

Antwort

der Bundesregierung

**auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Luise Amtsberg, Dr. Wolfgang Strengmann-Kuhn, weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN
– Drucksache 18/8499 –**

Verbesserungen der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie

Vorbemerkung der Fragesteller

Menschen, die in Deutschland Schutz vor Krieg und Verfolgung suchen, sind nicht in der üblichen Form krankenversichert. Sie haben in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts nur Anspruch auf Leistungen, wenn eine Krankheit entweder akut oder schmerzhaft ist oder wenn die Behandlung im Einzelfall zur Sicherstellung ihrer Gesundheit unerlässlich ist (§§ 4, 6 Asylbewerberleistungsgesetz – AsylbLG). Besonders eklatant sind die Mängel aus Sicht der Fragesteller in der Versorgung traumatisierter und psychisch kranker Menschen. Nur ein geringer Teil von ihnen erhält aktuell eine angemessene Behandlung, weil Sozialämter eine psychische Erkrankung häufig fälschlicherweise als nicht akut behandlungsbedürftig bewerten und daher in der Regel die Kosten für eine Psychotherapie in den ersten 15 Monaten nicht übernehmen (Standpunkt der Bundespsychotherapeutenkammer, Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen, September 2015). Nach 15 Monaten erhalten Geflüchtete zwar die Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und haben einen Anspruch auf eine Psychotherapie. Die langen Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz erschweren für Geflüchtete, wie für die länger hier Lebenden aber den Zugang zu einer Behandlung. Wenn die Leistungsberechtigten nach Ablauf der 15 Monate Leistungen nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) oder dem SGB XII beziehen können, kann im Rahmen des SGB II zwar psychosoziale Betreuung erbracht werden. Einen Anspruch haben die Betroffenen hierauf jedoch nicht. Zudem verhindern sprachliche Verständigungsschwierigkeiten den Zugang zur Gesundheitsversorgung, da muttersprachliche Angebote kaum existieren und Dolmetschereinsätze von den Krankenkassen gar nicht und den Sozialämtern nur selten bezahlt werden.

Das deutsche Gesundheitssystem ist aus Sicht der Fragesteller bislang nicht ausreichend auf die Versorgung Geflüchteter vorbereitet. Immer wieder berichten Hilfsorganisationen von menschenunwürdigen Situationen und erschütternden Einzelfällen auch in gesundheitlich krisenhaften Situationen und mahnen die Einbeziehung Geflüchteter in das Regelsystem der gesetzlichen Krankenversicherung an (u.a. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren

für Flüchtlinge und Folteropfer, „Aufforderung zur Sicherstellung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung Geflüchteter in Deutschland“, Juni 2015; Stellungnahme des Flüchtlingsrates Berlin vom 22. Oktober 2014 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes, Ausschussdrucksache 18(11)209). Auch die Integrations- und Gesundheitsminister der Länder haben sich im Jahr 2015 mit der Bitte an die Bundesregierung gewandt, die psychotherapeutische Behandlung von Migrantinnen und Migranten sowie Geflüchteten zu ermöglichen und hierfür die Behandlungszentren für traumatisierte Geflüchtete zu finanzieren, mehr muttersprachliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zuzulassen sowie die Sprachmittlung in der psychotherapeutischen Behandlung sicherzustellen (Beschluss der 88. Gesundheitsministerkonferenz am 24./25. Juni 2015, TOP 8.4; Beschluss der 10. Integrationsministerkonferenz am 25./26. März 2015, TOP 7). Ebenso sprechen der Deutsche Ärztetag und der Deutsche Psychotherapeutentag sich schon seit Jahren für eine angemessene medizinische und psychotherapeutische Regelversorgung für Geflüchtete sowie die flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte aus (118. Deutscher Ärztetag, 12.-15. Mai 2015, Beschlussprotokoll, TOP 6; 27. Deutscher Psychotherapeutentag, 14. November 2015, Resolution „Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen, Flüchtlingsfamilien und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen sicherstellen!“). Zuletzt hat die Expertenkommission der Robert Bosch Stiftung GmbH zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik im Februar 2016 ein Gesamtkonzept zur Gesundheitsversorgung von Geflüchteten vorgelegt, das weitreichende Verbesserungen von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung vorsieht.

Die Bunderegierung selber hat in ihrer Antwort auf die Kleine Anfrage „Gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ (Bundestagsdrucksache 18/2184) den Reformbedarf der gesundheitlichen Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie anerkannt und angekündigt noch in dieser Legislaturperiode einen entsprechenden Gesetzentwurf vorzulegen. Die EU-Aufnahmerichtlinie, die für besonders schutzbedürftige Personen (wie Kinder, Schwangere, psychisch kranke oder behinderte Personen) eine angemessene medizinische und psychotherapeutische Versorgung garantiert, hätte im Juli 2015 in nationales Recht umgesetzt werden müssen. Einen entsprechenden Gesetzentwurf zur Änderung der Minimalversorgung nach §§ 4,6 AsylbLG hat die Bundesregierung jedoch bislang nicht vorgelegt. Mit dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz wurde lediglich die Einführung der Gesundheitskarte auf Länderebene erleichtert, die Sicherstellung des Impfangebots klargestellt und eine Ermächtigungsgrundlage für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Ärztinnen und Ärzte zur psychotherapeutischen oder psychiatrischen Behandlung von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern nach § 2 AsylbLG geschaffen, die Folter oder schwere Formen von Gewalt erlitten haben.

Die Fragesteller möchten wissen, welche Informationen der Bundesregierung zur gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten vorliegen, wie die gesetzlichen Änderungen durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz sich in der Praxis ausgewirkt haben und welche weiteren Maßnahmen die Bundesregierung ergreift, um für geflüchtete Personen eine angemessene und menschenrechtskonforme gesundheitliche Versorgung sicherzustellen.

Vorbemerkung der Bundesregierung

Aus Sicht der Bundesregierung gewährleisten das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), aber auch das Zweite Buch Sozialgesetzbuch (SGB II) und das Zwölfte Buch Sozialgesetzbuch (SGB XII) für Asylsuchende und Schutzberechtigte eine angemessene gesundheitliche Versorgung.

Denn aufgrund der Regelung des § 2 Absatz 1 AsylbLG erhalten Asylsuchende spätestens nach 15-monatigem Aufenthalt im Bundesgebiet in der Regel Leistungen auf Sozialhilfeniveau (sog. Analog-Leistungen) und sind leistungrechtlich in ihrer Gesundheitsversorgung den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt. Bei Vorliegen eines entsprechenden Krankheitsbildes besteht dann auch Anspruch auf die Kostenübernahme für eine Psychotherapie. Erst Anfang des Jahres 2015 hat die Bundesregierung die gesetzliche Wartefrist in § 2 Absatz 1 AsylbLG für diesen Anspruch von 48 auf 15 Monate mehr als halbiert. Mit dieser Neuregelung wurde eine erhebliche Verbesserung des Leistungsrechts bei der Versorgung psychisch Kranker erreicht. Schutzberechtigte (z. B. anerkannte Asylbewerber) fallen in den Anwendungsbereich des SGB II oder SGB XII und sind daher entweder selbst krankenversichert oder leistungrechtlich den gesetzlich Krankenversicherten gleichgestellt. Daher haben auch sie Anspruch auf diese Leistungen.

Auch während der ersten 15 Monate ihres Aufenthalts besteht für Schutzsuchende nach dem AsylbLG die Möglichkeit der Kostenübernahme für eine angemessene Krankenversorgung. Für die Behandlung chronischer Erkrankungen, zu denen auch psychische Erkrankungen gehören, gelten insofern jedoch Besonderheiten. Denn grundsätzlich gewährleistet das AsylbLG zu Beginn des Aufenthalts als Regelanspruch nur Gesundheitsleistungen im Rahmen einer Akut- und Schmerzbehandlung (§ 4 Absatz 1 AsylbLG). Chronische Erkrankungen, deren Behandlungen längerfristig angelegt sind und daher regelmäßig nicht in Deutschland abgeschlossen werden können, lösen nach der gesetzlichen Begründung zu § 4 Absatz 1 AsylbLG hingegen regelmäßig keine Leistungspflicht nach dieser Norm aus (vgl. Bundestagsdrucksache 12/4451, S. 9).

Der Anspruch nach § 4 Absatz 1 AsylbLG wird jedoch ergänzt durch die Schutzregelungen für Schwangere (§ 4 Absatz 2 AsylbLG) und durch die Öffnungsklausel nach § 6 Absatz 1 AsylbLG. Nach dieser Vorschrift können „sonstige Leistungen“ insbesondere gewährt werden, wenn dies zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung der besonderen Bedürfnisse von Kindern geboten ist. Das AsylbLG eröffnet damit, um Einzelfällen gerecht zu werden, auch den Zugang zu einer über den Leistungsumfang nach § 4 Absatz 1 AsylbLG hinausgehenden Gesundheitsversorgung. Soweit europarechtlich oder verfassungsrechtlich geboten, vermittelt diese Norm – im Wege der Ermessensreduzierung – auch einen zwingenden Anspruch gerade für besonders vulnerable Gruppen. Denn insbesondere die Richtlinie 2013/33/EU (Aufnahme-RL) vermittelt schutzbedürftigen Personen, zu denen auch Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen gehören oder Menschen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben und die besondere Bedürfnisse haben, einen Anspruch auf die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung. Über diese Vorgaben reduziert sich das behördliche Ermessen in § 6 Absatz 1 AsylbLG für die von der Aufnahme-RL erfassten Fallgruppen aufgrund europarechtskonformer Auslegung seit Ablauf der Umsetzungsfrist auf Null.

Richtig ist, dass im Verlauf des letzten Jahres aufgrund der sehr hohen Anzahl der aufgenommenen Asylsuchenden im Bundesgebiet alle Möglichkeiten ausgeschöpft werden mussten, um entstehende Versorgungsengpässe zu überwinden. Bei der Kritik an der vorübergehend angespannten Versorgungslage darf jedoch nicht aus dem Blick verloren werden, dass mit der Aufnahme von Hunderttausenden von Menschen eine im europäischen und internationalen Vergleich außergewöhnliche humanitäre und logistische Leistung erbracht worden ist. Länder und Kommunen unternehmen bis heute erhebliche Anstrengungen, auch um eine adäquate gesundheitliche Versorgung vor Ort sicher zu stellen. In diesem Prozess mussten zunächst die existenziellen Bedürfnisse der Menschen (Unterkunft, Ernährung, Arbeitsmarktzugang, Versorgung bei akuten Erkrankungen) und die Verkürzung der Dauer der Asylverfahren im Vordergrund stehen. Denn gerade auch mit Blick auf die psychischen Belastungen mancher Asylsuchender ist es zunächst wichtig, deren Grundbedürfnisse zu sichern, um dazu beizutragen, dass die Betroffenen trotz eines schweren persönlichen Schicksals möglichst keine Behandlungsbedürftigkeit entwickeln. Denn Asylsuchende und Schutzberechtigte könnten zwar von einer seelischen Traumatisierung betroffen sein. Allerdings entwickelt nicht jeder, der einem potenziell traumatisierendem Erlebnis ausgesetzt war, auch eine psychische Erkrankung. Eine Diagnose kann unter Umständen schon in einem sehr frühen Stadium nach Ankunft im Rahmen der Erstuntersuchung erfolgen. Die Therapie erfolgt dann bei speziellen Ärzten oder in speziellen Behandlungszentren.

Der Bund begleitet diesen Prozess mit erheblichen Mitteln – mittelbar auch für den Bereich der Gesundheitsleistungen, aber auch mit gezielten Maßnahmen zur Verbesserung der Versorgung psychisch erkrankter Asylsuchender und Schutzberechtigter.

So hat die Bundesregierung durch die Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) im Rahmen des Asylverfahrenbeschleunigungsgesetzes dazu beigetragen, dass die ambulante psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung von besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden und Schutzberechtigten, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, verbessert wird. Hierfür hat sie die Ermächtigungstatbestände in § 31 Ärzte-ZV erweitert. Die Zulassungsausschüsse wurden verpflichtet, Ärzte mit einer für die Behandlung erforderlichen abgeschlossenen Weiterbildung sowie psychosoziale Einrichtungen mit einer fachlich-medizinischen ständigen ärztlichen Leitung auf Antrag zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung des in § 31 Ärzte-ZV genannten Personenkreises zu ermächtigen.

Die Bundesregierung hat auch durch die finanzielle Förderung von Traumazentren sowie die Finanzierung und Durchführung einer Reihe von Projekten und Veranstaltungen reagiert.

Im Rahmen der bisherigen Förderung im „Bundesprogramm für die Beratung und Betreuung ausländischer Flüchtlinge“ wurden von der Bundesregierung über die Wohlfahrtsverbände regelmäßig fünf Folteropferzentren in Höhe von insgesamt ca. 812 000 Euro unterstützt. Durch das hierzu im Haushaltsjahr 2016 aufgelegte Akutprogramm des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) werden zusätzliche Mittel in Höhe von 3 Mio. Euro zur Verfügung gestellt, so dass bis zu 37 weitere Folteropferzentren von einer Förderung profitieren. Auch aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) werden Projekte gefördert, die überwiegend von bzw. in Zusammenarbeit mit Traumazentren geführt werden.

Das Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) fördert das Projekt Interpersonelles Integratives Modellprojekt für Flüchtlinge (IIMPF) an der Psychologischen Hochschule Berlin; ein interkulturelles Kurzzeit-Psychotherapieprogramm für Flüchtlinge mit psychischen Störungen zur Prävention von psychischen Behinderungen sowie zur Unterstützung und Förderung der Integration/Inklusion in die Arbeits- und Sozialwelt.

Mit Mitteln des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG) wurde in den Jahren 2015 und 2016 eine Konferenz zur mentalen Gesundheit, die die Migrantengruppe im Fokus hatte, in Zusammenarbeit mit der Charité veranstaltet. Darüber hinaus wurde ein Workshop unter Beteiligung von Bund, Ländern, Fachgesellschaften und zahlreichen Akteuren durchgeführt, in dessen Mittelpunkt die psychische Gesundheit von geflüchteten Kindern und Jugendlichen stand.

Gesundheitliche Versorgung

1. Welche Landesregierungen haben nach Kenntnis der Bundesregierung wann mit einer oder mehreren Krankenkassen Landesrahmenvereinbarungen zur Übernahme der Gesundheitsversorgung für Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG gegen Kostenerstattung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V geschlossen?

Vereinbarungen nach § 264 Absatz 1 SGB V bestehen in Berlin, Brandenburg, Bremen, Hamburg, Niedersachsen, NRW, Rheinland-Pfalz und Schleswig-Holstein.

2. In welchen weiteren Bundesländern ist nach Kenntnis der Bundesregierung wann der Abschluss einer Landesrahmenvereinbarung zur gesundheitlichen Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG gemäß § 264 Absatz 1 SGB V geplant?

Nach Auskunft des GKV-Spitzenverbands wurden in Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen-Anhalt, Hessen, Baden-Württemberg, Thüringen und dem Saarland Gespräche geführt. Konkrete Abschlusspläne sind der Bundesregierung nicht bekannt.

3. In welchen Bundesländern gelten nach Kenntnis der Bundesregierung die Landesrahmenvereinbarungen nach § 264 Absatz 1 SGB V unmittelbar landesweit, und in welchen Bundesländern bedarf es dafür des Beitritts der Kommune?

In Berlin, Bremen und Hamburg gelten die Vereinbarungen landesweit. In Schleswig-Holstein ist nach Information des GKV-Spitzenverbandes eine flächendeckende Geltung geregelt. Die übrigen Vereinbarungen (Brandenburg, Niedersachsen, Nordrhein-Westfalen und Rheinland-Pfalz) enthalten ein Beitrittsrecht der Kommunen.

4. Wie viele Kommunen sind nach Kenntnis der Bundesregierung einer Landesrahmenvereinbarung gemäß § 264 Absatz 1 SGB V bislang beigetreten (bitte nach Bundesland aufschlüsseln)?

In Nordrhein-Westfalen sind ausweislich einer im Internet einsehbaren Auflistung des Ministeriums für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen (www.mgepa.nrw.de/gesundheitsversorgung/Gesundheitskarte-fuer-Fluechtlinge/index.php) folgende Kommunen beigetreten:

- Alsdorf
- Bocholt
- Bochum
- Bonn
- Dülmen
- Düsseldorf
- Gevelsberg
- Hattingen
- Herdecke
- Köln
- Moers
- Mönchengladbach
- Monheim
- Mülheim an der Ruhr
- Münster
- Oberhausen
- Remscheid
- Sprockhövel
- Wermelskirchen
- Wetter.

Zu Brandenburg, Niedersachsen und Rheinland-Pfalz liegen der Bundesregierung keine Informationen vor.

5. Wie viele Leistungsberechtigte nach dem AsylbLG werden nach Kenntnis der Bundesregierung durch die Krankenkassen gemäß § 264 Absatz 1 SGB V versorgt (bitte nach Bundesland aufschlüsseln und absolute sowie relative Zahlen nennen)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

6. Welche Daten oder sonstige Information liegen der Bundesregierung über die finanziellen Auswirkungen der Übernahme der Versorgung durch die Krankenkassen gemäß § 264 Absatz 1 SGB V vor (bitte nach Bundesland, Behandlungskosten und Verwaltungskosten aufschlüsseln)?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine konkreten Daten vor. Berichte aus der Praxis bestätigen jedoch die Einschätzung des Gesetzgebers, dass die Vereinbarungen nach § 264 Absatz 1 SGB V gegenüber der Ausgabe von Behandlungsscheinen durch die nach dem AsylbLG zuständigen Behörden zu einer erheblichen bürokratischen und finanziellen Entlastung für die Behörden führt.

7. Haben nach Kenntnis der Bundesregierung der Spitzenverband Bund der Krankenkassen (GKV-SV) und die kommunalen Spitzenverbände auf Bundesebene gemäß § 264 Absatz 1 Satz 5 SGB V Rahmenempfehlungen zur Übernahme der Krankenbehandlung vereinbart?
- a) Wenn ja, wie soll nach der Rahmenempfehlung der Leistungskatalog nach dem AsylbLG ausgestaltet werden?
 - b) Wenn ja, welche Regelungen enthält die Rahmenempfehlung bezüglich der Versorgung traumatisierter und psychisch kranker Geflüchteter?
 - c) Wenn ja, sollen nach der Rahmenempfehlung Leistungserbringerinnen und Leistungserbringer die Einhaltung des von der Regelversorgung abweichenden Leistungsumfangs nach dem AsylbLG nachweisen und die Krankenkassen dies kontrollieren müssen?

Wenn ja, wie soll dies in der Praxis umgesetzt werden?

Eine Rahmenempfehlung nach § 264 Absatz 1 Satz 5 SGB V ist im Mai 2016 von den kommunalen Spitzenverbänden und dem GKV-Spitzenverband unterzeichnet worden. Die Rahmenempfehlung ist auf den Internetseiten des GKV-Spitzenverbandes veröffentlicht worden (www.gkv-spitzenverband.de/media/dokumente/presse/presse_themen/asylbewerber/20160527_Bundesrahmenempfehlung_Asylsuchende_264_Abs_1_SGB_V.pdf). Unter „1 Umsetzung der leistungsrechtlichen Regelungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG“ finden sich Regelungen zur Erbringung der Leistungen durch die Krankenkassen. Grundlegend sind die Bestimmungen der §§ 4 und 6 AsylbLG. Festgelegt wird, welche Leistungen die Krankenkassen nicht erbringen und welche im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden. Leistungen gemäß der Psychotherapie-Richtlinie gehören zu den Leistungen, die im Rahmen eines Genehmigungsverfahrens zur Verfügung gestellt werden. Dadurch werden die Regelungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG umgesetzt.

8. Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den Empfehlungen der Expertenkommission der Robert Bosch Stiftung GmbH zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik, die Not- und Akutversorgung für Asylbewerber der gängigen Praxis entsprechend aus präventiven Gründen und damit im Sinne einer langfristigen Kosteneffizienz durch eine bundeseinheitliche Regelversorgung zu ersetzen und zur Ausgestaltung des Leistungskatalogs dieser Regelversorgung eine unabhängige Expertenkommission einzusetzen (Themendossier Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber: Von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung, Februar 2016)?
9. Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den Empfehlungen der Expertenkommission der Robert Bosch Stiftung GmbH zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik, eine Arbeitsgruppe aus Vertreterinnen und Vertretern der Bundesärztekammer, der Kassenärztlichen Vereinigung, der Krankenkassen sowie des Bundesministeriums für Gesundheit und der Landesgesundheitsministerien einzusetzen,
- die in Kooperation mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) eine Strategie entwickelt, wie aktuelle und zukünftige Herausforderungen der gesundheitlichen Versorgung von Asylbewerbern und Flüchtlingen gemeistert werden können,
 - den künftigen Bedarf an interkultureller Qualifizierung im Gesundheitsbereich ermittelt, und

- Konzepte erarbeitet, um die therapeutische Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen in die Aus- und Weiterbildung von Fachkräften aufzunehmen?

Die Fragen 8 und 9 werden gemeinsam beantwortet.

Zu Frage 8 wird auf die Antwort der Bundesregierung auf die Schriftliche Frage 28 der Abgeordneten Birgit Wöllert auf Bundestagsdrucksache 18/7604 verwiesen.

Die Ausführung der Leistungen nach AsylbLG fällt in die alleinige Zuständigkeit der Länder bzw. der von ihnen hiermit beauftragten Stellen (Artikel 83 des Grundgesetzes).

Es fehlt daher an einer Bundeszuständigkeit für die Einrichtung einer entsprechenden Arbeitsgruppe. Die Bundesregierung sieht zurzeit auch keine Veranlassung für die Einsetzung einer unabhängigen Expertenkommission.

10. Warum erklärt die Bundesregierung Asylsuchenden in dem vom Bundesgesundheitsministerium herausgegebenen „Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland“, „Sie werden von einer Ärztin oder einem Arzt untersucht und behandelt, wenn Sie akut erkrankt sind, Sie unter Schmerzen leiden, Sie schwanger sind.“, ohne auf den Anspruch gemäß § 6 AsylbLG auf sonstige Leistungen, die zur Sicherstellung der Gesundheit unerlässlich sind, hinzuweisen, der u. a. die Behandlung chronischer Erkrankungen ermöglicht?
 - a) Wird die Bundesregierung den Ratgeber entsprechend korrigieren und ergänzen, damit Geflüchtete umfassend und richtig über ihre Rechte in Deutschland informiert werden?
 - b) Wenn nein, warum nicht?
 - c) Wie begründet die Bundesregierung, dass in dem Ratgeber psychische Erkrankungen als eine der häufigsten Krankheiten bei Geflüchteten kaum berücksichtigt werden?

Der Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland soll einen ersten bundesweit einheitlichen Überblick über das deutsche Gesundheitswesen sowie die Untersuchung in Aufnahmeeinrichtungen in einfacher Sprache geben. Eine umfassende Rechtsberatung ist nicht Ziel des Ratgebers; dies auch vor dem Hintergrund, dass dieser in verschiedene Sprachen übersetzt wurde.

Der Ratgeber enthält allgemeine Informationen zum Gesundheitswesen und praktische Hinweise zum Schutz vor Krankheiten und Infektionen. Er soll nicht über einzelne spezifische Erkrankungen und Krankheitsbilder aufklären.

Psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung

11. a) Welche neuen Bedarfe und Herausforderungen für das Versorgungssystem ergeben sich nach Einschätzung der Bundesregierung aus der Ankunft einer großen Zahl traumatisierter, aus Krisenregionen geflüchteter Menschen in Deutschland?

Die Ankunft einer großen Zahl von Flüchtlingen aus Krisengebieten stellt eine erhebliche Herausforderung für Staat und Gesellschaft in Deutschland dar. Die Bundesregierung hat mit umfangreichen Gesetzgebungsmaßnahmen und -initiativen – insbesondere mit dem Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz – die Voraussetzungen dafür geschaffen, das Rechtssystem an diese neue Herausforderung anzupassen. Die Bundesregierung hat mit der Änderung der Ärzte-ZV anerkannt, dass die stark gestiegene Zahl an schutzbedürftigen Asylsuchenden und

Flüchtlingen mit einem besonderen psychotherapeutischen und psychiatrischen Behandlungsbedarf eine Stärkung der Versorgungsangebote erfordert, nicht zuletzt auch zur Sicherstellung einer weiterhin bedarfsgerechten allgemeinen vertragsärztlichen Versorgung der Bevölkerung insgesamt. Insofern wird auf die Ausführungen in der Vorbemerkung verwiesen.

Darüber hinaus wurde durch die Einfügung des § 90 in das Asylgesetz im Rahmen des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes ermöglicht, dass Asylsuchende, die über eine abgeschlossene ärztliche Ausbildung verfügen, in die medizinische Erstversorgung von anderen Asylsuchenden in den (zentralen) Aufnahmeeinrichtungen/Unterkünften eingebunden werden dürfen.

- b) Welche speziellen Bedarfe und Herausforderungen ergeben sich aus der Ankunft einer großen Zahl von traumatisierten, aus Krisenregionen geflüchteten Minderjährigen?

Kinder und Jugendliche können nicht nur durch Kriegserlebnisse und Flucht zum Teil schwere seelische Verletzungen erleiden, sondern auch dadurch traumatisiert sein, dass ihre Eltern oder erwachsene Begleiterinnen und Begleiter sie nicht vor diesen Ereignissen schützen konnten. In Bezug auf Kinder und Jugendliche bedarf es eines auf Traumafolgen sensibilisierten pädagogischen Umfelds sowie der Zusammenarbeit pädagogischer und therapeutischer Fachkräfte. Dabei geht es um das rechtzeitige Erkennen besonderer Bedürfnisse, um traumatisierten jungen Geflüchteten den Zugang zu Hilfsmaßnahmen zu ermöglichen, sie angemessen in ihrem Alltagsumfeld zu stärken und zu begleiten. Das BMFSFJ stellt daher im Rahmen des Bundesprogramms „Willkommen bei Freunden“ und des ESF-Bundesprogramms Elternchance II Informations- und Fortbildungsangebote zum Umgang mit Traumata zur Verfügung.

Um Re-Traumatisierungen zu vermeiden, ist ein sicheres Umfeld mit anregenden Bildungsangeboten, wie zum Beispiel die Einrichtung von kinderfreundlichen Räumen in Not- und Gemeinschaftsunterkünften, wichtig. Das BMFSFJ fördert in Kooperation mit UNICEF, der BAGFW, Plan International und Save the Children die Einrichtung von kinderfreundlichen Räumen in Flüchtlingsunterkünften. Mit einem KfW-Programm für Investitionskredite von bis zu 200 Millionen Euro unterstützt das BMFSFJ zudem bauliche Schutzmaßnahmen in Flüchtlingsunterkünften zur ausschließlichen beziehungsweise sicheren Unterbringung von Frauen und Kindern sowie sonstigen besonders schutzbedürftigen Personengruppen. Das Bundeskabinett hat zudem am 25. Mai 2016 die „Meseberger Erklärung“ verabschiedet. Darin wurde unter anderem beschlossen, dass Bund und Länder gemeinsam zeitnah prüfen, inwieweit eine bundesgesetzliche Regelung erforderlich ist, um den Schutz von Frauen und Kindern in Flüchtlingsunterkünften zu gewährleisten.

12. Erkennt die Bundesregierung weiterhin einen Reformbedarf im Bereich der Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG aufgrund der Vorgaben der Aufnahme-Richtlinie zur Gesundheitsversorgung an (vgl. Antwort auf die Kleine Anfrage „Gesundheitliche Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz“ zu Frage 5 auf Bundestagsdrucksache 18/2184), und wird sie, wie in ihrer Antwort angekündigt, im Verlauf dieser Legislaturperiode einen entsprechenden Gesetzentwurf vorlegen?

Wenn ja, wann, und welche gesetzliche Änderungen wird sie vorschlagen?

- a) Welche Maßnahmen hat die Bundesregierung ergriffen bzw. wird sie ergreifen, um die in der EU-Aufnahmerichtlinie garantierte erforderliche medizinische und psychotherapeutische Versorgung und Betreuung insbesondere für traumatisierte und psychisch kranke Menschen sicherzustellen bis das deutsche Gesetz an die Richtlinie angepasst ist?
- b) Wenn nein, welche Umstände haben dazu geführt, dass die Bundesregierung ihre Meinung über den Reformbedarf zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie geändert hat?

Die Bundesregierung hat der Kommission am 11. April 2016 unter Bezugnahme auf die mit Gründen versehene Stellungnahme der Kommission vom 10. Februar 2016 innerhalb der von der Europäischen Kommission gesetzten Frist ausführlich mitgeteilt, wie die Richtlinien 2013/32EU (Asylverfahrens-RL) und 2013/33/EU (Aufnahme-RL) in das Recht der Bundesrepublik Deutschland umgesetzt wurden.

Für das AsylbLG gilt, dass bereits die Öffnungsklausel des § 6 Absatz 1 AsylbLG den zuständigen Leistungsbehörden die Möglichkeit eröffnet, besonderen, auch medizinischen Bedürfnissen schutzbedürftiger Personen – etwa im Hinblick auf eine Versorgung mit psychotherapeutischen Behandlungsleistungen – im Sinne der Aufnahme-RL im Einzelfall Rechnung zu tragen, wenn diese zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung der Bedürfnisse von Kindern geboten sind.

Unbeschadet dessen prüft die Bundesregierung derzeit, ob noch weiterer bundesrechtlicher Regelungsbedarf besteht, etwa im Hinblick auf die einheitliche Umsetzung der Richtlinienvorgaben in den Ländern.

13. Welche Daten und Information lagen der Erklärung der Parlamentarischen Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit zugrunde, es gebe keine Lücken in der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und die Ausnahmetatbestände nach dem Asylbewerberleistungsgesetz seien ausreichend, so dass eine Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie nicht notwendig sei (mündlicher Bericht der Parlamentarischen Staatssekretärin beim Bundesminister für Gesundheit im Ausschuss für Gesundheit des Deutschen Bundestages vom 16. März 2016)?

Auf die Antwort zu Frage 12 sowie die Vorbemerkung der Bundesregierung wird verwiesen.

14. Wie viele Anträge auf Kostenübernahme einer Psychotherapie nach dem AsylbLG wurden nach Kenntnis der Bundesregierung jährlich seit dem Jahr 2013 gestellt (bitte nach Bundesland und Alter der Antragstellerinnen und Antragsteller aufschlüsseln)?

Und wie viele davon wurden genehmigt, und wie viele abgelehnt?

15. Über welche Qualifikationen verfügen nach Kenntnis der Bundesregierung die für die Begutachtung und Gewährung von Psychotherapien nach dem AsylbLG zuständigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Sozialbehörden, und wie lange dauern die Bewilligungsverfahren im Durchschnitt?

Die Fragen 14 und 15 werden gemeinsam beantwortet.

Für den Vollzug des AsylbLG und damit auch die Entscheidung über die Kostenübernahme für eine Psychotherapie nach diesem Gesetz und die Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die das Leistungsrecht vollziehen, sind die Länder zuständig. Erkenntnisse zur Anzahl der Anträge und zur Qualifikation der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter liegen der Bundesregierung daher nicht vor.

Es liegt in der Verantwortung der Länder, eine ordnungsgemäße Leistungsverwaltung sicherzustellen. Hierzu gehört auch, dass im Bedarfsfall interner Sachverständiger (z. B. Amtsarzt beim Gesundheitsamt) oder externer Sachverständiger (z. B. durch behandelnde Ärzte/Psychotherapeuten, ggf. auch externe Gutachter) hinzugezogen wird, um die Notwendigkeit der Behandlung beurteilen zu können. Hierzu wird ergänzend auf die Vorbemerkung der Antwort der Bundesregierung auf Bundestagsdrucksache 18/2184 sowie auf die Antwort der Bundesregierung zu den Fragen 1 und 10 auf Bundestagsdrucksache 18/4758 verwiesen.

16. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über den Bedarf, das Angebot und die Inanspruchnahme von psychosozialer Betreuung nach dem § 16 a SGB II insgesamt und für Geflüchtete?

Träger der Leistungen nach § 16a SGB II sind nach § 6 Absatz 1 Nummer 2 SGB II die kreisfreien Städte und Kreise. Aus der hinsichtlich der kommunalen Eingliederungsleistungen noch im Aufbau befindlichen Statistik der Bundesagentur für Arbeit (BA) lassen sich lediglich die Zugänge in die psychosoziale Betreuung nach § 16a Nummer 3 SGB II ablesen, die die kommunalen Träger der Grundsicherung gemäß § 51b SGB II jeweils an die BA gemeldet haben. Danach waren im Jahr 2015 25 114 und im Jahr 2014 24 119 Zugänge in solche Leistungen zu verzeichnen. In der Statistik werden die Bedarfe, die vor Ort bestehenden Angebote und die Inanspruchnahme nicht erfasst. Auch spezifische Daten hinsichtlich der Inanspruchnahme der Angebote durch Geflüchtete liegen nicht vor.

17. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Häufigkeit der Kostenübernahme psychologischer Betreuung und Therapie nach den §§ 47 und 48 SGB XII für Leistungsberechtigte nach dem SGB II und dem SGB XII insgesamt und für Geflüchtete (bitte jeweils gesondert ausweisen und nach Alter der Leistungsberechtigten aufschlüsseln)?

Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, sind nach § 5 Absatz 1 Nummer 2a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V) versicherungspflichtig in der gesetzlichen Krankenversicherung, es sei denn, dass diese Leistung nur darlehensweise gewährt wird oder nur Leistungen nach § 24 Absatz 3 Satz 1 SGB II bezogen werden. Da der Leistungsumfang der Hilfen zur Gesundheit nach dem SGB XII den Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung entspricht, gibt

es für eine Kostenübernahme nach den §§ 47 und 48 SGB XII für Personen, die Arbeitslosengeld II beziehen, weder eine Begründung noch eine Notwendigkeit. Leistungsberechtigte nach § 23 Absatz 1 Satz 1 SGB XII haben Anspruch auf Hilfe bei Krankheit nach den §§ 47, 48 SGB XII. Der Vollzug dieser Regelung nach dem Fünften Kapitel des SGB XII (§ 23 i. V. m. §§ 47 ff. SGB XII) ist jedoch Sache der Länder. Informationen oder Daten zur Frage der Häufigkeit der Kosten liegen der Bundesregierung deshalb nicht vor.

18. Welche Schlüsse zieht die Bundesregierung aus der Kritik der Bundespsychotherapeutenkammer, behandlungsbedürftige psychische Erkrankungen bei Geflüchteten würden nicht oder zu spät behandelt, weil Anträge auf Kostenübernahme einer Psychotherapie, aufgrund mangelnder Qualifikation der Gutachterinnen und Gutachter bei den Sozialbehörden, häufig zu Unrecht abgelehnt würden und die Bewilligungsverfahren mehrere Monate dauerten (Standpunkt der Bundespsychotherapeutenkammer, Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen, September 2015)?

Auf die Antwort zu Frage 15 wird verwiesen.

19. Liegen der Bundesregierung weiterhin dahingehend Beschwerden vor, dass psychotherapeutische Behandlungen abgebrochen werden müssen, weil durch einen Statuswechsel der Patientin oder des Patienten nicht mehr die Kommune, sondern die gesetzliche Krankenversicherung die Kosten für die Behandlung trägt (Stellungnahme der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V., Konsequenzen aus der AsylbLG-Novelle für die psychotherapeutische Versorgung Geflüchteter, März 2015)?

Wenn ja, was wird die Bundesregierung tun, um Versorgungsbrüche zu verhindern?

Der Bundesregierung liegen keine Beschwerden vor, dass psychotherapeutische Behandlungen durch den Statuswechsel der Patientin oder des Patienten abgebrochen werden mussten.

20. Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus dem konkreten Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundesärztekammer zu den Eckpunkten eines Modellprojekts zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge, den die Heilberufekammern im Nachgang der Integrations- und Gesundheitsministerkonferenzen erarbeitet haben?

Die Bundesregierung begrüßt das Engagement der Bundesärztekammer und der Bundespsychotherapeutenkammer für die Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge. Der Vorschlag zu den Eckpunkten eines solchen Modellprojekts wurde innerhalb der Bundesregierung intensiv diskutiert und auf seine Umsetzbarkeit hin überprüft.

Der begehrten Projektförderung konnte jedoch schon deshalb nicht zugestimmt werden, da die medizinische Versorgung von Flüchtlingen nicht im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) erfolgt. Soweit das Modellprojekt die Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG betrifft, fehlt es bereits an einer Bundeszuständigkeit für die Einrichtung der vorgeschlagenen Projektmodule und ihrer Finanzierung. Zwar ist der Bund federführend zuständig für die bundesgesetzliche Ausgestaltung der Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG. Die Ausführung dieser Leistungen einschließlich der Kostentragung fällt jedoch in die alleinige Zuständigkeit der Länder bzw. die von ihnen hiermit

beauftragten Stellen; diese entscheiden in eigener Verantwortung, wie sie den gesetzlichen Versorgungsauftrag erfüllen (§ 4 Absatz 3 Satz 1 AsylbLG). Mit den vorgeschlagenen Eckpunkten des Modellprojekts – insbesondere der vorgeschlagenen Einrichtung von Koordinierungsstellen (u. a.) für die Genehmigung und Vergütung von Psychotherapien und Sprachmittlern bei Asylsuchenden – würde unmittelbar in die Vollzugsverantwortung der Länder eingegriffen. Für die Einrichtung einer solchen parallelen Leistungsstruktur im AsylbLG kommt dem Bund keine Kompetenz zu.

21. Welche Schlussfolgerungen und Konsequenzen zieht die Bundesregierung aus den Empfehlungen der Expertenkommission der Robert Bosch Stiftung zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik,
- die Betreuungsmöglichkeiten für traumatisierte Geflüchtete zu verbessern, indem die Mittel für Sozialdienste und die Zahl der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in Erstaufnahmeeinrichtungen erhöht werden,
 - interkulturell geschulte Ärzte und Psychotherapeuten traumatisierte Geflüchtete sowohl akut in der Erstaufnahmeeinrichtung als bei Bedarf auch längerfristig zu behandeln sowie
 - die finanzielle Förderung und personelle Ausstattung der entsprechenden Behandlungszentren dem tatsächlichen Bedarf anzupassen?

Die Festlegung der Qualifikation des Personals, des Personalschlüssels und der finanziellen Mittel für die Erstaufnahmeeinrichtungen ist Aufgabe der Länder. Dasselbe gilt für die Qualifikation der dort beschäftigten Ärzte. Daher sind diese Fragen an die Länder zu richten. Im Übrigen sind diese Fragen unter Berücksichtigung der aktuellen Auslastung der Erstaufnahmeeinrichtungen zu beantworten, die aufgrund stark sinkender Flüchtlingszahlen derzeit deutlich zurückgeht.

22. Welche Verfahren und Instrumente hat die Bundesregierung entwickelt, um sicherzustellen, dass traumatisierte und psychisch kranke Geflüchtete nach ihrer Ankunft in Deutschland frühzeitig identifiziert werden, damit sie die Unterstützung und Versorgung erhalten, auf die sie nach der EU-Aufnahmerichtlinie einen Anspruch haben?

Artikel 21 der Aufnahme-RL zählt Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige Formen schwerer psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, zu dem Kreis der schutzbedürftigen Personen. Nach Artikel 22 Absatz 1 Satz 3 der Aufnahme-RL kann die Beurteilung der besonderen Bedürfnisse schutzbedürftiger Personen bei der Aufnahme in die bestehenden einzelstaatlichen Verfahren einbezogen werden. Nach Artikel 22 Absatz 2 muss die in Absatz 1 vorgesehene Beurteilung nicht in Form eines Verwaltungsverfahrens erfolgen. Ein besonderes Screeningverfahren oder Clearingverfahren wird durch die Richtlinie demnach nicht vorgeschrieben. Zuständig für die Durchführung des Aufnahmeverfahrens sind die Länder. Unbeschadet dessen prüft die Bundesregierung derzeit, ob noch weiterer bundesrechtlicher Regelungsbedarf besteht.

23. Welche Ausbildung oder Schulungen zur Identifizierung einer Person mit einer psychischen Störung oder Traumatisierung müssen die im Asylverfahren tätigen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter vorweisen?

Das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge arbeitet nach europaweit einheitlichen und durch die Europäische Unterstützungsagentur (EASO) empfohlenen Maßstäben für die Durchführung von Asylverfahren. Für Entscheider sind als

Qualifizierungsgrundlage grundsätzlich die EASO-Schulungsmodulare „Inclusion (Schutzgewährung)“, „Interview techniques (Gesprächstechniken)“ und „Evidence Assessment (Beweiswürdigung)“ vorgesehen.

Die Absolvierung der Module ist Voraussetzung für die weitere Qualifikation als Sonderbeauftragte/Sonderbeauftragter (siehe Antwort zu Frage 24). Zur Identifizierung einer schutzbedürftigen Personengruppe, hier „Traumatisierung“, werden je eine Basis- und Aufbauschulung angeboten. Zusätzlich erhalten die Entscheiderinnen und Entscheider Schulungsmaßnahmen wie „Glaubhaftigkeitsprüfung im Asylverfahren“, Supervisions-Angebote sowie Angebote zum moderierten Erfahrungsaustausch.

24. Welche Handlungsanweisungen gelten für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter nachdem bei einer Person eine psychische Störung oder Traumatisierung festgestellt wurde, damit ihr Unterstützungsbedarf ermittelt und ihre Erstversorgung gewährleistet wird (z. B. Weiterverweisung an spezialisierte Beratungsstellen, Ärzte oder Psychotherapeutinnen)?

In der Regel werden solche Umstände bereits durch die in die Zuständigkeit der Landesbehörden fallenden Aufnahmeeinrichtungen für Asylsuchende oder durch die Ausländerbehörden festgestellt und entsprechende Maßnahmen von dort eingeleitet. Der Entwurf eines Integrationsgesetzes sieht die Möglichkeit der Übermittlung entsprechender Daten an das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge vor, sofern deren Kenntnis für das Bundesamt zur ordnungsgemäßen Durchführung der Anhörung erforderlich ist. Auf diese Weise wird es dem Bundesamt ermöglicht, sich frühzeitig auf die besonderen Bedürfnisse des angesprochenen Personenkreises einzustellen.

Im Rahmen der Terminierung und Durchführung der persönlichen Anhörung werden psychische Störungen oder Traumatisierungen – soweit sie bekannt sind oder sobald sie bekannt werden – berücksichtigt (u. a. Terminsetzung, Erreichbarkeit der Außenstelle, Beteiligung Anwalt/Betreuer, Dauer der Anhörung/Pausen, Geschlecht von Entscheider/in und Dolmetscher/in).

Wird eine psychische Störung bzw. Traumatisierung im Rahmen der Anhörung zum Asylantrag offensichtlich oder vorgetragen, kann zudem ein/e sog. Sonderbeauftragte/r, der/die spezielle Schulungen erhalten hat (s. Antwort zu Frage 23), hinzugezogen werden, um die weitere Vorgehensweise zu besprechen und zu entscheiden, wer die Anhörung (weiter) durchführt. Sonderbeauftragte fungieren bei Bedarf auch als Kontaktpersonen zu psychosozialen Zentren und anderen Stellen und verweisen betroffene Asylsuchende ggf. entsprechend.

25. Ist die Bundesregierung der Bitte der 10. Integrationsministerkonferenz, „die ergänzend zu den Angeboten der Regelversorgung bestehenden, fachlich hochversierten und dringend benötigten Behandlungszentren für traumatisierte Flüchtlinge (...) durch Mittel der Bundesregierung mit einer Kofinanzierung zu unterstützen“, nachgekommen bzw. wird sie die Behandlungszentren aus Bundesmitteln fördern (Beschluss der 10. Integrationsministerkonferenz am 25./26. März 2015, TOP 7) ?
- a) Wenn ja, in welcher Höhe?
- b) Wenn nein, warum nicht?

Im Rahmen der bisherigen Förderung im „Bundesprogramm für die Beratung und Betreuung ausländischer Flüchtlinge“ werden über die Wohlfahrtsverbände regelmäßig fünf Folteropferzentren in Höhe von insgesamt ca. 812 000 Euro unterstützt. Durch das hierzu im Haushaltsjahr 2016 aufgelegte Akutprogramm können

zusätzliche Mittel in Höhe von 3 Mio. Euro zur Verfügung gestellt werden, so dass bis zu 37 weitere Folteropferzentren von einer Förderung profitieren.

26. Wie viele Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte sowie psychosoziale Einrichtungen haben nach Kenntnis der Bundesregierung einen Antrag auf Ermächtigung zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 AsylbLG, die Folter, Vergewaltigung, oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, gemäß § 31 der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV) gestellt (bitte nach Kassenärztlicher Vereinigung aufschlüsseln und danach, ob der Antrag einen Arzt, Psychologischen Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten oder eine psychosoziale Einrichtung betrifft)?
- a) Wie viele der Anträge wurden genehmigt, abgelehnt bzw. sind noch im Verfahren (bitte nach Kassenärztlicher Vereinigung aufschlüsseln)?

Das BMG hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) bereits im Januar 2016 um Informationen zum Stand der Ermächtigungsanträge, differenziert nach Instituts- und persönlichen Ermächtigungen, sowie um Mitteilung etwaiger Ablehnungsgründe gebeten. Die KBV hat auf der Grundlage einer Umfrage bei den Kassenärztlichen Vereinigungen (KVen) mitgeteilt, dass bisher 54 Anträge auf Ermächtigungen gestellt wurden (Stand: 26. Februar 2016). 50 Anträge galten einer persönlichen Ermächtigung, vier einer Institutsermächtigung. Die Bundespsychotherapeutenkammer teilte dem BMG im März 2016 mit, dass in Berlin 18 Anträge genehmigt worden seien. Weitere aktuelle Informationen liegen der Bundesregierung nicht vor.

Die folgende Übersicht der KBV schlüsselt die Anträge nach Bundesländern und deren KVen sowie dem Status der Anträge (genehmigt, abgelehnt, laufend) auf:

Ermächtigungen nach § 31 Abs. 1 Satz 2 Ärzte-ZV					
Kassenärztliche Vereinigung	Anzahl der Anträge	Anträge			
		Insgesamt	positiv beschieden	negativ beschieden	laufend
Baden-Württemberg	Institutsermächtigung	0	0	0	0
	persönliche Ermächtigung	4	3	0	1
Bayerns	Institutsermächtigung	0	0	0	0
	persönliche Ermächtigung	3	0	0	3
Berlin	Institutsermächtigung	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe
	persönliche Ermächtigung	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe	keine Angabe
Brandenburg	Institutsermächtigung	1	0	0	1
	persönliche Ermächtigung	1	0	0	1
Bremen	Institutsermächtigung	1	0	0	1
	persönliche Ermächtigung	3	0	0	3
Hamburg	Institutsermächtigung	0	0	0	0
	persönliche Ermächtigung	0	0	0	0
Hessen	Institutsermächtigung	0	0	0	0
	persönliche Ermächtigung	5	0	0	5
Mecklenburg-Vorpommern	Institutsermächtigung	0	0	0	0
	persönliche Ermächtigung	1	0	0	1
Niedersachsen	Institutsermächtigung	0	0	0	0
	persönliche Ermächtigung	6	6	0	0
Nordrhein	Institutsermächtigung	0	0	0	0
	persönliche Ermächtigung	5	0	0	5
Rheinland-Pfalz	Institutsermächtigung	0	0	0	0
	persönliche Ermächtigung	9	4	0	5
Saarland	Institutsermächtigung	0	0	0	0
	persönliche Ermächtigung	2	0	0	2
Sachsen	Institutsermächtigung	1	0	0	1
	persönliche Ermächtigung	1	0	0	1
Sachsen-Anhalt	Institutsermächtigung	0	0	0	0
	persönliche Ermächtigung	0	0	0	0
Schleswig-Holstein	Institutsermächtigung	1	0	0	1
	persönliche Ermächtigung	0	0	0	0
Thüringen	Institutsermächtigung	0	0	0	0
	persönliche Ermächtigung	1	0	0	1
Westfalen-Lippe	Institutsermächtigung	0	0	0	0
	persönliche Ermächtigung	9	7	0	2
Gesamt	Institutsermächtigung	4	0	0	4
	persönliche Ermächtigung	50	20	0	30

- b) Aus welchen Gründen wurden die Anträge nach Kenntnis der Bundesregierung bislang abgelehnt?

Die Bundesregierung hat keine Kenntnis über abgelehnte Anträge.

- c) Wie definiert die Bundesregierung die Voraussetzung „Ärzte mit einer für die Behandlung erforderlichen abgeschlossenen Weiterbildung“?

Voraussetzung für die Erteilung einer Ermächtigung nach § 31 Absatz 1 Satz 2 Ärzte-ZV ist eine für die Behandlung erforderliche abgeschlossene geeignete Weiterbildung. Alle Angelegenheiten der ärztlichen Weiterbildung liegen in der Zuständigkeit der Landesärztekammern.

- d) Fordern nach Kenntnis der Bundesregierung die Zulassungsausschüsse über die in der Ärzte-ZV festgelegten Qualifikationen der Ärzte und Psychotherapeuten hinausgehende Qualifikationen und Erfahrungen für den Erhalt einer Ermächtigung?

Der Bundesregierung liegen hierzu keine Informationen vor.

27. Sind nach Ansicht der Bundesregierung die Ermächtigungen nur zu erteilen, wenn die Antragstellerin bzw. der Antragsteller die Geflüchteten bereits in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes behandelt hat?

Wenn ja, mit welcher Begründung?

Der Kreis der ermächtigten Leistungserbringer in § 31 Absatz 1 Satz 2 Ärzte-ZV ist nicht auf Ärzte und psychosoziale Einrichtungen in der Akutversorgung der ersten 15 Monate beschränkt.

28. Welche Folge für eine laufende psychotherapeutische Behandlung bei einer ermächtigten Psychotherapeutin hat der aufenthaltsrechtliche Statuswechsel der Patientin bzw. des Patienten (bspw. die Anerkennung eines Asylbewerbers oder einer Asylbewerberin als Flüchtling), vor dem Hintergrund, dass die Ermächtigung sich lediglich auf Asylbewerberinnen und Asylbewerber bezieht, die laufende Leistungen nach § 2 AsylbLG erhalten?

Der Bundesregierung sind Schwierigkeiten bei laufenden psychotherapeutischen Behandlungen auf der Grundlage des § 31 Absatz 1 Satz 2 Ärzte-ZV bisher nicht bekannt. Die Neuregelung befindet sich derzeit erst in der Umsetzungsphase. Die Bundesregierung wird die Entwicklung weiter beobachten.

29. Warum hat die Bundesregierung die Ermächtigung zur psychotherapeutischen Behandlung auf Geflüchtete mit einem bestimmten aufenthaltsrechtlichen Status beschränkt, die Folter und sonstige schwere Formen von Gewalt erlitten haben, anstatt statusunabhängig alle Geflüchtete mit psychischen Erkrankungen einzubeziehen?

Und beabsichtigt sie die Regelung angesichts der erheblichen Versorgungsdefizite und -brüche entsprechend zu erweitern?

Die Erweiterung der Ermächtigungstatbestände des § 31 Absatz 1 Ärzte-ZV trägt der besonderen Versorgungssituation eines als besonders schutzbedürftig angesehenen Personenkreises beim Übergang von der Akutversorgung innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland zur Krankenbehandlung im Umfang der GKV Rechnung. Ziel der Regelung ist es, sogenannte Versorgungsbrüche zu vermeiden, die entstehen können, wenn in den ersten 15 Monaten eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung der betreffenden Personen durch Therapeuten erfolgt, die über keine Berechtigung zur Erbringung von Leistungen in der GKV verfügen (z. B. Psychotherapeuten in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer). Hier soll gewährleistet werden, dass diese Therapeuten die Behandlung nach Ablauf von 15 Monaten, wenn die Versorgung gemäß § 264 Absatz 2 SGB V in Verbindung mit § 2 AsylbLG von der Krankenkasse übernommen wird, fortsetzen können und begonnene Therapien nicht abgebrochen werden müssen.

Für weitere Erkrankungen und Personenkreise wird die Behandlung durch sonstige zugelassene oder ermächtigte Leistungserbringer sichergestellt. Insoweit wird ein gleiches Versorgungsniveau zu GKV-Versicherten gewährleistet.

30. Welche Daten oder sonstige Information sind der Bundesregierung über die Häufigkeit und Art von psychischen Störungen bei Geflüchteten aus Krisenregionen, Risiko- und Resilienzfaktoren sowie über die Wirksamkeit von Maßnahmen zur Prävention und Intervention bekannt?

Der Bundesregierung liegen keine validen Daten vor. Die Bundesregierung befindet sich mit den medizinischen und psychotherapeutischen Fachkreisen sowie

mit mehreren Universitätskliniken in einem dauerhaft angelegten Diskussionsprozess über die psychische Gesundheit von Flüchtlingen aus Krisengebieten. Die neueren Erkenntnisse der Resilienzforschung ergeben Ansatzpunkte für eine bedarfsgerechte Versorgung, die auch die Selbstheilungskompetenz des psychisch Erkrankten und die Einbeziehung des sozialen Umfelds und von peer-Aspekten umfasst.

31. Erkennt die Bundesregierung weiteren Forschungsbedarf im Hinblick auf den Unterstützungs- und Versorgungsbedarf psychisch belasteter und erkrankter Geflüchteter an, und wird sie entsprechende Studien in Auftrag geben?

Wenn ja, welche konkreten Forschungsvorhaben hat bzw. wird die Bundesregierung vergeben?

Wenn nein, warum nicht?

Das BMG hat im November 2015 an der Charité Universitätsmedizin Berlin eine Tagung zu den Herausforderungen bei psychischen Erkrankungen von Flüchtlingen gefördert.

Darüber hinaus hat die Bundesregierung weiteren Forschungsbedarf zur fach- und zielgruppengerechten Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen bei geflüchteten Menschen erkannt. Das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) bereitet eine entsprechende Förderinitiative vor, die noch in diesem Jahr starten soll.

Speziell zum Thema der psychischen Gesundheit von nach Deutschland geflüchteten Kindern und Jugendlichen hat das BMG im Mai 2016 einen Workshop der Aktion psychisch Kranke e.V. in Kooperation mit relevanten Fachgesellschaften, der Bundespsychotherapeutenkammer, UNICEF und der Deutschen Traumastiftung gefördert. Der Workshop fand unter Beteiligung von Vertretern des Bundes und der Länder und zahlreicher weiterer Akteure statt, um die bestehenden Probleme und Lösungswege in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit psychischen Belastungen zu erörtern.

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge stellen eine in ihrer psychischen Gesundheit besonders sensible Personengruppe dar. Zu den Belastungen durch die Flucht oder im Herkunftsland kommt die psychologisch oft schwierige Trennung von den Eltern hinzu. Die Träger der Jugendhilfe und das Gesundheitsversorgungssystem müssen hier eng zusammenwirken. Das BMG fördert ein Modellprojekt an der Universitätsklinik Münster, in dem es um eine Evaluierung der dortigen psychiatrischen Ambulanz auch für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge geht.

Insgesamt besteht zu diesen Themen ein enger Austausch mit Ländern, Sozialversicherungen, beruflichen Standesorganisationen, Nichtregierungsorganisationen und anderen Vertretern der Zivilgesellschaft. Erkenntnisse aus dort durchgeführten Modellvorhaben werden in die weitere Politikgestaltung einfließen.

Sprachmittlung

32. Welche Daten oder sonstige Information liegen der Bundesregierung über den Bedarf an Sprachmittlung im Rahmen medizinischer und psychotherapeutischer Behandlung von Geflüchteten vor?
33. Bei welchen Sprachen bestehen nach Kenntnis der Bundesregierung Kapazitätsprobleme, und worin begründen sich diese aus Sicht der Bundesregierung?

Die Fragen 32 und 33 werden gemeinsam beantwortet.

Spezifische Daten zum Sprachmittlungsbedarf liegen der Bundesregierung nicht vor. Es ist jedoch naheliegend, dass die in den Hauptherkunftsländern Syrien, Irak und Afghanistan gesprochenen Sprachen bei Sprachmittlungsanforderungen wegen den hohen Flüchtlingszahlen aus diesen Ländern besonders im Vordergrund stehen.

Durch das Einfügen eines neuen § 90 Asylgesetz soll ermöglicht werden, dass Asylsuchende, die über eine abgeschlossene ärztliche Ausbildung verfügen, in die medizinische Erstversorgung von anderen Asylsuchenden in den (zentralen) Aufnahmeeinrichtungen/Unterkünften eingebunden werden dürfen. Hierzu bedarf es einer vorübergehend erteilten Berechtigung zur Ausübung von Heilkunde. Dabei ist der hohe Standard zu wahren, der an die Ausübung des ärztlichen Berufs zu stellen ist. Gleichzeitig ist eine ausreichende medizinische Versorgung von Flüchtlingen sicher zu stellen. Dies kann dazu beitragen, muttersprachliche Verständigung im Rahmen der Diagnostik und Therapie zu ermöglichen.

34. Wie lange dauern nach Kenntnis der Bundesregierung die Bewilligungsverfahren nach dem AsylbLG und SGB XII zur Übernahme von Kosten für Sprachmittlung im Rahmen psychotherapeutischer Behandlung im Durchschnitt?

Der Vollzug der Leistungen nach dem AsylbLG und nach dem Fünften Kapitel des SGB XII (§ 23 i. V. m. §§ 47 ff. SGB XII) ist Aufgabe der Länder (vgl. Antwort zu den Fragen 9 und 17). Zu Fragen der Bearbeitungsdauer liegen der Bundesregierung daher keine Erkenntnisse vor.

35. In wie vielen Fällen können nach Einschätzung der Bundesregierung psychotherapeutische Behandlungen bei Geflüchteten nicht durchgeführt werden, weil die für die Behandlung notwendigen Kosten für Sprachmittlung nicht übernommen werden?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

36. Welche Kenntnisse hat die Bundesregierung über die Kapazitäten zur Sprachmittlung im Rahmen der kommunalen Angebote zur psychosozialen Betreuung nach dem § 16 a SGB II?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor. Im Übrigen wird auf die Antwort zu Frage 16 verwiesen.

37. Erkennt die Bundesregierung an, dass der Zugang zu einer Psychotherapie für traumatisierte und psychisch kranke Geflüchtete, die der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind, nur durch eine qualifizierte Sprachmittlung möglich ist?
- a) Wenn ja, sieht die Bundesregierung Sprachmittlung für Menschen, die der deutschen Sprache nicht ausreichend mächtig sind, als notwendigen Teil der Gesundheitsversorgung und damit als Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung an?
- b) Wenn nein, warum nicht?

Es wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 14 der Kleinen Anfrage „Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen“ auf Bundestagsdrucksache 18/4622 verwiesen.

38. Erkennt die Bundesregierung an, dass es für eine angemessene gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten den Bedarf gibt, Sprachmittler und Sprachmittlerinnen auszubilden, zu finanzieren, deren Vermittlung zu koordinieren, ihre Qualifizierung für die Arbeit mit teilweise stark traumatisierten Menschen sicherzustellen und sie in ihrer Arbeit zu begleiten?

Die Bundesregierung ist der Auffassung, dass die Möglichkeiten der Inanspruchnahme von Sprachmittlung ausreichend sind.

39. Wird die Bundesregierung der Bitte der Gesundheits- und Integrationsminister der Länder nachkommen, gemeinsam mit der Bundespsychotherapeutenkammer und der Bundesärztekammer „ein Modellprojekt an mehreren Standpunkten zu konzipieren, das die Stellung und Finanzierung von Dolmetscherleistungen für die psychotherapeutische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen aus Bundesmitteln erprobt und evaluiert“ (Beschluss der 88. Gesundheitsministerkonferenz am 24./25. Juni 2015, TOP 8.4; Beschluss der 10. Integrationsministerkonferenz am 25./26. März 2015, TOP 7)?
- Wenn nein, warum nicht?

Auf die Antwort zu Frage 20 wird verwiesen.

40. Wird die Bundesregierung der Bitte der Integrations- und Gesundheitsminister der Länder nachkommen, eine gesetzliche Grundlage zu schaffen, damit die für die Behandlung von psychisch erkrankten oder traumatisierten Asylsuchenden und Flüchtlingen notwendige Sprachmittlung sichergestellt und vergütet wird (Beschluss der 10. Integrationsministerkonferenz am 25./26. März 2015, TOP 7; Beschluss der 88. Gesundheitsministerkonferenz am 24./25. Juni 2015, TOP 8.4)?
- Wenn nein, warum nicht?

Für die Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG wird die Finanzierung der Sprachmittlung über § 6 Absatz 1 AsylbLG sichergestellt. Danach können Leistungsberechtigte einen Anspruch auf Dolmetscherkosten haben, wenn die Hinzuziehung im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten ist. Im Übrigen wird auf die Antwort der Bundesregierung zu Frage 14 der Kleinen Anfrage „Psychosoziale Betreuung und Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen“ auf Bundestagsdrucksache 18/4622 verwiesen.

41. Soll die im Referentenentwurf für ein Integrationsgesetz vorgesehene Pflicht der für die Sozialleistung zuständigen Leistungsträger, Aufwendungen für Dolmetscher oder Übersetzer zu tragen, auch im Rahmen medizinischer und therapeutischer Behandlungen Anwendung finden (§ 17 Absatz 2a SGB I-E)?

Wenn nein, warum nicht?

42. Warum sieht der Referentenentwurf eines Integrationsgesetzes lediglich eine „Kostenzuordnung“ für Aufwendungen für Dolmetscher oder Übersetzer bei der Ausführung von Sozialleistungen vor, anstatt wie bei Gehörlosen in § 17 Absatz 2 SGB I einen Individualanspruch auf Dolmetschen und Übersetzen für die Beteiligten zu schaffen?

Und welche Auswirkungen soll die Unterscheidung in der Praxis haben?

- a) Wie begründet die Bundesregierung ihre Position, die bestehenden Rechtsgrundlagen in Bezug auf einen Individualanspruch auf Dolmetschen und Übersetzen seien ausreichend (Begründung zu Artikel 4 des Referentenentwurfes für ein Integrationsgesetz)?
- b) Wieso will die Bundesregierung nach ihrem Entwurf eines Integrationsgesetzes die Kostenübernahme durch die zuständigen Leistungsträger für Dolmetscher und Übersetzer lediglich auf Beteiligte innerhalb der ersten drei Jahre des gewöhnlichen Aufenthalts in Deutschland beschränken?
- c) Wie soll für Personen, die beispielsweise wegen Erkrankungen oder hohem Alter Schwierigkeiten haben die deutsche Sprache zu erlernen, nach drei jährigem Aufenthalt die für eine angemessene Versorgung notwendige Sprachmittlung gewährleistet werden?

Die Fragen 41 und 42 werden gemeinsam beantwortet.

Der Kabinettsbeschluss zum Entwurf des Integrationsgesetzes vom 26. Mai 2016 sieht keine Änderung der bestehenden Regelungen zu Dolmetscher- und Übersetzungskosten vor. Von einer allgemeinen, für alle Sozialgesetzbücher geltenden Regelung zur Kostenzuordnung notwendiger Dolmetscher- und Übersetzungskosten im Ersten bzw. im Zehnten Buch Sozialgesetzbuch wurde Abstand genommen, weil die Thematik in den verschiedenen Zweigen der sozialen Sicherung eine sehr unterschiedliche Relevanz hat.

43. a) Warum empfiehlt die Bundesregierung in ihrem „Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland“ bei fehlenden Deutschkenntnissen, „einen sprachkundigen Menschen ihres Vertrauens mit zu der Ärztin oder dem Arzt zu nehmen“, obwohl das Übersetzen durch ungeschulte Personen zu Fehlbehandlungen führen kann, die Angehörigen überfordert und die Kostenübernahme für qualifiziertes Dolmetschen nach AsylbLG nicht ausgeschlossen ist?

Auf die Antwort zu Frage 10 wird verwiesen. Im Sinne des Verwendens der einfachen Sprache wurde auf eine Aufzählung von einzelnen Möglichkeiten der Sprachmittlung verzichtet. Daher wurde der Überbegriff „sprachkundige Menschen“ benutzt. Dieser Wortlaut schließt qualifiziertes Dolmetschen nicht aus.

- b) Liegen der Bundesregierung Zahlen vor, wie häufig „sprachkundige Menschen“ die eigenen, minderjährigen Kinder sind?

Hierzu liegen der Bundesregierung keine Erkenntnisse vor.

