

Konzept

der Landesregierung

Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und zu Angeboten der psychosozialen Unterstützung von geflüchteten Menschen im Land Brandenburg

(gemäß Beschluss des Landtags vom 6. April 2017 – Drs. 6/6210(ND)-B)

Konzept der Landesregierung zum Landtagsbeschluss LT-Drs. 6/6210(ND)-B

**Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und
zu Angeboten der psychosozialen Unterstützung
von geflüchteten Menschen im Land Brandenburg**

<u>Gliederung:</u>	Seite
Einleitung	3
1. Das Gesundheitswesen	7
1.1 Medizinische Versorgung	7
1.1.1 Elektronische Gesundheitskarte	8
1.1.2 Medizinische Erstuntersuchung	9
1.1.3 Ambulante Versorgung	10
1.1.4 Notfallversorgung	11
1.1.5 Stationäre Versorgung	12
1.1.6 Hebammenversorgung	12
1.2 Psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung	13
1.2.1 Versorgung	14
1.2.2 Psychiatrische Institutsambulanzen	14
1.2.3 Erstaufnahmeeinrichtung	15
1.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst	17
1.3.1 Aufgaben	17
1.3.2 Kinder- und Jugendgesundheitsdienst/Zahnärztliche Dienste	18
1.3.3 Infektionsschutz	18
1.3.4 Sozialpsychiatrischer Dienst	18
2. Psychosoziale Unterstützung durch Beratung, Clearing und Vermittlung	20
2.1 Migrationsspezifische Sozialberatung in der Erstaufnahmeeinrichtung	20
2.2 Migrationssozialarbeit und weitere Fachberatungsdienste	20
2.3 Psychosoziales Zentrum Brandenburg	22
3. Spezifische Bedarfe	23
3.1 Geflüchtete Menschen mit Behinderungen	24
3.2 Frauen und Mädchen	25
3.3 Familien	26
3.4 Geflüchtete Kinder und Jugendliche	28
3.5 Unbegleitete minderjährige Ausländerinnen und Ausländer	31
3.6 Substanzkonsum und Suchtprävention	35
4. Kultursensibilität und Interkulturelle Öffnung	36
4.1 Fachberatungsdienste – Migrationssozialarbeit	36
4.2 Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen	37
5. Umgang mit Sprachbarrieren	38
5.1 Gesetzliche Leistungen	38
5.2 Personalfragen	39
5.3 Psychosoziale Beratung und Sprachbarrieren	39
5.4 Übersicht Sprachmittlung in Brandenburg	41
6. Gesundheitliche Bildung, Prävention und Gesundheitsförderung	42
7. Kommunale Partnerprozesse - vernetztes Handeln und integrierte Strategien	42
8. Resümee	44
Anlage 1: Quellen und weiterführende Materialien	46
Anlage 2: Selbstverständnis der Arbeitsgruppe Gesundheit und Migration	50
Anlage 3: Abkürzungsverzeichnis	53

Einleitung

Anlass des vorliegenden Konzeptes ist der Beschluss des Landtages, LT-Drs.6/6210(ND)-B (44. Sitzung am 6. April 2017):

„Der Landtag stellt fest:

Den rechtlichen Rahmen für die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten bildet das Asylbewerberleistungsgesetz, das den Leistungsanspruch bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt regelt. Zuständig für die medizinische und psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen sind die Bundesländer. Geflüchtete erhalten in Brandenburg eine gute Gesundheitsversorgung.

Mit dem novellierten Landesaufnahmegesetz konnte die medizinische Versorgung der Geflüchteten weiter verbessert werden. Das Land übernimmt alle Kosten für die gesundheitliche Versorgung. Gleichzeitig wurde in enger Zusammenarbeit mit den Krankenkassen, Ärztekammern, Landkreisen und kreisfreien Städten die elektronische Gesundheitskarte eingeführt. Damit wurde der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Geflüchtete vereinfacht.

Das Landesintegrationskonzept -Zuwanderung und Integration als Chance für Brandenburg- von 2014 gibt grundsätzliche Empfehlungen zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Menschen mit Migrationshintergrund einschließlich der Versorgung von psychisch kranken und traumatisierten Flüchtlingen. Grundlage für die Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge sind die Regelungen nach der EU-Aufnahmerichtlinie für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge sowohl in der Erstaufnahme als auch bei der Unterbringung in den Kommunen. Eine Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung kann erreicht werden, wenn sich die vorhandenen Leistungserbringer vernetzen und kooperieren und die Bundesregierung die entsprechenden Rahmenbedingungen schafft.

Die Landesregierung wird aufgefordert, ein neues Konzept mit Perspektiven und Empfehlungen der gesundheitlichen Versorgung einschließlich der psychotherapeutischen/psychiatrischen sowie psychosozialen Beratung und Betreuung von Flüchtlingen und Asylbewerbern zu entwickeln und die Maßnahmen zügig umzusetzen.

Hauptaugenmerk sollte dabei auf dem Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem und zu Angeboten der psychosozialen Unterstützung für Flüchtlinge im Land Brandenburg liegen. Gleichzeitig sollen die spezifischen Bedarfe von besonders Schutzbedürftigen, von Kindern, Jugendlichen, Frauen und Familien berücksichtigt werden.“

Unter Bezug auf die im Jahre 2013 veröffentlichten Handlungsempfehlungen des Gesundheitsministeriums zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Geflüchteten im Land Brandenburg soll ein neues Konzept „Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und zu Angeboten der psychosozialen Unterstützung von geflüchteten Menschen im Land Brandenburg“ erarbeitet werden. Der Landtagsbeschluss erfolgte zu einem Zeitpunkt, als in der Landesregierung bereits ein Dialogprozess zur Ableitung geeigneter Maßnahmen für den verbesserten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und psychosozialen Beratung geführt wurde.

Die Landesregierung verfolgt nach wie vor das Ziel, dass vorhandene Angebote im Land Brandenburg zur Diagnose und Behandlung somatischer und psychischer Erkrankungen (einschließlich Traumatisierungen) von Geflüchteten qualitativ hochwertig sichergestellt werden. Dabei sollen keine neuen medizinischen Strukturen geschaffen, sondern die vorhandenen stärker als bisher unterstützt

und auf die spezielle Zielgruppe ausgerichtet werden.¹ Wie auch sonst im Gesundheitswesen geht es um die Sicherstellung einer bedarfsgerechten Versorgung und die Vermeidung von Unter-, Über- und Fehlversorgung.

Bereits in verfügbaren Konzeptionen wird auf den Zugang zur gesundheitlichen Versorgung von geflüchteten Menschen im Land Brandenburg eingegangen, wie beispielsweise im Informationspapier „Maßnahmen zur Integration von Flüchtlingen und Asylsuchenden“ des MASGF von 2016 sowie in der aktualisierten Fassung des Landesintegrationskonzeptes von 2017. Kernaussagen sind, dass gute und empfehlenswerte Ergebnisse vorliegen, jedoch die Umsetzung weiter verbessert werden muss.

Gleichzeitig wird auf die in 2016 veröffentlichte Handreichung „Zugang zum medizinischen Versorgungssystem und zu Angeboten der Gesundheitsförderung/Prävention für geflüchtete Kinder und Jugendliche in Brandenburg“ verwiesen. Mit dieser Publikation, die im Rahmen des mit Landesmitteln geförderten Projektes bei der Koordinierungsstelle für Gesundheitliche Chancengleichheit/Gesundheit Berlin Brandenburg e.V. ausgearbeitet wurde, wird unter anderem ein Überblick über Gesetze, Zahlen und Daten sowie die Praxis der gesundheitlichen Versorgung in Brandenburg gegeben.²

Das vorliegende Konzept bezieht sich auf die oben genannten Materialien, um unnötige Wiederholungen zu vermeiden. Es soll als Grundlage für weitere Dialogprozesse zwischen den Beteiligten im Land Brandenburg dienen. Das Konzept vertieft das Wissen über Geflüchtete im Gesundheitswesen und stellt Handlungsempfehlungen dar. Für einige Empfehlungen sind bereits Maßnahmen abgeleitet bzw. Projekte initiiert worden. Andere Empfehlungen sind als Vorschläge mit den jeweiligen Beteiligten noch abzustimmen und weiterzuentwickeln. Bei allem gilt stets, die finanziellen Rahmenbedingungen des Landes zu berücksichtigen.

Die landesweite „Arbeitsgruppe Gesundheit und Migration“ (AG GuM) des Landesintegrationsbeirates hat sich hierzu bereits als Entwicklungs- und Steuerungsinstrument bewährt und wird die Umsetzung und weitere Entwicklung des neuen Konzepts begleiten sowie den hierzu erforderlichen Diskussionsprozess mitgestalten. Die AG-Mitglieder haben sich auf ihrer Sitzung im März 2017 auf das in der Anlage beschriebene Selbstverständnis geeinigt (vgl. Anlage 2).

Die Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Arbeitsgruppe haben sich zu folgenden acht Schwerpunktbereichen abgestimmt:

1. Medizinische Versorgung
2. Psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung
3. Psychosoziale Unterstützung durch Beratung
4. Kultursensibilität und Interkulturelle Öffnung
5. Umgang mit Sprachbarrieren
6. Besondere gesundheitliche Bedarfe (z. B. von Kindern und Jugendlichen, Frauen, Familien)
7. Gesundheitliche Bildung, Prävention und Gesundheitsförderung
8. Hilfe für Fachkräfte und Ehrenamtliche

Das vorliegende Konzept befasst sich mit dem Zugang zur gesundheitlichen Versorgung und mit Angeboten der psychosozialen Unterstützung von **Geflüchteten und Asylsuchenden**. Abgesehen von der Landtagsbefassung wird die Arbeitsgruppe die Weiterentwicklung des Konzeptes fortsetzen und die Umsetzung begleiten.

¹ Vgl. Fortschreibungen der Landesintegrationskonzeption seit 2002

² Handreichung „Zugang zum medizinischen Versorgungssystem und zu Angeboten der Gesundheitsförderung/Prävention für geflüchtete Kinder und Jugendliche in Brandenburg“, Koordinierungsstelle für Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheit Berlin Brandenburg e. V., Potsdam 2016

Der Landtag forderte die Landesregierung im April 2017 auf, insbesondere auf folgende Punkte einzugehen:

- Darstellung der bestehenden Strukturen der gesundheitlichen Versorgung, einschließlich der psychosozialen Beratungsangebote,
- Beschreibung der Zuständigkeiten und Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner,
- Information über Infektionskrankheiten und notwendigen Impfschutz,
- Vermittlung interkultureller Kompetenz an Agierende des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der Klinken und des niedergelassenen Bereichs,
- Weiterentwicklung und Verbesserung des dezentralen Angebotes zur Diagnose und Behandlung psychischer Störungen, Erkrankungen und Traumatisierungen,
- Fortbildungsangebote für in der migrationsspezifischen und anderen sozialen Arbeit Tätige in Bezug auf einen angemessenen Umgang mit psychisch erkrankten Erwachsenen und Kindern,
- bessere Vernetzung der Sozialämter, der Gesundheitsdienste und Migrationssozialberatung,
- Erarbeitung einheitlicher Grundsätze und Aufbau eines dezentralen Angebotes von Sprachmittlung,
- Beschreibung neuer Instrumente sowie der Übergänge bzw. Zusammenarbeit der einzelnen Versorgungssäulen,
- Berücksichtigung spezifischer Bedarfe,
- Möglichkeiten zur Selbsthilfeaktivierung,
- Benennung guter Praxis, zum Beispiel Entwicklung von integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien.

Einleitend ist festzuhalten, dass es in Brandenburg wie auch in Deutschland noch an validen Daten fehlt, die verlässliche Auskunft über die gesundheitliche Situation und die Versorgungsbedarfe von Geflüchteten geben könnten.³ Deshalb führt der vorliegende Bericht die Erfahrungen zusammen. Die Informationen im vorliegenden Bericht beziehen sich, wenn nicht anders angegeben, auf den Stand vom September 2017. Angaben insbesondere über Zuzüge, Altersgruppen, Geschlecht und Herkunftsländer von Geflüchteten und Asylsuchenden können auf der Internetseite des MASGF unter www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.453250.de abgerufen werden.⁴

Die Aufnahme und der Schutz von Geflüchteten sind seit einigen Jahren eine besondere gesamtgesellschaftliche Aufgabe und Herausforderung. Um darauf angemessen reagieren zu können, wurden in Brandenburg auf vielen Ebenen Maßnahmen getroffen, die dazu dienten, geflüchteten Menschen Schutz und Zuflucht zu gewähren. Die Hilfsangebote reichen von der Bereitstellung zusätzlichen Personals und weiterer Unterkunftsmöglichkeiten bis hin zur Einführung einer elektronischen Gesundheitskarte.

Gesundheit ist unabhängig von individuellen Lebensumständen ein Menschenrecht. Ein Teil der ankommenden Geflüchteten wird voraussichtlich längerfristig in Brandenburg leben. Sie sind aufgrund migrationsspezifischer Besonderheiten ihrer Biografien häufig erhöhten Krankheitsrisiken ausgesetzt, hinzu können Belastungen durch Ausgrenzungserfahrungen kommen.

³ Wahrscheinlich ist, dass das Robert-Koch-Institut „für Asylsuchende und Flüchtlinge, die länger in Deutschland bleiben, die Erweiterung des Gesundheitssurvey anstrebt“. Vgl. Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al. (2017): Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring* 2 (1): 24-47 DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-005

⁴ Daten und Grafiken: Menschen mit Migrationshintergrund, ausländischen Bevölkerungen/Flüchtlingen/Asylsuchenden, MASGF August 2017: www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.453250.de

Geflüchtete Menschen sind keine homogene Gruppe. Dementsprechend sind die Bedarfe und Inanspruchnahmen von Gesundheitsangeboten unterschiedlich. Faktoren wie das Bildungsniveau, die Aufenthaltsdauer, die Generationenzugehörigkeit, das Geschlecht, Sprachkenntnisse und nicht zuletzt die Arbeits- und Lebensbedingungen haben Auswirkungen auf die Gesundheit und die Inanspruchnahme der Angebote des Gesundheitssystems.

Hinzu kommen gesellschaftlich und kulturell geprägte Einflüsse wie unterschiedliche Vorstellungen von Gesundheit, Krankheit, unterschiedliche Gesundheitskompetenzen und Wissen über Körper und Krankheit sowie ein unterschiedlicher Umgang mit Scham, Schmerz, Medikation oder der Patientenrolle. Wenn solche Unterschiede nicht erkannt und berücksichtigt werden, kann es zu unnötigen Untersuchungen, mangelnder Aufklärung, Fehldiagnosen, Vermeidung bzw. unzureichender Behandlung, Folgekrankheiten und vermeidbarem Leid kommen.

Die Einrichtungen des Gesundheitssystems müssen sich auf die wachsende Vielfalt von Patientinnen und Patienten einstellen. Der Abbau von strukturellen und bürokratischen Zugangsbarrieren, aber ebenso von kulturellen und sprachlichen Barrieren ist Teil der Herausforderungen, die mit der Sicherung einer hohen Versorgungsqualität, auch für andere Patientengruppen, verbunden sind.

1. Das Gesundheitswesen

Das deutsche Gesundheitssystem ist dezentral organisiert, selbstverwaltet und wird von vielen Agierenden getragen.⁵ Es lässt sich im Überblick in folgenden Versorgungsbereichen beschreiben:

- die stationäre medizinische Versorgung in Krankenhäusern
- die ambulante medizinische Versorgung durch Vertragsärztinnen und Vertragsärzte bzw. Vertragspsychotherapeutinnen und –therapeuten, Vertragszahnärztinnen und –zahnärzten sowie Fachkräften aus nicht-ärztlichen Heilberufen,
- den Einrichtungen und Diensten der medizinischen Rehabilitation
- dem Öffentlichen Gesundheitsdienst mit seinen Pflichten zum Schutz der Bevölkerung vor Gesundheitsgefahren.

Im Folgenden wird der Zugang zu den Versorgungsbereichen des Gesundheitswesens (man kann sie auch als Regeldienste bezeichnen) speziell von Personen im Asylverfahren und Geflüchteten im Land Brandenburg dargestellt. Die Beschreibungen beziehen sich auf die medizinische Erstuntersuchung sowie die ambulante und stationäre Versorgung. Beschrieben wird die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete in Brandenburg.

In den Praxisberichten wird häufig die geringe Arztdichte im Land Brandenburg betont. Die Bundesärztekammer stellt die Entwicklung der Arztzahlen nach ärztlichen Tätigkeitsbereichen zur Verfügung. Mit Stand 2016 gibt es in Deutschland insgesamt 358.607 berufstätige Ärzte, wobei pro Ärztin und Arzt 217 Einwohner versorgt werden. In Brandenburg haben wir 2016 ein Verhältnis von einer Ärztin oder einem Arzt zu 256 Einwohnern.⁶ Das ist bundesweit die geringste Arztdichte pro Einwohner in Deutschland. Dem entsprechen auch die Verhältniszahlen bei der Anzahl der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu den zu versorgenden Einwohnern. Die Situation wird aktuell auf der Landesebene mit den Partnern im selbstverwalteten Gesundheitswesen diskutiert. Es zeigt sich Handlungsbedarf auf der Bundesebene, insb. mit Blick auf eine Änderung der Bedarfsplanungsrichtlinie.

1.1 Medizinische Versorgung

Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben Anspruch auf Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt (§ 4 AsylbLG) und damit das Recht auf medizinische Versorgung. Allerdings gewährt das AsylbLG Leistungen nur zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie Schutzimpfungen und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen. Nach § 6 AsylbLG können ergänzend dazu im Rahmen einer Ermessensentscheidung sonstige gesundheitssichernde Leistungen gewährt werden. Die gesetzliche Leistungseinschränkung ist nach der derzeit geltenden Regelung gemäß § 2 AsylbLG auf 15 Monate befristet.

Nach Ablauf dieser Frist besteht ein Anspruch auf Leistungen im Umfang der gesetzlich Krankenversicherten. Die Gesundheitsversorgung dieser Geflüchteten wird aufgrund bundesgesetzlicher Vorgaben automatisch auf die gesetzlichen Krankenkassen übertragen (vgl. § 264 Abs. 2 Fünftes Buch Sozialgesetzbuch – SGB V). Hierzu besteht seit mehr als zehn Jahren eine bewährte Rahmenvereinbarung zwischen den Kommunalen Spitzenverbänden Brandenburgs und den Krankenkassen.

⁵ Nähere Informationen zur Beschreibung des deutschen Gesundheitswesens sind u. a. auf der Website „Gesundheitsinformationen“ des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG) zu finden: www.gesundheitsinformation.de/gesundheitsversorgung-in-deutschland.2698.de.html

⁶ Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2016, www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/

1.1.1 Elektronische Gesundheitskarte

Leistungsberechtigte, die sich noch nicht 15 Monate in Deutschland aufhalten, mussten bislang vor einer ärztlichen Behandlung zunächst einen sogenannten Behandlungsschein beim örtlich zuständigen Sozialamt beantragen. Im Land Brandenburg sind 2016 die Voraussetzungen für die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) in den Kommunen geschaffen worden. Grundlage dafür ist die Rahmenvereinbarung nach § 264 Abs. 1 SGB V. Die teilnehmenden Krankenkassen haben sich bereit erklärt, Gesundheitsleistungen auch für einen Personenkreis zu managen und abzurechnen, der nicht zu den gesetzlich Versicherten gehört.

Durch diese Rahmenvereinbarung stellt das Land sicher, dass die medizinische Versorgung für Geflüchtete landesweit zu einheitlichen Bedingungen erfolgen kann. Damit die Gesundheitskarte für Geflüchtete in den einzelnen Landkreisen und kreisfreien Städten eingeführt werden kann, müssen diese ihren Beitritt zu der Rahmenvereinbarung erklären. Das hat die Mehrzahl der Brandenburger Kommunen bereits getan. Mit Stand Oktober 2017 versorgen 15 der 18 Kommunen im Land die ihnen zugewiesenen Leistungsberechtigten nach AsylbLG mit einer eGK. Eine weitere Kommune hat ihren Beitritt zum 1. Januar 2018 erklärt. Lediglich in den Landkreisen Märkisch-Oderland und Ostprignitz-Ruppin wird bislang auch weiterhin das Verfahren der Ausgabe von Berechtigungsscheinen und eigenen Abrechnungen praktiziert.

Ziel der Landesregierung ist es weiterhin, dass alle Brandenburger Kommunen die elektronische Gesundheitskarte für Geflüchtete einführen. Das Land übernimmt mit der Novellierung des Landesaufnahmegesetzes zum 1. April 2016 alle Kosten für Leistungsberechtigte nach AsylbLG.⁷ Dafür wurde für die Kostenerstattung an die Landkreise und kreisfreien Städte für die Aufgabenwahrnehmung für Leistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG eine Spitzabrechnung eingeführt, mit der sichergestellt wird, dass die Kommunen keine Kostenrisiken bei der medizinischen Versorgung von Geflüchteten tragen.

Mit der Ausgabe einer eGK wird die Organisation der medizinischen Versorgung von Geflüchteten einfacher. Der Umweg, zunächst im Sozialamt einen Berechtigungsschein beantragen zu müssen, stellt nicht nur die Kommunen vor große administrative Herausforderungen, er führt auch zu zeitlichen Verzögerungen, die je nach Krankheitsfall schwerwiegende gesundheitliche Folgen haben können. Mit der eGK entfällt dieser Umweg. Kommunen müssen künftig nur noch im Einzelfall Ermessensentscheidungen über die Gewährung von Leistungen treffen (vergleichbar mit genehmigungspflichtigen Leistungen bei gesetzlich Krankenversicherten).

Geflüchtete können mit der eGK im Krankheitsfall direkt in die Arztpraxis gehen. Die Ärztin oder der Arzt entscheidet über Notwendigkeit und Umfang der medizinischen Versorgung. Die Ärzteschaft weiß auch, welche Leistungen den Asylsuchenden nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zustehen. Asylsuchende erhalten auch mit der elektronischen Gesundheitskarte nicht alle Leistungen, die gesetzlich Krankenversicherte erhalten. Den Leistungsumfang regelt das Asylbewerberleistungsgesetz. Dazu zählen unter anderem Behandlungen akuter Erkrankungen und Schmerzzustände einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie empfohlene Schutzimpfungen. Werdende Mütter und Wöchnerinnen erhalten ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung. Auf Zahnersatz besteht nur Anspruch, wenn dieser aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist, wenn also bei Nichtbehandlung Folgeschäden drohen. Die Einführung der eGK ist für den benannten Personenkreis ein wichtiger Beitrag zu einem verbesserten, weil direkten und diskriminierungsfreien Zugang zur medizinischen

⁷ Gesetz über die Aufnahme von Flüchtlingen, spätausgesiedelten und weiteren aus dem Ausland zugewanderten Personen im Land Brandenburg sowie zur Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes (Landesaufnahmegesetz – LAufnG) vom 15. März 2016; GVBl.I/16, [Nr. 11]

Versorgung. Die Kosten der medizinischen Versorgung von Geflüchteten werden vollständig durch das Land getragen. Die Einführung der eGK für Geflüchtete entlastet Ärzte, Kommunen und die Betroffenen.

1.1.2 Medizinische Erstuntersuchungen

In Deutschland sind grundsätzlich alle Ausländerinnen und Ausländer, die in einer Aufnahmeeinrichtung oder Gemeinschaftsunterkunft zu wohnen haben, verpflichtet, eine ärztliche Untersuchung auf übertragbare Krankheiten einschließlich einer Röntgenaufnahme der Atmungsorgane vornehmen zu lassen. Gesetzliche Grundlage für diese Untersuchung sind § 62 Asylgesetz in Verbindung mit § 36 Infektionsschutzgesetz.

Das Land Brandenburg hat die Erstuntersuchung sicherzustellen. Die Kosten der Untersuchungen werden vollständig vom Land getragen. Die Organisation der Erstuntersuchung erfolgt in Zuständigkeit des MASGF. Da das Land keine eigenen Ärztinnen bzw. Ärzte und Medizintechnik hat, bedient es sich Dritter. Das MASGF bestimmt die Ärztin/den Arzt, die/der die Erstuntersuchungen bei Asylsuchenden durchführt und hat die jeweils in unmittelbarer Nähe der Standorte der Zentralen Ausländerbehörde (ZABH) befindlichen Krankenhäuser und Kliniken mit der Durchführung dieser Untersuchungen beauftragt.

In der ZABH wird diese Erstuntersuchung durch Ärztinnen und Ärzte der Städtischen Krankenhauses Eisenhüttenstadt GmbH sichergestellt, die seit Ende Januar 2016 einen Untersuchungs- und Röntgencontainer auf dem Gelände der ZABH nutzen können. Aufgrund der hohen Zahl der Asylsuchenden hat das MASGF seit Mitte September 2015 auch Erstuntersuchungen an den Außenstellen der ZABH organisiert. Diese erfolgen bei Bedarf durch 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. Zusätzliche Röntgencontainer wurden für die Außenstellen der ZABH in Doberlug-Kirchhain und Wünsdorf beschafft.

Geflüchtete, die in der ZABH des Landes Brandenburg ankommen, werden innerhalb der ersten drei Tage gezielt auf Tuberkulose (TBC) untersucht. Diese Untersuchung findet statt, bevor die Geflüchteten zur Unterbringung in die Kommunen verteilt werden.

Die medizinische Erstuntersuchung von Asylsuchenden und Geflüchteten ist umfassend: Dazu gehören die Erhebung der Anamnese (z. B. Befragung zu bisherigen Erkrankungen, zur Einnahme von Medikamenten) und der Impfanamnese, eine körperliche Untersuchung sowie – abhängig vom Alter – Untersuchungen zum Ausschluss einer ansteckungsfähigen Lungentuberkulose. Die Untersuchungen erfolgen bei Personen ab vollendetem 15. Lebensjahr durch eine Röntgenuntersuchung der Lunge (außer bei Schwangeren), bei Kindern/Jugendlichen zwischen dem sechsten und dem 15. Lebensjahr durch eine Laboruntersuchung des Blutes (sogenannter Quantiferon-Test) und bei jüngeren Kindern mittels eines Tuberkulin-Haut-Tests.

Bei Frauen im gebärfähigen Alter wird nach dem Ausschluss einer Schwangerschaft ebenfalls eine Röntgenaufnahme der Lunge angefertigt und im Fall einer nachgewiesenen Schwangerschaft eine Laboruntersuchung des Blutes durchgeführt (sogenannter Quantiferon-Test).

Im Rahmen der Erstuntersuchung wird auch eine Impfstandserfassung vorgenommen. Werden im Rahmen der Erstuntersuchung Impflücken festgestellt, so wird der Geflüchtete hierüber entsprechend aufgeklärt und es wird ihm nachdrücklich empfohlen, sich impfen zu lassen. Die Kosten zur Herstellung des Impfschutzes trägt das Land. Das Feststellen einer Infektionskrankheit zieht die Veranlassung der

erforderlichen Behandlung nach sich. Im Fall des Auftretens von meldepflichtigen Infektionskrankheiten koordiniert das Gesundheitsamt alle notwendigen Maßnahmen nach Infektionsschutzgesetz.

Auf weitere Leistungen der Gesundheitsämter wird in Abschnitt 1.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst näher eingegangen.

1.1.3 Ambulante Versorgung

Im System der Gesetzlichen Krankenversicherung haben die Kassenärztlichen Vereinigungen und die Kassenärztlichen Bundesvereinigungen die vertragsärztliche Versorgung sicherzustellen, einschließlich einer Notfallversorgung zu sprechstundenfreien Zeiten, und den Krankenkassen und ihren Verbänden gegenüber die Gewähr dafür zu übernehmen, dass die vertragsärztliche Versorgung den gesetzlichen und vertraglichen Erfordernissen entspricht (§ 75 Abs. 1 Satz 1 SGB V).

Aktuell nehmen 3.760 Ärzte an der ambulanten medizinischen Versorgung im Land Brandenburg teil (Stand: KVBB Dezember 2016). Davon sind 2.784 Ärzte freiberuflich in eigener Niederlassung, 649 als angestellte Ärzte in Einrichtungen (d. h. in Medizinischen Versorgungszentren und Ärztehäusern) und 334 als Angestellte in Arztpraxen tätig.

Die Zahl des ärztlichen Fachpersonals in der ambulanten Versorgung hat sich nach Angaben der Landesärztekammer von 1999 mit 3.280 Ärztinnen/Ärzten auf 3.473 im Jahr 2008 auf 3.760 im Jahr 2016 weiter erhöht. Bei einer Einwohnerzahl von 2.484.826 (Stand 31.12.2015) betreut somit jeder dieser Fachkräfte statistisch mehr als 661 Einwohnerinnen und Einwohner; speziell auf das hausärztliche Fachpersonal bezogen sind es sogar rund 1.544 Einwohnerinnen und Einwohner pro Hausärztin und Hausarzt. Insofern bedeutet dies, dass in Brandenburg immer noch deutlich mehr Einwohnerinnen und Einwohner je ärztliche Fachkraft zu versorgen sind als im Bundesdurchschnitt.

Zusätzlich sind 280 Ärztinnen und Ärzte zur Erbringung ambulanter ärztlicher Leistungen ermächtigt. Dies sind in der Regel Krankenhausärztinnen und -ärzte, die spezielle Leistungen in begrenztem Umfang erbringen.

Die ambulante medizinische Versorgung gliedert sich in die hausärztliche und die fachärztliche Versorgung. Im Land Brandenburg kümmern sich 1.609 Hausärztinnen/-ärzte (Fachärztinnen/-ärzte für Allgemeinmedizin, hausärztlich tätige Internistinnen/Internisten und Praktische Ärztinnen/Ärzte) und 2.151 Fachärztinnen oder Fachärzte um die Gesundheit der Bevölkerung.⁸

Mit derzeit 1562 Vertragszahnärztinnen oder -zahnärzten (darunter 69 in der Kieferorthopädie, 26 Oralchirurgie und 14 Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie) gewährt die Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg (KZVLB) eine patientenorientierte, qualitative hochwertige zahnärztliche Versorgung. Sie erfüllt damit die ihr vom Gesetzgeber übertragene Aufgabe der Sicherstellung im Sinne einer ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen vertragszahnärztlichen Versorgung.⁹

Für die Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 1, 1a Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) hat das MASGF mit den ärztlichen Körperschaften öffentlichen Rechts, der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) und der Kassenzahnärztlichen Vereinigung Brandenburg (KZVLB) auf der Grundlage § 75 Abs. 6 SGB V entsprechende Vereinbarungen mit einer dazu in Anlage befindlichen Leistungsbeschreibung geschlossen.

⁸ Quelle: www.kvbb.de/praxis/zulassung/bedarfsplanung/versorgungssituation/

⁹ Quelle: www.kzvlb.de/ueber-die-kzvlb.html

Mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) für Anspruchsberechtigte nach AsylbLG wird der Leistungsanspruch nach der in diesem Gesetz geregelten Krankenversorgung mit dem Status der eGK angezeigt und damit die Akut- und Schmerzversorgung erstattet.

Die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg hat ihre Mitglieder mit dem mit dem MASGF abgestimmten Praxisleitfaden entsprechend informiert. Die Ärzte sind diejenigen, die über die erforderlichen Behandlungen entscheiden. Insoweit werden auch die nötigen Behandlungen unter jeweiliger Berücksichtigung der Einzelfälle vorgenommen. Die im Praxisleitfaden ebenfalls benannten Leistungen, die nicht über die Krankenkasse erfolgen, sind jene, die gleichfalls in der Anlage 1 zur Rahmenvereinbarung unter den sogenannten C-Leistungen aufgeführt sind. Dabei handelt es sich um über eine Akutversorgung hinausgehende Leistungen. Hier muss gegebenenfalls der zuständige Landkreis über eine etwaige Genehmigung entscheiden.

Die Versorgung der Leistungsberechtigten richtet sich zunächst nach dem AsylbLG. Im Umfang der zwischen dem MASGF und der KVBB geschlossenen Rahmenvereinbarung über die ärztliche Versorgung der im Asylbewerberleistungsgesetz genannten Leistungsberechtigten übernehmen die Brandenburger Ärztinnen und Ärzte die Versorgung in Gemeinschaftsunterkünften freiwillig. Auf Grundlage der mit dem MASGF getroffenen Vereinbarung verpflichten sich beide Körperschaften (KVBB und KZVLB), ihre Mitglieder aktiv bei der Mitwirkung in diesem Vertrag zu unterstützen, für eine Mitwirkung zu werben und mit Leitfäden und Informationsinitiativen die Umsetzung in allen Regionen, in denen die eGK ausgegeben wird, zu fördern. Neben dem für ihre Mitglieder herausgegebenem Praxisleitfaden hat die KVBB auch regionale Informationsveranstaltungen organisiert.

Die ZABH verfügt an allen Standorten der Erstaufnahmeeinrichtung über eigene hausärztliche Ambulanzen, von wo aus auch Überweisungen zu Fachärztinnen oder Fachärzten und Kliniken erfolgen.

1.1.4 Notfallversorgung

Eine originäre Zuständigkeit des allgemeinen ärztlichen Bereitschaftsdienstes zu sprechstundenfreien Zeiten ist trotz eines mit der Kassenärztlichen Vereinigung geschlossenen Vertrages nicht gegeben. Dennoch entscheidet die jeweilige diensthabende Ärztin/der jeweilige diensthabende Arzt im Einzelfall, ob aufgrund der vorliegenden Symptome ein qualifizierter Krankentransport, eine Vorstellung in der Rettungsstelle eines Krankenhauses oder eine Notärztin/ein Notarzt erforderlich ist.

Wenn der kontaktierte bereitchaftsärztliche Dienst eine gefährliche Erkrankung mit möglichen gesundheitlichen Folgeschäden erkennt, liegt es unabhängig vom Vorhandensein einer eGK in seinem Ermessen, zu entscheiden, ob er sich vor Alarmierung des Rettungsdienstes persönlich einen Überblick vor Ort verschafft. Je nach Symptomschilderung kann er aber auch direkt den qualifizierten Krankentransport und die Vorstellung in einer Rettungsstelle veranlassen.

Ungeachtet der Frage des Zugangs zur medizinischen Notfallversorgung von Geflüchteten besteht in diesem Bereich Innovationsbedarf. Gegenwärtig steht die Untersuchung von Weiterentwicklungsoptionen der Akut- und Notfallversorgung bundesweit oben auf der Agenda, so auch in Brandenburg. Grund sind veränderte Bedingungen für die Patientinnen und Patienten und in den Institutionen sowie Schnittstellenfragen und begrenzte finanzielle Ressourcen. Auch das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V¹⁰ zur sektorübergreifenden Versorgung nimmt sich dieses Themas

¹⁰ In Brandenburg gibt es seit dem 12. März 2014 das gemeinsame Landesgremium nach § 90a SGB V. Das Gesundheitsministerium, die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg, die Landesverbände der Krankenkassen sowie die Ersatzkassen, die Landeskrankengesellschaft Brandenburg und die kommunalen Spitzenverbände in Brandenburg werden in diesem Gremium gemeinsam mit den in Brandenburg für die Wahrnehmung der Interessen von Patientinnen und Patienten

gegenwärtig an, um die Zukunftsfähigkeit der Akut- und Notfallversorgung im Land Brandenburg zu gewährleisten.

1.1.5 Stationäre Versorgung

Die Sicherstellung der stationären Versorgung im Rahmen der Krankenhausplanung und Investitionsprogramme wird von den Ländern wahrgenommen (§ 6 Krankenhausfinanzierungsgesetz – KHG sowie Krankenhausgesetze der Länder). Die Versorgung erfolgt durch Krankenhäuser, die in den Krankenhausplan eines Landes aufgenommen sind (zugelassene Krankenhäuser nach § 108 SGB V). Die Entscheidung hierüber trifft das Land.

Ziel der Krankenhausplanung ist die Sicherstellung des von stationären Einrichtungen zu erbringenden medizinisch notwendigen Leistungen unter Beachtung der Grundsätze der bürgernahen und wirtschaftlichen Versorgung (§ 1 Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz - BbgKHEG). Die stationäre Versorgung ist im engen Kontext mit der gesamten Sicherstellung der medizinischen Versorgung zu sehen.

Die Zahl der in den Brandenburger Krankenhäusern tätigen hauptamtlichen Ärztinnen und Ärzten hat sich nach der Statistik des Amtes für Statistik Berlin-Brandenburg von 1999 mit 2.932 Ärztinnen und Ärzten auf 3.625 im Jahr 2008, auf 4.691 im Jahr 2015 weiter erhöht. Zusätzlich kümmerten sich im Jahr 2015 31 Belegärztinnen und Belegärzte in den Brandenburger Krankenhäusern um die Gesundheit der Patientinnen und Patienten.¹¹

Neue Behandlungseinheit für Infektionskrankheiten in Eisenhüttenstadt

Im Städtischen Krankenhaus Eisenhüttenstadt wurde in 2016 eine Station zur Behandlung von Infektionskrankheiten eingerichtet. Die Baumaßnahme des neuen Raumzellegebäudes wurde vom MASGF in den Jahren 2015 und 2016 mit insgesamt 3,5 Millionen Euro gefördert.

Das Städtische Krankenhaus Eisenhüttenstadt befindet sich in der Nähe der Zentralen Ausländerbehörde des Landes. Falls dort bei neu angekommenen Geflüchteten Infektionskrankheiten, wie beispielsweise Masern oder Tuberkulose, diagnostiziert werden, gibt es somit vor Ort eine zügige und gute Behandlungsmöglichkeit. Die neue Station zur Behandlung von Infektionskrankheiten steht jedoch nicht nur geflüchteten Menschen, sondern ausdrücklich der gesamten Bevölkerung zur Verfügung. Damit wird die medizinische Versorgung in der Region insgesamt verbessert.

1.1.6 Hebammenversorgung

In Brandenburg gibt es aktuell 25 Krankenhäuser mit geburtshilflichen Abteilungen, darunter auch das Städtische Krankenhaus Eisenhüttenstadt. In den 25 Krankenhäusern waren zum Stichtag 31.12.2015 insgesamt 43 Beleghebammen/Belegentbindungspfleger und 207 angestellte Hebammen/Entbindungspfleger tätig. Zudem gibt es in Brandenburg vier Geburtshäuser, nämlich in Eberswalde, Potsdam und Wendisch-Rietz, sowie rund 400 freiberuflich tätige Hebammen/Entbindungspfleger.

und der Selbsthilfe chronisch kranker und behinderter Menschen maßgeblichen Organisationen im Sinne des § 140f SGB V, der Landesärztekammer Brandenburg, der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer und der auf Landesebene für die Wahrnehmung der Interessen der Pflegeberufe maßgebliche Dachorganisation Fragen der sektorenübergreifenden flächendeckenden medizinischen Versorgung behandeln. Regionale Versorgungsbedürfnisse, raumplanerische Aspekte und Perspektiven der demografischen Entwicklung werden dabei Berücksichtigung finden. Rechtsgrundlage hierfür ist das am 15. Oktober 2013 vom Landtag Brandenburg beschlossene Gesetz zur Errichtung eines gemeinsamen Landesgremiums im Sinne des § 90a des Fünften Buches Sozialgesetzbuch (SGB V gemeinsames Landesgremiumsgesetz - SGB V gLG).

¹¹ Link: www.statistik-berlin-brandenburg.de/publikationen/stat_berichte/2016/SB_A04-02-00_2015j01_BB.pdf, S. 19

Diese bieten neben der Geburtshilfe insbesondere Schwangerenvorsorge und Wochenbettbetreuung, Hilfeleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden, Geburtsvorbereitung, Still- und Ernährungsberatung sowie Rückbildungsgymnastik an.

Dieses umfassende Angebot steht den geflüchteten Frauen genauso zur Verfügung wie allen anderen Brandenburgerinnen auch. Dieser Anspruch besteht nach § 4 Abs. 2 AsylbLG. Grundsätzlich sind werdenden Müttern und Wöchnerinnen ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.

Im Praxisleitfaden der KVBB steht: „Danach ist zur Behandlung akuter Erkrankungen und von Schmerzzuständen die erforderliche ärztliche 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. Schwangere und Wöchnerinnen haben Anspruch auf ärztliche Behandlung, pflegerische Hilfen, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel.“

Empfehlung

Patientenorientierte gesundheitliche Versorgung für Geflüchtete verbessern durch gute Informationstools

Maßnahmen

Landesärzte- und Landes Zahnärztekammer, Kassenärztliche und Kassenzahnärztliche Vereinigung, Gesetzliche Krankenkassen und Berufsverbände werden gebeten, an Informations- und Koordinierungsaufgaben mitzuwirken. Alle Formen des bisherigen Engagements sollen verstärkt werden.

Zum Beispiel in Form

- der Unterstützung der Ärztinnen und Ärzte im Alltag durch Praxisleitfäden,
- von Fortbildungen zu Themen über Diversity-Kompetenz¹² und Interkulturelle Öffnung für alle im Gesundheitswesen Tätigen,
- Der im Jahr 2011 veröffentlichte Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten im Land Brandenburg wird überarbeitet.¹³

1.2 Psychotherapeutische und psychiatrische Versorgung

Asylsuchende und Geflüchtete brauchen - genau wie andere Menschen auch - bei Bedarf psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe. Bei dieser Personengruppe kommt einerseits hinzu, dass sie teilweise traumatisierende Erfahrungen machen mussten, und andererseits ist diese Personengruppe teilweise weniger vertraut mit den Hilfemöglichkeiten durch Psychiatrie und Psychotherapie. Migrationssozialarbeit spielt eine wichtige Rolle bei der Herstellung von Rahmenbedingungen des alltäglichen sozialen Lebens, womit Sicherheit, Schutz und gegenseitige Wertschätzung und damit eine psychische Stabilisierung gefördert werden. Für einen Teil der Asylsuchenden und Geflüchteten sind aber professionelle psychologische Beratung, Psychotherapie und psychiatrische Behandlung notwendig.

Geflüchtete sind mit den Abläufen in deutschen Krankenhäusern nicht vertraut. Hinzu kommen sprachliche und kulturelle Verständigungsschwierigkeiten. In dieser Situation bedarf es besonderer Unterstützung, damit notwendige stationäre Behandlungen erfolgreich abgeschlossen werden können.

¹² vgl. Charta der Vielfalt: www.charta-der-vielfalt.de/die-charta/

¹³ Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten im Land Brandenburg, MASGF 2011; Link: www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/Gesundheitswegweiser.pdf

Inbesondere psychiatrische und psychotherapeutische Behandlungen sind vielen Geflüchteten aus unterschiedlichen Gründen fremd. Dies erfordert von behandelnden Ärztinnen und Ärzten besondere Aufmerksamkeit und Einfühlungsvermögen.

1.2.1 Versorgung

In der stationären Versorgung halten landesweit 18 Krankenhäuser eine Fachabteilung für Psychiatrie und Psychotherapie vor, davon sechs Fachkrankenhäuser und zwölf Krankenhäuser mit einem Disziplinspiegel. Die 18 Krankenhausstandorte sind gut über das Land verteilt.

Das Ziel der Brandenburgischen Krankenhausplanung ist die Sicherstellung einer möglichst gemeindenahen und niedrigschwiligen psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung in der Fläche des Landes. Damit kommt der Behandlungsform der Tagesklinik in den Regionen des Landes eine hohe Bedeutung zu. Aus diesem Grund wurde das teilstationäre Leistungsangebot in den letzten Jahren im Land Brandenburg verstärkt auf- und ausgebaut.

Gegenwärtig stehen im Land Brandenburg in allen Landesteilen Tageskliniken mit einer Kapazität von insgesamt 775 Plätzen für die gemeindenahe psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung zur Verfügung. Für die bedarfsgerechte vollstationäre psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung werden gemäß dem gültigen Krankenhausplan in den Brandenburger Krankenhäusern insgesamt 1.708 Betten vorgehalten.

In der ambulanten Versorgung sind insgesamt 438 Psychotherapeutinnen/-therapeuten – davon 335 Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten und 103 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten – an der Versorgung der Bevölkerung beteiligt (Stand: KVBB 31.12.2016). Im Vergleich zum Vorjahr waren es 405 Psychotherapeutinnen/-therapeuten, davon 312 Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten und 93 Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen/-therapeuten (KVBB 31.12.2015).

Unter Bezugnahme auf die in der Einleitung genannten Handlungsempfehlungen aus dem Jahre 2013 ergibt sich folgender aktueller Stand:

1.2.2 Psychiatrische Institutsambulanzen

2013 war nicht absehbar, in welchem Ausmaß eine psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten gebraucht wird. In der Praxis hat sich bewährt, dass die Fachkräfte in den Einrichtungen für Geflüchtete für Anzeichen psychischer Störungen bei Geflüchteten sensibilisiert werden. Weitere Unterstützung zur Abklärung von notwendiger Diagnostik und Behandlung wird bei Bedarf von Psychiatrischen Institutsambulanzen geleistet. Beispielsweise wird von der PIA in Angermünde eine monatliche psychiatrisch-psychotherapeutische Sprechstunde in Wohnheimen in der Uckermark angeboten.

Eine Abfrage bei den Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) 2016 im Land Brandenburg ergab, dass eine große Aufgeschlossenheit für die Fragestellungen psychischer Gesundheit bei Geflüchteten besteht. Es wurde darauf hingewiesen, dass Geflüchtete bei Bedarf stationär aufgenommen werden.

Zehn der insgesamt 18 Psychiatrischen Institutsambulanzen im Land haben Angaben auf der Basis interner Dokumentationen gemacht. In den Routedokumentationen eines Krankenhauses werden die Herkunft bzw. der Asylstatus von Patientinnen und Patienten nicht festgehalten. Aus den Antworten ergab sich folgendes Bild:

- Bis 2014 wurden nur wenige oder keine geflüchteten Menschen in den Ambulanzen behandelt.
- Die Behandlungszahlen geflüchteter Menschen sind seit 2014 deutlich gestiegen.
- 2016 wurden mehr Patientinnen und Patienten behandelt als 2015.

Die Daten erlauben keine seriöse Hochrechnung auf Brandenburg insgesamt. Eine grobe Schätzung auf der Basis der zehn Psychiatrischen Institutsambulanzen mit den Daten von 2016 ergibt, dass in 2016 insgesamt ca. 500 Geflüchtete behandelt wurden. Geflüchtete bzw. Menschen mit Migrationshintergrund machen nur einen Bruchteil der Behandlungsfälle insgesamt aus. Die Psychiatrischen Institutsambulanzen in Brandenburg behandeln jährlich ca. 55.000 Fälle.

Der Bundesgesetzgeber hat 2015 auf die aktuellen Herausforderungen in der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung von Geflüchteten reagiert: ohne weitere Bedarfsprüfung sind Ärztinnen oder Ärzte und Psychologische Psychotherapeutinnen oder -therapeuten, sofern diese die entsprechenden Qualifikationen für eine ambulante Tätigkeit nachweisen, durch den Zulassungsausschuss für Ärzte für die Behandlung des begrenzten Personenkreises nach § 2 Asylbewerberleistungsgesetzes und die genannten Behandlungsindikationen zu ermächtigen.¹⁴

Diese Regelung kann insbesondere für Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die Fremdsprachenkenntnisse besitzen, angewandt werden. Im Land Brandenburg sind aktuell drei Psychologische Psychotherapeutinnen/-therapeuten nach dieser Vorschrift ermächtigt (einmal in Potsdam und zweimal in Panketal). Darüber hinaus kann jede gesetzliche Krankenkasse im Rahmen der Kostenerstattung eine psychotherapeutische Behandlung von privatärztlich bzw. -psychotherapeutisch tätigen Therapeutinnen und Therapeuten genehmigen, die besondere Sprachfähigkeiten besitzen.

1.2.3 Erstaufnahmeeinrichtung

Die ZABH versteht den Auftrag der EU-Aufnahmerichtlinie so, dass den Asylsuchenden ihren Bedürfnissen entsprechende, leicht erreichbare Angebote der Versorgung und Betreuung unterbreitet werden, die grundsätzlich dem Leistungsniveau für die inländische Bevölkerung entsprechen sollen. Dabei sollen die Spezifika in der Situation geflüchteter Menschen besondere Berücksichtigung finden.

Bereits im Rahmen der Erstaufnahme werden alle ankommenden Asylsuchenden mittels Fragebogen nach Umständen befragt, aus denen sich eine Schutzbedürftigkeit ergeben kann (z. B. Behinderungen, physische und psychische Erkrankungen, Traumaerfahrungen etc.). Personen, die während der Registrierung bereits durch ihr Verhalten oder eine gesundheitliche Beeinträchtigung auffallen, werden an entsprechende Stellen weitergeleitet (Ambulanz, Psychosozialer Dienst, Krankenhaus etc.). Im Anschluss wird den gegebenenfalls vorliegenden Behinderungen oder Erkrankungen, wenn nötig und möglich, bei der Wohnraumvergabe Rechnung getragen. Ferner wird jede Bewohnerin/jeder Bewohner auf die Option einer psychologischen Vorstellung hingewiesen. Durch die Stabsstelle Psychosozialer Dienst in der ZABH findet eine psychosoziale Erstversorgung statt. Ein Psychologe/eine Psychologin identifiziert vulnerable, insbesondere traumatisierter/suizidgefährdeter Personen, leitet die Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter und anderen an der Identifizierung beteiligten Personen (Medizinischer Dienst, externe Kräfte etc.) an, überwacht die Einhaltung einschlägiger Qualitätsstandards für die Diagnostik, Früherkennung besonderer Schutzbedürftigkeit i.S. der EU-Aufnahmerichtlinie und die Sicherstellung der psychosozialen Betreuung in der Erstaufnahmeeinrichtung und Abschiebungshafteinrichtung, koordiniert die psychosozialen Betreuung mit Krankenhäusern, psychiatrischen Institutsambulanzen, niedergelassenen Psychotherapeuten, freien Trägern, Flüchtlingshilfsorganisationen etc., führt psychologischer Betreuungsgespräche/

¹⁴ vgl. § 32 Abs. 1 Satz 2 Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz

Kriseninterventionen durch und gestaltet das Informations- und Qualitätsmanagement zur Betreuung und Behandlung von Flüchtlingen in der Erstaufnahmeeinrichtung und Abschiebungshafteinrichtung. Zuständig ist hier das Ministerium des Innern und für Kommunales.

Eine weitere Möglichkeit zur Identifizierung körperlicher Erkrankungen ist im Rahmen der medizinischen Erstuntersuchung gegeben. Im weiteren Verlauf können sich die Bewohnerinnen und Bewohner der Erstaufnahmeeinrichtung zur medizinischen Grundversorgung an die Krankenpflegekräfte und das ärztliche Fachpersonal der Ambulanzen wenden. Da Menschen nicht immer in der Lage sind, aktiv Hilfe zu ersuchen, werden Hinweise von Hausbetreuerinnen und -betreuern sowie Sozialbetreuerinnen und -betreuern und anderen Beschäftigten, zum Beispiel des Sicherheitspersonals, an den zuständigen Stellen sehr ernst genommen.

Zur Versorgung psychisch belasteter bzw. psychisch kranker Asylsuchender besteht am Standort Eisenhüttenstadt der Erstaufnahmeeinrichtung eine Kooperation zwischen dem Psychosozialen Dienst der ZABH und der standortnahen Psychiatrie des Städtischen Krankenhauses Eisenhüttenstadt. Vergleichbare Angebote werden an den Standorten Doberlug-Kirchhain und Wünsdorf angestrebt. Hierzu hat die ZABH in Abstimmung mit dem MASGF die Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg um Unterstützung bei der Gewinnung von einem oder mehreren Fachärztinnen und Fachärzten für Psychiatrie gebeten. Es konnte noch kein fachärztliches Personal gewonnen werden. Die psychiatrische Notfallversorgung in Wünsdorf und Doberlug-Kirchhain wird von den standortnahen Psychiatrischen Abteilungen der Kliniken in Teupitz und Finsterwalde gewährleistet. Psychiatrischen Bedarf sieht die ZABH insbesondere in der Diagnostik psychischer Störungen und der Verordnung von Psychopharmaka. Sie geht von einem psychiatrischen Versorgungsbedarf von rund acht Stunden pro Standort und Woche aus.

Die ZABH ist zusammen mit dem Wohnheimbetreiber (DRK) kurz vor der Fertigstellung eines Konzeptes zur strukturierten Feststellung und Dokumentation besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge nach der EU-Aufnahmerichtlinie. Das Konzept beschreibt, wie die bei den unterschiedlichen Instanzen im Erstaufnahmeeinrichtungsbetrieb anfallenden Informationen zu einer eventuell vorliegenden Schutzbedürftigkeit zusammengeführt, dokumentiert und den betreffenden Stellen zugeleitet werden können.

Im Zusammenhang mit der Forderung nach einem standardisierten, ausfinanzierten und koordinierten Verfahren zur Erkennung von besonderen gesundheitlichen Bedarfen ist darauf hinzuweisen, dass es bei der Versorgung keine standardisierten Vorgaben, etwa in Form von Leistungskatalogen, geben kann. Der Umfang der Versorgung richtet sich stets nach den individuellen Bedarfen und den jeweils einschlägigen sozialleistungsrechtlichen Bestimmungen. Darüber hinaus erschweren die Bedingungen in der Erstaufnahme eine umfassende Diagnostik. Insbesondere bei Behinderungen, schweren körperlichen Erkrankungen und psychischen Störungen kann eine ausführliche Diagnostik aufgrund der gebotenen ärztlichen Sorgfalt und der zu beachtenden Limitierungen innerhalb der Erstaufnahmeeinrichtung mitunter nicht realisiert werden. Die Verantwortlichen sorgen dafür, dass eine Versorgung der individuellen Bedarfe im Rahmen der jeweils einschlägigen sozialleistungsrechtlichen Bestimmungen an geeigneter Stelle im Gesundheits- und Sozialwesen veranlasst werden kann.

Empfehlungen

Screening, Clearing, Erstversorgung und Weiterleitung von geflüchteten vulnerablen Personen mit psychischen Erkrankungen verbessern

Maßnahmen

- allen Neuangekommenen wird in der ZABH ein psychosoziales Erstgespräch angeboten. Mit standardisierten Fragebögen sollen mögliche psychische oder soziale Probleme der Menschen aufgespürt werden. Bereits in der ZABH findet eine psychosoziale Erstversorgung statt
- Die psychiatrischen Kliniken mit ihrem PIA-Netzwerk Brandenburg stehen für psychiatrische Behandlung ohne Wartezeit, für Clearing und Erstversorgung sowie für qualifizierte Weiterleitung in geeignete Versorgungseinheiten innerhalb Brandenburgs bis hin zu hochspezialisierten Einrichtungen in der Gesundheitsregion Berlin-Brandenburg zur Verfügung
- Die Fachdienste der Migrationssozialarbeit bieten empathische Gespräche in den Einrichtungen an. Dazu gehören auch moderierte Gesprächsgruppen.
- Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Einrichtungen werden qualifiziert und sind kompetent, um besondere Bedarfe zu erkennen. Sie vermitteln den Kontakt zur fachärztlichen Behandlung. Bei Bedarf wirkt der Sozialpsychiatrische Dienst mit.
- Auf der kommunalen Ebene wird die Vernetzung gefördert, beispielsweise durch Werkstattangebote wie das der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit im MASGF-geförderten Projekt „Gesund aufwachsen für alle“.

1.3 Öffentlicher Gesundheitsdienst

Der Öffentliche Gesundheitsdienst (ÖGD) stellt die dritte Säule des Gesundheitswesens neben der ambulanten und stationären Patientenversorgung dar. Er arbeitet auf der Basis verschiedener Rechtsgrundlagen, wie beispielsweise Bundes- und Landesgesetze, Rechtsverordnungen, Verwaltungsvorschriften, kommunalrechtliche Vorschriften, Richtlinien der Europäischen Union.

1.3.1 Aufgaben

Die fachliche Beratung und Aufklärung des ÖGD soll auf gesunde und gesundheitsfördernde Lebensverhältnisse und gleiche Gesundheitschancen für alle hinwirken.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst nimmt bevölkerungsmedizinische Aufgaben im Zusammenhang mit Gesundheitsvorsorge und Gesundheitsförderung sowie der Krankheitsverhütung wahr, z.B. Infektionsschutz, Einhaltung von Hygienevorschriften, Schutz der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Zahnärztlicher Dienst).

In den kommunalen Gesundheitsämtern haben vor allem drei Bereiche einen besonderen Fokus auf die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten gerichtet: Sozialpsychiatrischer Dienst, Kinder- und Jugendgesundheitsdienst, Zahnärztlicher Dienst, Infektionsschutz sowie der Amtsärztliche Dienst. Durch das Sachgebiet Amtsärztlicher Dienst werden Gutachten, Zeugnisse und Stellungnahmen nach geltenden Vorschriften, zum Beispiel zur Beurteilung der Notwendigkeit von Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt oder sonstiger Leistungen gemäß dem Asylbewerberleistungsgesetz erstellt.

1.3.2 Kinder- und Jugendgesundheitsdienste/Zahnärztliche Dienste

Durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste werden in den Kitas kinderärztliche Untersuchungen für Kinder vom 30. bis 42. Lebensmonat angeboten. Weiterhin werden neben der regulären Schuleingangsuntersuchung für die erste Jahrgangsstufe sogenannte Schulquereinsteigeruntersuchungen durchgeführt. Entsprechend § 37 Abs. 1 des Brandenburgischen Schulgesetzes sind alle Kinder und Jugendlichen verpflichtet, an einer schulärztlichen Untersuchung durch das Gesundheitsamt teilzunehmen, wenn sie noch keine Schule in öffentlicher oder freier Trägerschaft in Deutschland besucht haben. Unter diese Regelung fallen auch Kinder und Jugendliche von Asylsuchenden und Geflüchteten bzw. Kinder, die im Rahmen des Familiennachzuges kommen. Zur besseren Verständigung wurden im Fachausschuss Kinder- und Jugendgesundheitsdienst Anamnesebögen in 13 verschiedenen Sprachen entwickelt, durch das MASGF mittels Fachdolmetschende übersetzt und den Gesundheitsämtern zur Verfügung gestellt. Für eine bessere Verbreitung wurde eine Zusammenarbeit mit Migralang initiiert und die Anamnesebögen auf diese Website gestellt.¹⁵

Durch die zahnärztlichen Untersuchungen und die Maßnahmen der Gruppenprophylaxe gemäß § 21 SGB V ist der Zugang zur Früherkennung von Zahn-, Mund- und Kiefererkrankungen für Kinder von Asylsuchenden und Geflüchteten durch die Anbindung an Kitas und Schulen niedrigschwellig gestaltet. Bei Feststellung eines Behandlungsbedarfes werden die Eltern informiert und der Besuch einer niedergelassenen Zahnärztin oder eines Zahnarztes empfohlen.

1.3.3 Infektionsschutz

Zu den Pflichtaufgaben der Gesundheitsämter gehört unter anderem auch die Sicherstellung der Tuberkulosebehandlung. Hier ist im § 19 des IfSG geregelt, dass die dafür anfallenden Kosten aus öffentlichen Mitteln zu tragen sind, wenn die erkrankte Person die Kosten nicht selbst tragen kann bzw. kein anderer Kostenträger zur Verfügung steht.

Der Bevölkerungszuwachs durch die erhöhten Zahlen Geflüchteter, die in der Erstaufnahmeeinrichtung bzw. in den Landkreisen und kreisfreien Städten untergebracht werden müssen, führt zu einem Mehrbedarf an Mitteln, die von den Gesundheitsämtern benötigt werden, um die Pflichtaufgabe „Verhütung übertragbarer Krankheiten, AIDS/HIV beim Menschen“ gesetzeskonform erfüllen zu können.

Deshalb wurden im Nachtragshaushalt 2016 die Mittel für Zuweisungen für laufende Zwecke an Gemeinden und Gemeindeverbände aufgestockt. Ziel der Erhöhung ist die Erfüllung von Pflichtaufgaben nach § 69 Infektionsschutzgesetz (IfSG) zur Verhütung übertragbarer Krankheiten beim Menschen.

1.3.4 Sozialpsychiatrischer Dienst

Die Landkreise und kreisfreien Städte beraten und betreuen psychisch kranke, seelisch und geistig behinderte sowie abhängigkeitskranke und -gefährdete Menschen sowie deren Angehörige durch ihre sozialpsychiatrischen Dienste. Diesen obliegt auch die Beratung und Betreuung psychisch kranker Kinder und Jugendlicher, soweit zu diesem Zweck keine eigenständigen Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienste bestehen.

¹⁵ Migralang ist ein Projekt des Diakonischen Werks Teltow-Fläming, welches u.a. durch das Land Brandenburg unterstützt wird. Es werden Kommunikationshilfen entwickelt, um die Verständigung mit fremdsprachlichen Bürgerinnen und Bürgern in wichtigen Bereichen der Gesundheit zu unterstützen. Link: www.migralang.de/cms01/

Die Sozialpsychiatrischen Dienste arbeiten subsidiär, das heißt sie koordinieren, dürfen jedoch selbst keine Behandlungen durchführen. Zudem arbeiten sie gewöhnlich nach Aufforderung durch andere staatliche Stellen wie das Sozialamt, die Ausländerbehörde oder das Jugendamt. Die Teams bestehen im Allgemeinen aus einer Ärztin/einem Arzt, Psychologinnen/Psychologen und Sozialarbeiterinnen/Sozialarbeiter

Empfehlungen

Vernetzung aller Dienste und Partner auf der kommunalen Ebene fördern
Vorhandene Ressourcen optimal nutzen

Maßnahmen

Ein guter Ansatz sind die in einigen Kreisen erarbeiteten Integrationskonzepte zur gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten unter aktiver Einbeziehung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes. Zuständigkeiten und Verfahren werden zwischen den Beteiligten abgestimmt.

Die landesweite „Arbeitsgruppe Gesundheit und Migration“ fördert die Sichtbarkeit und den Transfer von Beispielen guter Praxis und sieht in diesem Zusammenhang eine wichtige Rolle der kommunalen Gesundheitskonferenzen und weiterer kommunaler Partnerprozesse. Hierbei ist die Unterstützung durch die „Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit/Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.“ im Rahmen der Gestaltung von kommunalen integrierten Strategien eine gute Möglichkeit (vgl. Kap. 7).

2. Psychosoziale Unterstützung durch Beratung, Clearing und Vermittlung

Gesundheitliche Stabilität zu erhalten bzw. herzustellen, ist nicht in jedem Fall und keineswegs alleinige Aufgabe des medizinischen Versorgungssystems. Für jeden Menschen sind Sicherheit und Orientiertheit in den Beziehungen zum direkten und weiteren Umfeld ausschlaggebende Faktoren sowohl dafür, ob Genesung gelingen kann als auch für die Verarbeitung traumatisierender Erlebnisse. Im Leben Geflüchteter gibt es in der Regel viele belastende Faktoren, angefangen bei Fluchtgründen über Fluchterleben bis hin zu den Lebensumständen nach der Ankunft in Deutschland und in ihrer jeweiligen Gemeinde. Die aktuelle Lebenssituation spielt nachweislich eine große Rolle dabei, ob und wie Erlebnisse im Herkunftsland und auf der Flucht verarbeitet werden können und ob es eine krankheitswertige Entwicklung geben wird.

Die aktuelle Lebenssituation von Geflüchteten ist bekanntlich gerade in den ersten Monaten nach ihrer Ankunft in hohem Maße durch subjektiv positiv wie auch durch belastend erlebte Faktoren geprägt: Erleichterung, im sicheren Deutschland angekommen zu sein, Sorgen über die Situation von Familienangehörigen, beschränkte Selbstbestimmtheit der Wohnsituation, Abhängigkeit vom sozialen Sicherungssystem, Kommunikations- und Kontakthemmnisse, fremde kulturelle, religiöse und auch zivilrechtliche Regeln und nicht zuletzt eine unsichere Zukunftsperspektive. In dieser Situation dennoch Sicherheit, Orientierung und stabile Beziehungen zu vermitteln, ist eine wesentliche Aufgabe der Migrationssozialarbeit. Selbstverständlich kann sie dies nicht alles leisten, aber sie fungiert auf der Grundlage ihrer Qualifikation und ihres beruflichen Mandats ebenso wie in ihrer Rolle als „nächste Ansprechperson vor Ort“ als Brücke und Bindeglied in die Aufnahmegesellschaft.

Die Anforderungen und Erwartungshaltungen an die Migrationssozialarbeit hinsichtlich der psychosozialen Beratung von Geflüchteten sind enorm gestiegen. Psychosoziale Beratung, die Berücksichtigung psychischer Auswirkungen und systemischer Zusammenhänge der verschiedenen Lebensbezüge von Menschen in ihren verschiedenen Formen hat in vielen Feldern sozialer Arbeit einen hohen Stellenwert, beispielsweise in der Erziehungsberatung, Ehe- und Familienberatung, Suchtberatung.

2.1 Migrationsspezifische Sozialberatung in der Erstaufnahmeeinrichtung

Für die Erstaufnahmeeinrichtung hat die ZABH das DRK mit der Durchführung einer qualifizierten migrationsspezifischen Sozialberatung beauftragt. Dieses Angebot, das durch das DRK werktätlich sicherzustellen ist, umfasst folgende Schwerpunkte:

- Asylverfahren, Lebensunterhalt/Arbeit, Wohnen,
- Gesundheit, Sucht und besondere Schutzbedürftigkeit,
- Partnerschaft, Familie und Erziehung.

2.2 Migrationssozialarbeit und weitere Fachdienste

Die Landesregierung hat bereits mit der Novellierung des Landesaufnahmegesetzes diese Funktion und die Bedeutung der Migrationssozialarbeit anerkannt. Die Landkreise und kreisfreien Städte stellen im Rahmen der Aufgabenübertragung auch die kontinuierliche Gewährleistung einer bedarfsgerechten, fachlichen und zielgruppenspezifischen migrationsspezifischen sozialen Unterstützung durch Beratung und Betreuung (Migrationssozialarbeit) sicher. Die Kostenerstattung durch das Land stellt dabei auf einen Bedarf an unterbringungsnaher sozialer Unterstützung im Landkreisdurchschnitt in einem Personalschlüssel von 1:80 ab.

Für fach- und zielgruppenspezifische Bedarfe werden den Landkreisen darüber hinaus unabhängig von den tatsächlichen Zugangszahlen insgesamt 54 Personalstellen für Fachberatungsdienste erstattet. Im

Vergleich zu den sechs bzw. elf Personalstellen landesweit, die nach vorheriger Rechtslage unabhängig von den Zugangszahlen erstattet wurden¹⁶, ist dies ein beachtlicher Aufwuchs an Personal. Im Rahmen der Durchführungsverordnung zum Landesaufnahmegesetz sind die Aufgaben und Qualitätsstandards der Migrationssozialarbeit festgeschrieben.

Während die unterbringungsnahe arbeitenden Beschäftigten der Migrationssozialarbeit durch ihre Einwirkung auf das alltägliche Zusammenleben (insbesondere in Gemeinschaftseinrichtungen) und den Alltag einen entschiedenen Einfluss auf die Stabilität und Sicherheit des Umfelds der Geflüchteten nehmen, hat die Fachberatung darüber hinaus spezifische Aufgaben vor allem für Geflüchtete mit individuell besonderen Bedürfnissen:

„2.2.1.2 die Identifizierung als schutzbedürftige Person nach Artikel 21 der Richtlinie 2013/33/EU und Unterstützung des kommunalen Aufgabenträgers bei der Ermittlung der daraus resultierenden besonderen Bedarfe unter Einbeziehung der Regelangebote (Mitwirkung am Fallmanagement), ...

2.2.1.4. die Unterstützung bei der Bewältigung komplexer Problemlagen im Einzelfall im Zusammenarbeit mit den Regeldiensten,

2.2.1.5 niedrigschwellige Gruppen- oder Einzelmaßnahmen und Angebote beispielsweise zur Orientierung in der Ankommensphase sowie zur psychosozialen Stabilisierung oder bei zielgruppenspezifischen Bedarfslagen“.¹⁷

Da „Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Behinderungen, psychischen Störungen und Opfer von Folter, Vergewaltigung oder sonstigen schweren Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt“ (Traumatisierungen) zu den Schutzbedürftigen nach Artikel 21 Aufnahme-Richtlinie-EU (AufnahmeRL-EU) gehören, ergibt sich aus der Aufgabe nach 2.2.1.2 eine besondere Verantwortung der Fachberatungen der Migrationssozialarbeit nach dem Landesaufnahmegesetz für den Zugang dieser Person zu psychosozialer Beratung und gegebenenfalls medizinischer Versorgung. Insbesondere in den Fällen, in denen erst im Beratungsprozess entsprechende Bedürfnisse erkennbar werden, müssen sie in Zusammenarbeit mit den Regelangeboten in den Landkreisen darauf hinwirken, dass eine bedarfsgerechte Versorgung gewährleistet wird. Das heißt nicht, dass die Fachberatungen für alle Ankommenden ein Identifizierungsverfahren durchzuführen haben, sondern dass sie in Kenntnis der AufnahmeRL-EU die besondere Gewährleistungspflicht beachten und im Fallmanagement unterstützen.

Die Aufgabe, Gruppen- oder Einzelmaßnahmen zur psychosozialen Stabilisierung zu organisieren bzw. selbst durchzuführen, beschränkt sich hingegen nicht auf Angehörige von Gruppen Schutzbedürftiger, sondern verlangt grundsätzlich das Erkennen von und Reagieren auf besondere psychosoziale Bedarfslagen. Für solche Maßnahmen sind den Landkreisen im Rahmen der Kostenerstattung gewährte Sachmittel für die Migrationssozialarbeit einsetzbar.

Um diesen hohen fachlichen Anforderungen gerecht werden zu können, ist insbesondere bei entsprechend eingesetzten Fachberaterinnen und -beratern auf eine adäquate Qualifikation zu achten. Daher sind Ausnahmen vom Fachkriterienanforderung für die Migrationssozialarbeit als Fachberatung grundsätzlich nur zulässig, sofern dies durch eine spezialisierte Aufgabe begründet ist.¹⁸ Dies soll auch gerade die Beschäftigung von Psychologinnen und Psychologen oder anderen Fachkräften wie Heilpädagoginnen und Heilpädagogen ermöglichen.

¹⁶ Erstattungsverordnung alt: fünf Personalstellen für überregionale Flüchtlingsberatung, eine Personalstelle für traumatisierte Geflüchtete, ergänzt 2015 und 2016 durch weitere fünf Personalstellen im Rahmen einer Förderung im Zuwendungsweg

¹⁷ vgl. Anlage 4 zur Verordnung über die Durchführung des Landesaufnahmegesetzes (Landesaufnahmegesetz-Durchführungsverordnung – LAufnGDV

¹⁸ Ziffer 3.5.4 Anlage 4 LAufnGDV

Die psychosozialen Beratungsangebote für Geflüchtete in Brandenburg werden seit vielen Jahren überwiegend in Trägerschaft der Freien Wohlfahrtspflege durchgeführt. Diese halten über die landes- und kommunal geförderten Strukturen hinaus auch bundesgeförderte Beratungsangebote vor, insbesondere Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer (MBE) und Jugendmigrationsdienste (JMD) für Jugendliche und junge Erwachsene. Sie sind Anlaufstellen insbesondere für die Geflüchteten, die nach positivem Abschluss ihres Asylverfahrens eine Bleibeperspektive haben und damit in den Zuständigkeitsbereich des SGBII und SGBXII wechseln.

Mit ihren Integrationsangeboten tragen die MBE und JMD wesentlich zur Stabilisierung der Geflüchteten und damit auch zur Verbesserung ihrer gesundheitlichen Situation bei. Sie sind darüber hinaus Türöffner in die Dienste der Regelversorgung. Außerdem sind die Träger der Migrationsfachdienste meist auch in anderen integrationsrelevanten Handlungsfeldern, wie zum Beispiel Jugendhilfe, Eingliederungshilfe, Altenhilfe und -pflege sowie medizinische Versorgung, engagiert. Sie bringen ihre Expertise aus diesen Bereichen in die psychosoziale Beratung von Geflüchteten ein und erleichtern damit den Zugang zu einer ganzheitlichen Versorgung.

Empfehlungen

Qualität der psychosozialen Unterstützung durch gute Migrationssozialarbeit in die Fläche bringen

Maßnahmen

- Fortbildungsangebote für in der Migrationssozialarbeit Tätigen konzipieren und in die Fläche bringen
- Austausch sowohl der in der Migrationssozialarbeit Tätigen untereinander als auch
- Austausch der Aufgabenträger über das Verständnis und die Umsetzung der übertragenen Aufgaben fördern

Die Landesregierung unterstützt dies in 2017 durch Förderung von folgenden Qualifizierungs- und Beratungsangeboten:

- Qualifizierungsprogramm der „Kooperation für Flüchtlinge in Brandenburg“, das sich speziell an Fachberatungen und ihre Befähigung im Erkennen und im Umgang mit Geflüchteten mit besonderen psychischen Belastungen (insbesondere Schutzbedürftige nach EU-AufnRL) richtet,
- Fachberatungsdienst Zuwanderung, Integration, Toleranz (FaZIT), der vor allem überregionalen fachlichen Austausch und Fortbildungen zu spezifischen Themenstellungen im Zuwanderungskontext anbietet, und
- Mobile Heimberatung (MHB), die bei Bedarf direkt vor Ort und vorrangig im Zusammenhang mit der vorübergehenden Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften zu konkreten Fragen in der sozialen Arbeit mit Zugewanderten berät und den fachlichen Austausch befördert. MHB ist eine überregionale Maßnahme zur Unterstützung und Verbesserung der Migrationssozialarbeit in Einrichtungen der vorläufigen Unterbringung mit den Beratungsschwerpunkten zur Gewaltprävention und über schutzbedürftige Gruppen.

2.3 Psychosoziales Zentrum Brandenburg

Seit 2009 bietet das Psychosoziale Zentrum Brandenburg (PSZ) in Fürstenwalde Diagnostik und Beratung psychischer Erkrankungen und Traumatisierungen sowie psychosoziale Unterstützung für Geflüchtete in Brandenburg an. Das vom diakonischen Träger KommMit e. V. verantwortete PSZ

finanziert sich über Projektförderungen. Seit 2016 wird es überwiegend durch das Bundesprogramm zur Beratung und Betreuung ausländischer Geflüchteter unterstützt. Im Jahre 2016 konnte für bis zu 600 Geflüchtete eine Versorgung angeboten werden. Derzeit arbeiten vier Psychologinnen und Psychologen projektfinanziert im PSZ.

Das PSZ bietet für traumatisierte, psychisch kranke und schutzbedürftige Geflüchtete, Asylbewerberinnen und Asylbewerber sowie Geduldete im Land Brandenburg folgende Dienste an:

- Ermittlung des Unterstützungsbedarfs
- Diagnostik
- Psychosoziale Beratung und Betreuung

Außerdem gehören als dezentrales Angebot niedrigschwellige Feststellungs- und Versorgungsformen in den Erstaufnahmeeinrichtungen und bei den Fachberatungsdiensten der Migrationssozialarbeit dazu. Dabei nimmt das PSZ folgende Aufgaben wahr:

- Ermittlung und Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit von Geflüchteten
- Anfertigung von psychologischen Stellungnahmen
- Krisenintervention
- Gruppentherapien für traumatisierte Geflüchtete
- Kunsttherapeutische Arbeit mit Flüchtlingskindern
- Niedrigschwellige psychosoziale Gruppenangebote für Frauen und Kinder

Empfehlungen

Expertise einrichtungsübergreifend nutzen

Maßnahmen

Für das momentan über Bundesmittel finanzierte Projekt wird der zukünftige spezifische Bedarf für Brandenburg ermittelt und mit den Fach- und Regeldiensten abgestimmt.

Die Abstimmungen zu Aufgaben und Vernetzung, mit dem Ziel eine Empfehlung auszusprechen, kann in der Arbeitsgruppe Gesundheit und Migration des Landesintegrationsbeirates erfolgen, wo der Träger des PSZ, KommMit e.V., Mitglied ist.

3. Spezifische Bedarfe

Individuelle Konflikt- und Fluchterfahrungen sowie unterschiedliche gesundheitliche Voraussetzungen erfordern einen besonderen Schutz einzelner Personengruppen und damit einhergehend auch eine besondere Berücksichtigung ihrer gesundheitlichen Bedarfe, um auch ihnen umfassende gesellschaftliche Teilhabe und damit Chancengerechtigkeit zu ermöglichen.

Hauptsächliches Augenmerk gilt es in diesem Zusammenhang auf die Gruppe der sogenannten „besonders Schutzbedürftigen“ nach § 6 Abs. 2 AsylbLG, zu legen. Diese umfasst „[...] Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 2 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.“

Im Rahmen der EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU) wird die Gruppe der Schutzbedürftigen noch weiter gefasst. Demnach zählen Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Opfer 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, dazu. Dies schließt die Gruppe LSBTTIQ* (Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender, Trans- und Intersexuelle und queere Menschen) mit ein.¹⁹ Schließlich sind Kinder und Jugendliche besonders durch die UN-Kinderrechtskonvention geschützt.

Für diese Gruppen haben die Mitgliedstaaten „die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung“ zu gewähren. Für alle anderen Personen erachtet die AufnRL die „erforderliche medizinische Versorgung ... zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen“ als ausreichend (Artikel 19 AufnRL-EU). Grundsätzlich ist zu beurteilen, ob Angehörige dieser Gruppen besondere Bedürfnisse im Rahmen der Aufnahme haben, und diesen ist zu entsprechen. Die Durchführung eines Verwaltungsverfahrens ist nicht normiert. In Brandenburg fehlt bisher ein standardisiertes Feststellungsverfahren der besonderen Schutzbedürftigkeit, aus dem sich konkrete Leistungsansprüche ableiten.

Es gehört zwar unter anderem zu den Aufgaben der Migrationssozialarbeit – Fachberatungsdienste (MSA-FB), Personen nach Art. 21 zu identifizieren. Das meint allerdings nicht, dass diese grundsätzlich und für alle Ankommenden ein Identifizierungsverfahren durchführen, sondern dass sie a) feststellen sollen, ob jemand, der sich in ihrer Beratung befindet, zu dem Personenkreis gehört und b) bei den Landkreisen/kreisfreien Städten darauf hinwirken, dass die entsprechenden Bedürfnisse richtlinienadäquat bedient werden.

In Hinsicht auf die gesundheitliche Versorgung gibt es für diese Gruppen neben der Regelung nach Art. 19 noch für Minderjährige (Art. 23 Abs. 4) und für Opfer von Folter und Gewalt (Art. 25) spezielle Hinweise, die auf Ermessensfreiheit abzielen sowie auf die adäquate Ausbildung des „Betreuungspersonals“.

3.1 Geflüchtete Menschen mit Behinderungen

Geflüchtete mit körperlichen, geistigen, psychischen oder Sinnesbehinderungen gehören zum Personenkreis besonders Schutzwürdiger. Der UN-Ausschuss für die Rechte von Menschen mit Behinderungen empfiehlt in seinen Abschließenden Bemerkungen zur Staatenprüfung vom April 2015, Pläne für die Zugänglichkeit von Gesundheitsdiensten – einschließlich Diensten für Geflüchtete – zu erarbeiten und umzusetzen sowie entsprechende Mittel bereitzustellen für die rechthebasierte Aus- und Fortbildung von Gesundheitsfachkräften, die Kommunikation, die Information, die Achtung der freien, informierten Einwilligung des Einzelnen und für Hilfsmittel nach universellem Design.

Für geflüchtete Menschen mit Behinderungen gelten ebenso wie für alle anderen Geflüchteten die Zugangsbestimmungen zur Gesundheitsversorgung, die im Rahmen des AsylbLG zunächst eine Basisversorgung umfasst. Darüber hinaus gibt es mit Verweis auf die besondere Schutzbedürftigkeit bestimmte Kanneleistungen:

Die Leistungen zur Sicherung der Gesundheit und zur Deckung besonderer Bedürfnisse nach § 6 Abs. 2 AsylbLG (s.o.) sind zunächst die Rechtsgrundlage, auf der ein Antrag für gesundheitliche Versorgungs- oder Eingliederungshilfe-Leistungen für geflüchtete Menschen mit Behinderungen gestellt

¹⁹ siehe Landesintegrationskonzept (Aktualisierung 2017) Nr. 6.6.4 S. 83ff

werden kann. Es werden Einzelfallentscheidungen getroffen. Insofern wird durch das Sozialamt im Rahmen eines Ermessensspielraums geprüft, ob ein Anspruch auf Eingliederungshilfe, zum Beispiel bei der Versorgung mit einem funktionierenden und geeigneten Rollstuhl, besteht.

Schließlich gibt es auch hier Leistungen, zu denen erst nach 15 Monaten Zugang besteht (Verweis zur Erklärung im Abschnitt zu den übergeordneten Regelungen für alle Geflüchteten/subsidiär Schutzbedürftigen). Ein Anspruch auf Eingliederungshilfe für geistig bzw. körperlich wesentlich behinderte oder von wesentlicher Behinderung bedrohte Kinder gemäß §§ 53 und 54 SGB XII in Verbindung mit § 76 SGB IX kommt beispielsweise erst zum Tragen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern, die sich seit 15 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer ihres Aufenthaltes nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben.

In der Erstaufnahmeeinrichtung werden Menschen mit Behinderungen die erforderlichen Hilfsmittel in einfacher Ausführung (mechanische Rollstühle, Hörgeräte, Sehhilfen) nach medizinischer Indikation durch die ZABH als Kostenträger gewährt. An mehreren Standorten der Erstaufnahme wurden rollstuhlfahrgerechte Wohnheimplätze mit entsprechenden Sanitäreinrichtungen eingerichtet. Bei Pflegebedürftigkeit werden ambulante Pflegedienste beauftragt.

3.2 Frauen und Mädchen

Durch das Asylbewerberleistungsgesetz abgedeckt sind Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt. Geflüchtete schwangere Frauen haben gemäß dem AsylbLG grundsätzlich einen Anspruch auf Hebammenhilfe. Diese umfasst die Versorgung vor, während und nach der Geburt (§4 Abs. 2 AsylbLG). Die Leistungen zur Hebammenhilfe unterscheiden sich nicht von denen, die durch eine inländisch krankenversicherte Person in Anspruch genommen werden. Neben den erforderlichen Untersuchungen ist zusätzlich die Versorgung mit Arzneimitteln in der gesetzlich versicherten Hebammenhilfe enthalten. Hier kann – nach Einschätzung der Praxis der sozialen Arbeit – von einem guten Zugang im Land Brandenburg gesprochen werden.

Eine nach bisherigen Erfahrungen in Brandenburg in psychosozialer Hinsicht besonders sensible Gruppe ist die Gruppe der unbegleiteten Mädchen. Hier kann nach bisheriger Einschätzung davon ausgegangen werden, dass nahezu alle bereits sexuelle Gewalterfahrungen erlebt haben. Dies bringt besondere Bedarfe nach psychosozialer Versorgung mit sich. In diesem Zusammenhang wird auf die Studie „Female Refugee Study“ 2017 verwiesen. In diesem Projekt wird beispielhaft in fünf städtischen und ländlichen Regionen in verschiedenen Bundesländern die psychosoziale Gesamtsituation von geflüchteten Frauen in Aufnahmeeinrichtungen beschrieben und Empfehlungen abgeleitet.²⁰

Andererseits stellen besondere gesundheitliche Fragen, wie Genitalverstümmelungen bei Frauen, sowohl die betreuenden Fachkräfte als auch die Ärztinnen und Ärzte sowie Hebammen vor in Brandenburg bisher unbekannte und große Herausforderungen. Hier setzt Aufklärungsarbeit an, was über das FaZIT-Projekt zur Sensibilisierung und Schulung vor allem des medizinischen Personals zum Thema Genitalverstümmelung erfolgt.

Hier steht auch die europäische Wissensplattform für Fachkräfte, die in ihrer Arbeit mit weiblicher Genitalverstümmelung in Berührung kommen unter uefgm.org/index.php/about/?lang=de zur Verfügung. Auf der Plattform werden wichtige Hintergrundinformationen zum Thema Genitalverstümmelung vermittelt. Zudem hat die Bundesärztekammer Empfehlungen zum Umgang mit Patientinnen nach Genitalverstümmelung veröffentlicht, die auf der Seite der Bundesärztekammer unter

²⁰ www.female-refugee-study.charite.de oder www.heimatkunde.boell.de/2017/08/06/zusammenfassung-study-female-refugees

Empfehlungen

Für geflüchtete Menschen mit Behinderungen:

- Barrierefreiheit in der gesundheitlichen Versorgung weiter verbessern

Für geflüchtete Frauen und Mädchen:

- Interkulturelle Öffnung der Angebote in der Frauen- und Mädchenarbeit sowie der Schwangerschafts(konflikt)beratung weiter entwickeln und fördern.
- Aufklärungsarbeit zu Genitalverstümmelung verstärken

Maßnahmen

Das Kabinett beschloss am 13. Dezember 2016 das von Sozialministerin Diana Golze vorgelegte „Behindertenpolitische Maßnahmenpaket 2.0: Auf dem Weg zur Umsetzung der UN-Behindertenrechtskonvention“. Es enthält teilhabepolitische Leitlinien, Zielstellungen und 105 konkrete Maßnahmen aller Ressorts, in deren Umsetzung die gleichberechtigte Teilhabe von Menschen mit und ohne Behinderungen gemäß der UN-Behindertenrechtskonvention deutlich vorangebracht werden soll. Das Maßnahmenpaket hat eine Laufzeit bis 2021. Damit wird das erste Maßnahmenpaket aus dem Jahr 2011 fortgeschrieben. Brandenburg war das zweite Bundesland, das einen weiterentwickelten Aktionsplan zur Umsetzung der UN-Konvention vorlegte.

Das Behindertenpolitische Maßnahmenpaket 2.0 umfasst zehn Handlungsfelder, darunter das Handlungsfeld „Inklusive Teilhabe von geflüchteten Menschen mit Behinderungen“.

Die Landesgleichstellungsbeauftragte fördert seit 2016 bei pro familia in Ludwigsfelde das Projekt „Geflüchtete Frauen im Blick“ zur Schulung von Multiplikatorinnen zu den Themen Schwangerschaft, Verhütung und Sexualität.

Geflüchtete Frauen profitieren insbesondere vom Bundesmodellprojekt „biko – Beratung, Information, Kostenübernahme bei Verhütung“ im Landkreis Teltow-Fläming, das bei pro familia angesiedelt ist.

Darüber hinaus haben die Landesintegrationsbeauftragte und die Landesgleichstellungsbeauftragte ein Informationsschreiben zum Thema Genitalverstümmelung veröffentlicht, welches auch Teil der Informationsangebote auf dem 23. Gynäkologentag am 25.03.2017 in Potsdam war. Die Landesgleichstellungsbeauftragte arbeitet am Runden Tisch „Stopp FGM_C Berlin-Brandenburg“ mit und ist Partnerin des Netzwerks United to end FGM.

3.3 Familien

Geflüchtete Familien eint das Streben nach Sicherheit für sich und ihre Kinder. Sie blicken zurück oder befinden sich noch in einer Lebenssituation, die insbesondere durch die Risiken auf der Flucht und ein hohes Maß an Unsicherheit im Asylverfahren gekennzeichnet sein können. Verlust, Tod oder die Trennung von Familienangehörigen und Kindern treffen geflüchtete Familien häufiger als nicht geflüchtete Familien. Und sie treffen Familien als Ganzes. Neben Gewalterfahrung und Diskriminierung

erhöht die Trennung von Bezugspersonen das Risiko für Kinder, anhaltenden psychosozialen Belastungen ausgesetzt zu sein.²¹ Schließlich leben geflüchtete Kinder häufig in Gemeinschaftsunterkünften oder in anderweitig beengtem und wenig kindgerechtem Wohnraum, was die genannten Problemlagen verschärfen kann (UNICEF 20016; siehe auch Kapitel 4.2).

Eine psychosoziale Unterstützung von geflüchteten Eltern muss in vielen Fällen eine Versorgung an Hilfen zur Erziehung und andere Angebote mitdenken. Notwendig können hier Familien- und Erziehungsberatung, Suchtberatung oder ambulante Hilfen zur Erziehung wie zum Beispiel sozialpädagogische Familienhilfe sein.

Familienunterstützende Angebote wie die rund 50 Lokalen Bündnisse für Familie und die mehr als 30 Mehrgenerationenhäuser im Land Brandenburg helfen dabei, dass Familien die vielfältigen Anforderungen des beruflichen und privaten Alltags besser meistern können. So halten sie beispielsweise Beratungsangebote vor oder vermitteln dorthin, sensibilisieren Familien zur Wahrnehmung und Stärkung von Erziehungsverantwortung, setzen sich für die Vereinbarkeit von Beruf und Familie sowie Pflege ein. Ziel dabei ist es, gute Rahmenbedingungen für ein familienfreundliches Umfeld und ein generationsübergreifendes Miteinander in den Städten und Gemeinden zu schaffen. Hierfür arbeiten die Lokalen Bündnisse für Familie und die Mehrgenerationenhäuser mit Vertretern aus Wirtschaft, Politik und Zivilgesellschaft zusammen und wirken in entsprechenden Netzwerken mit.

Diese vor Ort bestehenden familienbezogenen Strukturen sind je nach Bedarf offen für Flüchtlingsfamilien mit ihren speziellen Themen. Die Angebote reichen von Deutschkursen bis hin zu ganz praktischen Ideen, wie zum Beispiel dem gemeinsamen Kochen von Geflüchteten mit ihren brandenburgischen Nachbarn. So gibt es im Mehrgenerationenhaus Falkensee das Projekt „RefugeeKitchen“, ein regelmäßiges Angebot zum Kochen für Menschen mit Fluchterfahrung und ein interkulturelles Familienfrühstück. Weitere gute Beispiele sind in Lauchhammer mit den Patenschaften für Geflüchtete, in Kyritz mit dem Reparaturcafé für Fahrräder oder in Guben mit multikulturellen Familientreffen und niedrigschwelligen Alltagsberatungs- und Vermittlungsangeboten in sozialräumliche Netzwerke durch Leistungen des Familienservicebüros zu finden.

Durch das in diesem Jahr neu aufgelegte Bundesprogramm wird den bundesgeförderten Mehrgenerationenhäusern jetzt mehr Flexibilität bei ihrer Tätigkeit ermöglicht, damit sie ihre Angebote noch besser an den jeweiligen Bedürfnissen vor Ort ausrichten können. Künftig wird es noch zwei inhaltliche Schwerpunkte geben: die Bewältigung des demografischen Wandels (obligatorisch) und die Integration von Menschen mit Migrations- und Fluchtgeschichte (fakultativ).

Damit leisten die lokalen Familienstrukturen einen aktiven Beitrag zur Integration von geflüchteten Menschen, der auch einen positiven gesundheitlichen Aspekt als „Nebenwirkung“ mit sich bringt. Denn wer hier ankommt und sich angenommen fühlt, wird traumatische Erlebnisse in seinem Heimatland oder auf der Flucht besser verarbeiten können.

Das Land Brandenburg unterstützt die Lokalen Bündnisse für Familie und die Mehrgenerationenhäuser durch die Förderung jeweils einer landesweit agierenden Servicestelle. Eine Aufgabe dieser Stellen ist es, Beispiele guter Praxis zu identifizieren und bekannt zu machen. Dies gilt auch für die vorgenannten Aktivitäten für Geflüchtete.

²¹ vgl. u. a. Herwartz-Emden, L. 2017: Familien mit Migrations- und Fluchtgeschichte in den Frühen Hilfen – Hilfreiches interkulturelles Wissen für eine gelingende Zusammenarbeit. www.mffjiv.rlp.de/fileadmin/mifkjf/Familie/2_Plenum_Herwartz-Emden_FaKoFrueHi_2.02.2017.pdf

Bislang fehlen in den Netzwerken Gesunde Kinder, Frühe Hilfen und Kinderschutz breite Zugänge zu geflüchteten Familien mit Kindern unter drei Jahren. Dies erfordert sowie bei den anderen Angeboten die Öffnung und die Schaffung spezieller Zugangsmöglichkeiten für Familien mit Migrationshintergrund. Dies trifft insbesondere ebenso für die Arbeit der Familienhebammen zu.

Empfehlungen

Familienunterstützenden Angebote für geflüchteten Familien noch besser erschließen

Maßnahmen

Frühzeitige Unterstützung für geflüchtete Familien mit Säuglingen und Kleinkindern wird über die Netzwerke Frühe Hilfen, Kinderschutz, Gesunde Kinder sowie die Frühförderberatungsstellen im Land Brandenburg sichergestellt.

Das MASGF fördert ein Schulungsprojekt zur Schwangeren- und Sexualberatung für geflüchtete Frauen der pro-familia-Beratungsstelle Ludwigsfelde.

Die Überregionale Arbeitsgemeinschaft Frühförderung Brandenburg (ÜAFB) bietet Fortbildungen zum Thema „Handicap International – kultursensible Beratung und Kommunikation in der Frühförderung“ an.

3.4 Geflüchtete Kinder und Jugendliche

Obwohl Kinder und Jugendliche in geflüchteten Familien nicht dem in der EU-Aufnahmerichtlinie genannten Personenkreis der besonders Schutzbedürftigen zuzurechnen sind, besteht ein ausdrücklicher Schutz für diese Heranwachsenden.

„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. 10 - 20 % liegt. Dies wird durch eine weitere Querschnittsstudie bestätigt, die in Baden-Württemberg durchgeführt wurde und bei 19 % der untersuchten Flüchtlingskinder eine Posttraumatische Belastungsstörung diagnostiziert.“²²

Die Einschätzungen aus der Praxis weichen hier teilweise ab, insbesondere was den Bereich der unbegleiteten minderjährigen Ausländerinnen und Ausländern (umA) angeht. Hier wird von einem Anteil von Menschen mit psychiatrisch relevanten Erkrankungen bis zu 75 % gesprochen. Dieser wird gegenüber dem geschätzten Anteil von 50 % bei den einheimischen Jugendlichen in den stationären Hilfen zur Erziehung als plausibel angesehen (Diskussion mit Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik beim Netzwerktreffen umA beim AWO-Bezirksverband Potsdam am 24.02.2017).

Beim Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem ist hinsichtlich der rechtlichen Anspruchsgrundlagen zunächst zwischen begleiteten und unbegleiteten Kindern und Jugendlichen zu unterscheiden. Während begleitete Kinder und ihre Eltern zunächst Leistungen nach dem

²² Gesundheit Berlin Brandenburg 2016: Zugang zum medizinischen Versorgungssystem und zu Angeboten der Gesundheitsförderung/Prävention für geflüchtete Kinder und Jugendliche in Brandenburg, S. 10 f.

Asylbewerberleistungsgesetz bekommen und später analog dem Sozialgesetzbuch Teil des regulären Krankenversicherungssystems sind, stellen unbegleitete minderjährige Kinder und Jugendliche eine Sondergruppe dar. Die Ausführungen zu Bedarfen und Zugängen zur gesundheitlichen Versorgung von umA folgen im nächsten Abschnitt.

Der Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem ist für geflüchtete Kinder und Jugendliche grundsätzlich zunächst – hinsichtlich Grundversorgung, Schutzimpfungen sowie Vorsorgeuntersuchungen – als positiv zu bewerten. Alle geflüchteten – auch asylsuchenden – Kinder und Jugendliche haben Anspruch auf alle von der Ständigen Impfkommission empfohlenen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen. Diese sind im Einzelnen²³:

- Standardimpfungen
- Auffrischungsimpfungen für Kinder und Jugendliche,
- Indikationsimpfungen, 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 sechs Jahren),
- kinderärztliche Untersuchung durch den Öffentlichen Gesundheitsdienst im Alter von 30 bis 42 Lebensmonaten,
- Schuleingangsuntersuchung/schulärztliche Untersuchung,
- Jugendgesundheitsuntersuchung zwischen dem 13. und 14. Lebensjahr (J-Untersuchung).

Die Zuständigkeit in den Landkreisen und kreisfreien Städten zur Durchführung von Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge, Kinder und Jugendliche sowie Erwachsene liegt bei den niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten und dem Öffentlichen Gesundheitsdienst (vgl. Abschnitte 1.1.3 und 1.3).

Schließlich wird deutlich, dass trotz großen Engagements immer noch vielerorts Unsicherheit aufseiten des pädagogischen Personals in Kitas und Schulen herrscht, was das Erkennen von traumatisierten Kindern und Jugendlichen und den Umgang mit diesem Thema angeht.²⁴

Weitere Detailinformationen zum Zugang und zu den Zugangshürden im Einzelnen sind der genannten Handreichung der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit/Gesundheit Berlin Brandenburg 2016 (KGC/GesBB 2016) zu entnehmen.

An allgemeinbildenden und beruflichen Schulen in öffentlicher Trägerschaft werden derzeit etwa 9.250 Kinder und Jugendliche aus Flüchtlingsfamilien unterrichtet (MBS, Stand Februar 2017).

Nach Angaben der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg (KVBB) sind im Land derzeit 181 Kinderärztinnen und -ärzte tätig. Damit betreut jede Kinderärztin/jeder Kinderarzt im Schnitt 2.077 Kinder und Jugendliche bis 18 Jahre. Im Vergleich zum bundesweiten Durchschnitt von 2.337 Kindern auf einen Pädiater ist das Brandenburger Versorgungsangebot damit laut KVBB vergleichsweise gut. Es wird jedoch auf schwierigen Terminerhalt und lange Wartezeiten hingewiesen. Eine sektorenübergreifende Betrachtung, also eine Einbeziehung aller Angebote für die medizinische Versorgung von Kindern ist deshalb wichtig. Im Ergebnis der 3. Zukunftswerkstatt Berlin-Brandenburg 2016 wurden die Versorgungs- und Finanzierungsforderungen, unter Federführung insbesondere auch der Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V. (DGKJ), deshalb mit der folgenden zentralen Forderung verbunden:

²³ ebenda, S. 8

²⁴ ebenda, S. 8

„Entwicklung gestufter regionaler und sektorenübergreifender Versorgungskonzepte – Verzahnung von Notfallversorgung, Grund- und Spezialversorgung sowie Vernetzung von ambulant und stationär, mit flexibler, neuer Vertragsgestaltung unter Einbeziehung aller Agierenden, Regionalbudgets, Zusammenführung bereits bestehender Angebote und Vermeidung von Doppelstrukturen“.²⁵ Dies würde dann ebenso den Zugang von Geflüchteten weiter verbessern.

Insbesondere für dünn besiedelte Flächenländer wie Brandenburg kann die flächendeckende Versorgung im (hoch spezialisierten) Fachgebiet Kinder- und Jugendmedizin perspektivisch nur unter Umsetzung solcher Versorgungskonzepte aufrechterhalten werden. In Brandenburg kann auf das Projekt in Templin (StimMT) verwiesen werden, dass unter anderem auch für die Pädiatrie die Weiterentwicklung des Krankenhausangebotes zu einem ambulant-stationären Gesundheitszentrum in Kooperation mit umliegenden größeren Pädiatrien vorsieht.²⁶

Um eine flächendeckende, aber dennoch qualitätsgesicherte Versorgung anbieten zu können, müssten nach Erkenntnissen der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin die vorhandenen Einrichtungen gestärkt und die Zusammenarbeit gefördert werden. Aus der 3. Zukunftswerkstatt „Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche“:

- Erreichbarkeit von Einrichtungen wie Sozialpädiatrische Zentren (SPZ), nicht nur im Sinne einer wohnortnahen Verkehrsanbindung, sondern auch im Sinne einer frühzeitigen Zuweisung (Verordnung) durch niedergelassene Kinderärztinnen und -ärzte, aber auch durch den Kinder- und Jugendgesundheitsdienst (KJGD),
- eine sektorenübergreifende Zusammenarbeit, zum Beispiel Einrichtungen nach § 311, Ermächtigungen durch die KVBB, Einrichtungen nach § 116b, insbesondere für seltene Erkrankungen,
- Diagnostik und Behandlungseinleitung vor der stationären Aufnahme,
- bessere Angebote in der tagesklinischen Behandlung, insbesondere in der kinderrheumatologischen und kindergastroenterologischen Versorgung (chronisch-entzündliche Darmerkrankungen),
- Praxen nach dem Modell KV RegioMed (wie in Forst),
- fahrende Praxis,
- Einbeziehung des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) und der Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) in die Weiterbildung zum Facharzt/zur Fachärztin für Pädiatrie,
- Vernetzung/Kooperationen mit nicht-ärztlichen Versorgungsstrukturen wie
 - Netzwerke Frühe Hilfe, Gesunde Kinder und Kinderschutz
 - mobil aufsuchende Angebote durch Kinderkrankenschwestern (Kinder-Agnes, Familiengesundheitspflege), regionale Frühförder- und Beratungsstellen

Diese Punkte werden, wie auf dem letzten Plenum des Bündnisses Gesund Aufwachsen (BGA) beschlossen, in einer Entwicklungswerkstatt der Arbeitsgruppe Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung (AG FHPV) im November 2017 aufgegriffen und weiter ausgearbeitet.

Dies zeigt, dass der hier genannte Problemaufriss, aber auch spezielle Überlegungen zum Zugang zur gesundheitlichen Versorgung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen, sich in den Arbeitsaufträgen des Bündnisses Gesund Aufwachsen (BGA) widerspiegeln. Die über 100 Partner des Brandenburger Bündnisses beschäftigen sich mit den Fragen: Was brauchen Kinder/Jugendliche, um gesund

²⁵ Dokumentation der 3. Zukunftswerkstatt „Innovative Versorgung 2016“; Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche, Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg

²⁶ vgl. www.innovationsfonds.g-ba.de/projekte/neue-versorgungsformen/igib-stimmt-strukturmigration-im-mittelbereich-templin.79

aufzuwachsen? Welche medizinischen und nicht-medizinischen Leistungen werden benötigt und welche Zugänge gibt es? Und dabei werden immer alle Kinder und Jugendliche angesprochen, ebenso jene mit Migrationshintergrund.

Des Weiteren wirken die Mitglieder des BGA im Rahmen ihrer Zuständigkeit darauf hin, dass die Netzwerke der Frühen Hilfen in Brandenburg, die Netzwerke Kinderschutz (NKS) und Netzwerke Gesunde Kinder (NGK),

- Zugang zu allen Krankenhäusern mit Geburtsstationen gewährt bekommen;
- eng mit den Schwangerschafts- und Schwangerschaftskonfliktberatungsstellen, mit den (niedergelassenen) Hebammen und mit niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten zusammenarbeiten können und
- von allen Krankenkassen im Rahmen ihrer Möglichkeiten finanziell, als auch sächlich unterstützt werden
- sowie eine verstärkte Integration der NGK-Arbeit in die Öffentlichkeitsarbeit der Bündnismitglieder erfolgt.

Weiterhin setzt sich das Bündnis für die Entwicklung interdisziplinärer und bereichsübergreifender Strukturen und Konzepte im Sinne § 3 Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz (KKG) in Verantwortung der örtlichen Jugendämter ein. Dabei plädiert es für

- die Weiterentwicklung einer bedarfsgerechten, regionalen Angebotsstruktur, unter Beachtung der Anforderung des § 2 KKG (Informationen der Eltern über Unterstützungsangebote in Fragen der Kindesentwicklung),
- eine verbindliche Form der Steuerung unter Einbeziehung aller Beteiligten sowie
- eine Unterstützung bei der Vermittlung von Kontakten zwischen Netzwerken und Familienhebammen sowie anderen Agierenden der Frühen Hilfen in Landkreisen und kreisfreien Städten.

3.5 Unbegleitete minderjährige Ausländerinnen und Ausländer

Wie oben genannt, stellt eine weitere besondere Gruppe die der unbegleiteten minderjährigen Ausländerinnen und Ausländer (umA) dar. Diese Gruppe umfasst Kinder und Jugendliche bis zum 18. Lebensjahr, die ohne Begleitung von Eltern oder anderen Sorgeberechtigten nach Deutschland gekommen sind und durch das zuständige Jugendamt in Obhut genommen werden.

Die im Folgenden dargelegten Einschätzungen zur gesundheitlichen und psychosozialen Versorgungssituation von umA basieren auf Erfahrungsberichten der Vormünder, Jugendamtsleiterinnen und Jugendamtsleiter und Beschäftigten des Allgemeinen Sozialen Dienstes sowie einer Erhebung des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport (MBS) im Juli 2017, in deren Rahmen 34 Einrichtungen, in denen zum Stichtag 30. Juni 2017 mehr als 500 geflüchtete Kinder und Jugendliche untergebracht und betreut worden waren, befragt wurden.

Manche der geflüchteten unbegleiteten Kinder und Jugendlichen entwickeln aufgrund extrem belastender Erfahrungen in ihren Herkunftsländern und/oder auf ihrer Flucht sowie ihrer aktuellen Lebenssituation Formen psychischer Auffälligkeit und psychosomatischer Krankheitsbilder. Daraus resultieren vergleichsweise häufig Arztbesuche und Notarzteinsätze.

Es wird berichtet, dass viele an Schlafstörungen, Hautproblemen, Unruhe und Angstgefühlen leiden. Sie haben im Vergleich zu Gleichaltrigen, die in Einrichtungen der stationären Hilfen zur Erziehung leben, häufiger Kopfschmerzen, Rückenschmerzen, Muskel- und Gelenkschmerzen. Sie haben insgesamt einen sehr schlechten Zahnstatus. Einige umA leiden an alten, nicht sachgerecht behandelten Knochenbrüchen und Schusswunden, aber auch Verletzungen, die aus Folter resultieren.

Praktiker und Praktikerinnen berichten, dass in Krisensituationen und bei akutem Behandlungsbedarf lange Fahrtwege in Kauf genommen werden müssen, etwa zum Zentrum für Folteropfer und zur Charité in Berlin oder auch für Psychotherapien in der Muttersprache. Da umA in psychisch instabilen Zuständen begleitet werden müssen, verbindet sich damit ein erhöhter Betreuungsaufwand. Außerdem entstehen vermehrt Fehlzeiten in der Schule oder am OSZ.

Weite und zeitaufwendige Wege zu Fachärztinnen/Fachärzten und Therapien führen bei manchen umA zu außerordentlichem Stress bis hin zu Panik. Fluchterfahrungen können diffuse Ängste auslösen, die konkret in der Sorge münden, dass der Weg ein Vorwand wäre oder sie unterwegs aufgehalten würden, um an einen unbekanntem Ort verbracht und „abgeschoben“ zu werden. Endlich angekommen, sind die umA oft emotional so aufgewühlt und dekonzentriert, dass der Behandlungserfolg beeinträchtigt sein kann.

Der gesicherte Aufenthaltsstatus ist nach Einschätzung der Fachkräfte der Kinder- und Jugendhilfe ein wichtiger Gesundheitsfaktor: Ein laufendes asyl- und aufenthaltsrechtliche Verfahren und die damit einhergehende unsichere Perspektive wirken sich hingegen erkennbar negativ auf das physische und psychische Befinden aus und beeinträchtigt die Integration.

Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention garantiert das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit. Mit der EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU) wird das Recht auf uneingeschränkte Gesundheitsversorgung unbegleiteter ausländischer Kinder und Jugendlicher für die Dauer des Asylverfahrens gewährt.

Nach Brandenburg gelangen umA meistens über das bundesweite Verteilverfahren und der damit verbundenen Aufnahme per Zuweisungsentscheidung. Dabei werden umA zunächst von den Jugendämtern in anderen Bundesländern gemäß § 42a SGB VIII vorläufig in Obhut genommen und nach einem gesetzlich geregelten, quotenorientierten Verfahren bundesweit verteilt. Das Kindeswohl ist dabei maßgebend. Eine Verteilung ist unter anderem ausgeschlossen, wenn die körperliche oder seelische Verfassung die Reisefähigkeit der umA so stark beeinträchtigt, dass erhebliche Risiken einer körperlichen oder psychischen Störung aus der Verteilung resultieren würden, weil sie zum Beispiel ansteckende Krankheiten haben oder das Durchsetzen der Verteilentscheidung zu einer (Re-)Traumatisierung führen würde. Dabei ersetzt die Abklärung möglicher gesundheitlicher Ausschlussgründe für eine Verteilung nicht die medizinische Erstuntersuchung.

Für die umA, die direkt nach Brandenburg einreisen und hier vorläufig in Obhut genommen werden, oder diejenigen, die aus anderen Ländern nach Brandenburg verteilt werden und deren ärztliche Untersuchung nicht nachweisbar ist, wird eine medizinische Erstuntersuchung gem. § 24 e Gesetz zur Ausführung des Sozialgesetzbuches (SGB) - Achtes Buch (VIII) – Kinder- und Jugendhilfe durch das zuständige Jugendamt veranlasst.

Für die Untersuchung auf übertragbare Krankheiten können die von der obersten Gesundheitsbehörde gemäß § 62 Abs. 1 Satz 2 des AsylG bestimmten Ärztinnen und Ärzte oder Krankenhäuser in Anspruch genommen werden. Die **medizinische Erstuntersuchung** umfasst besondere Leistungen, für die zwar die Kostenerstattung nach § 89 d SGB VIII Anwendung findet, die aber nicht zu den Leistungspflichten des niedergelassenen ärztlichen Fachpersonals und der Kliniken gehören und für die gesonderte Vereinbarungen erforderlich sein können.

Folgende Kliniken stehen für die Untersuchungen nach § 62 Asylgesetz zur Verfügung und können in Übereinstimmung mit der bestehenden Praxis auch für die medizinische Erstuntersuchung von umA in Anspruch genommen werden:

- Städtisches Krankenhaus Eisenhüttenstadt GmbH,
- Klinikum Ernst von Bergmann gGmbH in Potsdam
- Klinikum Frankfurt (Oder) GmbH
- Carl-Thiem-Klinikum Cottbus GmbH
- Elbe-Elster Klinikum GmbH in Finsterwalde
- Ruppiner-Kliniken GmbH in Neuruppin

Grundsätzlich besteht auch die Möglichkeit, dass das Jugendamt diese Untersuchungen durch andere Kliniken oder der niedergelassenen Ärztinnen und Ärzte auf der Grundlage eigener Vereinbarungen durchführen lässt.

Während der Inobhutnahme nach § 42 SGB VIII ist das Jugendamt verpflichtet, umfassend für das psychische und physische Wohl der Minderjährigen zu sorgen. Die Jugendämter gewähren Krankenhilfe gemäß § 40 SGB VIII im Rahmen der Inobhutnahme und der daran anschließenden stationären Jugendhilfeleistungen. Der Umfang der zu bewilligenden Leistungen bestimmt sich nach dem Leistungsumfang der gesetzlichen Krankenversicherung (SGB V). Auch die Kosten für Krankenhilfe werden dem örtlichen Träger der öffentlichen Jugendhilfe gemäß § 89 d SGB VIII durch das Land erstattet.

Die umA, deren Unterbringung und Versorgung durch die Jugendhilfe erfolgt, haben Anspruch auf Krankenhilfe nach § 40 SGB VIII und sind bereits aufgrund der bundesrechtlichen Übertragung dieser Aufgabe auf die Krankenkassen in § 264 Abs. 2 SGB V berechtigt, sich bei einer Krankenkasse ihrer Wahl anzumelden.

Für die Gewährung von **Krankenbehandlungen** gibt es in der Praxis zwei Varianten: Jugendämter stellen eine Kostenübernahmebescheinigung aus und Arztpraxen rechnen ihre Leistungen direkt mit dem Jugendamt ab oder die medizinischen Leistungen für umA werden über eine gesetzliche Krankenkasse abgerechnet. Wenn das Jugendamt die Abrechnung über eine gesetzliche Krankenkasse regelt, erhalten umA eine elektronische Gesundheitskarte der gewählten Krankenkasse. Gegenwärtig nutzen zwölf der 18 Jugendämter (zwei kreisfreie Städte und zehn Landkreise) diesen Abrechnungsweg und haben die elektronische Gesundheitskarte auch für diese Gruppe eingeführt.

Mit der Anmeldung der umA bei einer gesetzlichen Krankenkasse wird die Behandlung im Rahmen des Leistungsspektrums der gesetzlichen Krankenversicherung von der gewählten Krankenkasse übernommen. Die Erstattung der Behandlungskosten einschließlich des vereinbarten Anteils der Verwaltungskosten der Krankenkasse (bis zu fünf Prozent der Behandlungskosten) erfolgt durch das örtlich zuständige Jugendamt, das wiederum einen Erstattungsanspruch gegenüber dem kostenerstattungspflichtigen Land hat. Nach ihrer Anmeldung bei der Krankenkasse durch das Jugendamt erhalten umA für eine Übergangszeit zunächst eine vorläufige Bescheinigung über den bestehenden Krankenversicherungsschutz. Die Krankenversichertenkarte/eGK wird nach Ende des Bezugs der in § 40 SGB VIII bezeichneten Jugendhilfeleistungen vom Jugendamt wieder eingezogen und an die Krankenkasse übermittelt. Das Jugendamt muss zur Sicherung der Kontinuität der ärztlichen Versorgung für den Übergang in das System der Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bzw. SGB II Sorge tragen.

In den Landkreisen, in denen umA die elektronische Gesundheitskarte (eGK) nutzen können, wird von den örtlichen Jugendämtern, den Amtsvormündern und Fachkräften in den Einrichtungen, in denen umA betreut werden, betont, dass sich die medizinische Versorgung von umA deutlich vereinfacht habe. Die eGK stoße sowohl bei den Jugendlichen als auch den behandelnden ärztlichen Fachpersonal auf hohe Akzeptanz und Zustimmung. Die Zusammenarbeit der Jugendämter mit den Ärztinnen und Ärzten

sei vereinfacht und die wirtschaftliche Jugendhilfe deutlich entlastet. Das MBS hat den Jugendämtern die Nutzung der eGK empfohlen.

Die **Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA)** der psychiatrischen Krankenhäuser stehen ebenso zur Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Ausländerinnen und Ausländern, mit psychischen Krankheiten bzw. in psychischen Krisen zur Verfügung. Die 18 Institutsambulanzen leisten die sofortige Versorgung von Notfällen, beraten und vermitteln. Einrichtungen der Hilfen zur Erziehung, in denen umA betreut werden, nutzen diese Möglichkeit insbesondere in Krisensituationen, müssen jedoch oft lange (so wie auch einheimische Kinder und Jugendliche) Wartezeiten in Kauf nehmen. Da in den Ambulanzen in der Regel Sprachmittlerinnen und Sprachmittler nicht zur Verfügung stehen, bringen die Patientinnen und Patienten soweit möglich eine entsprechend sprachkundige Begleitperson mit.

Eine Anamnese und Diagnostik sollte frühzeitig erfolgen, da mögliche Diagnosen unmittelbare Auswirkungen auf die Einschätzung des Hilfe- und Unterstützungsbedarfs haben und für das Hilfeplanverfahren nach § 36 SGB VIII maßgeblich sein können. Im Rahmen der genannten Befragung des MBS wurde festgestellt, dass Angebote und Leistungen, die in der Herkunftssprache der umA Unterstützung und Entlastung vermitteln sollen, oft fehlen.

Die Inanspruchnahme von Übersetzungsleistungen in therapeutischen Settings hat sich auch in der Praxis für umA als weniger zielführend erwiesen, weil das notwendige Vertrauensverhältnis in der Regel nicht gegeben ist. Trotz der Sprachmittlung kommt es häufig zu Missverständnissen bzw. kommunikativen Störungen. In Anwesenheit (mehrerer) fremder Personen öffnen sich die wenigsten umA und das den Betreuungs- und Bezugspersonen bereits Anvertraute wird Therapeutinnen und Therapeuten meist nicht bzw. nur begrenzt mitgeteilt, obgleich Informationen zu Erlebnissen und den individuellen Erfahrungen für die Anamnese unverzichtbar sind. Zudem schildern etliche Begleitpersonen, dass Therapeutinnen und Therapeuten oft wenig Hintergrundwissen zur Kultur und Gepflogenheiten im Herkunftsland der umA hätten, was zu vielen Verständnisfragen führe. Die Kommunikation sei derart aufwendig, dass im verfügbaren Zeitfenster dem individuellen Bedarf und den Anliegen nicht ausreichend entsprochen werden könne. Dies ziehe Frustrationen nach sich, mit der Folge, dass umA Therapietermine nicht (mehr) wahrnehmen.

Die Träger der öffentlichen Jugendhilfe sind gemäß § 81 SGB VIII verpflichtet, im Rahmen ihrer Aufgaben und Befugnisse mit anderen Stellen und öffentlichen Einrichtungen zusammenzuarbeiten. Hierzu gehören unter anderem Institutionen des öffentlichen Gesundheitsdienstes und sonstige Einrichtungen und Dienste des Gesundheitswesens sowie Beratungsstellen nach §§ 3 und 8 des Schwangerschaftskonfliktgesetzes (SchKG) und Suchtberatungsstellen.

Psychosoziale Unterstützungsangebote und Beratungsmöglichkeiten jenseits der medizinischen Versorgung gehören zu den Regelaufgaben der Einrichtungen, in denen die umA untergebracht sind. Zum Teil werden dafür auch Angebote anderer Träger oder Beratungsstellen genutzt. Dazu zählen beispielsweise Angebote der Sexualpädagogik und Suchtprävention. Soweit die psychosozialen Hilfen niedrigschwellig konzipiert und wenig formalisiert sind, führt das seitens der umA in Teilen zu Misstrauen und Zweifeln an der Seriosität bzw. der Professionalität der Hilfe sowie zu Ängsten, dass vertrauliche Informationen dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) übermittelt werden.

Trotz beachtlicher Lernerfolge in der deutschen Sprache verfügen (minderjährige) junge Geflüchtete (noch) nicht über einen ausreichend selbst-reflexiven Sprachschatz und differenzierte Ausdrucksfähigkeit. Damit fehlt ihnen oft eine entscheidende Voraussetzung für die Annahme psychologischer oder psychotherapeutischer Hilfen und Unterstützungsangebote.

Bei minderjährigen Geflüchteten schließt der jeweilige Anspruch auf Hilfen zur Erziehung die **Sprachmittlung** mit ein, soweit diese notwendig ist, um eine geeignete Leistung gegenüber den Minderjährigen erbringen zu können. Vom Land Brandenburg werden Dolmetscher- und Fahrtkosten auf Grundlage des § 89 d SGB VIII erstattet. Bei Arztterminen und Untersuchungen werden umA soweit möglich und erforderlich von einer Person ihres Vertrauens und gegebenenfalls von einer weiteren sprachmittelnden Person begleitet. Bei Folgeterminen im Rahmen einer hausärztlichen Betreuung wird aus organisatorischen und Kostengründen – aber nur im Einvernehmen mit den umA – häufig auf eine zusätzliche Sprachmittlung verzichtet.

Empfehlungen

Interkulturelle Öffnung in der Jugendhilfe weiter unterstützen und fördern

Maßnahmen

Die Interkulturelle Öffnung der relevanten Verwaltungen und freien Träger für neue Anforderungen durch die Geflüchteten wird seitens des MBS im Rahmen seiner Angebote und Leistungen als überörtlicher Träger gemäß § 85 Abs. 2 SGB VIII aktiv forciert. Da umA eine vergleichsweise neue Zielgruppe in der Kinder- und Jugendhilfe sind und deren Unterbringung, Versorgung und Betreuung mit besonderen Herausforderungen einhergeht, wurden vom Land zusätzliche Qualifizierungen über das Sozialpädagogische Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg (SFBB) angeboten sowie Kooperationen mit weiteren Netzwerken und Initiativen, wie zum Beispiel „Willkommen bei Freunden“ und „Bildungsteam Berlin-Brandenburg e. V.“, initiiert.

3.6 Substanzkonsum und Suchtprävention

Tabak und Alkohol sind verbreitete legale Drogen in Deutschland. Geflüchtete bringen Konsumgewohnheiten in Bezug auf diese legalen Drogen bereits mit oder beginnen hier mit dem Konsum, ohne die gesellschaftlichen, rechtlichen und kulturellen Rahmenbedingungen zu kennen.

Sowohl die eigenen psychischen Belastungen als auch die besonderen Bedingungen in größeren Flüchtlings- bzw. Asylunterkünften können zu Alkoholkonsum oder dem Missbrauch anderer Drogen beitragen. Daraus resultieren häufig gewalttätige Konflikte insbesondere unter Männern oder familiären Auseinandersetzungen.

Die qualifizierte migrationsspezifische Sozialberatung des DRK in der EAE hat ebenfalls das Thema Sucht zum Gegenstand. Dies beinhaltet die Krisenintervention bei Suchtproblematiken, die Beratung hierzu sowie zu Entgiftungs- und Therapiemöglichkeiten, auch bei Verteilung innerhalb Brandenburgs bzw. bei einer Rückführung.

In kommunalen Unterkünften für Geflüchtete führt das Thema Substanzkonsum (Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmissbrauch) immer wieder zu Unsicherheiten des Personals im Umgang mit dem Missbrauch legaler und illegaler Suchtmittel. Auf kommunaler Ebene wurden Einrichtungen der Suchtprävention und Suchthilfe im vergangenen Jahr vermehrt gebeten, Betroffene zu beraten bzw. Mitarbeitende der Einrichtungen im Umgang mit dem Missbrauch legaler und illegaler Suchtmittel zu schulen.

Empfehlungen

Interkulturelle Öffnung der Suchtprävention und –beratung stärken und fördern

Maßnahmen

Fachtagungen, bspw. zu „Frauen, Flucht und Sucht“, gefördert mit Mitteln des MASGF und in Kooperation mit dem Netzwerk brandenburgischer Frauenhäuser e.V.

Auf Anregung der Brandenburgischen Landesstelle für Suchtfragen fand im August 2017 im MASGF ein Fachgespräch zur Problematik Substanzkonsum, Sucht und Geflüchtete statt. Erfahrungen der Akteure aus Flüchtlingsarbeit, Suchtprävention und Suchthilfe im Land Brandenburg wurden ausgetauscht.

Im September 2017 führte FaZIT einen Fachzirkel zum Thema "Suchtmittelmissbrauch in Gemeinschaftsunterkünften" durch.

4. Kultursensibilität und Interkulturelle Öffnung

Geflüchtete sind häufig sprachlichen Hemmnissen und zwischenmenschlichen Missverständnissen bei der Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitswesens ausgesetzt. Sprach- und Verständigungsprobleme oder fehlende Aufklärung und Bildung sowie erlebte Ausgrenzungserfahrungen stellen Barrieren dar, die sinnvolle Prävention und eine gleichberechtigte Teilhabe an Versorgungsleistungen erschweren können. Um diesen Hemmnissen entgegenzuwirken, Barrieren abzubauen und weltanschaulichen, soziokulturellen und religiösen Bedürfnissen dieser heterogenen Gruppe Rechnung zu tragen, müssen sich gesundheitliche Einrichtungen interkulturell öffnen.

Eine Interkulturelle Öffnung der Gesundheitsdienste kann zur Verringerung von Missverständnissen, Vermeidung von Fehldiagnosen und Mehrfachuntersuchungen, Optimierung von Gesundheitsleistungen, Verbesserung der Behandlungszufriedenheit der Patientinnen und Patienten und gegebenenfalls auch zur Senkung der Kosten beitragen.

4.1 Fachberatungen – Migrationssozialarbeit

Neben den im Kapitel 2 benannten personenbezogenen Aufgaben haben die Fachberatungen auch eine besondere Funktion hinsichtlich der Entwicklung der Interkulturellen Öffnung von Regeldiensten und -angeboten und der fachlichen Unterstützung dieser wahrzunehmen (vgl. Ziffer 2.2.2 Anlage 4 LAufnGDV). Mit diesen Aufgabenfestlegungen unterstreicht die Landesregierung ihre grundsätzliche Herangehensweise, dass es für eine nachhaltige Aufnahme- und Integrationspolitik einer fachlich und strukturell auf Vielfalt ausgerichteten Kompetenz der sozialen und gesundheitlichen Unterstützungssysteme bedarf, statt exklusiver und damit exkludierender Angebote für einzelne Personengruppen. Damit ist jedoch auch ein hoher Anspruch an die fachliche Kompetenz aller Beteiligten gesetzt. Die Migrationssozialarbeit kann und soll dies unterstützen, indem die Beschäftigten ihr migrationsspezifisches Wissen in die Regelsysteme einbringen. Ein abgestimmtes Verfahren gibt es jedoch hierzu bislang nicht.

4.2 Organisationsentwicklung im Gesundheitswesen

Positiv hervorzuheben ist, dass die Hebammenschule in Cottbus im Rahmen der Ausbildung zur Hebamme ein interkulturelles Modul in den Fächern Psychologie, Gesundheitspflege und Ethik vorsieht.

Mit Interkultureller Öffnung der Regeldienste des Gesundheitssystems kann nicht nur die Unterstützung durch die Fachdienste der Migrationssozialarbeit gemeint sein. Interkulturelle Öffnung bedeutet mehr, als in Aus- und Fortbildungskonzepte aufgenommen zu werden. Es obliegt überdies der strategischen Entscheidung einer Organisation oder Einrichtung, Handlungsansätze zu entwickeln und umzusetzen, die den Anforderungen einer globalisierten und durch Zuwanderung geprägten Gesellschaft gerecht werden. Ziel ist es, Zugangsbarrieren abzubauen und Teilhabe zu ermöglichen.

Auch wenn Interkulturelle Öffnung prinzipiell alle Vielfaltsdimensionen betrifft, erfolgt in diesem Ansatz häufig eine Fokussierung auf die Dimension der Herkunft. Daher sollte darüber hinaus auch der Diversity-Ansatz Berücksichtigung finden, der auf eine Erweiterung der Vielfaltsperspektive abzielt und unterschiedliche Differenzlinien in den Blick nimmt. So ist es Aufgabe der Regeldienste selbst, die Interkulturelle Öffnung voranzutreiben und ihre Diversity-Kompetenz zu stärken, um ihrem Versorgungsauftrag für alle Bevölkerungsgruppen gerecht zu werden. Hierbei spielen nicht nur kulturelle Differenzen eine Rolle, sondern Vielfalt und Verschiedenheit im Allgemeinen.

Interkulturelle Öffnung umfasst unterschiedliche Aspekte und Strategien der Organisationsentwicklung sowie der Personalentwicklung. Sie muss als Leitungsaufgabe verstanden werden und sich auch im Leitbild einer Einrichtung widerspiegeln. Dabei findet Interkulturelle Öffnung nicht nur über eine zielgruppenorientierte Ausrichtung von Angeboten statt, sondern auch in der Öffentlichkeitsarbeit und Außendarstellung. Wichtiger Bestandteil ist hier die Vernetzung mit Migrantenorganisationen. Auch die gezielte Beschäftigung von Fachkräften mit Migrationshintergrund im Gesundheitswesen ist ein wesentlicher Aspekt Interkultureller Öffnung.

Darüber hinaus ist die Vermittlung von interkultureller Kompetenz in Theorie und Praxis im Rahmen von Fort- und Weiterbildungen sowie die fachliche Begleitung der Mitarbeitenden erforderlich. Auch das Qualitätsmanagement der Gesundheitsdienste sollte den Aspekt der Interkulturellen Öffnung aufgreifen, beispielsweise im Rahmen kultursensibler Qualitätskriterien und durch Maßnahmen wie kontinuierliche Patientenbefragungen (auch in der Muttersprache der Patientinnen und Patienten).

Grundsätzlich sind Geflüchtete selbst und Flüchtlingsselforganisationen als sachlich Kundige in die Erarbeitung dieses Teils einzubeziehen, da der Begriff „Interkulturelle Öffnung“ sehr weit gefasst werden kann und die Praxis gezeigt hat, dass die Maßnahmen oft an den Realitäten und Bedürfnissen aller Agierenden vorbeigehen, wenn Geflüchtete selbst nicht in den Prozess einbezogen werden. In Zusammenarbeit mit ihnen sind Fortbildungen für die Regeldienste zu erarbeiten.

Empfehlung

Interkulturelle Öffnung und Stärkung der Diversity-Kompetenzen weiter denken

Maßnahmen

- Das Land Brandenburg stellt über die Regionalen Arbeitsstellen für Bildung, Integration und Demokratie Brandenburg (RAA Brandenburg) in sechs Niederlassungen Angebote zur Unterstützung von Einrichtungen und Integrationsakteurinnen oder -akteuren im Prozess des Erwerbs von interkultureller Kompetenz und der Interkulturellen Öffnung bereit.

5. Umgang mit Sprachbarrieren

Im Hinblick auf einen verbesserten Zugang zum Gesundheitssystem kommt der Überwindung von Sprachbarrieren eine zentrale Rolle zu. Während in einfachen Alltagssituationen der Einsatz ehrenamtlicher Laiendolmetscherinnen und -dolmetscher hilfreich sein kann, bedarf es im Gesundheitswesen professionellen und qualifizierten Dolmetschens sowie Sprach- und Integrationsmittlung. Die umfangreiche und verständliche Aufklärung des Patienten ist ein zentraler Bestandteil der medizinischen Versorgung sowie der ärztlichen und psychotherapeutischen Aufklärungspflicht. Diese ist verankert im Bürgerlichen Gesetzbuch (vgl. § 630e BGB Aufklärungspflichten).

5.1 Gesetzliche Leistungen

Sprachmittlerische Leistungen im Zusammenhang mit einem Arztbesuch bei Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG können gewährt werden, wenn die ärztliche Behandlung ohne diese Sprachmittlung nicht erfolgen kann. Fehlende deutsche Sprachkenntnisse der Leistungsberechtigten dürfen nicht zu einer Einschränkung ihrer Ansprüche auf Kranken- oder Schmerzbehandlung führen. Ob und in welchem Umfang Dienste der Sprachmittlung erforderlich sind, richtet sich jedoch nach den jeweiligen Umständen des Einzelfalles. Anspruchsgrundlage für die Finanzierung dieser Leistungen ist die Ermessensnorm des § 6 AsylbLG bzw. § 2 AsylbLG in Verbindung mit den Vorschriften des SGB XII.

Der zuständige Aufgabenträger²⁷ hat aufgrund des Nachranggrundsatzes nach § 8 Absatz 1 Satz 1 AsylbLG im Einzelfall stets zu prüfen, ob die zu bevorzugende Möglichkeit einer unentgeltlichen Sprachmittlung, zum Beispiel über Bekannte oder sonstige Personen im Umfeld, besteht. Sollte die Herbeiziehung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern für die Behandlung unbedingt erforderlich sein, werden die entstehenden Kosten vom jeweiligen Aufgabenträger übernommen.

Für Leistungsberechtigte, die gemäß der „Rahmenvereinbarung zur Übernahme der Krankenbehandlung für Leistungsberechtigte nach §§ 1, 1a des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Empfänger von Gesundheitsleistungen nach den §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes sind, gegen Kostenerstattung nach § 264 Abs. 1 Satz 1 SGB V“ mit einer elektronischen Gesundheitskarte ausgestattet sind, richtet sich der Leistungsumfang grundsätzlich nach den §§ 4 und 6 AsylbLG. Damit gelten hinsichtlich der Gewährung von Dolmetscherleistungen im Zusammenhang mit einer erforderlichen ärztlichen Behandlung ebenfalls die zuvor dargestellten Ausführungen. Wenn die sprachliche Verständigung zur Behandlung unerlässlich ist und nicht anderweitig sichergestellt werden kann, gehören Sprachmittlungsleistungen zu den vom jeweiligen Aufgabenträger zu übernehmenden sonstigen Leistungen nach § 6 AsylbLG.

Bei Leistungsberechtigten im Analogleistungsbezug nach dem SGB XII kann sich im Einzelfall ein Anspruch auf Übernahme von Sprachmittlungskosten aus der Ermessensvorschrift des § 73 Satz 1 SGB XII ergeben.

Die im Zusammenhang mit den Leistungen nach AsylbLG von den Kommunen getragenen Kosten der Sprachmittlung gehören zu den erstattungsfähigen Kosten, die bei Nachweis in voller Höhe vom Land erstattet werden. Im Gegensatz zu der vor Inkrafttreten des geänderten Landesaufnahmegesetzes gezahlten personenbezogenen Pauschale für Unterbringung, Betreuung sowie Erbringung der Leistungen nach AsylbLG tragen die kommunalen Aufgabenträger durch die Erstattung dieser Kosten kein finanzielles Risiko mehr.

²⁷ Erstaufnahmeeinrichtung, kommunale Aufgabenträger

Von unentgeltlicher Sprachmittlung durch Verwandte, Bekannte oder andere Zufallsdolmetscher (wie etwa im Krankenhaus angestelltes Reinigungspersonal etc.) ist aus verschiedenen Gründen Abstand zu nehmen.

5.2 Personalfragen

Neben den Fragen der Leistungsgewährung für Sprachmittlung und Dolmetschen ist auch das Problem des Mangels an für Einsätze verfügbaren Sprachmittelnden zu lösen. Hier kommt es nicht nur auf Zwei- oder Mehrsprachigkeit an, sondern auch auf Kenntnisse und Fertigkeiten im Sprachmittlungsprozess selbst, etwa um das „Potenzial“ kultureller und sprachlicher Missverständnisse, um das Vermeiden von Bewertungen in der Übersetzung und Ähnliches.

Nicht in jedem Fall muss eine Berufsdolmetscherin/ein Berufsdolmetscher herangezogen werden, doch auch niedrigschwellig Sprachmittelnde oder auch sogenannte „Gemeindedolmetscher“ müssen diese Grundregeln beherrschen. Das ist auch einer der Gründe, warum das Hinzuziehen von Familienmitgliedern oder anderen Angehörigen einer Zuwanderergruppe zu Sprachmittlungszwecken oft und gerade im Gesundheitsbereich nicht angezeigt ist.

Das MASGF fördert nicht nur seit vielen Jahren ein landesweit agierendes Vermittlungsprojekt für ehrenamtlich tätige und geschulte Sprachmittelnde, sondern seit 2016 auch die weitere Ausbildung von Sprachmittelnden. In diesem Projekt erfolgt neben der Vermittlung und Unterstützung durch Übernahme formaler Fragen auch eine weitere fachliche Begleitung der Sprachmittelnden. In der Ausbildung selbst werden Module für den Umgang mit besonders sensiblen und gesundheitlichen Themen vorgesehen. Im Jahr 2017 finden die dreimonatigen Ausbildungen an verschiedenen Orten des Landes statt, um auch regional die Einsatzmöglichkeiten zu verbessern.

5.3 Psychosoziale Beratung und Sprachbarrieren

Sprachbarrieren und Kulturbarrrieren erschweren fachlich auch noch so gut ausgebildeten Sozialpädagoginnen/-pädagogen ebenso wie Psychologinnen und Psychologen derzeit noch die Arbeit einer psychosozialen Beratung, da entsprechende Kenntnisse und Instrumentarien nicht „über Nacht“ erworben werden können. Daher hat das MASGF beschlossen, neben dem Kompetenzerwerb auch die konkrete Fallarbeit der Fachberaterinnen und Fachberater zu unterstützen. Eine Variante dazu ist die bereits erwähnte mögliche Fallberatung durch die „Kooperation für Geflüchtete in Brandenburg“ des Flüchtlingsrates Brandenburg und KommMit e.V.

Mit einer weiteren Unterstützungsvariante, die die Fachberatung vor Ort vorrangig in schwierigen Fällen entlasten soll, werden gleichzeitig Erfahrungen zum Umgang mit Sprach- und Kulturbarrrieren in der psychosozialen Beratung gesammelt. Das MASGF fördert noch im Jahr 2017 zwei Modellprojekte für muttersprachliche psychosoziale Unterstützung. In beiden Projekten können entsprechend ausgebildete muttersprachliche Personen zur Unterstützung der Beratung für psychisch besonders belastete Geflüchtete durch die Fachberatung herangezogen werden.

Diese muttersprachlichen Beraterinnen und Berater greifen im Rahmen des Projekts auf eine Begleitung durch Psychologinnen und Psychologen zurück, sodass auch in den schwierigen Fällen gewährleistet ist, dass gegebenenfalls eine Vermittlung in eine notwendige Therapie erfolgt. In einem der beiden Projekte wird gleichzeitig die Anwendung eines e-counseling-Ansatzes in Brandenburg erprobt. Auch dies kann eine Möglichkeit sein, dem Sprachmittlungs- und Beratungsproblem in einem Flächenland wie Brandenburg künftig besser zu entsprechen.

Empfehlungen

Sprachmittlung in der Fläche pragmatisch zugänglich machen, auch internetbasierte Tools nutzbar machen, Beratung in einfacher Sprache nutzen

Maßnahmen

- FaZIT: Weiterführung der Sprachmittlerausbildung und des Sprachmittlerpools als überregionale Maßnahme zur Verbesserung von Sprachmittlungsangeboten (Ausbildung und fachlich begleiteter Vermittlungspool, Gemeindedolmetscher), Einsatz von Gebärdensprachdolmetscherinnen und Dolmetschern bei Bedarf, Gewinnung von muttersprachlichem und fremdsprachigem Personal in den Regeldiensten
- Queer Haven: Schulungen zur Sensibilisierung der Sprachmittelnden für LSBTTIQ*-Belange

5.4 Übersicht Sprachmittlung

Folgende Dolmetscherdienste mit Erfahrungen im Gesundheitswesen können benannt werden:

<p>Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer (BDÜ e.V.) Liste medizinischer Dolmetscher, gezielte Suche nach Spezialisten für ausgewählte Fachgebiete und Verzeichnisse mit Sprachmittlern für seltenere Sprachen und für den Einsatz im sozialen Bereich.</p>	<p>http://bdue.de/aktuell/hilfen-fuer-fluechtlinge/ oder Dolmetscher- oder Übersetzersuche direkt unter www.suche.bdue.de/</p> <p>Alle Fachlisten und Verzeichnisse liegen in gedruckter Form vor und können bei der BDÜ kostenfrei bestellt werden.</p>
<p>Dolmetscherzentrale Stellt für alle Sprachen und Themengebiete Dolmetscherdienstleistungen zur Verfügung.</p>	<p>www.dolmetscherzentrale.de</p>
<p>DOLATEL Telefonischer Dolmetscherdienst, u.a. erfahren im Bereich medizinische Versorgung, Zusammenarbeit mit Kliniken (Empfehlung im Deutschen Ärzteblatt)</p>	<p>https://dolatel.com/</p>
<p>AOK Health Navigator in Persisch, Arabisch, Englisch und Deutsch Die Kommunikations-App versteht sich als pragmatisches Hilfsmittel in der Arztpraxis, wenn kein Sprachmittler zur Verfügung steht.</p>	<p>https://nordost.aok.de/inhalt/aok-healthnavigator/</p>
<p>Kassenärztliche Vereinigung Auf der Seite der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg ist es möglich gezielt nach fremdsprachigen Ärztinnen und Ärzten zu suchen</p>	<p>http://arztsuche.kvbb.de/ases-kvbb/ases.jsf</p>
<p>Gemeindedolmetschdienst Berlin</p>	<p>http://www.gemeindedolmetschdienst-berlin.de/home.html</p>
<p>Dolmetscherdienst Interna Berlin Interna vermittelt auch Dolmetscher an soziale Einrichtungen, u.a. an Jugendämter, Sozialämter, Krankenhäuser in Berlin und Brandenburg, soziale Träger</p>	<p>www.interna-berlin.de</p>
<p>Dolmetscherdienst Berlin-Brandenburg u.a. wird der Bereich „Medizin und Pharmazie“ im Rahmen des Angebotes beschrieben</p>	<p>http://www.dolmetscherdienst-bb.de/</p>
<p>ISA/ FaZIT Vermittlung von Gemeindedolmetscherinnen und -dolmetschern</p>	<p>https://fazit-brb.de/projekte/gemeindedolmetschdienst/</p>
<p>Dolmetscherdienst (Brandenburg an der Havel) des Vereins Sprachkultur Brandenburg e. V. Hilfestellung bei der sprachlichen und/oder kulturellen Verständigung hauptsächlich bei Arztterminen und im Krankenhaus.</p>	<p>www.fluechtlingsnetzwerk-brandenburg.de/dolmetscherdienst oder unter Sprachkultur Brandenburg Tel. 0172 – 364 41 17 - Sabine Harms</p>

Darüber hinaus ist in Anlage 1 eine Auswahl von Dokumenten zu Übersetzungen und Verständigungshilfen, die bei der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten Unterstützung bieten können, beigefügt.

6. Gesundheitliche Bildung, Prävention und Gesundheitsförderung

Ein zentrales Ziel in der Gesundheitsförderung ist es, den Zugang aller Bevölkerungsgruppen zu Informationen und Angeboten zu gewährleisten. Auch wenn viele Menschen mit Migrationshintergrund bereits über Aufklärungsmaßnahmen, die sich an die Allgemeinbevölkerung richten, erreicht werden, trifft dies für Teilgruppen von Migrantinnen und Migranten nicht zu: Sie finden aufgrund sprachlicher, kultureller und sozialer Barrieren keinen Zugang zu Gesundheitsinformationen und Gesundheitsangeboten.

Empfehlung

Zugang von Geflüchteten zu Gesundheitsinformationen und –Angeboten verbessern, eigene Kompetenzen der Geflüchteten stärken

Maßnahmen

- FaZIT hat bereits in der Vergangenheit entsprechende Projekte mit migrantischen Gruppen durchgeführt (Vietnamesischstämmige, Spätaussiedlerinnen und -aussiedler). Auf diese guten Erfahrungen kann in diesem Zusammenhang zurückgegriffen werden.
- Ausbildung und Einsatz von Gesundheitslotsinnen und -lotsen zur Förderung der Gesundheitskompetenz (Health Literacy), Projekt „Gesundheitskarawane“: muttersprachliche Beratung von Geflüchteten in Einrichtungen der vorläufigen Unterbringung zu gesundheitsrelevanten Themen, unter anderem zum deutschen Gesundheitssystem, zum Schutz vor Infektionskrankheiten und weitere Themen
- pro familia in Ludwigsfelde schult im Projekt „Geflüchtete Frauen im Blick“ Multiplikatorinnen zu den Themen Schwangerschaft, Verhütung und Sexualität mit Bezug auf geflüchtete Frauen
- Prüfung der Möglichkeiten, gesundheitsbezogene Selbsthilfestrukturen interkulturell zu öffnen und Menschen mit Migrationshintergrund stärker mit den Prinzipien der gesundheitsbezogenen Selbsthilfe vertraut zu machen
- Erhöhung und Sicherstellung der gesundheitlichen Beratungskompetenz in den Migrationsberatungsstellen
- Fortbildung/Qualifizierung der Beraterinnen und Berater zu besonderen Teilhabebeeinträchtigen (Behinderungsarten) und deren Auswirkung
- Angebot von bewusstseinsbildenden und menschenrechtsbasierten Schulungsprogrammen für die Beraterinnen und Berater

7. Kommunale Partnerprozesse - vernetztes Handeln und integrierte Strategien

Aus dem bisher Dargestellten wird deutlich, dass es zahlreiche Maßnahmen für Geflüchtete gibt, die den Zugang zu den Regeldiensten des Gesundheitswesens verbessern. Viele Menschen im Hauptberuf und Ehrenamt stellen sich mit vollem Engagement diesen Aufgaben. Es gibt aber auch die Sorge in der Bevölkerung, dass man selbst zu kurz kommt, beispielsweise sich Wartezeiten verlängern oder sich berufliche Überforderungen einstellen. Deshalb achtet die Landesregierung darauf, dass Programme nicht nur Geflüchteten, sondern prinzipiell auch allen anderen in Brandenburg zugutekommen können.

Der kommunale Partnerprozess „Gesundheit für alle“ unterstützt und begleitet Kommunen im Auf- und Ausbau von integrierten kommunalen Strategien zur Gesundheitsförderung, sogenannte „Präventionsketten“. Dabei stehen insbesondere der Austausch und das gemeinsame Lernen im Mittelpunkt: Welche kommunalen Ansätze zur Förderung der Gesundheit von Menschen in schwieriger sozialer Lage haben sich bewährt? Und: Wie lassen sich die gemachten vielfältigen Erfahrungen weitergeben?

Initiiert durch die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), wird der Partnerprozess im Rahmen des Kooperationsverbundes Gesundheitliche Chancengleichheit und in Zusammenarbeit mit den kommunalen Spitzenverbänden und dem Gesunde-Städte-Netzwerk (GSN) durchgeführt. Die Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg beim Träger Gesundheit Berlin Brandenburg e.V. begleitet den Partnerprozess „Gesundheit für alle“ im Land. In Brandenburg startete das Programm in den Landkreisen Märkisch-Oderland und Ostprignitz-Ruppin.

Mit zusätzlichen Landesmitteln konnte ein Projekt zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Geflüchteten in die Arbeit der Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit Brandenburg (KGC) im Juli 2015 integriert werden.²⁸ In Abschnitt 3.4 wurde bereits von der durch die KGC durchgeführte Fachtagung in 2016 und von der vorliegenden Handreichung berichtet. Im Rahmen dieses Projektes 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. Die Ergebnisse der Erhebung wurden in einer Handreichung veröffentlicht. Dieses Informationsmaterial ist im Internet unter <http://www.gesundheitbb.de/Zugang-zur-Gesundheitsversorgung.1848.0.html> und der Überschrift „Materialien“ abrufbar.

Anliegen war es, die Bedarfe und Bedürfnisse der geflüchteten Kinder und Jugendlichen hinsichtlich eines niedrigschwelligen Zugangs zur medizinischen Versorgung, Prävention und Gesundheitsförderung zu erheben. Hierzu wurden mit Akteurinnen und Akteuren der Flüchtlingsversorgung in den Kommunen sowie mit Betroffenen Fokusgruppen und Interviews durchgeführt. Die Landkreise und kreisfreien Städte wurden unter anderem mit Handlungsempfehlungen und Schulungsmodulen dabei unterstützt, Strategien für ein gesundes Aufwachsen in ihrer Kommune zu initiieren bzw. diese in bestehende Konzepte einzubinden. Das Projekt wurde in die kommunalen Partnerprozesse der beiden oben genannten Landkreise eingebunden.

Vor allem Landkreise und kreisfreie Städte können aus dem o.a. Informationsmaterial Anregungen zur Gestaltung von integrierten kommunalen Strategien für ein gesundes Aufwachsen von Kindern und Jugendlichen aus geflüchteten Familien entnehmen. Ferner kann auf die Ergebnisse der Fachtagung „Gesundes Aufwachsen von geflüchteten Kindern und Jugendlichen in Brandenburg gemeinsam gestalten – Herausforderungen, Ansätze, Perspektiven“ am 20.09.2016 hingewiesen werden. Auf dieser Veranstaltung wurden Erfahrungen ausgetauscht und Beispiele gegeben. Eine Dokumentation hierzu wurde auf folgender Internetseite eingestellt: www.gesundheitliche-chancengleichheit.de/brandenburg/projekte-und-aktivitaeten/dokumentationen/?termin2doku=2561.

Aufbauend auf den bisherigen Aktivitäten wird das Projekt fortgesetzt. Anliegen ist es, die Brandenburger Landkreise bzw. kreisfreien Städte und Kommunen dabei zu unterstützen, ein gesundes Aufwachsen von geflüchteten Kindern und Jugendlichen zu fördern. Dabei liegt der Schwerpunkt auf der bereichsübergreifenden Vernetzung und fachlichen Fortbildung kommunaler Akteurinnen und Akteure aus den Bereichen Gesundheit, Soziales, Kinder- und Jugendhilfe und Bildung. Unter

²⁸ Projektbeschreibung unter www.gesundheitbb.de/Zugang-zur-Gesundheitsversorgung.1848.0.html

Einbeziehung von Expertinnen und Experten wird ein Werkstattangebot erarbeitet und anschließend flächendeckend im Land Brandenburg angeboten. Die Integration der Bedarfe der Zielgruppe in die vorhandenen kommunalen Versorgungsstrukturen ist ein Hauptanliegen des Projektes.

Es werden weitere Regionen bei der Umsetzung von landkreisweiten Präventionsketten mit dem Ziel „Gesundheit für alle“ unterstützt. Kommunale und lebensphasenübergreifende Gesundheitsstrategien (auch „Präventionsketten“ genannt) sollen Voraussetzungen für ein möglichst langes und gesundes Leben für alle Menschen der Kommune verbessern, unabhängig von der jeweiligen sozialen Lage oder Herkunft. Diese Gesundheitsstrategien schaffen den Rahmen, um die auf kommunaler Ebene verfügbaren Unterstützungsangebote öffentlicher und privater Träger, Regeldienste des Gesundheitswesens und Fachdienste der Migrationssozialarbeit über Altersgruppen und Lebensphasen hinweg aufeinander abzustimmen.

8. Resümee

Mit dem Landtagsbeschluss wurde die Landesregierung aufgefordert „eine Beschreibung neuer Instrumente sowie Übergänge bzw. Zusammenarbeit der einzelnen Versorgungssäulen“ zu geben.

Die bisherigen Erfahrungen im Land Brandenburg machen deutlich, dass einzelne oder neue Instrumente nicht ohne weiteres zu einem verbesserten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten führen. Insbesondere in den vergangenen zwei Jahren sind entscheidende gesetzliche Rahmenbedingungen für die Integration von Geflüchteten geschaffen worden und trotzdem wird die benötigte Versorgung vor Ort nicht von selbst reibungslos funktionieren.

Dort, wo vor Ort bereits Brücken zwischen den Einrichtungen gebaut werden, wo es Personen gibt, die sich als gemeindenaher Kümmerer verstehen und zu gemeinsamen Verabredungen drängen, gelingt gute Versorgung. Die Akteure in den Regeldiensten des Gesundheitswesens, den Migrationssozialarbeit-Fachdiensten, den weiteren Diensten der migrationspezifischen und sozialen Arbeit und die Freiwilligen im Ehrenamt brauchen eine gute Kooperation. Auch hier wird eine Art der interkulturellen Öffnung benötigt, um vertrauensvoll und effektiv zusammen zu arbeiten.

Für die Entwicklung von integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien können folgende **Maßnahmen und Instrumente** zur Unterstützung empfohlen werden:

- Erstellung von regionalen, kommunalen Integrationskonzepten: voneinander wissen; beschreiben, wer wie mit wem zusammenarbeitet,
- Durchführung von Werkstatt-/Fachtagen zur Aufklärung über die komplexe Materie, vielfältigen rechtlichen Grundlagen sowie zum Ansbuch von kommunalen Partnerprozessen,
- Einrichtung eines regionalen Verfahrens zur zeitnahen Einschaltung von Sprachmittlerinnen und -mittlern,
- Stärkung und Verbesserung sozialräumlich-interkultureller Kompetenzen
- Verankerung der Interkulturellen Öffnung für Regeldienste als eine Managementaufgabe, die Auswirkungen auf Strukturen, Arbeitsweisen und Qualität (Leitbild, Handlungsempfehlungen) in den jeweiligen Einrichtungen hat.
- Fortsetzung von Qualifizierungen zu rechtlichen Grundlagen, Strukturen, Sprachen, Kulturen sowie persönlichen Haltungen und sozialen Kompetenzen
- Verstärkte Zusammenarbeit und bessere Vernetzung aller relevanten Agierenden im Gesundheitswesen und in der Integrationsarbeit vor Ort schaffen und leben

Im vorliegenden Konzept der Landesregierung werden, wie vom Landtag beauftragt, der Zugang zur Gesundheitsversorgung für Geflüchtete beschrieben und Empfehlungen ausgesprochen. Das

von den beteiligten Fachbereichen in den Ministerien für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familien (MASGF) und für Bildung, Jugend und Sport (MBSJ) sowie des Innern und für Kommunales (MIK) erarbeitete Konzept beschreibt die bestehenden Strukturen, die Zuständigkeiten und Ansprechpartnerinnen oder Ansprechpartner. Es werden Berichte aus der Praxis hinzugezogen sowie Grundsätze und Ideen für Verbesserungen dargestellt.

Die landesweite Arbeitsgruppe Gesundheit und Migration des Landesintegrationsbeirates Brandenburg wird die hier versammelten Themen aufgreifen und den fachlich-inhaltlichen Dialog- und Moderationsprozess weiterführen.

Für Anregungen und Hinweise gilt der besondere Dank an Vertreterinnen und Vertreter des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, der kommunalen Integrationsbeauftragten, an das Diakonische Werk Berlin-Brandenburg-schlesische Oberlausitz e.V., den AWO Landesverband Brandenburg e.V. und DRK-Landesverband Brandenburg e.V., an FaZIT-Fachberatungsdienst Zuwanderung, Integration und Toleranz, an KommMit e.V. sowie an die Koordinierungsstelle für Gesundheitliche Chancengleichheit bei Gesundheit Berlin Brandenburg e.V..

Seit 2015 wurden erhebliche finanzielle und personelle Ressourcen zur Verfügung gestellt, um allen Geflüchteten Leistungen des Gesundheitssystems anbieten zu können. Dennoch ist im Prozess der Konzepterarbeitung deutlich geworden, dass insbesondere zur Absicherung von Sprachmittlung im Gesundheitswesen und zur Unterstützung von interkulturellem Öffnungsmanagement weitere Aktivitäten erforderlich sind und hierfür weitere personelle und finanzielle Möglichkeiten erschlossen werden müssen.

Als generelle Erkenntnis lässt sich zusammenfassen, dass es in den letzten Jahren gelungen ist, den Geflüchteten und Asylsuchenden eine hochwertige medizinische und gesundheitliche Versorgung anzubieten. Die beschriebenen Herausforderungen weisen auch auf Fragen in der gesundheitlichen Versorgung allgemein hin. So sind beispielsweise Kommunikationsprobleme auch zwischen den behandelnden und den behandelten Menschen verbreitet, die allesamt deutsch sprechen. Die Bewältigung der Herausforderungen, die beschrieben wurden, dient daher ebenso wie die interkulturelle Orientierung und Stärkung der Diversity-Kompetenz von Einrichtungen und Diensten der Gesundheitsversorgung der gesamten Bevölkerung Brandenburgs.

Anlage 1

Quellen und weiterführende Materialien zum Thema „Asyl- und Flüchtlingsgesundheit“

Quellenverzeichnis

Allgemeine Beschreibung des deutschen Gesundheitswesens auf der Website „Gesundheitsinformationen“ des Institutes für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen (IQWiG): www.gesundheitsinformation.de/gesundheitsversorgung-in-deutschland.2698.de.html

Bundesärztekammer, Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31.12.2016:
www.bundesaerztekammer.de/ueber-uns/aerztestatistik/aerztestatistik-2016/

Daten und Grafiken: Menschen mit Migrationshintergrund, ausländischen Bevölkerungen/Flüchtlingen/Asylsuchenden, MASGF August 2017:
www.masgf.brandenburg.de/cms/detail.php/bb1.c.453250.de

Dokumentation der 3. Zukunftswerkstatt „Innovative Versorgung 2016“ zum Thema „Zukunft der Kinder- und Jugendmedizin in Metropole und Fläche“, Cluster Gesundheitswirtschaft Berlin-Brandenburg

Fortschreibungen der Landesintegrationskonzeption seit 2002, aktuelle Fassung 2017

Frank L, Yesil-Jürgens R, Razum O et al. (2017) Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. Journal of Health Monitoring 2 (1): 24-47 DOI 10.17886/RKI-GBE-2017-005

Gesetz über die Aufnahme von Flüchtlingen, spätausgesiedelten und weiteren aus dem Ausland zugewanderten Personen im Land Brandenburg sowie zur Durchführung des Asylbewerberleistungsgesetzes (Landesaufnahmegesetz - LAufnG) vom 15. März 2016; GVBl.I/16, [Nr. 11]

Gesundheitswegweiser für Migrantinnen und Migranten im Land Brandenburg, MASGF 2011:
www.masgf.brandenburg.de/media_fast/4055/Gesundheitswegweiser.pdf

Handreichung „Zugang zum medizinischen Versorgungssystem und zu Angeboten der Gesundheitsförderung/Prävention für geflüchtete Kinder und Jugendliche in Brandenburg“, Koordinierungsstelle für Gesundheitliche Chancengleichheit, Gesundheit Berlin Brandenburg e.V., Potsdam 2016

Herwartz-Emden, L.; u. a. 2017: Familien mit Migrations- und Fluchtgeschichte in den Frühen Hilfen – Hilfreiches interkulturelles Wissen für eine gelingende Zusammenarbeit.
www.mffjiv.rlp.de/fileadmin/mifkjf/Familie/2_Plenum_Herwartz-Emden_FaKoFrueHi_2.02.2017.pdf

Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg:
www.kvbb.de/praxis/zulassung/bedarfsplanung/versorgungssituation/

Kassenzahnärztliche Vereinigung Landesverband Brandenburg:
www.kzvlb.de/ueber-die-kzvlb.html

Praxisleitfaden der Kassenärztlichen Vereinigung Brandenburg

Weiterführende Materialien Übersetzungen und Verständigungshilfen

Migralang: www.migralang.de/cms01/

Hier finden Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im öffentlichen Gesundheitsdienst praktische Verständigungshilfen zur Kommunikation mit Flüchtlingen und Migranten.

Das Bundesministerium für Gesundheit hat den „**Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland**“ veröffentlicht. Der Ratgeber wurde in Zusammenarbeit mit dem Ethno-Medizinischen Zentrum e.V. und in enger Abstimmung mit den zuständigen Behörden aus Bund und Bundesländern erstellt. Der Gesundheitsratgeber erscheint in Deutsch, Englisch, Arabisch, Kurdisch (Kurmanci) und Paschto. Weitere Informationen sowie den Ratgeber als PDF zum Download unter:
www.Ratgeber-Gesundheit-fuer-Asylsuchende.de

Die **REFUGEE TOOLBOX** ist eine innovative, open-access online-Bibliothek, die alle im Internet verfügbaren Dokumente für eine praxisnahe Gesundheitsarbeit mit Asylsuchenden und Geflüchteten sowie Patienteninformationen in aktuell 16 verschiedenen Sprachen auf einer Internetseite bündelt:
www.refugeetoolbox.org.

Die Datenbank beinhaltet u.a. klinische Behandlungsrichtlinien relevanter Krankheitsbilder, Handreichungen und Informationsmaterial zu präventiven Gesundheitsthemen in diversen Sprachen, Übersetzungstools sowie mehrsprachige Broschüren zum Thema Migration, Gesundheit und Integration. Mit fast 600 Dokumenten ist die Toolbox derzeit die umfangreichste Sammlung von Gesundheits- und PatientInneninformationen zum Thema Asyl und Gesundheit im deutschsprachigen Internet

Deutsches Rotes Kreuz (DRK): "**Informationsfilme zu verschiedenen Gesundheitsthemen für Flüchtlinge und Zugewanderte**"; Link: www.drk-gesundheitsfilme.de/

Das DRK hat gemeinsam mit der filmzeit medien GmbH als Projektagentur und in enger Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen, welches das Projekt finanziell gefördert hat, ein Konzept für filmgestützte Informationen zur gesundheitlichen Versorgung entwickelt und umgesetzt.

Tip doc – bebilderte Verständigungshilfen/Anamnesebögen

Unter dem Link: www.setzer-verlag.com/ sind Materialien zu finden, die bei der Arbeit mit Menschen helfen, die (noch) nicht Deutsch sprechen. Alle Materialien stehen zum kostenlosen Download bereit und dürfen - in unveränderter Form - weiterverwendet werden.

Anamnesebögen in 14 Sprachen auf der Webseite von Armut und Gesundheit in Deutschland e.V.;
Link: www.armut-gesundheit.de/gefluechtete/

Zum Thema Infektionsschutz: **Erregersteckbriefe in verschiedenen Sprachen** auf der Webseite der BZgA; Link: www.infektionsschutz.de/erregersteckbriefe/

Fachinformationen, Projekte

Fachinformationen des Robert-Koch-Institutes zu Asylsuchenden und Gesundheit

Link:

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

Infodienst der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung

www.infodienst.bzga.de/?uid=427fcc3aba48813b21fde2f564714dd0&id=migration

Internetportal: handbook germany; Informationsknotenpunkt für Deutschland, auch zum Thema Gesundheit, in den Sprachen Deutsch, Arabisch, Englisch und Dari unter:
www.handbookgermany.de/de/leben/gesundheit.html

Herausgeber: Neue deutsche Medienmacher e. V., Berlin

In der **Studie „Erhebung und einheitliche Beschreibung der Sprachmittlung im Gesundheitswesen“** wird das Thema Kommunikation zwischen Patientinnen und Patienten auf der einen und Behandlerinnen und Behndlern sowie Pflegenden auf der anderen Seite genauer beleuchtet.

Hier kann die Broschüre heruntergeladen oder bestellt werden: www.bundesregierung.de/Content/Infomaterial/BPA/IB/Sprachmittlung%20im%20Gesundheitswesen.pdf?__blob=publicationFile&v=4

Stellungnahme zu Dolmetscherleistungen und Positionspapier des bundesweiten Arbeitskreises Migration und öffentliche Gesundheit

Link:

www.integrationsbeauftragte.de/Webs/IB/DE/Themen/GesellschaftUndTeilhabe/Gesundheit/gesundheit-arbeitskreis.html?nn=2029818

Webseite „Perspektiven – psychosoziale Versorgung von Geflüchteten“: www.perspektiven-pvg.de

Das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie (ZIPP) der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Charité Universitätsmedizin Berlin und das Berliner Institut für empirische Integrations- und Migrationsforschung (BIM) haben die neue Website erstellt, die aktuelle Projekte der beiden Institute zum Thema seelische Gesundheit im Kontext von Flucht und Migration vorstellt.

Geflüchtete Frauen in Deutschland: Sprache, Bildung und Arbeitsmarkt

Kurzanalyse zur Situation geflüchteter Frauen in Deutschland durch das BAMF-Forschungszentrum, April 2017:

www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Kurzanalysen/kurzanalyse7_gefluechtete-frauen.pdf?__blob=publicationFile

Bericht zum Projekt **„Female Refugee Study“** 2017 ist unter: www.female-refugee-study.charite.de bzw. www.heimatkunde.boell.de/2017/08/06/zusammenfassung-study-female-refugees zu finden. Die Studie verfolgt das Ziel beispielhaft in fünf städtischen und ländlichen Regionen in verschiedenen Bundesländern repräsentative Daten zur psychosozialen Gesamtsituation von geflüchteten Frauen in Aufnahmeeinrichtungen bzw. Gemeinschaftsunterkünften zu erfassen.

Modellprojekt „Psychosoziale Versorgung“ in Schweinfurt von Ärzten ohne Grenzen und dem Krankenhaus St. Josef

Link: www.aerzteblatt.de/nachrichten/74441/Psychosoziale-Versorgung-Laien-mit-Fluchterfahrung-helfen-Asylbewerbern

Tagungsdokumentation „Geflüchtete Frauen und Mädchen“

Dokumentation einer Fachtagung in Bremen vom Februar 2017 über die Situation geflüchteter Frauen und Mädchen. Link: www.frauen.bremen.de/die_zgf/schwerpunkt_2017_frauen_und_flucht-13243

Newsletter „Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen“

Die Landesvereinigung für Gesundheit und Akademie für Sozialmedizin Niedersachsen e. V. hat als einen Arbeitsschwerpunkt „Migration und Gesundheit“ und veröffentlicht regelmäßig den Newsletter „Interkulturelle Öffnung im Gesundheitswesen“ mit Informationen zu Veranstaltungen, neuen Projekten, aktuellen politischen Entscheidungen und vielem mehr. Newsletter steht zum Download auf der Internetseite der LVG & AFS bereit: www.gesundheit-nds.de/index.php/medien/newsletter/214-interkulturelle-oeffnung

Das **Forum für Soziale Psychiatrie „Kerbe“** hat in seiner zweiten Ausgabe 2017 den Themenschwerpunkt „Flucht und Migration“ gewählt. Das Heft ist als Einzelausgabe für 8 Euro hier www.kerbe.info/bestellung/einzelhefte/ bestellbar. Eine Leseprobe findet man unter: www.kerbe.info/wp-content/uploads/2017/04/Kerbe_2_17_Leseprobe.pdf

Das **Forum für Soziale Psychiatrie „Kerbe“** hatte im Jahre 2011 ein Heft dem Thema „Psychisch krank in der Fremde“ gewidmet, diese Ausgabe steht komplett zum Download bereit: www.kerbe.info/wp-content/uploads/2012/12/2011_1-Internet.pdf

Buchtip: **Verständnis fördert Heilung.** Von Gertrud Wagemann

Der religiöse Hintergrund von PatientInnen aus unterschiedlichen Kulturen. Ein Leitfaden für ärztliches Fachpersonal, Pflegekräfte, Berater und Betreuer. Verlag Wissenschaft und Bildung, neu durchgesehene und aktualisierte Auflage 2016, ISBN 978-3-86135-299-0, 16 Euro.

Das „**Journal Gesundheitsförderung**“ Heft 3/2016 ist im Februar 2017 veröffentlicht worden als **Schwerpunktheft zu Flüchtlingsgesundheit**. Ein Auszug aus dem Heft: www.conrad-verlag.de/pdf/Leseprobe_Heft_8.pdf

Broschüre **Schwangerschaft und Geburt** (Dezember 2016)

Diese sehr umfangreiche arabisch-deutsche Broschüre entstand mit der Unterstützung der RHÖN-KLINIKUM AG im Rahmen einer ehrenamtlichen Tätigkeit. Unterstützt die Überwindung von Sprachbarriere zwischen Schwangeren arabischer Herkunft und Hebammen, Gynäkologen und Kinderärzten. Link: www.rhoen-klinikum-ag.com/fileadmin/files/konzern/Dokumente/Geburtsvorbereitung_A4_Web_ohne_Schutzgeb.pdf

Anlage 2

Zum Selbstverständnis der Landesarbeitsgruppe Gesundheit und Migration Brandenburg (AG GuM)

Ergebnis der Befassung in der Sitzung der AG GuM am 01. März 2017

1. Vorbemerkungen

Zur Bearbeitung von Fragen zum Themenkreis Gesundheit und Migration konstituierte sich im Juni 2009 auf Empfehlung des Landesintegrationsbeirates die Arbeitsgruppe Gesundheit und Migration. Die Arbeitsgruppe wird seitdem von dem für Gesundheit zuständigen Ressort der Landesregierung (Gesundheitsabteilung/Referat 41 im Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie (MASGF)) koordiniert.

Die landesweite Arbeitsgruppe hat das Ziel, die Bedingungen für den gleichberechtigten Zugang zum gesundheitsbezogenen Versorgungssystem und zur Prävention und Gesundheitsförderung für Migrantinnen und Migranten zu fördern, um die Gesundheitschancen für alle zu verbessern.²⁹

In den vergangenen Jahren erarbeitete die Arbeitsgruppe Empfehlungen, beteiligte sich an Publikationen, erstellte Übersichten und Informationsvorlagen. Insbesondere seien genannt:

- Empfehlungen der AG Gesundheit und Migration im November 2010
- Übersicht zur Sprachmittlung für den Gesundheitsbereich, Stand Januar 2014
- Beitrag zur Erarbeitung des Landesintegrationskonzeptes 2014
- Empfehlung zur Einführung der Elektronischen Gesundheitskarte für Flüchtlinge in Brandenburg

Die Mitglieder der AG sind:

- Integrationsbeauftragte des Landes Brandenburg,
- beteiligte Ressorts der Landesministerien,
- Landesärztekammer Brandenburg,
- Krankenkassen und Krankenkassenverbände,
- Landesgesundheitsamt, Gesundheitsämter,
- Wohlfahrtsverbände,
- Kommunale Integrationsbeauftragte,
- Fachgesellschaften
- FaZIT – Fachberatungsdienst Zuwanderung, Integration und Toleranz
- Koordinierungsstelle für Gesundheitliche Chancengleichheit/Gesundheit Berlin-Brandenburg,
- medizinische Einrichtungen, Angebote der gesundheitlichen Versorgung (incl. psychotherapeutischer/psychiatrischer Versorgung),
- fachlich spezialisierte Einrichtungen für Migrantinnen und Migranten,

2. Vorgehensweise

Die Arbeitsgruppe zeichnet sich durch Fachkompetenz und Praxisnähe sowie ressortübergreifende Zusammenarbeit aus. Durch die Vielfalt der beteiligten Expertinnen und Experten können

²⁹ In Anlehnung an die WHO legt die AG Gesundheit ihre Arbeit einen umfassenden Gesundheitsbegriff zugrunde. Demnach ist Gesundheit nicht nur die Abwesenheit von Krankheit, sondern „ein Zustand des körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens“. Inhaltlich orientiert sich die AG an der „Ottawa Charta zur Gesundheitsförderung“ von 1986. Danach wird die Chancengleichheit auf dem Gebiet der Gesundheit angestrebt: „Gesundheitsförderndes Handeln bemüht sich darum, bestehende soziale Unterschiede des Gesundheitszustandes zu verringern sowie gleiche Möglichkeiten und Voraussetzungen zu schaffen, damit alle Menschen befähigt werden, ihr größtmögliches Gesundheitspotential zu verwirklichen“.

Synergieeffekte erzielt werden, die zum Austausch über landesweit bedeutsame Problematiken, zur Beratung von Institutionen und für die eigene Arbeit genutzt werden können. Die AG versteht sich als professionelles Netzwerk, das Fachkräfte aus dem Gesundheitswesen und dessen Kooperationspartner aus Integrations-/Zuwanderungshilfen verbindet. Die Sitzungen der AG finden mindestens zweimal jährlich statt.

Die Grundlagen der Arbeit der Arbeitsgruppe werden in den folgenden Punkten zusammengefasst:

Die AG GuM leistet einen Beitrag dazu, dass die Situation und die unterschiedlichen Bedürfnisse der Migrantinnen und Migranten in der Gesundheitsversorgung angemessen berücksichtigt werden.

Die AG fördert die migrations- und kultursensible Kompetenz der Gesundheitsdienste sowie der kooperierenden Institutionen im Bereich Personal- und Organisationsentwicklung bezüglich der Zielgruppe Migrantinnen und Migranten.

Die AG erarbeitet Beiträge, initiiert Fachgespräche und liefert Impulse zu Diskussionsprozessen über unterschiedliche Konzepte von Krankheit, Gesundheit, Behandlung und Beratung

3. Arbeitsschwerpunkte

In der AG-Sitzung am 1. März 2017 wird festgehalten, dass das im Jahre 2013 veröffentlichte Material des Ministeriums für Umwelt, Gesundheit und Verbraucherschutz „Konzept und Handlungsempfehlungen des Gesundheitsministeriums zur Verbesserung der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen im Land Brandenburg“ überarbeitet und weiterentwickelt werden soll. Ferner ist eine Aktualisierung der im Jahre 2014 erstellten Übersicht zur Sprachmittlung für den Gesundheitsbereich angezeigt.

Die AG-Mitglieder stimmen der Erarbeitung eines neuen Konzeptes zur Thematik **Zugang zur gesundheitlichen Versorgung (inclusive zur psychotherapeutischen, psychiatrischen Versorgung) und psychosozialen Beratung von Migrantinnen und Migranten im Land Brandenburg** zu.

Mit der Erstellung eines solchen Konzeptes und Empfehlungen für den Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem und zu Angeboten der psychosozialen Beratung für Menschen mit Migrationshintergrund sollen folgende Fragen kommuniziert werden:

- Stärkung bestehender Strukturen (statt Aufbau von Parallelstrukturen)
- Informationen zu Dolmetscherleistungen, Sprachmittlung
- Unterstützung der Agierenden, indem Kompetenzen für interkulturelle Öffnung vermittelt werden
- Informationswahrnehmung verbessern
- Selbsthilfeaktivierung
- Benennung guter Praxis, z. B. Aufbau von integrierten kommunalen Gesundheitsstrategien
- Sach- und Diskussionsstand im Land Brandenburg kann einer breiten Öffentlichkeit zugänglich gemacht werden
- Integrationsarbeit ist Gesundheitsförderung (kann Therapie vermeiden) und Gesundheitsförderung geht nicht ohne soziale Integration

Mit der Erarbeitung dieses Konzeptes sollen Grundhaltungen sowie Wege zur gesundheitlichen Versorgung und psychosozialen Unterstützung aufgezeigt und zugleich praktische Planungshilfen für die Akteurinnen und Akteure im Land Brandenburg gegeben werden.

Zu folgenden Eckpunkten sind Diskussionen und Einordnungen zu führen:

- rechtliche Grundlagen und Zuständigkeiten
- Zugangsbarrieren zur medizinischen, psychotherapeutische/psychiatrischen Versorgung
- psychosoziale Unterstützung durch Beratung
- interkulturelle Öffnung und Umgang mit Sprachbarrieren
- Geschlechtersensibilität
- besondere gesundheitliche Bedarfe (z. B. bei Kindern und Jugendlichen, Migrantinnen/Migranten mit Behinderung, Seniorinnen und Senioren, Pflegebedürftigen)
- gesundheitliche Bildung, Prävention und Gesundheitsförderung
- Unterstützung für Fachkräfte und Ehrenamtliche
- Benennung von Maßnahmen

Anlage 3

Abkürzungsverzeichnis:

AG	Arbeitsgruppe
AG FHPV	Arbeitsgruppe Frühe Hilfen und Pädiatrische Versorgung
AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylG	Asylgesetz
AufnahmeRL-EU	Aufnahme-Richtlinie-EU
AufnRL	Aufnahmerichtlinie
AWO	Arbeiterwohlfahrt
BAMF	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BbgKHEG	Brandenburgisches Krankenhausentwicklungsgesetz
BbgPsychKG	Brandenburgisches Psychisch-Kranken-Gesetz
BGA	Bündnis Gesund Aufwachsen
BGB	Bürgerliches Gesetzbuch
BZgA	Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung
DGKJ	Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
DRK	Deutsches Rotes Kreuz
EAE	Erstaufnahmeeinrichtung
eGK	Elektronische Gesundheitskarte
FaZIT	Fachberatungsdienst Zuwanderung, Integration, Toleranz
FGM_C	Female genital mutilation_cutting
GSN	Gesunde-Städte-Netzwerk
IfSG	Infektionsschutzgesetz
IQWiG	Institut für Qualität und Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen
ISD	Der Internationale Suchdienst
JMD	Jugendmigrationsdienste
KFB	Kooperation für Flüchtlinge in Brandenburg
KGC/GesBB	Koordinierungsstelle Gesundheitliche Chancengleichheit/Gesundheit Berlin Brandenburg
KHG	Krankenhausfinanzierungsgesetz
KJGD	Kinder- und Jugendgesundheitsdienst
KKG	Gesetz zur Kooperation und Information im Kinderschutz
KVBB	Kassenärztliche Vereinigung Brandenburg
KVen	Kassenärztliche Vereinigungen
KZVLB	Kassenzahnärztliche Vereinigung Land Brandenburg
LAufnGDV	Landesaufnahmegesetz-Durchführungsverordnung
LSBTIQ*	Lesben, Schwule, Bisexuelle, Transgender, Trans- und Intersexuelle und queere Menschen
MASGF	Ministerium für Arbeit, Soziales, Gesundheit, Frauen und Familie
MBE	Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer
MBJS	Ministerium für Bildung, Jugend und Sport
MHB	Mobile Heimberatung
MSA-FB	Migrationssozialarbeit - Fachberatungsdienste
NGK	Netzwerke Gesunde Kinder
ÖGD	Öffentlicher Gesundheitsdienst
OSZ	Oberstufenzentrum
PIA	Psychiatrische Institutsambulanzen
PSZ	Psychosoziales Zentrum Brandenburg
RAA Brandenburg	Regionale Arbeitsstellen für Bildung, Integration und Demokratie Brandenburg

SchKG	Schwangerschaftskonfliktgesetz
SFBB	Sozialpädagogisches Fortbildungsinstitut Berlin-Brandenburg
SGB	Sozialgesetzbuch
SPDi	Sozialpsychiatrischer Dienst
SPZ	Sozialpädiatrische Zentren
StimMT	Strukturmigration im Mittelbereich Templin
TBC	Tuberkulose
ÜAFB	Überregionale Arbeitsgemeinschaft Frühförderung Brandenburg
umA	unbegleitete minderjährige Ausländerinnen und Ausländer
ZABH	Zentrale Ausländerbehörde des Landes Brandenburg