versorgung nach 15 Monaten Aufenthalt

Nach einem Aufenthalt von mehr als 15 Monaten besteht für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG, u. a. Geflüchtete im laufenden Asylverfahren sowie unter bestimmten Voraussetzungen auch Geduldete, Zugang zur Gesundheitsversorgung im Analogleistungsbezug nach Sozialgesetzbuch (SGB) XII. Sie erhalten dann wie andere Versicherte der gesetzlichen Krankenversicherung auch eine vollwertige elektronische Gesundheitskarte. Die Abrechnung übernimmt die zuständige Krankenkasse, wobei die Sozialämter weiterhin Kostenträger bleiben. Durch den Wegfall des AsylbLG als Finanzierungsgrundlage ist die Erstattung von Dolmetscherleistungen im Zusammenhang der medizinischen Versorgung für diese Gruppen erschwert.

Dies gilt analog für anerkannte Flüchtlinge, Asylberechtigte sowie subsidiär Schutzberechtigte, sobald sie ihren Aufenthaltstitel erhalten. Finanzierungsgrundlage für Leistungen der Gesundheitsversorgung ist dann ebenso nicht mehr das AsylbLG, sondern das SGB II bzw. SGB XII (8).

Exkurs: Elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende in Brandenburg

Bisher ist die Gesundheitsversorgung Asylsuchender von bürokratischen Hürden geprägt. Geflüchtete – Kinder wie Erwachsene – benötigen in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland vor jedem Arztbesuch einen Krankenbehandlungsschein vom zuständigen Sozialamt. **Um dieses Verfahren zu vereinfachen, wird im Rahmen des neuen Landesaufnahmegesetzes auch in Brandenburg die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Asylsuchende flächendeckend eingeführt (6). Somit erhalten Asylsuchende bereits sofort nach ihrer Verteilung auf einen Landkreis oder eine kreisfreie Stadt eine elektronische Gesundheitskarte.** Die eGK für Geflüchtete ist befristet (in den meisten Fällen auf drei bis sechs Monate) und ermöglicht Asylsuchenden einen direkten Zugang zur medizinischen Regelversorgung ohne vorherigen Gang zum Sozialamt. Zudem werden Asylsuchende in das Abrechnungssystem der gesetzlichen Krankenversicherung einbezogen, was den bürokratischen Aufwand für Kommunen reduziert. Die Begrenzung des Leistungsanspruches nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bleibt jedoch weiter bestehen. Als Grundstein für die Umsetzung wurde bereits eine Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zwischen dem Land Brandenburg und kooperierenden Krankenkassen geschlossen (9). Als Vertragspartner beteiligen sich die AOK Nordost, die DAK-Gesundheit, die Knappschaft sowie die BAHN-BKK, die BKK-VBU, die Brandenburgische BKK und die Siemens-Betriebskrankenkasse.

Den nächsten Schritt hin zur Umsetzung stellt der Beitritt der Landkreise und kreisfreien Städte zur Rahmenvereinbarung dar. Mit Beginn der Umsetzung der eGK-Versorgung wird mit Ausnahme der Landeshauptstadt Potsdam (Beginn der Umsetzung ist Juli 2016) ab Oktober 2016 gerechnet.

Siehe auch [weiterführende Links](#) (→ Informationen zu Gesetzen, Daten und Fakten sowie Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung/Prävention in Brandenburg → MASGF „Elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende in Brandenburg – Fragen und Antworten“)

■ Ansprüche von unregistrierten Geflüchteten auf gesundheitliche Versorgung

Unregistrierte Geflüchtete, die sich ohne vorübergehende Aufenthaltsgestattung in Deutschland aufhalten, sind von der medizinischen Regelversorgung weitgehend ausgeschlossen. Sie sind größtenteils auf die Versorgung durch ehrenamtliche Initiativen, wie z. B. Medibüros angewiesen. Nähere Informationen zur Gesundheitsversorgung von Geflüchteten ohne legalen Aufenthaltsstatus finden Sie in der Liste der [weiterführenden Links](#) (→ Informationen zur Gesundheitsversorgung Geflüchteter → Bundesärztekammer).

■ Ansprüche von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen auf gesundheitliche Versorgung

Eine weitere besondere Gruppe stellen unbegleitete minderjährige Flüchtlinge dar. Diese Gruppe umfasst Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr, die ohne Begleitung von Eltern und anderen Sorgeberechtigten nach Deutschland gekommen sind (10). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge werden durch das

zuständige Jugendamt in Obhut genommen. Dadurch unterliegen sie nicht dem Leistungsanspruch des AsylbLG, sondern erhalten Krankenhilfe gemäß SGB VIII. Bisher stellen die Jugendämter als Kostenträger meist Kostenübernahmeerklärungen für die in Obhut genommenen minderjährigen Flüchtlinge aus und erstatten die Rechnungen der Leistungserbringer. Auf Basis § 264 Absatz 2 SGB V sollen im Rahmen der Einführung der eGK für Asylsuchende künftig auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge eine eGK erhalten. Die Abrechnung von Gesundheitsleistungen erfolgt dann über die zuständige Krankenkasse, Kostenträger bleibt nach wie vor das örtliche Jugendamt.

Im Jahr 2015 wurden bis Ende Oktober 649 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge von Jugendämtern in Brandenburg in Obhut genommen (2). Weitere Informationen zur rechtlichen Grundlagen und Verfahren der Gesundheitsversorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen können im Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg im Referat 23 erfragt werden.

Was wissen wir über die Gesundheit von Geflüchteten?

Die dargestellten Informationen beziehen sich auf die zentralen Ergebnisse einer Datenbankrecherche, die im Rahmen des Projektes im zweiten Halbjahr 2015 durchgeführt wurde.

Wie ist der Gesundheitszustand von Geflüchteten?

Über den Gesundheitszustand von Asylsuchenden in Deutschland liegen aktuell nur wenige gesicherte Erkenntnisse vor. Regelmäßig und explizit für die Gruppe der Geflüchteten erhobene und ausgewertete Daten der Gesundheitsberichterstattung stehen noch nicht zur Verfügung (11) (12) (13). Aus vorhandenen deutschen Studien wird jedoch ersichtlich, dass erwachsene Asylsuchende ein Krankheitsspektrum aufweisen, das mit dem der einheimischen Bevölkerung vergleichbar ist. Am häufigsten treten Infektionserkrankungen auf wie Atemwegsinfekte und verschiedene Arten von Magen-Darm-Erkrankungen (14). Das Robert Koch-Institut veröffentlicht seit September 2015 monatliche Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden (15). Bei der Meldung von Infektionskrankheiten wurde im vergangenen Jahr die Erfassung des Status '„asylsuchend“' eingeführt, daher sind seitdem Daten speziell von der Gruppe der Asylsuchenden verfügbar. Zu den für die Gruppe am häufigsten gemeldeten Erkrankungen zählen impfpräventable Krankheiten wie Windpocken, sowie gastrointestinale Erkrankungen (verursacht durch Noro- oder Rotaviren). Damit leiden Asylsuchende grundsätzlich unter denselben Infektionen wie die einheimische Bevölkerung. Allerdings tragen widrige Bedingungen auf der Flucht, ein defizitärer Impfstatus sowie die Unterbringung in Sammelunterkünften zu einer höheren Anfälligkeit für Infektionen bei (16). Laut Robert Koch-Institut zählen außerdem Tuberkulose und Hepatitis B zu den häufigsten gemeldeten Krankheiten bei Asylsuchenden. Dies ist auch darauf zurückzuführen, dass bei den gesetzlichen Erstuntersuchungen spezielle Screening-Maßnahmen mit einem besonderen Fokus auf Infektionskrankheiten durchgeführt werden (15).

Auffällig ist zudem ein hohes Auftreten von psychischen Störungen, beispielsweise Posttraumatische Belastungsstörungen und Depressionen. Die Ergebnisse verschiedener Studien aus Deutschland und anderen europäischen Ländern zur Häufigkeit von psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten variieren allerdings beträchtlich. Während in einigen Studien die Verbreitung von Posttraumatischen Belastungsstörungen und Depressionen unter Asylsuchenden mit ca. 40 Prozent als relativ hoch beziffert wird (17) (18) (19), ist in anderen Publikationen von noch weitaus höheren Anteilen die Rede: Es wird davon ausgegangen, dass 52 Prozent der Asylsuchenden unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung und 61 Prozent unter einer schweren Depression leiden (20). An anderer Stelle wird sogar von 70 Prozent Asylsuchenden mit psychischen Störungen ausgegangen (21). Im Gegensatz dazu gibt es auch Untersuchungen, die zu wesentlich geringeren Zahlen kommen: etwa eine Häufigkeit von neun Prozent für Posttraumatische Belastungsstörungen und von fünf Prozent für schwere Depressionen bei Asylsuchenden (22). Die großen Unterschiede der Studienergebnisse deuten auf methodische Probleme bei der Diagnostik von psychischen Störungen bei Geflüchteten hin sowie große Varianzen in Abhängigkeit der Herkunftsländer der Stichprobe.

Der Gesundheitszustand von Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund ist laut einer Erhebung in einer Münchener Erstaufnahmeeinrichtung ebenfalls von einem häufigen Auftreten von infektiösen Atemwegserkrankungen geprägt. Zudem stellen Lücken im Impfschutz und Zahnkaries häufige körperliche Befunde dar. Die Erhebung kommt zu dem Ergebnis, dass die Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung in der Gruppe der Kinder und Jugendlichen bei ca. zehn bis 20 Prozent liegt (23). Dies wird durch eine weitere Querschnittsstudie bestätigt, die in Baden-Württemberg durchgeführt wurde und bei 19 Prozent der untersuchten Flüchtlingskinder eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert (24).

Welche Faktoren wirken auf den Gesundheitszustand von Geflüchteten ein?

Viele Faktoren, die auf die Gesundheit wirken, werden bereits aus den Herkunftsländern mitgebracht, wie z. B. die Bildung und der sozioökonomische Status (25), oder wirken im Rahmen der Flucht. Ein bedeutender Faktor, der die Gesundheit Asylsuchender nach der Ankunft in Deutschland beeinflusst, ist die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften. Diese Unterbringungsform begünstigt die Übertragung von Infektionskrankheiten und wirkt sich negativ auf das psychische Wohlbefinden der Bewohnerinnen und Bewohner aus (11) (16). Weitere gesundheitliche Risikofaktoren erwachsen für Geflüchtete aus dem Asylverfahren selbst: Die ungewisse Zukunft hinsichtlich der Entscheidung über den Aufenthaltsstatus wirkt sich belastend auf die psychische Gesundheit aus (26) (19). Auch häufige Unterkunftswechsel können eine solche Belastung darstellen, wie insbesondere bei Minderjährigen erkannt wurde (27). Verbunden mit dem Asylverfahren sind zudem eine eingeschränkte Beschäftigungserlaubnis und eine geringe Verfügbarkeit finanzieller Ressourcen. Beide stellen ebenfalls Risikofaktoren für das körperliche und psychische Wohlbefinden von Geflüchteten dar (25) (20).

Blick in die Praxis: Bewährte Ansätze und Zugangshürden

Im Projekt „Zugang zur Gesundheitsversorgung und gesundheitlichen Prävention für Geflüchtete im Rahmen von integrierten kommunalen Strategien für ein gesundes Aufwachsen in Brandenburg“ wurden zur Erhebung des aktuellen Standes der Praxis der ambulanten und stationären medizinischen Versorgung sowie Prävention/Gesundheitsförderung die bestehenden Vorgehensweisen und Zugangshürden in den Blick genommen.

Nachfolgend stellen wir Ihnen relevante Ergebnisse der Fokusgruppendifkussionen, die mit Akteurinnen und Akteuren aus dem kommunalen Gesundheitswesen und der kommunalen Flüchtlingshilfe durchgeführt wurden, vor. Eine Fokusgruppe fand im Landkreis Ostprignitz-Ruppin (OPR), eine weitere im Landkreis Märkisch-Oderland (MOL) statt. Ergänzend dazu wurden leitfadengestützte Interviews mit geflüchteten Menschen und Fachkräften der medizinischen Versorgung durchgeführt. An dieser Stelle sei betont, dass im Hinblick auf den befragten Teilnehmendenkreis keine Repräsentativität gegeben und damit auch keine Übertragung der Ergebnisse auf alle Brandenburger Landkreise und kreisfreien Städte möglich ist. Vielmehr sollen die Ergebnisse Einblicke geben und Anregungen bieten für eine niedrigschwellige und bedarfsorientierte Gestaltung der medizinischen Versorgung von und Prävention/Gesundheitsförderung für geflüchtete Menschen.

Blick in die Praxis der ambulanten Versorgung

Was funktioniert bereits gut?

Die Kooperation mit regionalen Krankenhäusern wird als gut bezeichnet. Diese dienen auch als Anlaufstelle im ambulanten Bereich. In den Kliniken arbeiten auch fremdsprachige Ärztinnen und Ärzte und so können auf kurzem Wege Lösungen für die Sprachmittlung gefunden werden. Viele niedergelassene Ärztinnen und Ärzte sind offen für die Versorgung von Geflüchteten und engagieren sich auch ehrenamtlich und bieten freiwillig Sprechstunden in den Unterkünften an.

Als positiv wird aus Perspektive der Gemeinschaftsunterkünfte sowohl die Kooperation mit dem Gesundheitsamt als auch das Impfen durch das Gesundheitsamt eingeschätzt, wobei die sogenannten „Zahltag“ des Sozialamtes genutzt werden, um Asylsuchende zu erreichen.

„Und dann gibt es dann halt die Möglichkeit, an die PIAs zu verweisen, die sich eben mittlerweile jetzt auch immer zunehmend mehr geöffnet haben, um auch Flüchtlingsgruppen einzubinden.“

Die Zusammenarbeit zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst (SPD) und den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) wird als hilfreich eingeschätzt. Die PIA haben sich bereits auf Patientinnen und Patienten mit Fluchthintergrund eingestellt. Auch die Übernahme von Dolmetscherkosten durch das Sozialamt erfolgt bei der Behandlung von geflüchteten Menschen in einer PIA problemlos. Grundsätzlich gilt die Vernetzung und Kommunikation zwischen den einzelnen Akteuren und Organisationen schon als gut entwickelt, ist aber noch ausbaufähig.

Welche Zugangshürden gibt es? Was könnte noch verbessert werden?

Bürokratische Verfahren – Auslegung der §§ 4,6 AsylbLG

Die für eine ambulante ärztliche Behandlung notwendige Zustimmung des Sozialamtes stellt eine Hürde

„Und es gibt auch diese Kann-Regelung, im Asylbewerberleistungsgesetz im Paragraph 6 der unerlässlichen Leistungen. Manche Landkreise lesen das sehr restriktiv und andere würden eben viel mehr bewilligen. Also da gibt es einfach Unklarheit, die beseitigt werden müsste.“

für Geflüchtete dar, weil damit lange Wege- und Wartezeiten verbunden sind. Die Formulierung der §§ 4,6 des AsylbLG lassen bezüglich des Leistungsumfangs Spielraum für eine individuelle Auslegung seitens der Ärztinnen und Ärzte sowie der Mitarbeitenden des Sozialamtes, was zu allgemeinen Unklarheiten führt.

Versorgungsstruktur im ländlichen Raum

Außerdem wird der Mangel an niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in einigen ländlichen Regionen (z. B. im Bereich Pädiatrie) sowohl für die Allgemeinbevölkerung als auch für die Gruppe der Geflüchteten als hemmender Faktor für eine zeitnahe und bedarfsgerechte ambulante Versorgung benannt.

„Die medizinische Versorgung im Hintergrund: Es müssen Fahrwege geleistet werden, man muss zu den Ämtern kommen. Die sind ja alle zentralisiert – irgendwie dezentral, allerdings. Da muss man erstmal hinkommen. Diese Flächenversorgung ist eine besondere Herausforderung.“

Asylsuchende treffen häufig auf Schwierigkeiten bei der Terminvereinbarung, insbesondere bei Facharztpraxen, und müssen mit langen Wartezeiten rechnen. Darüber hinaus wird im Rahmen der Fokusgruppendifkussionen darauf hingewiesen, dass die neu hinzukommenden Asylsuchenden nicht in die Versorgungsplanung einbezogen sind.

Als Ansatzpunkt zur Verbesserung der ambulanten Versorgung wird die Einrichtung von regionalen runden Tischen mit niedergelassene Ärztinnen und Ärzte genannt, um abzustimmen, in welchen Arztpraxen freie Kapazitäten bzw. spezifische Ressourcen vorhanden sind.

Da in der Versorgung von geflüchteten Menschen Schnittstellen zwischen unterschiedlichen Helfer- und Hilfsystemen bestehen, wird in einem sektoren- und professionsübergreifenden Austausch zudem eine Möglichkeit zur besseren Abstimmung der Gesundheitsversorgung gesehen.

„Wir wissen nicht, wer hat noch Kapazitäten, wer nimmt noch auf? Dass man es sich vielleicht auch aufteilen könnte, die Bereiche, so dass wir die Leute nicht so weit hin und her schicken müssen. Wir versuchen ja auch nur Termine zu kriegen. Wir sitzen im Heim und klingeln alle Ärzte durch, um irgendwo einen Termin zu bekommen. Deswegen wäre so ein runder Tisch, wenn Ärzte bereit sind, doch eine tolle Sache.“

Sprachbarriere – Kulturmittlung

Vor allem im ambulanten Bereich werden Sprachbarrieren als zentrales Problem identifiziert. Einerseits sind kompetente Dolmetscherinnen und Dolmetscher im ländlichen Raum, zumindest kurzfristig, schlecht verfügbar. Andererseits ist die Übernahme der Dolmetscherkosten in vielen Fällen unklar.

Unzureichende Information und Befähigung von Geflüchteten bezüglich des deutschen Gesundheitssystems

Schwierigkeiten im Zugang zum deutschen Gesundheitssystem bestehen für Asylsuchende nach Einschätzung der Gruppe darin, das System und die Abläufe zu verstehen und sich darin selbstständig bewegen zu können. Das bloße Informieren wird im Rahmen der Fokusgruppen als unzureichend wahrgenommen, um Flüchtlingen eine eigenständige Nutzung der medizinischen Versorgung hierzulande zu ermöglichen.

„Es ist immer sehr sinnvoll in Schulen und Unterkünften, Kommunikation zu schaffen und spezielle Ansprechpartner zu haben – die Kümmerer, die sich dieser Problematiken nochmal annehmen. [...] Die Spezialisierung im Landkreis sollte in Angriff genommen werden, dass man da wirklich intensiver in die Thematik reinkommt.“

Um den Zugang zur Gesundheitsversorgung zu erleichtern, wird vorgeschlagen, dass in allen beteiligten Institutionen (z. B. in Schulen, Unterkünften) Ansprechpersonen („Kümmerer“) für Asylsuchende geschaffen werden, die auch die gesundheitlichen Belange im Blick haben. Durch die klare Zuständigkeit kann Verbindlichkeit und Zuverlässigkeit hergestellt werden:

Zudem wird es als hilfreich eingeschätzt, akteurs- und kommunalspezifisches Informationsmaterial, u.a. zu Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartnern, Institutionen und Abläufen, zu erstellen. Durch Fortbildungen für alle Akteurinnen und Akteure, die mit der Gesundheitsversorgung für Geflüchtete direkt oder indirekt befasst sind, und einen gegenseitigen Austausch auf kommunaler Ebene könnte die Versorgung insgesamt verbessert werden.

„Die Selbstständigkeit der Bewohner soll gefördert werden [...]. Deswegen muss schon in der Unterkunft geguckt werden, dass die Menschen sehr viel versuchen, alleine in Angriff zu nehmen mit einer Beratung, aber nicht zwingend mit einer Begleitung, also jetzt bei den Erwachsenen.“

Für Asylsuchende selbst können Orientierungskurse zum Thema Gesundheitsversorgung in Unterkünften angeboten werden, um die notwendigen Informationen bereitzustellen. Dadurch soll auch der selbstständige Umgang von Asylsuchenden mit dem deutschen Gesundheitssystem gefördert werden.

Blick in die Praxis der stationären Versorgung

Was funktioniert bereits gut?

Im stationären Bereich sind die Zuständigkeiten geklärt und die Aufgaben klar verteilt. Die Schnittstellen der stationären Versorgung zu den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten sowie dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sind aufgebaut und die Zusammenarbeit wird im Rahmen der Fokusgruppe als gut bewertet.

„Da müssen klare Strukturen, klare Wege beschrieben werden, zusammen mit den Behörden, auch hausintern. Und wenn jeder weiß, was zu tun ist, angefangen von der Krankenschwester bis zum Assistenzarzt, dann funktioniert das.“

„Die Kostenübernahme ist ja unterschiedlich; bei uns ist es oft so, dass die direkt von der ZABH (Zentrale Aufnahmebehörde) übernommen werden. Das funktioniert gut. Auch teure Therapien werden übernommen, die stationären Therapien werden komplett übernommen.“

Klarheit in den Aufgaben und Zuständigkeiten inner- und außerhalb von Strukturen einer medizinischen Institution werden als Erfolgsfaktoren in der gesundheitlichen Versorgung von geflüchteten Menschen gesehen.

Im stationären Bereich wird die Kostenübernahme für erbrachte Therapien durch verschiedene Kostenträger als problemlos dargestellt.

Welche Zugangshürden gibt es? Was könnte noch verbessert werden?

Sprachbarrieren

Probleme entstehen im stationären Bereich durch die Sprachbarriere, vor allem wenn Akutsituationen es nicht zulassen, einen Dolmetscherdienst anzufordern. Obwohl in bestimmten Fällen ein sofortiges Reagieren erforderlich ist, benötigt die Terminvereinbarung mit einem Dolmetscherdienst und die Kostenklärung mindestens einen Tag Vorlaufzeit.

In der Praxis wird daher teilweise auch auf Familie und Freunde zur Sprachmittlung zurückgegriffen. Da es sich dabei jedoch um Laiendolmetscherinnen und Laiendolmetscher handelt, ergeben sich daraus für das medizinische Fachpersonal juristische Unsicherheiten:

Obwohl in Krankenhäusern viele Ärztinnen und Ärzte angestellt sind und sich darunter meist auch Personen mit Fremdsprachenkenntnissen befinden, fehlt es insgesamt an Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern mit Fremdsprachenkenntnissen, besonders hinsichtlich relevanter Sprachen wie Arabisch.

„[...] aber es fehlt doch immer wieder auch an Dolmetschern, die in Akutsituationen da sind, wenn die Leute in die Rettungsstelle kommen oder wenn die Leute jetzt auf Station liegen und sich dann akut verschlechtern. Da müssen wir dann manchmal Maßnahmen ergreifen, die keinen Aufschub erlauben.“

„Aber die Problemsituationen entstehen in einer Akutsituation. Da helfen wir uns dann manchmal mit Händen und Füßen, mit den Angehörigen. Manchmal sind auch aus dem gleichen Land, also gleichsprachige, andere Asylbewerber da, die irgendeine uns noch bekannt erscheinende Sprache sprechen. Das birgt Risiken, denn das sind dann sozusagen Laiendolmetscher.“

Kulturelle und religiöse Besonderheiten

Als weiterer Stolperstein wird das Vorhandensein von kulturellen Unterschieden gesehen. Die kulturellen Besonderheiten bestehen sowohl auf Seiten der Asylsuchenden (z. B. Ausübung der Religion im Krankenhaus) als auch seitens der Rahmenbedingungen in deutschen Krankenhäusern (z. B. weibliche Personen als Ärzte, Untersuchung von geflüchteten Frauen durch männliche Ärzte).

Asylsuchende, für die aufgrund von Sprachbarrieren oder kulturellen Unterschieden das Krankenhaus eine ungewohnte Umgebung darstellt, bedürfen daher zusätzlicher Aufmerksamkeit durch das Fachpersonal.

„Dann gibt es natürlich kulturelle Unterschiede und Besonderheiten von beiden Seiten. Es ist für jemanden aus unserem Kulturkreis ein bisschen fremd, dann zu sehen, dass zum Beispiel immer gleich die ganze Familie da ist.“

Bürokratische Verfahren

Wenn im Krankenhaus ambulante Leistungen erbracht werden, besteht genauso wie bei den Problemen der ambulanten Versorgung ein hoher bürokratischer Aufwand an der Schnittstelle zum Sozialamt hinsichtlich der Vorlage von Behandlungsscheinen und der Kostenübernahme:

„Dann wäre noch das Thema viel Bürokratie. Das betrifft dann mehr so die Verzahnung zwischen stationär und ambulant, dass, wenn jetzt Leistungen abgefordert werden, sagen wir mal, von der PIA oder von Fachärzten, die aus dem stationären Bereich – Ambulanz- mit leisten sollen, dass da einfach viele Wege zum Sozialamt notwendig sind, wo eine Kostenübernahme abgesichert werden muss. Das hat erheblichen Vereinfachungsbedarf, sagen wir es mal so.“

Unzureichende Information und Befähigung von Geflüchteten im Umgang mit dem deutschen Gesundheitssystem

Eine unzureichende Information und Befähigung von Geflüchteten im Umgang mit dem deutschen Gesundheitssystem erschwert auch den Zugang zur stationären Versorgung (vgl. Zugangshürden der ambulanten Versorgung, S. 12).

Blick in die Praxis der psychosozialen Versorgung

Was funktioniert bereits gut?

Insgesamt besteht eine hohe Sensibilität für die psychosozialen Bedarfe von Asylsuchenden. Gleichzeitig wird kritisch hinterfragt, ob das Thema Trauma zu stark im Vordergrund steht. Bei der großen Zahl an Asylsuchenden ist davon auszugehen, dass auch rein statistisch gesehen ein gewisser Prozentteil unter psychischen Erkrankungen leidet – wie in der Allgemeinbevölkerung auch.

Zwar ist Fachpersonal für psychosoziale Beratung und Therapie in den Landkreisen ansässig – beispielsweise auch auf dem Gebiet Traumatherapie. Jedoch sind solche spezialisierten Versorgungsstrukturen nicht flächendeckend vorhanden.

Wenn im Bereich der Sozialarbeit ein guter Personalschlüssel vorhanden ist, kann diese als erste Anlaufstelle dienen und eine unterstützende Beratung anbieten. Zusätzlich leisten ehrenamtlich Tätige wichtige Unterstützungsarbeit. Auch Fachkräfte wie z. B. (ehemalige) Psychologinnen und Psychologen engagieren

sich in den Unterkünften. Eine Kultur der Offenheit, die in Unterkünften für geflüchtete Menschen praktiziert wird, fördert das ehrenamtliche Engagement. Vor diesem Hintergrund wird dieser Ansatz im Rahmen der Fokusgruppe als Erfolgsfaktor gesehen. Die Zusammenarbeit zwischen dem Sozialpsychiatrischen Dienst und den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten wird als gut bezeichnet, weil feste Abläufe und Zuständigkeiten im Falle einer psychiatrischen Erkrankung abgestimmt wurden. Als hilfreich für diese positiven Entwicklungen wird ein Bewusstsein des leitenden Amtsarztes des Landkreises für die bestehenden besonderen Bedarfe eingeschätzt:

„Also, dass der Amtsarzt und auch die Kollegin vom sozialpsychiatrischen Dienst sich da einfach auch wirklich klar positionieren und da schon auch viel Überzeugungsarbeit leisten müssen und das aber auch tun. Und das ist schon viel wert.“

Die schnelle Integration von Kindern aus Flüchtlingsfamilien in Kitas und Schulen wird als wichtige Chance für eine gesunde und normale Entwicklung wahrgenommen. Auch bei Kindern mit psychosozialen Belastungen gilt eine Eingliederung in die lebensphasenspezifischen Settings Kita und Schule als wichtige Ressource.

„Warum sollen wir das verkomplizieren? Diese traumatisierten Kinder sind gleich – ob sie Asylbewerber sind oder deutsche Kinder sind. Natürlich, sie sind vulnerabel, sie sind verletzlich. Sie haben vieles durchgemacht. Aber die Chancen sind groß, und dieses Thema gehört zu den beiden Punkten: Was läuft gut? Das läuft gut, dass die Integration problemlos erfolgt. Unbürokratisch, großzügig. Das muss man erwähnen!“

Welche Zugangshürden gibt es? Was könnte noch verbessert werden?

Kostenübernahme von Dolmetscherleistungen in der psychosozialen Versorgung

Wie in anderen Bereichen auch, stellt die Kostenübernahme bei Dolmetscherleistungen hinsichtlich der psychosozialen Versorgung ein Problem dar. Es wird von Unklarheiten berichtet, ob die Kosten vom Sozialamt getragen werden:

Hinzu kommt, dass es an Dolmetscherinnen und Dolmetschern mangelt, die für die Begleitung von psychosozialen Versorgungsangeboten qualifiziert sind.

„Also ich weiß nur, dass es Probleme mit der Bezahlung der Dolmetscher gibt. Dass immer wieder diskutiert wird, ob es aus den Leistungen des Sozialamtes zu nehmen ist. Also es ist keine selbstverständliche Leistung, so muss man einfach mal argumentieren.“

Unzureichende Information und Befähigung von Geflüchteten im Umgang mit dem deutschen Gesundheitssystem

„Dann ist aber die andere Geschichte noch, dass Sie an der Stelle, wo Sie eben diese Traumata-Geschichten vermuten als Laie, da sind Sie hilflos. Also das können Sie ja den Eltern nicht vermitteln. Sie können denen zwar sagen: Ist was Auffälliges und so, aber bestimmte Sachen sprechen Sie gar nicht an – da bricht die ganze Familie zusammen.“

Eine unzureichende Information und Befähigung von Geflüchteten im Umgang mit dem deutschen Gesundheitssystem erschwert auch den Zugang zur psychosozialen Versorgung (vgl. Zugangshürden der ambulanten Versorgung, S. 12).

Handlungsunsicherheit im Bildungssystem

Das Erkennen von traumatisierten Kindern/Jugendlichen und der Umgang mit diesem Thema sind bei Akteurinnen und Akteuren in den Lebenswelten Kita und Schule noch von großer Unsicherheit geprägt.

Fehlende Fortbildung/Supervision bei Unterstützerinnen und Unterstützern

Bezüglich der psychosozialen Unterstützung von professionellen Akteurinnen und Akteuren sowie der Ehrenamtlichen in unterschiedlichen Settings und Institutionen sollte eine spezifische Fortbildung und Supervision ermöglicht werden.

„[Ich] finde es unglaublich wichtig, dass ich und meine Kolleginnen Gelegenheit zur Fortbildung kriegen und auch Supervision haben. Das muss flächendeckend mitbedacht werden, bei allem, was wir an bezahlter Arbeit organisieren, und auch für die Ehrenamtlichen muss es Fortbildung geben und die Chance, ihre Arbeit zu reflektieren.“

„Es ist einfach illusorisch, dass man das alles in einem Flächenlandkreis vorhalten könnte, für so eine geringe Fallzahl.“

Fehlende Vernetzung und Angebotsübersicht

Im Hinblick auf dünn besiedelte Regionen in Brandenburg wird die überregionale Organisation von speziellen Therapie- und Unterstützungsangeboten durch entsprechende Kooperation und Vernetzung vorgeschlagen.

„Aber ich denke, wichtig ist vielleicht auch, entsprechend landkreismäßig beziehungsweise dann auch in den Städten eine Struktur zu entwickeln. Also wirklich mit dem Betroffenen: Wen gibt es alles und wer fehlt noch, wer muss noch dazu? Und dieses auch wirklich aufzuschreiben.“

Darüber hinaus wurde im Rahmen der Fokusgruppen ein Bedarf an mehr Übersichtlichkeit über Akteure und Angebote identifiziert. Diesbezüglich können landkreis-spezifische Wegweiser für die psychosoziale Versorgung erarbeitet werden, sowohl für Geflüchtete als auch für professionelle Akteurinnen und Akteure:

Blick in die Praxis der Prävention und Gesundheitsförderung

Angebote und Maßnahmen der Prävention und Gesundheitsförderung können einen wichtigen Beitrag für die Gesundheit geflüchteter Menschen leisten. Angebote für Geflüchtete, die mehr oder weniger explizit auf Prävention und Gesundheitsförderung abzielen, werden von unterschiedlichen Akteurinnen und Akteuren in Brandenburg durchgeführt. Neben dem Öffentlichen Gesundheitsdienst sind hier vor allem Sportvereine sowie lokale Initiativen, Kirchen und Netzwerke zu nennen. Insbesondere bei den Letzteren übernehmen Ehrenamtliche einen Großteil der Aufgaben. Vor dem Hintergrund des Setting-Ansatzes, als eine der zentralen Strategien der sozillagenbezogenen Gesundheitsförderung, setzen auch die kommunalen Kindertagesstätten und Schulen in Brandenburg entsprechende Angebote um.

„Das, was wir wahrnehmen an Integrationsarbeit – im sozialen Raum, wo auch immer –, das passiert zu 90 Prozent durch diese Leute. Durch Initiativen, durch Sportvereine, durch eine gewisse Willkommenskultur in der Nachbarschaft und solche Dinge halt.“

Die Inhalte der Angebote für Geflüchtete hängen stark vom Anbieter ab. Während die Gesundheitsämter u. a. Gesundheitsuntersuchungen, Impfungen und Informationsveranstaltungen durchführen, legt der Landessportbund z. B. mit dem Programm „Integration durch Sport“ einen Schwerpunkt auf die Einbindung von geflüchteten Menschen in die Vereinstätigkeit und auf die Unterstützung von Sportvereinen bei der Integrationsarbeit. Die zahlreichen lokalen Initiativen, Kirchen und Netzwerke in Brandenburg bieten etwa Sprachunterricht, Freizeitangebote, Sachspendenkoordination, Übernahme von Patenschaften, Begleitung bei Behörden- und Arztbesuchen, Festivitäten. Die Bandbreite der Inhalte macht deutlich, dass sich die Leitideen für Prävention und Gesundheitsförderung in vielen Angeboten für geflüchtete Menschen wiederfinden. Hier gilt es noch systematischer auf die Bedarfe der geflüchteten Menschen zu schauen.

Was funktioniert bereits gut?

Angebote der Prävention und Gesundheitsförderung werden im Rahmen der Fokusgruppen als ein wichtiger Beitrag zur Integration von geflüchteten Menschen gesehen.

„Prävention wäre prinzipiell auch, ganzheitlich zu denken. Jedes Praktikum ist eine Prävention für die Eltern, ein Kitabesuch von den Kindern ist eine Prävention, möglichst frühzeitig in die Schule integriert zu sein, auch.“

„Also die Erstuntersuchung haben sie ja grundsätzlich alle schon. Das ist ja eine gute Basis ...“

Als positiv werden die guten Finanzierungsmöglichkeiten von Initiativen der Integrationsarbeit und die gut funktionierende Umsetzung entsprechender Leistungen des Gesundheitsamtes, wie Impfungen und Gesundheitsuntersuchungen in Kitas und Schulen, bewertet. Darüber hinaus wird die medizinische Erstuntersuchung, die im Zuge der Erstaufnahme stattfindet, als gute Basis für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung gesehen.

Welche Zugangshürden gibt es? Was könnte noch verbessert werden?

Unterschiedliche Rahmenbedingungen in den Landkreisen und kreisfreien Städten

Im Rahmen der Fokusgruppen wird das Problem benannt, dass die Möglichkeiten zur Umsetzung von Prävention und Gesundheitsförderung unterschiedlich verteilt sind. Die Finanzierung entsprechender Initiativen ist nicht in allen Landkreisen/kreisfreien Städten gleich. Ebenso haben Kinder von Asylsuchenden ungleiche Möglichkeiten, eine Kita zu besuchen, da sich die verfügbaren Kapazitäten von Ort zu Ort stark unterscheiden.

„Es gibt also Ecken, wo man wahrscheinlich keinen Kitaplatz finden wird.“

Fehlende Identifizierung von Bedarfen bei besonders Schutzbedürftigen in der Erstaufnahmeeinrichtung

Als Idee für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wird ein systematisches Screening bei besonders Schutzbedürftigen in der Erstaufnahmeeinrichtung vorgeschlagen, damit bestehende besondere Bedarfe frühzeitig erkannt werden können.

„Also ich denke, es wäre schön, wenn gleich in der Erstaufnahmeeinrichtung ein Ermittlungsverfahren für besonders Schutzbedürftige und für die Bedarfe von den jeweiligen Leuten stattfindet, und zwar ein systematisches Screening (...), um eben dann frühzeitig auf die Bedarfe reagieren zu können auch.“

Schnittstellenprobleme zwischen Erstaufnahmeeinrichtung und den Landkreisen/kreisfreien Städten

Hinsichtlich des Impfens wird im Rahmen der Fokusgruppen ein Schnittstellenproblem bei der Zuweisung von Asylsuchenden aus der Erstaufnahmeeinrichtung in die Landkreise/kreisfreien Städte benannt, da die Erkenntnisse aus der Erstuntersuchung zum Impfstatus unzureichend weitergeleitet werden.

Fehlende Übersicht über die Angebote

Mit der Ankunft in Deutschland bzw. Brandenburg kommen sehr viele Neuerungen und eine große Informationsflut auf die Asylsuchenden zu, was zu einer Überforderung führen kann und dem Bedürfnis nach Stabilität und einem geschützten Rahmen entgegensteht.

Unterkünfte bzw. deren Mitarbeitende werden als wichtige Multiplikatorinnen und Multiplikatoren von Angeboten der Prävention und Gesundheitsförderung benannt.

Derzeit herrscht jedoch Zeitmangel, um alle Angebote zu kennen und zu nutzen sowie an die geflüchteten Menschen heranzutragen.

„Im Moment kommen die Flüchtlinge und wir versuchen, sie bestmöglich zu betreuen. Und dann stehen halt Angebote erstmal hinten.“

Für den Bereich Prävention und Gesundheitsförderung wird von den Teilnehmenden der Fokusgruppen ein Mittelweg befürwortet, der grundsätzlich Angebote für Asylsuchende bereithält. Hierfür ist die Erstellung einer kommunalen Angebotsübersicht für Bewohnerinnen und Bewohner sowie Mitarbeitenden der Unterkünfte sinnvoll. Darüber hinaus sollte vor allem für Neuankommende ein Überangebot vermieden werden, um die Komplexität der neuen Lebenssituation nicht zusätzlich zu verstärken.

„Und wir sagen immer, was für die Kinder und die Eltern wichtig ist: Ihr müsst jetzt das haben, ihr müsst jetzt einen Spielkreis haben. Aber eigentlich wollen die das gar nicht. Manchmal ist das einfach auch zu viel, dass man wirklich sagt: Lasst uns erstmal ankommen. Die grundlegenden Dinge sind erst mal wichtig. Die sollen sich wohl fühlen, geborgen fühlen. Das finde ich auch erst mal wichtig, als ihnen nur immer noch zu sagen: Das und das und das brauchst du jetzt.“

Ausblick

Mit Blick auf die dargestellten Ergebnisse aus der Praxis lässt sich Folgendes festhalten. Einerseits gibt es viele Ansätze und Vorgehensweisen, die sich hinsichtlich einer niedrigschwelligen und bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung von sowie Prävention/Gesundheitsförderung für geflüchtete Menschen in Brandenburg bewährt und etabliert haben. Andererseits gibt es in allen Bereichen noch Nachbesserungsbedarfe.

Insbesondere im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung für geflüchtete Menschen besteht ein Ausbaupotenzial. Eine entsprechende Notwendigkeit ergibt sich sowohl im Hinblick auf die noch bestehenden Zugangshürden als auch hinsichtlich aktueller Forschungsergebnisse.

Studien zu den Schutz- und Risikofaktoren bei Geflüchteten und Asylsuchenden kommen insgesamt zu einem relativ einheitlichen Bild (28). Religion bzw. Glaube sowie Anbindung an religiöse Gemeinschaften kann als Ersatzfamilie fungieren und damit Sicherheit und Halt geben, wenn keine religiösen Spannungen zur Herkunftsgruppe bestehen. Gefühle von Ohnmacht und Fremdbestimmung können durch eigenes politisches Engagement aufgefangen werden und die Selbstwirksamkeit verbessern. Studien weisen übereinstimmend darauf hin, dass auch einzelne Personen wie beispielsweise Vormünder, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie einheimische Freundinnen und Freunde durch ihr Engagement, ihre soziale Unterstützung und Anteilnahme eine positive protektive Wirkung erzielen (28).

Neben den bekannten resilienzfördernden Faktoren, u.a. Intelligenz, Bildung, positive soziale und emotionale Bindung sowie eine starke innere Kontrollüberzeugung, wirkt sich die zeitnahe Klärung des Aufenthaltsstatus, eine schnelle Integration in Verbindung mit einer beruflichen Perspektive bzw. der Aufnahme einer Beschäftigung fördernd auf das seelische Wohlbefinden aus bzw. einer weiteren Destabilisierung entgegen.

Vor diesem Hintergrund gewinnen Ansätze der kommunalen Gesundheitsförderung an Relevanz. Im gesundheitsförderlichen Diskurs kommen (u. a. die von uns befragten) Expertinnen und Experten zu dem Schluss, keine weiteren Parallelstrukturen aufzubauen, sondern die vorhandenen Strukturen zu stärken und Akteurinnen und Akteure speziell zu den Belangen der Zielgruppe zu schulen.

„Ich würde gar nicht für so sehr viele Sondersysteme für Flüchtlinge oder Migranten plädieren, sondern wir müssen systematisch das, was da ist, ertüchtigen.“

Perspektivisch ist darauf zu achten, dass die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen sowie Familien mit einem Fluchthintergrund in integrierte kommunale Strategien der Gesundheitsförderung (Präventionsketten) einfließen. Ein im kommunalen Partnerprozess „Gesundheit für alle“ postulierter Settingansatz entlang der Lebensphasen bietet die Möglichkeit, alle auf kommunaler Ebene verfügbaren Unterstützungsangebote öffentlicher und privater Träger zu bündeln und sie auf die Bedarfe auch dieser Zielgruppe abzustimmen. Einen Überblick über die Angebotsvielfalt zu erhalten und eine bereichsübergreifende Zusammenarbeit bzw. Vernetzung der kommunalen Akteurinnen und Akteure zu fördern, wird dadurch erleichtert. Nicht zuletzt wird durch die Umsetzung einer integrierten kommunalen Strategie der Gesundheitsförderung die Integration der Bedarfe von Asylsuchenden entlang der bestehenden Systeme/Strukturen unterstützt und über eine niedrigschwellige Vorgehensweise der Zugang zur Zielgruppe verbessert.

Handlungsbedarfe im Bereich der Prävention und Gesundheitsförderung

Im Rahmen der Fokusgruppendifkussionen wurden von den Teilnehmenden Ideen und Ansätze zur Verbesserung des Zugangs zur Prävention und Gesundheitsförderung von Asylsuchenden geäußert. Diese ermöglichen zwar keine repräsentative Aussage zu den tatsächlichen Bedarfen aller Landkreise und kreisfreien Städte, können jedoch einen exemplarischen Einblick und Anhaltspunkte für die zukünftige Entwicklung von integrierten kommunalen Strategien bieten.

Als Handlungsbedarfe wurden identifiziert:

- Wissenschaftliche Daten- und Studienlage zur Gesundheit von Geflüchteten verbessern: explizit für die Gruppe geflüchteter Menschen erhobene und ausgewertete Gesundheitsdaten
- Regionalen Überblick über kommunale Angebote für die Zielgruppe erstellen
- Fortbildungsangebote (insbesondere zum Thema Traumatisierung) und Supervision für den Bereich Bildung, kommunale Akteurinnen und Akteure der Flüchtlingsversorgung, des Gesundheitssystems und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer entwickeln/anbieten
- Rolle des ÖGD stärken/nutzen
- Aufklärung der Asylsuchenden zum Gesundheitssystem
- Systematisches Screening von besonders Schutzbedürftigen durchführen
- Aus- und Weiterbildung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern (Kulturmittlung) fördern
- Ambulante Versorgung im ländlichen Raum steuern (Planung)
- Vernetzung der Akteurinnen/Akteure aus unterschiedlichen Bereichen fördern, Transfer von Beispielen guter Praxis ermöglichen
- Partizipation/Empowerment fördern
- Zielgruppenerreichbarkeit über niedrigschwellige Angebote verbessern
- Vorbehalte und Ressentiments abbauen

Weiterführende Links

Informationen zu Flucht und Asyl

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)

Informationen zum Asylverfahren, zu Aufenthaltstiteln sowie aktuelle Asylstatistiken

→ www.bamf.de/DE/Startseite/startseite-node.html

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb)

Infografiken: Zahlen zu Asyl in Deutschland

→ www.bpb.de/politik/innenpolitik/flucht/218788/zahlen-zu-asyl-in-deutschland

Deutsches Institut für Urbanistik (Difu)

Flüchtlinge und Asylsuchende in Kommunen – Online-Wegweiser für Kommunen

→ www.difu.de/publikationen/2015/fluechtlinge-und-asylsuchende-in-kommunen.html

Heinrich Böll-Stiftung

Dossier: Wie schaffen die das? – Die Flüchtlingspolitik der Länder

→ www.boell.de/de/dossier-fluechtlingspolitik-der-bundeslaender

Robert Bosch-Stiftung und Forschungsbereich des Sachverständigenrates deutscher Stiftungen für Integration und Migration

Expertise: Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland

→ www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/RBS_SVR_Expertise_Lebenssituation_Fluechtlinge.pdf

Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR)

Kurz und bündig: Fakten zur Asylpolitik

→ www.svr-migration.de/publikationen/fakten-zur-asylpolitik

Informationen zur Gesundheitsversorgung Geflüchteter

Bundesärztekammer

Informationsbroschüre: Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis

→ www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK)

Ratgeber für Flüchtlingshelfer: Wie kann ich traumatisierten Flüchtlingen helfen?

→ www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPtK_Infomaterial/Ratgeber-Fl%C3%BChtlingshelfer/20160513_BPtK_RatgeberFluechtlingshelfer_deutsch.pdf

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF)

Broschüre: Flüchtlinge in unserer Praxis – Informationen für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen

→ www.baff-zentren.org/news/neue-publikation-fluechtlinge-in-unserer-praxis

Bundeszahnärztekammer

Informationsblatt: Zahnärztliche Behandlung von Asylbewerbern

→ www.bzaek.de/fuer-zahnaerzte/behandlung-von-asylbewerbern.html

Website kindergesundheit-info.de der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)

Materialangebot für Fachkräfte zur Gesundheit von Flüchtlingskindern

→ www.kindergesundheit-info.de/fuer-fachkraefte/arbeiten-mit-fluechtlingsfamilien

Nationale Akademie der Wissenschaften – Leopoldina

Kurz-Stellungnahme: Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden

→ www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2015_Gesundheit_Asylsuchende_01.pdf

Robert Bosch-Stiftung

Themendossier: Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber

→ www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/RBS_Kommissionsbericht_Fluechtlingspolitik_Gesundheit_ES.pdf

Robert Koch-Institut (RKI)

Informationen zur Gesundheit Asylsuchender (u.a. wöchentliche Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden, Konzept zu Impfungen bei Asylsuchenden):

→ www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Asylsuchende.html

Informationen zu Gesetzen, Daten und Fakten sowie Gesundheitsversorgung und Gesundheitsförderung/Prävention in Brandenburg

Flüchtlingsrat Brandenburg

Wegweiser: Zur Unterstützung von Flüchtlingen und Geduldeten im Land Brandenburg

→ www.fluechtlingsrat-brandenburg.de/tipps-fur-den-fluechtlingsalltag/neuer-wegweiser-zur-unterstuetzung-von-fluechtlingen-und-geduldeten-im-land-brandenburg-erschienen

Landesarbeitsgemeinschaft der Ausländer- und Integrationsbeauftragten im Land Brandenburg

Broschüre: Migrantinnen und Migranten in unserer Kommune – Angebote, Zuständigkeiten und Handlungsempfehlungen

→ www.potsdam.de/broschuere-migrantinnen-und-migranten-unserer-kommune

Landesaufnahmegesetz Brandenburg (LaufnG)

Gesetz über die Aufnahme von Flüchtlingen, spätausgesiedelten und weiteren aus dem Ausland zugewanderten Personen im Land Brandenburg sowie zur Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes vom 15. März 2016

→ bravors.brandenburg.de/gesetze/laufng_2016

Landesregierung Brandenburg

Informationen der Landesregierung zum Thema Asyl in Brandenburg

→ asyl-brandenburg.de

Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg (MASGF)

Informationspapier: Maßnahmen zur Integration von Flüchtlingen und Asylsuchenden des MASGF

→ www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.438822.de

Allgemeine Informationen zur Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen

→ www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.438773.de

Konzept und Handlungsempfehlungen des Gesundheitsministeriums zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen im Land Brandenburg

→ www.masgf.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3310.de/konzept_fluechtlinge.pdf

Landesgruppe Gesundheit und Migration: Überwindung von Sprachbarrieren im Gesundheitssystem

→ www.masgf.brandenburg.de/cms/media.php/lbm1.a.3310.de/ratgeber_sprachmittlung_migr2013.pdf

Elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende in Brandenburg – Fragen und Antworten

→ www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/Elektronische_Gesundheitskarte_Fluechtlinge_Fragen_und_Antworten.pdf

Erlass des MASGF zur Regelung der Untersuchungen nach § 62 des Asylgesetzes außer Flughafenasyilverfahren nach 18a des Asylgesetzes

→ bravors.brandenburg.de/verwaltungsvorschriften/asylverf2016

Ministerium für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg (MBJS)

Informationspapier: Flucht und Asyl – Kinder und Jugendliche, Weiterbildung und Sport im Land Brandenburg

→ www.mbjs.brandenburg.de/sixcms/detail.php/bb1.c.424207.de

Informationen zur Kindertagesbetreuung: Kinder aus asylsuchenden und Flüchtlingsfamilien und ihre Eltern

→ www.mbjs.brandenburg.de/sixcms/detail.php/bb1.c.404901.de

Literaturverzeichnis

1. **[BAMF] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.** Asylgeschäftsstatistik im Dezember 2015. [Online] 2016. [Zitat vom: 19. 02 2016.] www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2016/201610106-asylgeschaeftsstatistik-dezember.html.
2. **[MASGF] Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit Frauen und Familie des Landes Brandenburg.** Bericht zu aktuellen Daten, Fakten und Entwicklungen zu Migration und Integration im Land Brandenburg 2016. [Online] 2016. [Zitat vom: 15.06 2016.] www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/bericht_migration_31052016.pdf.
3. **[MBJS] Ministerium für Bildung, Jugend und Sport.** Flucht und Asyl: Kinder und Jugendliche, Weiterbildung und Sport im Land Brandenburg. Stand 15.03.2016. [Online] 2016. [Zitat vom: 31. 03 2016.] sixcms.brandenburg.de/sixcms/media.php/2527/16031-MBJS_AsyL_Flucht%20Kinder_Jugendliche_.pdf.
4. **[BAMF] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.** Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe April 2016. [Online] 2016. www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-april-2016.pdf.
5. **[BAMF].** Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Verteilung der Asylbewerber. [Online] 2016. [Zitat vom: 19. 02 2016.] www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung-node.html.
6. **[MASGF] Ministerium für Arbeit, Soziales, Frauen und Familie.** Maßnahmen zur Integration von Flüchtlingen und Asylsuchenden des MASGF. Informationspapier, Stand: 22.03.2016. [Online] 2016. [Zitat vom: 31. 03 2016.] www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/Informationspapier_Integrationsma%C3%9Fnahmen_MASGF_Stand_230316_1300.pdf.
7. **[UNHCR] United Nations High Commissioner for Refugees.** Asylsuchende. [Online] o. J. [Zitat vom: 21. 4 2016.] www.unhcr.de/unhcr/in-deutschland.html.
8. **Voigt, C.** Sozialleistungen für Flüchtlinge. Berlin: Der Paritätische Gesamtverband, 2012.
9. **[MASGF] Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie.** Presseinformation Nr. 046/2016: Sozialministerin Golze: Weg für elektronische Gesundheitskarte frei. [Online] 2016. [Zitat vom: 3. 5 2016.] www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/046_16_golze_krankenkassen_eGK.pdf.
10. **[BAMF] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.** Unbegleitete Minderjährige. [Online] o. J. [Zitat vom: 12. 05 2016.] www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Unbegleitete%20Minderj%C3%A4hrige/unbegleitete-minderj%C3%A4hrige-node.html.
11. **Bozorgmehr, K und Razum, O.** 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*. 2015, 10:e0131483.
12. **Leopoldina – Nationale Akademie der Wissenschaften.** Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. Kurzstellungnahme vom 15.10.2015. [Online] 2015. [Zitat vom: 20. 10 2015.] [www.leopoldina.org/nc/de/publikationen/detailansicht/?publication\[publication\]=706&cHash=f35c283de116430ca26e2da3bb59f0ca](http://www.leopoldina.org/nc/de/publikationen/detailansicht/?publication[publication]=706&cHash=f35c283de116430ca26e2da3bb59f0ca).
13. **Robert Koch-Institut.** Gesundheit in Deutschland. Gesundheitsberichterstattung des Bundes.gemeinsam getragen von RKI und Destatis. Berlin: Robert Koch-Institut, 2015.
14. **Jung, F.** Das Bremer Modell – Gesundheitsversorgung Asylsuchender. Bremen: Gesundheitsamt Bremen, 2011.
15. **Robert Koch-Insitut.** Asylsuchende und Gesundheit. Monatlich erscheinende Berichte über meldepflichtige Infektionskrankheiten bei Asylsuchenden in Deutschland. [Online] 2016. [Zitat vom: 22. 06 2016.] www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GesundAZ/Content/A/Asylsuchende/Asylsuchende.html.
16. **Beermann, S et al.** Asylsuchende und Gesundheit in Deutschland. Überblick über epidemiologisch relevante Infektionskrankheiten. *Deutsches Ärzteblatt*. 2015, S. A1717-1720.
17. **Gäbel, U et al.** Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2006, S. 12-20.
18. **Masmas, N D, Møller, E und Bumann, C.** Asylum seekers in Denmark – A study of health status and grade of traumatization of newly arrived asylum seekers. *Torture*. 2008, S. 77-86.
19. **Heeren, M, et al.,** Psychopathology and resident status – comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, and residents. *Comprehensive Psychiatry*. 2014, S. 818-825.
20. **Hocking, D C, Kennedy, G A und Sundram, S.** Mental Disorders in Asylum Seekers. The role of the Refugee Determination Process and Employment. *The Journal of Nervous and Mental Disorders*. 2013, S. 28-32.
21. **Jakobsen, M, Thoresen, S und Johansen, L E.E.** The Validity of Screening for Post-traumatic Stress disorder and Other Mental Health Problems among Asylum Seekers from Different Countries. *Journal of Refugee Studies*. 2011, S. 171-186.
22. **Fazel, M, Wheeler, J und Danesh, J.** Prevalence of serious mental disorder in 700 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet*. 2005, S. 1309-1314.
23. **Mall, V.** Gesundheitsprobleme bei Flüchtlingskindern und Jugendlichen. *Unveröffentlichter Vortrag auf der 67. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin 2.-5. September 2015 in München*, 2015.
24. **Ruf, M, Schauer, M und Elbert, T.** Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*. 2010, S. 151-160.
25. **Porter, M und Haslam, N.** Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons. A Meta-Analysis. *JAMA*. 2005, S. 602-612.
26. **Lindert, J et al.** Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*. 2009, S. 246-257.
27. **Goosen, S, Stronks, K und Kunst, A E.** Frequent relocations between asylum-seeker centres are associated with mental distress in asylum-seeking children: a longitudinal medical record study. *International Journal of Epidemiology*. 2014, S. 94-104.
28. **Johansson, S .** Was wir über Flüchtlinge (nicht) wissen. Der wissenschaftliche Erkenntnisstand zur Lebenssituation von Flüchtlingen in Deutschland. Berlin: Forschungsbereich beim Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR), 2016 .

Impressum

Herausgeber

Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Koordinierungsstelle
Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg
Behlerstraße 3a, Haus H1
14467 Potsdam
www.gesundheitbb.de
www.gesundheitliche-chancengleichheit.de

Satz und Layout

Connye Wolff
www.connye.com

Druck

Kuss GmbH
www.kuss-potsdam.de

Redaktion

Redaktion: Dipl.-Soz. Ute Sadowski (V.i.S.d.P.), Katja Beckmüller, MPH, Carola Pöhlmann, M.Sc.

Stand: Juni 2016

Ansprechperson für Rückfragen:

Wiss. Projektleitung
Ute Sadowski
Tel.: 0331-88762019
E-Mail: sadowski@gesundheitbb.de



Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg wird gefördert durch die Arbeitsgemeinschaft (-Verbände) der Krankenkassen und das Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie des Landes Brandenburg.
Träger: Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.



HANSEATISCHE KRANKENKASSE



Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V.
Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg
Behlertstraße 3a | Haus H1
14467 Potsdam