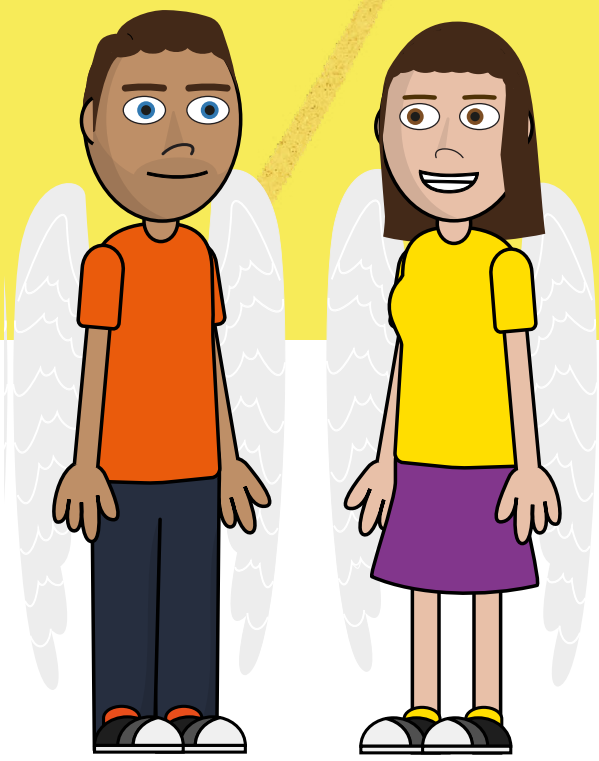
FLUCHT UND GESUNDHEIT

Arbeitshilfe für Engagierte im Gesundheitswesen



Fugee Angels

BADEN-WÜRTTEMBERG

Impressum

Herausgeber
Zukunftswerkstatt Rückenwind e.V.
Schillerstr. 9
71522 Backnang

Redaktion
Jasmin Schmid, Hannah Nothstein

Autorin
Iris Trauner

Mitarbeitende
Nina Geldmacher, Usama A., Fugee Angel Hussein Al Bakri, Beate Schäffer und Birgit Ehinger von BIG

Layout
Nicole Schneider

Grafik
Nicole Schneider, Julian Werner

Erscheinungsdatum
Februar 2023

Die vorliegende Arbeitshilfe ist im Rahmen des Projekts „Fugee Angels“ entstanden, welches von Juli 2020 bis Februar 2023 von der Zukunftswerkstatt Rückenwind (ZWR) in Kooperation mit Beratung-Inklusion-Gesundheit (BIG) von pro juventa umgesetzt wurde. In diesem Projekt wurden Menschen mit Fluchterfahrung als ehrenamtliche Sprach- und Kulturmittler*innen ausgebildet, um anderen Geflüchteten beratend und begleitend in schwierigen Lebenslagen zur Seite zu stehen.

Die Zukunftswerkstatt Rückenwind ist ein gemeinnütziger Verein, der in verschiedenen Bereichen der Kinder- und Jugendarbeit tätig ist. Mit ihrer Arbeit unterstützt die ZWR seit der Vereinsgründung im Jahr 2003 Kinder, Jugendliche und deren Familien in sämtlichen Lebensla gen. Dabei nimmt sie seit 2014 besondere Rücksicht auf die Bedarfe von jungen Geflüchteten. Das Einzugsgebiet der ZWR umfasst den Rems-Murr-Kreis sowie die Stadt Stuttgart.

Mit dem Ziel, allen Menschen Teilhabe zu ermöglichen und zu sozialem Engagement zu bestärken, bietet der Verein ein breites Angebot: von alltagsnaher Hilfe über persönliche Beratungen bis hin zu verschiedenen Projekten. Das Besondere daran: Der Verein hilft auch dort, wo sich sonst niemand zuständig fühlt, und vermittelt Sprachen und kulturelle Kontexte sowohl an seine Zielgruppe als auch an Institutionen.

In Kooperation mit:

Europa fördert
Asyl-, Migrations-, Integrationsfonds

EUROPÄISCHE UNION

Dieses Projekt wird aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds kofinanziert.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung 4

2. Zielsetzung 4

3. Bedeutung von soziokulturellen und sprachlichen Unterschieden im Kontext Gesundheit 5

4. Rechtliche Zugangsbedingungen für Geflüchtete 8

4.1. Differenzierung nach Wohnort 8

4.2. Differenzierung nach aufenthaltsrechtlichem Status und Aufenthaltsdauer 9

4.3. Differenzierung nach Beschäftigungsverhältnis 10

5. Körperliche Gesundheit 11

5.1. Kostenübernahme 11

5.1.1 Behandlungskosten, Heil- und Hilfsmittel 11

5.1.2 Sprachmittlungskosten 13

5.2. Besonders schutzbedürftige Personen 14

5.2.1 Behinderung 14

5.2.2 Schwangerschaft und Empfängnisverhütung 16

6. Psychische Gesundheit 16

6.1. Trauma 16

6.2. Posttraumatische Belastungsstörung 18

6.3. Umgang mit Klient*innen mit Traumafolgestörungen 19

6.4. Zugang zu psychologischer Behandlung für Geflüchtete 20

7. Aufenthaltsrechtliche Bedeutung von Erkrankungen 21

7.1. Gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse 21

7.2. Anforderungen an fachärztliche Atteste 22

Erklärung

Bei allen in dieser Arbeitshilfe grafisch dargestellten Personen handelt es sich um Fugee Angels. Lediglich Fugee Angel **Tony** wird im Zusammenhang mit den im Rahmen dieses Projekts entstandenen Erklärvideos ohne Flügel abgebildet.

Um die Realität widerzuspiegeln, wurde versucht, die Diversität unter den Fugee Angels durch Variation einiger optischer Merkmale sichtbar zu machen. Die äußerlichen Merkmale der Figuren stehen in keinem Zusammenhang mit den sich daneben befindenden Inhalten.

1. Einleitung

Körperlicher und psychischer Gesundheit wird in Deutschland ein großer Stellenwert beigemessen: mit rund 11 Prozent des Bruttoinlandsproduktes ist es eines der teuersten Gesundheitssysteme in Europa.

Laut dem statistischen Bundesamt gibt der deutsche Staat jährlich rund 5300 Euro pro Einwohner*in für gesundheitsrelevante Ausgaben[1] aus (Stand 2020) – Tendenz steigend.[2] Bekannt ist das deutsche Gesundheitssystem im internationalen Vergleich vor allen Dingen für den einfachen Zugang zur Gesundheitsversorgung. Auch wenn unter dem Begriff Einwohner*in alle meldepflichtigen Personen – also auch Geflüchtete – gezählt werden, ist der Zugang zu Gesundheitsleistungen keineswegs gleich. Vielmehr ist er für Geflüchtete – abhängig von verschiedenen Faktoren – teilweise stark begrenzt und schwer zu überblicken.

Geflüchtete Personen, welche nach Europa und Deutschland kommen, haben in vielen Fällen jedoch keinen geringeren Bedarf an medizinischer und psychologischer Behandlung als Nicht-Geflüchtete: durch Folter, Verfolgung, bewaffnete Konflikte, unzureichende medizinische Versorgung vor und auf der Flucht unterliegen geflüchtete Menschen vielmehr einem erhöhten Risiko, physisch und psychisch zu erkranken.

So zeigen zum Beispiel internationale Studien, dass Geflüchtete eine höhere Krankheitslast aufweisen und dabei häufiger an psychischen und chronischen Krankheiten sowie Infektionskrankheiten und Ernährungsfolgestörungen erkranken. Die Bundespsychotherapeutenkammer ging 2015 beispielsweise davon aus, dass mindestens die Hälfte der Geflüchteten in Deutschland psychisch erkrankt sei und schätzte die Anzahl an erwachsenen Geflüchteten in Deutschland, welche unter Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) leiden, auf rund 40 bis 50 Prozent. Ebenso sollen rund 50 Prozent der erwachsenen Geflüchteten in Deutschland unter Depressionen leiden.[3]

Über humanitäre Aufnahmeprogramme kommen zudem Menschen mit speziellen Herausforderungen an, welche beispielsweise aufgrund der Schwere ihrer Krankheit einreisen durften und deshalb dringend auf adäquate Behandlung angewiesen sind.

Es fehlt an allen Enden an unbürokratischen Zugängen zur Gesundheitsversorgung – und am Verständnis für die Hürden und Einschränkungen des Zugangs zur Gesundheitsversorgung für Geflüchtete, die leider nach wie vor vorhanden sind.

2. Zielsetzung

Hier setzt die folgende Arbeitshilfe an und macht es sich daher zum Ziel, auf ebenjene Hürden, Einschränkungen und Besonderheiten aufmerksam zu machen und dadurch ein tieferes Verständnis für die Bedarfe und Hintergründe geflüchteter Klient*innen[4] zu erlangen.

Die Arbeitshilfe richtet sich in erster Linie an Fachkräfte, die im Gesundheitswesen mit geflüchteten Menschen in Kontakt kommen. Im Sinne eines breitgefassten Verständnisses von Gesundheitssystem können hierunter neben medizinischen Angeboten beispielsweise auch traumapädagogische Beratungsstellen, Präventionsmaßnahmen, verschiedenste Selbsthilfegruppen etc. gezählt werden. Fachkräften soll die Lebenswelt ihrer Klient*innen mit Fluchterfahrung nähergebracht und zugänglicher gemacht werden. Besonderheiten, die bei der Beratung und Behandlung von Geflüchteten mitgedacht werden sollten, werden hier thematisiert.

Selbstverständlich ersetzt diese Arbeitshilfe keinesfalls die Erkundung der jeweiligen Klient*innen. Sie soll vielmehr Denkanstöße geben, einen Perspektivwechsel ermöglichen und dadurch Missverständnissen vorbeugen. Ebenso kann der Diversität innerhalb des deutschen Gesundheitssystems mit all seinen Unterschieden nur in Exkursen, jedoch keinesfalls flächendeckend Rechnung getragen werden.

---

1 Als gesundheitsrelevant wird dabei angesehen, was das Ziel der Prävention, Behandlung, Rehabilitation und Pflege verfolgt.

2 https://www.destatis.de/DE/Presse/Pressemitteilungen/2022/04/PD22_153_236.html;jsessionid=16877049E9AF94B79688C87301BC4EE8.live722

3 https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf

4 Im Folgenden wird allgemein von *Klient*innen* gesprochen. Dies soll im Vergleich zu *Patient*innen* eine neutralere Bezeichnung darstellen und der Diversität an Beziehungen zwischen Geflüchteten und Beschäftigten im Gesundheitswesen Rechnung tragen.

Wie im Herkunftskontext über Krankheit und Gesundheit gesprochen und gedacht wird sowie bisher gemachte Erfahrungen im Themenkomplex Gesundheit spielen auch in Deutschland eine zentrale Rolle im Kontakt zwischen Gesundheitssystem und Klient*innen.

Hierzu wird zunächst ein Blick auf sprachliche und kulturelle Unterschiede im Themenkomplex Gesundheit geworfen. Ebenfalls eine zentrale Rolle in Bezug auf Hürden und Zugänge zum Gesundheitssystem für geflüchtete Menschen in Deutschland kommt den rechtlichen Rahmenbedingungen des Zugangs zu. Daher soll in kompakter Form dargestellt werden, welche Unterschiede es beim Zugang gibt und welche Akteur*innen hierbei eine Rolle spielen können.

Da Geflüchtete selbst die zentralsten Akteur*innen hierbei sind, wurden Menschen mit Fluchterfahrung in die Erarbeitung dieser Arbeitshilfe miteinbezogen. An einigen Stellen sind daher Zitate von Geflüchteten zu finden, welche einen tieferen Einblick in deren Perspektive geben sollen.[5] Wird Gesundheit oft als Überbegriff für körperliche, psychische und soziale Gesundheit gesehen, bezieht sich diese Arbeitshilfe auf die körperliche sowie psychische Gesundheit. Schlussendlich wird ein Blick darauf geworfen, inwieweit Krankheit im Kontext von Flucht nicht „nur" aus gesundheitlichen, sondern auch aus aufenthaltsrechtlichen Gründen relevant sein kann.

3. Bedeutung von soziokulturellen und sprachlichen Unterschieden im Kontext Gesundheit

Ähnlich wie in vielen anderen Lebensbereichen spielen die bisherigen Erfahrungen, Handlungs- und Deutungsmuster aus den Herkunftskontexten auch im Gesundheitssystem eine Rolle.

Fachkräfte im Gesundheitswesen haben regelmäßig auch mit geflüchteten Klient*innen zu tun, welche anderes Wissen sowie andere Erfahrungen und auch Erwartungen bezüglich der Themen Krankheit und Gesundheit mitbringen und mit in die Behandlungssituation nehmen. Ihr Blick auf Krankheit, Behandlung sowie die Art und Weise, darüber zu sprechen, wird Teil der zwischenmenschlichen Situation. Diese Unterschiede sind manchmal mehr, manchmal weniger offensichtlich und können zu anfänglichen Irritationen auf beiden Seiten führen.

Mittlerweile muss bei der Thematisierung von Herkunftskontexten geographisch nicht erst außerhalb Europas angefangen werden – auch Menschen aus der Mitte Europas flüchten aus ihrem Heimatland und kommen auf der Suche nach Schutz unter anderem nach Deutschland. Auch diese Menschen kommen aus einem anderen Gesundheitssystem und über kurz oder lang in Kontakt mit den möglicherweise zunächst unverständlichen Mechanismen des deutschen Gesundheitssystems. Die Frage, mit welchem Wissen und welchen Erfahrungen Menschen in Bezug auf das Gesundheitssystem nach Deutschland kommen, beginnt bereits bei den Gegenbegriffen *Krankheit* und *Gesundheit*.

Natürlich gibt es auch in Deutschland kein einheitliches Verständnis davon – so wie es weltweit individuell verschiedene Sichtweisen gibt. Trotz aller individuellen Definitionen von Krankheit und Gesundheit lohnt sich jedoch ein Blick auf jeweils eine im Fachbereich vorherrschende Definition. Als eine der geläufigsten Definitionen von *Krankheit* im deutschsprachigen Raum wird die Definition im *Wörterbuch medizinischer Fachbegriffe* angesehen. Hiernach ist Krankheit die *„Störung der Lebensvorgänge in Organen oder im gesamten Organismus mit der Folge von subjektiv empfundenen und/oder objektiv feststellbaren körperlichen, geistigen oder seelischen Veränderungen"*. Vereinfacht gesagt ist Krankheit also eine Störung von körperlichen und/oder psychischen Funktionen des Menschen, welche sowohl subjektiv als auch objektiv feststellbar ist.

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) widmet sich hingegen dem Gegenbegriff *Gesundheit*. Sie definiert Gesundheit als einen *„Zustand des umfassenden körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht lediglich das Freisein von Krankheit und Schwäche*". Der Umgang mit Gesundheit und Krankheit und damit verbunden auch der Umgang mit Schmerz hängt zu einem nicht unerheblichen Teil von soziokulturellen Faktoren ab.

5 Die Informationen der Aussagen der befragten Klient*innen spiegeln jeweils deren persönliche Erfahrungen und Wissensstände wider. Sie wurden nicht formal überprüft und können demnach nicht als allgemeingültige Informationen zum jeweiligen Herkunftskontext gewertet werden. Eventuelle örtliche Unterschiede sowie zeitliche Veränderungen können nicht berücksichtigt werden. Die Aussagen wurden sprachlich korrigiert, um die Verständlichkeit zu vereinfachen, sowie gendersensibel angepasst.

Die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen ist ein Zusammenspiel aus unausgesprochenen Erwartungen und Erfahrungen, welches bereits bei dem individuellen Behandlungsbedürfnis beginnt: Wann ist etwas „schlimm“ genug, um (ärztliche) Hilfe zu suchen? Wie ist der sich mitunter kulturell unterscheidende Umgang mit Schmerz zu verstehen? Unterbewusste Verhaltens- und Vorgehensweisen lassen sich beispielsweise bereits bei der Suche nach Anlaufstellen und bei der Wahl der jeweiligen Behandlungsform (u.a. Psychotherapie versus Besuch von Ärzt*innen) beobachten. Auch bei der Terminvereinbarung, beim Verhalten in der Praxis und nicht zuletzt in der Therapie, im Kurs oder in der Behandlung oder Beratung selbst können neue mitunter ungewohnte Verhaltensmuster beobachtet werden.

Einen Blick auf mögliche Unterschiede zwischen den diversen Herkunftskontexten und Deutschland zu werfen, ermöglicht Fachkräften einen Perspektivenwechsel, gibt Erklärungsmöglichkeiten und beugt Missverständnissen sowie Frustration auf beiden Seiten vor.

Während Patient*innen beispielsweise in Teilen der Autonomen Region Kurdistan im Irak – ähnlich wie in Deutschland – von den lokalen Gesundheitszentren an die jeweiligen Spezialist*innen weiterverwiesen werden, ist das System der Hausärzt*innen in Syrien hingegen größtenteils unbekannt. Stattdessen werden die jeweils benötigten Fachärzt*innen direkt und ohne vorherige Terminvereinbarung aufgesucht. Für bestimmte Behandlungen gibt es lediglich in den Krankenhäusern selbst Fachärzt*innen.

Für Geflüchtete anderer Herkunftskontexte ist selbst das System der Fachärzt*innen gänzlich unbekannt und dementsprechend ungewohnt: „In Deutschland gibt es für jeden Körperteil eine*n eigene*n Arzt/Ärztin.“ Dass daher Verwirrung in Bezug auf das „korrekte“ Vorgehen in Deutschland entsteht und so manches Mal ein Krankenhaus aufgesucht wird, ohne dass ein medizinischer Notfall bestünde, ist nur verständlich. Bereits der Begriff des *Notfalls* kann unklar sein. Ein Geflüchteter aus Syrien erinnert sich: *„Eigentlich soll man hier in Deutschland erst zu Ärzt*innen und nur im Notfall ins Krankenhaus gehen. Aber was ist ein Notfall für Deutsche? Muss ich halb tot sein, um ins Krankenhaus gehen zu dürfen? Einmal hat man mir in der Praxis gesagt, dass ich eigentlich im Krankenhaus sein sollte, weil es ein Notfall ist. Als ich dort ankam, wurde ich gefragt, weshalb ich hier bin – das sei ja schließlich kein Notfall. Wie soll ich also wissen, wo ich richtig bin?“*

Besonders krankenversicherungs- und finanzierungstechnische Unterschiede wirken sich in der Anfangszeit stark auf den Umgang mit Gesundheit und Krankheit aus: *„In Syrien muss man schon in die Tasche greifen, bevor man Ärzt*innen überhaupt auch nur von Weitem gesehen hat.“* Zwar gibt es dort staatliche Krankenhäuser und (wenige) vom Staat finanzierte ärztliche Praxen – aufgrund der hohen Kosten für Gesundheitsleistungen sind die Kapazitäten jedoch maßlos ausgeschöpft, worunter die Qualität der Behandlung leidet. Zugang zu (qualitativ hoher) Behandlung hängt in vielen Weltgegenden wesentlich von den finanziellen Mitteln der Betroffenen ab – so auch beispielsweise in Nigeria, in Irak-Kurdistan oder in Syrien. Dass Vorsorgeuntersuchungen daher nur von finanziell gut situierten Personen genutzt werden, ist eine logische Folge des Finanzierungssystems: *„Glaub mir: solange du gesund bist und noch nichts ‚kaputt‘ ist, möchtest du dir weder die lange Wartezeit, noch die Rechnung antun.“* (Syrien) Als Vergleich: selbst bei einer „guten“ monatlichen Rente (wenn überhaupt Rente bezogen wird) von 100.000 Syrischen Lira (aktuell umgerechnet 40 Euro) sind Behandlungskosten von regelmäßig mehr als 10.000 Syrischen Lira ein erheblicher Betrag.[6] Zudem spielen in Kriegsgebieten mögliche Gefahren auf dem Weg ins Krankenhaus eine Rolle: bei milden Beschwerden werden eventuelle Gefahren nur selten auf sich genommen. Auch in Deutschland kommt es daher anfangs häufig vor, dass Geflüchtete erst nach wochenlangen Beschwerden und starken Schmerzen zu Ärzt*innen gehen.

Dass viele Geflüchtete die in Deutschland angebotenen Vorsorgeuntersuchungen oder auch Gesundheitsangebote wie Rehabilitationsmaßnahmen, Heilkuren, Hilfsmittel, Früherkennungsuntersuchungen, sportmedizinische Kurse oder Zahnreinigungen erst gar nicht „auf dem Schirm“ haben, erklärt sich ebenso durch die Zugangssituation im jeweiligen Herkunftskontext. Häufig wird jedoch von deutscher Seite – vor allem beim Thema Schwangerschaft und Kinder - das Nicht-Wahrnehmen solcher Angebote als Desinteresse missverstanden.

6 Aufgrund der starken Schwankungen der Syrischen Lira lohnt sich ein Fokus auf die Kaufkraft. Mit 100.000 Syrischen Lira kann man aktuell (August 2022) fünf Hähnchen kaufen.

Viele Praxen sehen sich darüber hinaus oft mit dem Thema Terminvereinbarung konfrontiert: *„Wenn du nicht einfach in die Praxis gehst, wirst du nie behandelt. Obwohl mir meine Sozialarbeiterin erklärt hat, dass ich vorher einen Termin vereinbaren muss, bin ich anfangs trotzdem einfach in die Praxis gegangen. Ich musste erst lernen, dass das in Deutschland nichts bringt und die meisten Praxen irritiert oder genervt reagieren.“*

Ebenso beim Zugang zu Medikamenten kann es anfänglich zu Verwirrung kommen: *„In Nigeria bekommt man die meisten Medikamente ohne Rezept – sofern man genügend Geld hat. Dass ich in Deutschland für vieles erst einmal zu Ärzt*innen gehen muss, hat mich anfangs sehr gewundert. Ich dachte anfangs, das liegt daran, dass ich Ausländerin bin.“*

Vorsicht ist bei Themen wie Sucht, Behinderung oder auch psychologischen Bedarfen geboten.[7] Vorherrschende Diskriminierung und Stigmatisierung im Herkunftskontext beeinflussen die Bewertung, das Verständnis und den Umgang mit Erkrankungen unbewusst. In Syrien beispielsweise ist Alkohol- oder Drogensucht vielerorts ein Tabuthema. Die Begriffe *Drogen* oder auch *Marihuana* werden teilweise auch als Schimpfwörter benutzt. Selbst die Frage nach regelmäßigem Alkoholkonsum beispielsweise in Aufklärungsgesprächen kann daher – wenn unbeachtet – unter Umständen zu einer angespannten Situation führen.

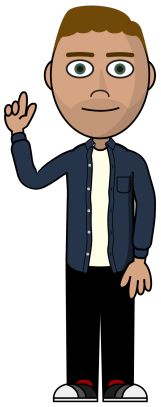
Mit etwas Empathie, interkulturellem Verständnis, Interesse am Gegenüber sowie der Bereitschaft zum Perspektivenwechsel können viele Missverständnisse und Ungereimtheiten jedoch schnell geklärt werden.

„Sprachliche Verständigung”

Eine für alle Beteiligten funktionierende Kommunikation ist die Basis für eine adäquate und klient*innenzentrierte Beratung und Behandlung. Das Hinzuziehen von bereits existierenden Schaubildern und anderen (mehrsprachigen) Informationsmaterialien beispielsweise zu Krankheitsbildern kann hilfreich sein, um gegenseitige Verständigung zu ermöglichen. Diese Ansätze ersetzen jedoch keinesfalls die Einbindung qualifizierter Sprachmittler*innen. Denn nicht nur sprachliches, sondern auch kulturelles Wissen spielt im oft sensiblen Themenkomplex von Gesundheit und Krankheit eine bedeutsame Rolle. Die Einbeziehung von Familienangehörigen, allen voran Kindern, sollte nach Möglichkeit vermieden werden.

Weitere Infomaterialien zur Erklärung des deutschen Gesundheitssystems für Geflüchtete

- Sozialbehörde Hamburg: Gesundheitsversorgung in Deutschland einfach erklärt
- Bundesministerium für Gesundheit:
  - Das deutsche Gesundheitswesen: Ratgeber Gesundheit für Asylsuchende in Deutschland (in verschiedenen Sprachen, u.a. Arabisch, Kurdisch, Dari, Paschtu)
  - Bundesgesundheitsministerium: Online-Ratgeber für Asylsuchende
  - Bundesgesundheitsministerium: Wegweiser Gesundheit für alle (in verschiedenen Sprachen, u.a. Arabisch, Kurdisch, Dari, Paschtu, Ukrainisch)



Weitere Infomaterialien für Fachkräfte

Caritasverband Wuppertal/Solingen:
Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten. Ein Handbuch für hauptamtliche Fachkräfte (2017)

7 Zu sprachlichen und soziokulturellen Besonderheiten im Kontext von psychischen Erkrankungen wird in Kapitel 6 näher eingegangen.

4. Rechtliche Zugangsbedingungen für Geflüchtete

Nicht nur unterschiedliche Erfahrungen sowie sprachliche und kulturelle Hintergründe spielen im Kontext Gesundheitsversorgung eine Rolle. Auch die rechtlichen Rahmenbedingungen für Geflüchtete in Deutschland können Hürden beim Zugang zum Gesundheitssystem darstellen und müssen daher berücksichtigt werden.

Um ein besseres Verständnis für (bürokratische) Hürden, Hindernisse und auch Grenzen der Gesundheitsversorgung für Geflüchtete zu erlangen, ist ein kurzer Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die beteiligten Akteur*innen vonnöten.

Nach einer gesundheitlichen Erstuntersuchung[8] bei Ankunft in Deutschland, welche zur frühzeitigen Erkennung von ansteckenden Erkrankungen dienen soll, hängen Art und Umfang des Zugangs zu gesundheitlicher Versorgung für Geflüchtete von verschiedenen Faktoren ab. Die wohl wichtigsten Faktoren sind hierbei der **aufenthaltsrechtliche Status** sowie der **Wohnort**. Ebenfalls eine Rolle spielen die **Aufenthaltsdauer** und ein eventuell bestehendes **Arbeitsverhältnis**.

4.1. Differenzierung nach Wohnort

Sobald Geflüchtete aus einer Erstaufnahmeeinrichtung ausziehen, wird die gesundheitliche Versorgung nach § 10 AsylbLG von der Landesregierung des jeweiligen Bundeslandes bestimmt. Die rechtliche Ausgestaltung der medizinischen Versorgung von nicht versicherungspflichtigen Geflüchteten richtet sich nach § 264 Abs. 1 SGB V. Demnach variieren die zuständigen Behörden, Kostenträger sowie Verfahrensdetails von Bundesland zu Bundesland.

Während in manchen Bundesländern unter Umständen auch Geflüchtete ohne Aufenthaltserlaubnis eine elektronische Gesundheitskarte von den Kommunen erhalten und Ärzt*innen demnach direkt und ohne vorherige Einholung einer Genehmigung aufsuchen können, wird Geflüchteten in anderen Bundesländern lediglich ein Behandlungsschein von der zuständigen Sozialleistungsbehörde erteilt (siehe hierzu: Exkurs Behandlungsschein in BW). Im Falle der elektronischen Gesundheitskarte werden die Kosten von der Krankenkasse mit der zuständigen Behörde abgerechnet – im Gegensatz zur Regelversicherung besteht dennoch lediglich ein beschränkter Leistungsanspruch und -umfang. Dieser variiert aufgrund jeweils unterschiedlicher Rahmenvereinbarungen und dem darin vereinbarten Leistungsumfang in den Ländern. Im Falle des Behandlungsscheins werden die Behandlungskosten vom Sozialleistungsträger an die behandelnden Stellen erstattet.[9]

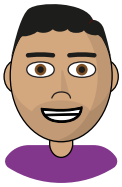
8 Nach Ankunft in einer Erstaufnahmeeinrichtung findet eine gesundheitliche Erstuntersuchung inklusive Tuberkulose-Screening, Gesundheitscheck und Schutzimpfungen statt, welche im Umfang sehr beschränkt und nicht ausreichend ist. Zudem wird diese verpflichtende Untersuchung von vielen Geflüchteten als demütigend empfunden. Im Folgenden wird sich auf die Versorgungslage außerhalb der medizinischen Versorgung in den Erstaufnahmeeinrichtungen beschränkt.

9 Genauere Informationen hierzu unter Asylanträge in Deutschland | bpb.de und TUD_MIDEM_PolicyPaper_2022-1_RZ_online.pdf (forum-midem.de).

4.2. Differenzierung nach aufenthaltsrechtlichem Status und Aufenthaltsdauer

Der Zugang zum Gesundheitssystem unterscheidet sich stark nach dem jeweiligen aufenthaltsrechtlichen Status der Person. Auch die Aufenthaltsdauer in Deutschland spielt hierbei eine wichtige Rolle. Daher soll diese Arbeitshilfe im Folgenden näher auf die jeweiligen Hürden eingehen und Unterschiede aufzeigen.

Uneingeschränkter Zugang



Personen, deren Asylantrag positiv beschieden wurde oder welche über einen anderen Weg (beispielsweise durch eine Erwerbstätigkeit, einen Studienaufenthalt oder Familiennachzug) eine Aufenthaltserlaubnis erlangt haben, haben grundsätzlich denselben Zugang zu Gesundheitsleistungen wie Inländer*innen. Gleiches gilt seit dem 1. Juni 2020 für ukrainische Geflüchtete mit einer Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 AufenthG.[10] Eine vollwertige Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung ist daher möglich. Nichtsdestotrotz bleiben sprachliche, strukturelle und kulturelle Hürden in Bezug auf den Zugang zu Versorgungsangeboten häufig bestehen.

Eingeschränkter Zugang

Vereinfacht lässt sich unterscheiden zwischen Menschen mit und ohne Aufenthaltserlaubnis – welche entweder uneingeschränkten oder eingeschränkten Zugang zur Regelversorgung haben. Der Bereich des eingeschränkten Zugangs ist jedoch differenzierter zu betrachten.

Während des laufenden Asylverfahrens sind Asylsuchende zunächst nicht gesetzlich krankenversichert, sodass lediglich ein eingeschränkter Zugang zu gesundheitlichen Leistungen besteht. Ebenso fallen folgende Personengruppen in die Kategorie des beschränkten Zugangs:

- Personen mit Duldung, die sich weniger als 18 Monate in Deutschland aufhalten (gerechnet ab Ersterfassung im Bundesgebiet)
- Personen mit Duldung, die sich länger als 18 Monate in Deutschland aufhalten, deren Sozialleistungen jedoch nach § 1a AsylbLG gekürzt wurden
- (weitere) ausreisepflichtige oder nur vorübergehend in Deutschland lebende Personen, welche sich weniger als 18 Monate in Deutschland aufhalten

Eine Ausnahme hiervon stellen Ukrainer*innen dar – diese erhalten bereits ab Antragstellung einer Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG in Deutschland vollständigen Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Trotz gegebenenfalls eingeschränktem Zugang haben nach § 4 AsylbLG alle Geflüchteten einen Anspruch auf medizinische (und zahnmedizinische) Versorgung. Diese muss in oben genannten Fällen von staatlicher Stelle gewährleistet werden und richtet sich nach § 4 Abs. 1 AsylbLG.

Anspruch besteht für oben genannte Personengruppen – in Kurzform – lediglich auf

- die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände
- Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt
- erforderliche Schutzimpfungen
- medizinisch gebotene Vorsorgeuntersuchungen

Auch die Behandlung eines chronischen Zustands, welcher ohne Behandlung zu einem akuten Zustand führen würde, fällt unter diese Aufzählung.

Weitere Leistungen können übernommen werden – jedoch liegt dies im Ermessen der jeweils zuständigen Behörde und richtet sich nach § 6 AsylbLG. Hierauf wird im weiteren Verlauf in Kapitel 5 und 6 näher eingegangen.

10 Der Anspruch besteht bereits mit einer Fiktionsbescheinigung gemäß § 81 Abs. 3 oder 4 AufenthG nach Antrag auf § 24 AufenthG.

Personen ohne Aufenthaltserlaubnis, welche sich jedoch schon 18 Monate ohne wesentliche Unterbrechung in Deutschland aufhalten (Ausnahme: Personen mit gekürzten Leistungen nach § 1a AsylbLG), erhalten sogenannte Analogleistungen nach § 2 AsylbLG und durch eine elektronische Gesundheitskarte Zugang zu den regulären Gesundheitsleistungen. Hierdurch können ohne Umwege ärztliche Praxen aufgesucht und Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden, welche direkt im Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) abgedeckt sind. Zwar wird damit eine Angleichung an Personen mit regulärem Zugang zu gesundheitlicher Versorgung geschaffen. Dennoch können auch Analogleistungsempfänger*innen genehmigungspflichtige Behandlungen und Kostenübernahmen vom jeweiligen Sozialleistungsträger verweigert werden.

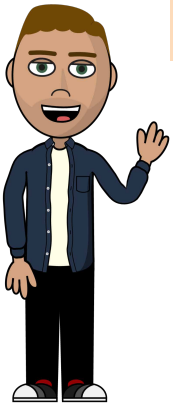
System des Behandlungsscheins in der Praxis: Beispiel Baden-Württemberg

Geflüchtete in Baden-Württemberg, welche nur eingeschränkten Zugang zu Behandlungen haben, erhalten für jedes Quartal zwei Behandlungsscheine vom zuständigen Sozialleistungsträger: einen Behandlungsschein für zahnmedizinische Behandlungen und einen weiteren für alle anderen medizinischen Behandlungen. Dieser muss bei der ersten Behandlung des Quartals bei der jeweiligen behandelnden Praxis abgegeben werden und dort verbleiben, da damit die Kosten vom Sozialleistungsträger erstattet werden. Um während des laufenden Quartals auch andere (Fach-)Ärzt*innen aufsuchen zu können, müssen die Patient*innen von den jeweils erstbehandelnden Praxen weiterverwiesen werden. Überweisungen ins Krankenhaus, Heilmittel, Operationen und viele andere Behandlungen müssen beispielsweise vorher vom Sozialleistungsträger genehmigt werden. Diese Praxis macht die gesundheitliche Versorgung beziehungsweise Behandlung nicht nur kompliziert, sondern vor allem spontane Behandlungen beinahe unmöglich, da immer zuerst eine neue Überweisung geholt werden muss. Wenn beispielsweise die den Behandlungsschein einbehaltende Praxis hierzu spontan keine Kapazitäten hat, im Urlaub ist oder aus sonstigen Gründen nicht erreichbar ist, kann eine weitere Behandlung nur mit viel bürokratischem Aufwand erfolgen.

In anderen mit Behandlungsschein operierenden Bundesländern Deutschlands werden Behandlungsscheine oftmals sogar nur für einmalige Behandlungen erteilt und müssen daher für jede Behandlung neu beantragt werden. Dies wird zu Recht vielerorts als unzulässige Diskriminierung Geflüchteter bezeichnet.

Mehr Informationen

MIDEM: Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden in den Bundesländern (2022)



4.3. Differenzierung nach Beschäftigungsverhältnis

Durch die sozialversicherungsrechtliche Anmeldung von Arbeitnehmer*innen seitens der Arbeitgeber*innen werden auch geflüchtete Angestellte kranken- und pflegeversichert. Beachtet werden sollte hierbei der Austausch mit der Sozialleistungsbehörde – sowohl im Falle des Beginns als auch der Beendigung eines Arbeitsverhältnisses, da hierbei regelmäßig bürokratische Probleme entstehen. Vor allem bei Beendigung eines Arbeitsverhältnisses muss eine nahtlose Versicherung gewährleistet werden, welche entweder über eine (an Fristen gebundene) freiwillige Weiterversicherung bei der gesetzlichen Krankenkasse oder eine Rückanbindung an die Sozialleistungsbehörde erfolgen kann.

Die vorangegangene Darstellung der unterschiedlichen Zugangskriterien zum Gesundheitssystem soll Beschäftigten im Gesundheitswesen den komplexen rechtlichen Hintergrund zu (un)möglichen Behandlungen ihrer Klient*innen sowie eventuelle bürokratische Hürden verständlich(er) machen.

Die jeweiligen Möglichkeiten und Hindernisse sind demnach je nach Einzelfall neu zu eruieren. Hierbei ist in vielen Fällen ein enger Austausch mit den verschiedenen beteiligten und zuständigen Akteur*innen sinnvoll.

Da die medizinische und psychosoziale Versorgung von Geflüchteten in den Zuständigkeitsbereich der Bundesländer fällt, unterscheiden sich die konkreten Zuständigkeiten und involvierten Akteur*innen örtlich stark. Regelmäßig involviert sind dabei – vor allem im Falle der Praxis der Behandlungsscheine – die jeweiligen Sozialleistungsbehörden (regelmäßig Sozialamt oder Landratsamt) sowie das Gesundheitsamt. Oftmals sind Geflüchtete an Beratungsangebote von Integrationsmanager*innen oder an die Migrationsberatung für Erwachsene (MBE) angebunden. Da sie in vielen Fällen einen guten Überblick über die Hintergrundsituation und die Zugangsbeschränkungen sowie über die nötigen bürokratischen Schritte haben, können diese – nach vorheriger Absprache mit den jeweiligen Klient*innen und nach Erteilung einer Schweigepflichtsentbindung – herangezogen werden.

Mehr Informationen

- Caritasverband Wuppertal/Solingen: Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten. Ein Handbuch für hauptamtliche Fachkräfte (2017)
- BARMER: Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden (2017)

5. Körperliche Gesundheit

5.1. Kostenübernahme

5.1.1 Behandlungskosten, Heil- und Hilfsmittel

Wie in Kapitel 4 erwähnt, werden Menschen mit eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsleistungen laut § 4 AsylbLG grundsätzlich nur die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sowie die erforderlichen Schutzimpfungen und medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen zugestanden.[11] Ebenso ist die Behandlung von chronischen Erkrankungen wie Diabetes zu übernehmen, sofern die Erkrankung mit Schmerzen verbunden ist oder bei Unterlass der Behandlung eine akute Verschlechterung droht.

§ 4 AsylbLG: Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt

(1) **1** Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. **2** Zur Verhütung und Früherkennung von Krankheiten werden Schutzimpfungen entsprechend den §§ 47, 52 Absatz 1 Satz 1 des Zwölften Buches Sozialgesetzbuch und die medizinisch gebotenen Vorsorgeuntersuchungen erbracht. **3** Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist.

Auch ein Behandlungsanspruch im Krankenhaus besteht nur, wenn es sich um eine akute oder schmerzhafte Erkrankung handelt. Abgesehen von medizinischen Notfällen ist hierfür demnach eine Genehmigung der Kostenträger erforderlich.

11 Hierbei sind Unterschiede in Leistungsumfang und Umsetzung je nach Bundesland zu berücksichtigen.

Im Bereich Gynäkologie werden auch bei nur eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsleistungen die gängigen Vorsorgeuntersuchungen übernommen.

Darüber hinaus können im Rahmen von § 6 Abs. 1 AsylbLG dem Wortlaut nach *sonstige* Leistungen genehmigt werden, sofern diese (medizinisch) notwendig sind.

- Heil- und Hilfsmittel (wie Physiotherapie, Seh- und Hörhilfen, Prothesen, Rollstühle, orthopädische Schuhe)
- Sprach- und Ergotherapie
- Rehabilitationsleistungen
- Frühförderung
- Heil- und Genesungskuren
- Fahrtkosten
- Sprachmittler*innendienste
- Psychotherapie (siehe Kapitel 6)

Um genehmigt zu werden, müssen Behandlungen

- auf eine akute Erkrankung und/oder auf Schmerzzustände bezogen sein
- erforderlich und unaufschiebbar sein
- im Falle einer Krankenhausbehandlung nicht ambulant durchführbar sein
- und nicht durch alternative, gleichwertige, weniger zeitintensive, kostengünstigere Varianten ersetzbar sein.

§ 6 Abs. 1 AsylbLG: Sonstige Leistungen

(1) Sonstige Leistungen können insbesondere gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerläßlich, zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten oder zur Erfüllung einer verwaltungsrechtlichen Mitwirkungspflicht erforderlich sind. […]

Entscheidend ist, ob sie nach Auffassung der Entscheider*innen „zur Sicherung der Gesundheit erforderlich“ sind.

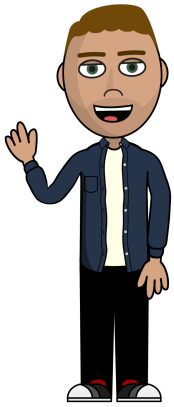
Hierzu müssen Rezepte, Überweisungen, Befundberichte und Formulare wie beispielsweise ausführliche Behandlungspläne an den Sozialleistungsträger gesendet werden, welcher – teilweise in Absprache mit den Gesundheitsämtern wie beispielsweise für die Bewilligung von Physiotherapie – über die (medizinische) Notwendigkeit entscheidet. Erst nach Entscheidung können Behandlungen in Anspruch genommen werden. Was genau hierfür benötigt wird, unterscheidet sich örtlich. Regelmäßig gefordert werden jedoch die Benennung einer Diagnose, anamnestische Angaben, Befunde, bisher durchgeführte oder geplante Therapiemaßnahmen sowie Kostenvoranschläge.

Die Prüfung dessen kann – wie alle behördlichen Vorgänge – oftmals lange dauern und das Verschieben von bereits vereinbarten Behandlungsterminen notwendig machen, wodurch es häufig zu Behandlungsverzögerungen kommt. Problematisch ist hierbei, dass in der Regel medizinisch sachunkundige Behördenmitarbeiter*innen entscheiden und die behördliche Entscheidungspraxis so meist nicht am tatsächlichen medizinischen Bedarf der Klient*innen orientiert ist.

Dieses Vorgehen dürfte für die meisten Klient*innen ebenso undurchschaubar und ungewohnt sein wie für alle anderen Beteiligten. Oftmals wird von Seiten der Behörden nicht klar kommuniziert, was für eine Genehmigung der Kostenübernahme notwendig ist oder wie genau diese gestaltet werden muss und so „wandern“ Klient*innen häufig zwischen den zuständigen Behörden und den behandelnden Stellen hin und her. Hierdurch entstehen strukturelle Zugangsbarrieren, die häufig nur schwer zu überwinden sind.

Besonders für die behandelnden Stellen bedeuten diese Strukturen einen erheblichen bürokratischen Mehraufwand. Integrationsmanager*innen und Migrationsberatungsstellen können – in Absprache mit den Klient*innen – hierbei unterstützend tätig werden.

Somit besteht nicht nur aufgrund der unterschiedlichen Ausgestaltung des Leistungsumfangs je nach Bundesland, sondern auch aufgrund des breiten Ermessensspielraums der Behörden eine enorme gesundheitliche Ungleichheit der Versorgung.



Weitere Informationsmaterialien

- Flüchtlingsrat Brandenburg: Handreichung zum Asylbewerberleistungsgesetz (2020)
- Der Paritätische: Soziale Rechte für Geflüchtete – Das Asylbewerberleistungsgesetz (2019)

5.1.2 Sprachmittlungskosten

Nicht nur die rechtlichen Rahmenbedingungen sowie die jeweils vorherrschende Rechtsauffassung sind entscheidend für den Zugang zu adäquater Behandlung und Betreuung. Eine der größten Hürden für Geflüchtete beim Zugang zu bedarfsgerechter medizinischer und psychosozialer Versorgung ist neben eventuell soziokulturell mitbedingten Herausforderungen vor allem die Sprache.

Fachsprache ist häufig kompliziert und nicht unbedingt alltagstauglich. Um – je nach Kontext – eine ausführliche Diagnose, eine ausreichend verständliche Aufklärung und eine informierte Entscheidung vor der Durchführung einer jeglichen Art von Behandlung oder Beratung zu gewährleisten, ist die Begleitung durch Dolmetscher*innen oft unabdingbar. Besonders für eine psychotherapeutische Behandlung sind Alltagssprachkenntnisse oft nicht ausreichend.

Die Übernahme von Dolmetscher*innenkosten im Rahmen von medizinischer und psychologischer Behandlung ist jedoch nicht immer möglich und liegt in der Regel im Ermessen der Kostenträger.

Zum einen hängt die Übernahme von der Versicherungssituation (und damit dem aufenthaltsrechtlichen Status) ab. Zum anderen wird von Seiten der Kostenträger darin unterschieden, ob es sich um einen einmaligen oder einen regelmäßig anfallenden Bedarf handelt. Im Folgenden soll eine Kurzübersicht zur Situation der Kostenübernahmemöglichkeiten von Dolmetscher*innenkosten gegeben werden:

Personen mit Aufenthaltserlaubnis haben als gesetzlich Regelversicherte keinen Anspruch auf die Kostenübernahme von Dolmetscher*innenleistungen von Seiten der Krankenkassen, sofern es sich um eine ambulante Behandlung handelt.[12] Handelt es sich jedoch um eine stationäre Behandlung, sind Dolmetscher*innenkosten in der Regel im Rahmen der Tagessätze des jeweiligen Krankenhauses enthalten. Zudem kann ein Mehrbedarf gemäß § 21 Abs. 6 SGB II geltend gemacht werden, sofern es sich um einen laufenden – also nicht einmaligen – Bedarf handelt. Dies kann bei langfristigen Psychotherapien angenommen werden.

Personen ohne Aufenthaltserlaubnis – also mit eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsleistungen – können Dolmetscher*innenkosten in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts lediglich als „sonstige Leistung“ über § 6 Abs. 1 AsylbLG beantragen. Hierzu sind in der Regel aussagekräftige einzelfallbezogene Anträge notwendig, welche nicht selten abgelehnt werden.

Sind sie bereits über 18 Monate in Deutschland, ist eine Antragstellung über § 6 Abs. 1 AsylbLG nicht mehr möglich. Stattdessen ist eine Beantragung lediglich auf anderer Rechtsgrundlage wie beispielsweise § 73 SGB XII oder einer Erhöhung der Regelbedarfe möglich. Auch hier wird es auf aussagekräftige Anträge ankommen, wobei mit Artikel 17 und 19 der EU-Aufnahmerichtlinie argumentiert werden kann, welche im folgenden Unterkapitel erläutert werden.

12 Hierzu kann jedoch gegebenenfalls ein Mehrbedarf nach § 21 Abs. 6 SGB II beantragt werden, sofern die Person Arbeitslosengeld II bezieht.

5.2. Besonders schutzbedürftige Personen

Artikel 19 EU-Aufnahmerichtlinie: Medizinische Versorgung

(1) Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Antragsteller die erforderliche medizinische Versorgung erhalten, die zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen umfasst. (2) Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung."

Abgesehen von der medizinischen (Not-)Versorgung, welche laut Artikel 19 der vom Europäischen Parlament verabschiedeten EU-Aufnahmerichtlinie (2013/33/EU) für alle international Schutzsuchenden gleichermaßen bereitgestellt werden muss, soll Menschen mit besonderen Schutzbedarfen darüber hinaus weitere Unterstützung in Form von *medizinischer oder sonstige[r] Hilfe* zuteilwerden.

Wer unter den Begriff der besonders schutzbedürftigen Personen gezählt wird, ist in Artikel 21 der Aufnahmerichtlinie festgehalten. So sollen die speziellen Bedürfnisse von *„schutzbedürftigen Personen wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern, Opfern des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien",* berücksichtigt werden.

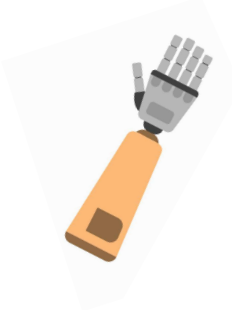
Die EU-Aufnahmerichtlinie ist in Deutschland jedoch nur in Teilen in nationales Recht umgesetzt. Zudem gibt es kein bundesweites Konzept zur Identifizierung besonders Schutzbedürftiger.

Dennoch ist die Bezugnahme auf die Inhalte der EU-Aufnahmerichtlinie hilfreich für die Beantragung von beispielsweise medizinischen Leistungen, welche im behördlichen Ermessensspielraum liegen.

Dies gilt besonders für Personen, die lediglich eingeschränkten Zugang zu Gesundheitsleistungen erhalten. Sofern sie unter die Gruppe der besonders schutzbedürftigen Personen fallen, sind sonstige erforderliche Leistungen zu erbringen.

Im Folgenden soll lediglich kurz auf die Versorgung von Geflüchteten, welche zu den Schutzgruppen der Menschen mit Behinderung oder Schwangeren gehören, eingegangen werden.

5.2.1 Behinderung



Laut Artikel 21 der EU-Aufnahmerichtlinie wird Geflüchteten mit Behinderung ein besonderer Schutzbedarf zugestanden. Der besondere Schutzbedarf muss beispielsweise durch eine möglichst barrierefreie Unterkunft, bedarfsgerechte medizinische Betreuung und die Versorgung mit Hilfsmitteln berücksichtigt werden. Ebenso besteht ein allgemeiner Anspruch auf Eingliederungshilfe. So soll die Ausgrenzung von Menschen mit körperlichen, geistigen oder seelischen Behinderungen vermieden werden und ihnen die Teilhabe am Leben und an der Gesellschaft ermöglicht werden. Dennoch werden die Bedarfe von Geflüchteten mit Behinderung noch immer nur sehr unzureichend berücksichtigt. Zudem hängt die Inanspruchnahme von sozialrechtlichen Leistungen für Geflüchtete mit Behinderung – wie auch bei Geflüchteten ohne Behinderung – von ihrer jeweiligen aufenthaltsrechtlichen Situation ab. Beim Zugang zu Leistungen für Geflüchtete mit Behinderung spielen neben der aufenthaltsrechtlichen Situation auch die UN-Behindertenrechtskonvention, die EU-Aufnahmerichtlinie sowie das Behindertenrecht eine große Rolle.

Die Zuständigkeiten sind für Laien oft schwer zu durchschauen, weshalb dringend dazu geraten wird, sich sowohl für die Beratung als auch für die Beantragung von Leistungen Hilfe zu holen.

In der Arbeitshilfe Flucht und Behinderung werden wertvolle Informationen zu möglichen Leistungen sowie hilfreiche Anlaufstellen aufgeführt. Außerdem wird ein informativer Überblick über die Situation von Menschen mit Behinderungen in den Herkunftsländern Syrien, Iran und Afghanistan gegeben.

Anlaufstellen, die Beratenden eine erste Orientierung bieten können

- Zentrum für selbstbestimmtes Leben
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales: Informationen zum SGB IX und zum Thema Behinderung (Bürgertelefon: 030221911006)
- Unabhängige Teilhabeberatung: bei Fragen zu Leistungen und Unklarheiten bezüglich der zuständigen Leistungsträger
- Versorgungsämter: Feststellung des Grades der Behinderung, Schwerbehindertenausweis
- Wohlfahrtsverbände: je nach Standort z. B. Caritas, Arbeiterwohlfahrt, Deutsches Rotes Kreuz
- Beratungsstellen der Städte und Kommunen
- Bundesvereinigung Lebenshilfe

Bevor es jedoch überhaupt zu Beratung und Anbindung kommen kann, ist es unabdingbar, dass die betroffenen Klient*innen bereit dafür sind. Ähnlich wie bei den Themen Sucht oder Traumatisierung kann – je nach Herkunftskontext – auch eine Behinderung ein sensibles Thema für Geflüchtete darstellen. Die wörtliche Übersetzung des Begriffes *Behinderung* ist oftmals mit Stigmata behaftet und wird als Gegenbegriff zu *normal* und als Angriff oder Abwertung wahrgenommen. Dies kann im Zweifelsfall zum Abbruch des Gesprächs und einer Ablehnung der Behandlung führen. Je nach Herkunftskontext und Person ist daher eine kultursensible Ausdrucksweise geboten. Beispielsweise kann der oft negativ konnotierte Begriff *Behinderung* mit *besondere Bedarfe* umschrieben werden.

„Geistig und/oder körperlich behinderte Menschen bleiben in Syrien zu Hause bei der Familie oder werden in staatlichen Häusern für Behinderte untergebracht. Diese Häuser werden ‚Krankennhäuser der Verrückten' genannt. Sie haben keine Zukunft."

Weitere Informationsmaterialien

- ZWR: Flucht und Behinderung. Arbeitshilfe für Engagierte in der Behinderten- und Geflüchtetenhilfe (2023)
- Caritasverband Osnabrück: Leitfaden zur Beratung von Menschen mit einer Behinderung im Kontext von Migration und Flucht (2022)

5.2.2 Schwangerschaft und Empfängnisverhütung

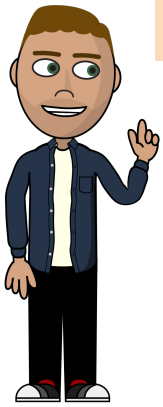
Frauen zählen an und für sich nicht automatisch zur Gruppe der besonders schutzbedürftigen Personen. Im Falle einer Schwangerschaft ist jedoch ein besonderer Schutzbedarf anzunehmen.

Keine Beschränkungen des Leistungsumfangs sind für werdende Mütter und Wöchnerinnen vorgesehen: ihnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren. Zudem können beispielsweise für die Babyerstausstattung Mehrbedarfe geltend gemacht werden.[13]

Probleme gibt es in der Praxis lediglich, wenn innerhalb eines Quartals der Wohnort gewechselt wird und es somit zu einer doppelt anfallenden Betreuungspauschale durch die Gynäkolog*innen kommt, welche nicht von den Sozialleistungsträgern übernommen wird.

Ebenfalls übernommen werden können – je nach Aufenthaltsstaus und Wohnort – die Kosten für Empfängnisverhütung. Manche Landkreise übernehmen beispielsweise freiwillig die Kosten für Verhütungsmittel für Sozialleistungsempfänger*innen, sofern diese ärztlich verordnet sind. Informationen können direkt bei den Sozialleistungsträgern eingeholt werden.

Weitere Informationsmaterialien



Flüchtlingsrat Baden-Württemberg: Arbeitshilfe Unterstützung geflüchteter Frauen (2022)

6. Psychische Gesundheit

Auch psychisch erkrankte Personen gehören laut Artikel 21 der EU-Aufnahmerichtlinie zur Gruppe der besonders schutzbedürftigen Personen und haben besondere Bedarfe. Da psychische Erkrankungen im Kontext Flucht von besonderer Bedeutung sind und häufig aufkommen, soll dem Thema psychische Gesundheit in dieser Arbeitshilfe eine besondere Aufmerksamkeit zuteilwerden.

6.1. Trauma

Aus dem Griechischen stammend bezeichnet der Begriff Trauma zunächst Wunde. Zwar gibt es bis heute keine einheitliche Begriffsdefinition. Laut der internationalen statistischen Klassifikation ICD-10 ist ein Trauma jedoch „ein belastendes Ereignis oder eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde."

Dabei muss die massiv bedrohliche Situation nicht zwangsläufig selbst erlebt worden sein – auch die Beobachtung einer bedrohlichen Situation, das Zeug*in-Sein von Gewalt oder auch die Furcht vor einem ähnlichen Schicksal kann ausreichen, um die Situation zu einem traumatischen Ereignis für die betroffene Person zu machen. Entscheidend ist, dass die Situation subjektiv als bedrohlich wahrgenommen wird, wodurch regelmäßig Gefühle der Ohnmacht und Hilflosigkeit entstehen.

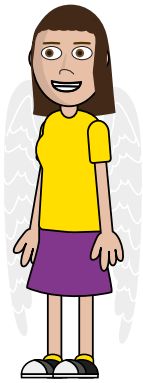
Abhängig von den jeweiligen persönlichen Handlungsoptionen versuchen Betroffene, der Situation zu entfliehen oder sie zu bekämpfen. Sind weder Flucht noch Kampf möglich, ist Erstarren oft die einzig mögliche Reaktion. Ein Trauma[14] ist demnach die innere Reaktion auf ein äußeres Ereignis (eine bedrohliche Situation) und wird dann zu einem traumatischen Ereignis, wenn die individuellen Reaktionsmöglichkeiten der Betroffenen nicht mehr zur Bewältigung ausreichen.

13 Medizinisch notwendige Mehrbedarfe sowie Mehrbedarfe für Alleinerziehende können mit den Klient*innen und den involvierten Beratungsstellen besprochen werden.

14 Die hier dargestellte Erklärung eines Traumas ist stark vereinfacht und soll lediglich einen Zugang zum Thema bieten. Traumata können in verschiedene Über- und Unterkategorien eingeteilt werden (z.B. primäre versus sekundäre Traumata oder zufällig versus mutwillig herbeigeführte Traumata). Informationen hierzu stammen unter anderem von Maya Vries (Trainerin der Trauma Buster Technique).

Das Erleben eines traumatischen Ereignisses bringt unter Umständen starke körperliche, kognitive sowie emotionale Reaktionen mit sich. Typische Traumareaktionen können beispielsweise erhöhte Schreckhaftigkeit, eine übermäßige Wachsamkeit, Unruhe oder hohe Emotionalität sein. Auch ein unruhiger oder gar ausbleibender Blickkontakt im Gespräch können Reaktionen auf ein traumatisches Ereignis sein. Körperlich machen sich traumatisch bedingte Stresshormone beispielsweise durch erhöhten Blutdruck, Muskelanspannung oder eine erhöhte Herzfrequenz bemerkbar. Kognitiv führt eine Traumatisierung oft zu veränderten Abspeicherungsmechanismen. Erinnerungen sind durch die ausgeschütteten Stresshormone so oft nur noch bruchstückhaft abrufbar und werden zeitlich und räumlich oft unrichtig abgespeichert. Betroffene erleben zudem häufig den Verlust von Sicherheitsempfinden sowie Vertrauen und verspüren regelmäßig Scham-, Wut- oder auch Schuldgefühle. Auch Dissoziationen können als eine Art Abwehrmechanismus auf ein traumatisches Ereignis erfolgen. Dissoziierende Personen erleben sich zeitweise von ihrem Körper abgespalten und fungieren wie eine Art Beobachter*in in Bezug auf ihren Körper, ihre Gedanken, Emotionen sowie ihre Umgebung.

Eine psychische Belastung kann Auswirkungen auf alle Bereiche des alltäglichen Lebens haben – von zwischenmenschlichen Beziehungen über die Bewältigung alltäglicher Aufgaben bis hin zur Berufs(un)fähigkeit. Die Verarbeitung einer traumatischen Erfahrung ist jedoch stark abhängig von der jeweilig betroffenen Person und ihren individuellen Resilienzfaktoren.



Im Optimalfall folgen auf die Schockphase eine Phase der Verarbeitung sowie eine Erholungsphase, in deren Verlauf die traumatische Erfahrung sukzessive weniger Einfluss auf den Alltag hat. Sind jedoch die Bewältigungsstrategien nicht ausreichend und die Umstände der Traumaverarbeitung ungünstig – was im Falle von Geflüchteten, welche oftmals in unsicherer Umgebung leben und einen erschwerten Zugang zu Hilfestellung haben, nicht unwahrscheinlich ist – kann sich der Zustand verschlimmern. Die posttraumatische Situation – im Falle von Geflüchteten beispielsweise der Verlauf des Asylverfahrens, die Furcht einer potentiellen Abschiebung, die Teilhabemöglichkeiten am Arbeitsmarkt, die Sorge um zurückgebliebene Familienangehörige, eventuell geringe Sprachkenntnisse und andere die Handlungsmacht einschränkende Faktoren - kann großen Einfluss auf das Ausmaß der psychischen Belastung und die Erholung von traumatischen Ereignissen haben.

Ähnlich wie beispielsweise der Begriff der Behinderung kann auch die Bedeutung und Bewertung von *Trauma* herkunftskontextbezogen sehr sensibel sein. Vielfach ist der Begriff selbst weitestgehend unbekannt und muss beim Übersetzen umschrieben werden.

Im Kurdischen beispielsweise wird der Begriff *Trauma* vielfach mit *schlechte Träume* umschrieben. Auch auf Arabisch wird der Begriff des Traumas beispielsweise in Syrien mit *Schock*, *Angst*, *schlechten Träumen, Sorgen* oder gar *schwere Zeit im Leben* umschrieben und erklärt.

Die jeweilige Konnotation von *Trauma* oder anderen psychischen Bedarfen und das gesellschaftliche Wissen dazu haben großen Einfluss auf den eigenen Umgang mit psychischen Erkrankungen. Ist eine psychische Erkrankung beispielsweise tabuisiert, mit Scham behaftet und wird als verrückt oder gar verflucht angesehen (wie beispielsweise in Teilen Nigerias), ist eine Krankheitseinsicht und die Zustimmung zu einer Behandlung eine große Hürde für Betroffene: *„In Nigeria glauben viele Menschen, dass psychische Krankheiten durch böse Geister hervorgerufen werden. Sie sprechen sogar von ‚blutsaugenden Hexen'. Ist eine Person psychisch krank, wird die ganze Familie als verflucht angesehen. Die Familie schickt sie dann zum Beispiel zu traditionellen Heiler*innen, die Kontakt mit der Welt der Geister aufnehmen sollen. Wenn andere davon erfahren, kann man sogar seinen Arbeitsplatz verlieren."* Selbst wenn es also in Herkunftsregionen das Konzept der Psychotherapie gibt, wird diese oft nur im Verborgenen in Anspruch genommen. Häufig ist sie – wie auch andere medizinische Behandlungen – nur den finanziell Wohlhabenden zugänglich. In Nigeria beispielsweise sind private Anbieter psychologischer Dienstleistungen häufig mit Kosten von 70 US-Dollar pro Stunde verbunden.

Vielfach werden von Betroffenen – mangels anderer Worte – körperliche Schmerzen zur Beschreibung psychologischer Leiden verwendet. Seelische Schmerzen werden zum Beispiel mit körperlichen Beschwerden artikuliert: „Mir tut die Niere weh" kann beispielsweise Müdigkeit, Unlust, Frustration, Antriebslosigkeit oder Niedergeschlagenheit bedeuten. Oft unwissentlich werden also seelische mit körperlichen Wunden verwechselt. Dass eine Psychotherapie in Deutschland nicht auf das Verschreiben von Medikamenten ausgerichtet ist, kann ebenfalls neu für Betroffene sein. Oftmals wird die Behandlung und Heilung von psychischen Erkrankungen zunächst lediglich in Form von Tabletteneinnahme gewünscht. Hier besteht gegebenenfalls Erklärungsbedarf.

6.2. Posttraumatische Belastungsstörung

Zwar mussten viele Geflüchtete potentiell traumatische Erlebnisse wie Verluste oder Gewalt erfahren. Nicht immer hat ein traumatisches Erlebnis jedoch eine Traumatisierung zur Folge. Folglich erkrankt nicht jeder Mensch, der ein Trauma erlebt hat, an einer Traumafolgestörung.

Ob die Erlebnisse zu einer Erkrankung führen, hängt unter anderem von den persönlichen Bewältigungsstrategien der Betroffenen ab. Reichen diese nicht zur Verarbeitung traumatischer Erlebnisse aus, kann es unter Umständen zu einer psychischen Erkrankung – einer Traumafolgestörung – kommen.

Die Folgen von Traumatisierungen sind ähnlich verschieden wie ihre Auswirkungen. Sie sind unter anderem abhängig von der Art, der Dauer, der Häufigkeit des traumatischen Ereignisses sowie von persönlichen Resilienzfaktoren. Dennoch tauchen bestimmte Störungsbilder häufiger auf als andere. Eine von vielen möglichen Traumafolgestörungen eines traumatischen Erlebnisses ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Da diese besonders bei Geflüchteten regelmäßig diagnostiziert wird, soll im weiteren Verlauf näher auf dieses Störungsbild eingegangen werden.[15]

Typische Beschwerden[16] einer PTBS können laut den Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM-V in folgende Symptomgruppen unterteilt werden:

- **Wiedererleben** („Intrusionen“): beispielsweise in Form von Albträumen oder Flashbacks, angestoßen durch bestimmte Auslöser („Trigger“).
- **Vermeidung**: emotionale Taubheit, Vermeidung von Triggern oder Thematisierung, Dissoziationen
- **Übererregung**[17]: Nervosität, Unruhe, erhöhte Wachsamkeit, Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Konzentrations- und Lernstörungen, bruchstückhafte Erinnerung. Werden Betroffene getriggert, kann die fehlende Durchblutung des Großhirns zur Blockade „normaler“ Mechanismen und Gedächtnisleistungen führen. Folglich kann es vorkommen, dass Ereignisse fragmentiert und unsystematisch abgespeichert werden.
- **Negative Veränderung von Gedanken und Stimmung**: Scham-, Schuld- und Wutgefühle, Unfähigkeit des Empfindens positiver Emotionen, negatives Selbstbild, verminderte Interesse an Personen und Umgebung

Nicht behandelte Traumafolgestörungen können auf lange Sicht auch weitere Auswirkungen wie beispielsweise Zwänge, Aggressivität, Rückzugsverhalten, Misstrauen, Angst- und Panikzustände oder depressive Verstimmung mit sich bringen.

Halten posttraumatische Beschwerden länger als vier Wochen an, spricht man in der Regel von einer PTBS. Häufig kommt es jedoch vor, dass traumabedingte Beschwerden erst Wochen oder gar Monate nach dem eigentlichen traumatischen Erlebnis zum ersten Mal auftauchen und von Betroffenen zunächst häufig gar nicht mehr in Verbindung mit dem jeweiligen Ereignis gebracht werden. Auch als körperlich vermutete Symptome wie Bluthochdruck, Migräne, häufiges Kranksein oder geringe Belastbarkeit werden oftmals erst spät als psychosomatische Beschwerden mit einer Traumafolgestörung wie PTBS in Verbindung gebracht.

Weitere Informationsmaterialien

- DeGPT: Wie äußern sich Traumafolgestörungen?
- Flüchtlingsrat Baden-Württemberg: Was ist eigentlich eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)? (2022)
- Dami Charf: Videos rund um das Thema Trauma
- Integro: Informationsbroschüre über PTBS in 10 Sprachen (2022)

15 Weitere Störungen, welche als Folge von traumatischen Ereignissen auftreten können, sind beispielsweise depressive Störungen, somatoforme Störungen, Angst- oder Zwangsstörungen und Persönlichkeitsstörungen.

16 Traumafolgestörungen weisen in ihrer Symptomatik oft Überschneidungen mit psychiatrischen Diagnosen wie Schizophrenie oder schizoaffektiven Störungen auf. Eine medikamentöse Behandlung kann den Betroffenen zwar zu einer gewissen Ruhe verhelfen – das Grundproblem bleibt jedoch bestehen.

17 Durch die verstärkte Aktivierung bleibt das sympathische Nervensystem in ständiger Alarmbereitschaft.

6.3. Umgang mit Klient*innen mit Traumafolgestörungen

Fachkräfte, die mit traumatisierten Menschen arbeiten, erleben vermutlich häufig typische Traumasymptome in Beratungssituationen. Eine verminderte Merkfähigkeit trotz formeller Bildung im Herkunftsland zeigt sich beispielsweise im häufigen Vergessen von Terminen, Namen, Lerninhalten oder bereits bekannten Wegen. Grund dafür sind oftmals die traumabedingten Veränderungen der Abspeicherungsmechanismen im Gehirn sowie verstärkt ausgeschüttete Stresshormone in unbekannten Situationen.

Schlafstörungen, welche sowohl durch die hormonell bedingte Übererregung, als auch durch Ängste beispielsweise vor Abschiebung bedingt sein können, wirken sich darüber hinaus auf viele weitere Lebensbereiche aus und können beispielsweise zu verpassten Terminen und geringer Konzentration führen. Auch ein plötzlicher Abbruch von Behandlungen oder Beratungen – beispielsweise aufgrund einer Überforderung oder aufkommender Schamgefühle – ist nicht selten ein Zeichen für eine Traumatisierung.

Manche Traumasymptome wie Aggressivität, emotionsloses Erzählen oder auf eine Dissoziation hinweisendes Verhalten werden oftmals fälschlicherweise als kulturell bedingte Verhaltensweise oder gar als Unfreundlichkeit oder Unglaubwürdigkeit missverstanden, anstatt sie als Schutzmechanismen zu betrachten und damit auf eine möglicherweise vorliegende Traumatisierung zurückzuführen.

Vermuten Fachkräfte eine Traumatisierung des Klienten/der Klientin, ist ein direktes und konfrontatives Ansprechen zunächst gegebenenfalls nicht hilfreich. Vielmehr sollte die Person dort abgeholt werden, wo sie steht. Jede*r hat ein individuelles Tempo sowie unterschiedlichen Unterstützungsbedarf. Sofern es nicht zu Selbst- oder Fremdgefährdung kommt, entscheiden Klient*innen selbst, inwieweit Beratung und Behandlung in Anspruch genommen werden sollen.

Die Anpassung an das individuelle Tempo der Klient*innen beinhaltet idealerweise, dass bei der Thematisierung der sprachliche und soziokulturelle Kontext von psychischen Erkrankungen mitbedacht wird: Welche implizite Bedeutung hat beispielsweise der Begriff eines Traumas bei dem jeweiligen Gegenüber? Wird er gegebenenfalls stigmatisierend oder gar als abwertend empfunden? Da der Begriff des Traumas oft erschreckend wirken und auf Ablehnung stoßen kann, bietet sich eine abschwächende Umschreibung an. Möglichkeiten könnten sein, von einer *schwierigen Erfahrung* oder *Stress* zu sprechen. Auch die Verwendung von Traumamodellen kann hilfreich sein, um Betroffenen das Gefühl zu vermitteln, dass ihre Symptome eine gesunde Reaktion auf eine überfordernde Situation sind und demnach nicht verrückt, sondern völlig normal sind. Auf nonverbaler Ebene ist es wichtig, trotz allem Geduld zu beweisen, regelmäßig Gesprächsangebote zu machen und Verlässlichkeit zu vermitteln.

Auch eine ressourcenorientierte Haltung, welche die vielen Kraftquellen von Klient*innen wertschätzt und sie nicht nur als Opfer, sondern vor allen Dingen als Überlebende wahrnimmt, spiegelt sich im Verhalten gegenüber den Klient*innen wider und kann von unschätzbarem Wert für diese sein. Dies kann das oftmals erschütterte Selbstwertgefühl sowie die oft eingeschränkte Selbstwirksamkeit von Klient*innen stärken.

Sekundärtraumatisierung

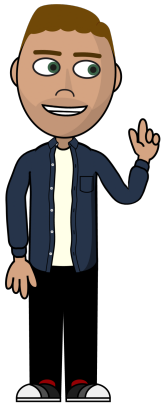
Als Fachkraft im Gesundheitsbereich kann es zu einer intensiven Auseinandersetzung mit den Lebenserfahrungen von traumatisierten Klient*innen kommen. Auch wenn man bei den berichteten Erlebnissen nicht physisch dabei war, kann „alleine“ das Zuhören einen Effekt auf das Gegenüber haben und die Gefühle der Betroffenen können nacherlebt werden, wodurch die Gefahr einer *Sekundärtraumatisierung* (auch: *indirekte Traumatisierung)* besteht. Die Symptome können denjenigen der Betroffenen ähneln (zum Beispiel Ohnmachtsgefühle, emotionale Taubheit, Kopfschmerzen, Erschöpfung oder Schlafstörungen). Diese werden häufig unterschätzt und oftmals als unbedeutend abgetan. Hier gilt es, eigene Grenzen zu erkennen, sie ernst zu nehmen und zu respektieren. Auch wenn es für die betroffene Person noch viel schlimmer war – Fachkräfte müssen und dürfen sich selbst schützen.

Bei alldem dürfen die eigenen Grenzen und der Selbstschutz der beratenden und behandelnden Fachkräfte nicht übergangen oder gar vergessen werden. Der Umgang mit dem Gehörten kann eine nicht zu unterschätzende Belastung darstellen (siehe: Sekundärtraumatisierung). Fachkräften stehen verschiedene Möglichkeiten zur Psychohygiene zur Verfügung:

- Austausch im Team, Intervision
- Fachberatung, Supervision bei starker persönlicher Betroffenheit
- Unterstützungsnetz aktivieren, um potentieller Überforderung im Umgang mit Traumatisierten idealerweise vorzubeugen
- professionelle Distanz beachten: Klarheit und Transparenz in Bezug auf Rolle, Aufgaben, Möglichkeiten und Grenzen des eigenen Aufgabenbereichs
- Grundsatz: Selbstverantwortung und damit Selbstbestimmung bleibt bei Klient*in

Materialien, die Hilfestellungen zum Umgang mit traumatisierten Geflüchteten sowie konkrete Möglichkeiten zu Selbstschutz und Psychohygiene beinhalten

- Refugio Stuttgart: Hilfen für den Umgang mit traumatisierten Geflüchteten (2015)
- BafF: Traumasensibler und empowernder Umgang mit Geflüchteten. Ein Praxisleitfaden (2017) (inklusive Psychosozialer Zentren für Geflüchtete und Folteropfer in Deutschland sowie Sprachmittlungsdiensten)
- Bundespsychotherapeutenkammer: Ratgeber für Flüchtlingshelfer. Wie kann ich traumatisierten Flüchtlingen helfen? (2016)
- Erklärvideo zum Thema Selbstfürsorge
- Elfriede-Dietrich-Stiftung und DeGPT: Die Betroffenen (Film)



6.4. Zugang zu psychologischer Behandlung für Geflüchtete

Die Kostenübernahme für eine ambulante Psychotherapie ist für Geflüchtete mit eingeschränktem Leistungszugang nicht über § 4 AsylbLG möglich, da beispielsweise eine PTBS im engeren Sinne regelmäßig nicht als eine akute Erkrankung mit Schmerzzuständen angesehen wird.

Ambulante Psychotherapie kann jedoch im Rahmen von § 6 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG beantragt werden. Unter Anwendung der EU-Aufnahmerichtlinie ist das behördliche Ermessen jedoch bei Identifikation eines besonderen Schutzbedarfs auch bei Geflüchteten mit eingeschränktem Zugang zu Gesundheitsleistungen auf 0 zu reduzieren.

Eine Behandlung durch Kassenpsycholog*innen und -psychotherapeut*innen ist allerdings im Kontext Flucht nicht immer die erste Wahl. Zusätzlich zur Kostenübernahme stellen sich bei regulären Psychotherapeut*innen weitere Hürden in den Weg: lange Wartezeiten, fehlende Kinderbetreuung, Sprachbarrieren[18] und regelmäßig fehlende Übernahme von Dolmetscher*innenkosten kommen zur Kostenübernahmefrage hinzu und decken häufig nicht den Bedarf Geflüchteter ab.

Bundesweit gibt es deshalb zahlreiche psychologische Beratungsstellen und psychosoziale Zentren, welche speziell auf die Bedarfe Geflüchteter ausgerichtet sind. Nicht alle Angebote bieten eine Therapie an – vielfach kann lediglich psychologische Begleitung geleistet werden. Häufig sind diese jedoch in den größeren Städten angesiedelt, was Geflüchtete in ländlicheren Bereichen oft ohne psychologische Versorgung zurücklässt.

Weitere Informationsmaterialien

- Flüchtlingsrat Berlin: Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge (2011)
- Homepage Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

18 Selbst bei guten Sprachkenntnissen kann sich die Sprachkompetenz bei akuter emotionaler Belastung, welche im Falle der Annäherung an ein traumatisches Ereignis regelmäßig angenommen werden kann, stark verschlechtern. Dolmetscher*innen können daher auch bei Geflüchteten mit guten Sprachkenntnissen vonnöten sein.

7. Aufenthaltsrechtliche Bedeutung von Erkrankungen

Krankheiten können für viele Geflüchtete nicht „nur“ aus medizinischen Gründen, sondern auch aus aufenthaltsrechtlichen Gründen von großer Bedeutung sein. Aufenthaltsrechtliche Unsicherheit nimmt regelmäßig viel Raum im Kopf der Betroffenen ein und hat verständlicherweise häufig die höchste Priorität auf einer langen Liste an ungeklärten und offenen Themen und Lebensbereichen.

So können Erkrankungen bereits während des Asylverfahrens, während des Abschiebungsverfahrens oder auch noch lange danach – beispielsweise im Gerichtsverfahren nach negativ beschiedenem Asylverfahren – von großer Relevanz sein.[19]

Auch in verschiedenen anderen Kontexten können Krankheiten im Asyl- und Aufenthaltsgesetz von Bedeutung sein – beispielsweise in Form von Ausnahmeregeln für die Erfüllung mancher Erteilungsvoraussetzungen. So wird bei der Erteilung von manchen Aufenthaltstiteln eine Ausnahme gemacht, sofern die Person eine körperliche, geistige oder seelische Krankheit aufweisen kann, welche sie von der Erfüllung der Voraussetzungen abhält. Beispielsweise wird bei der Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis nach § 25b Abs. 9 AufenthG sowie einer Niederlassungserlaubnis nach § 35 Abs. 4 AufenthG u.a. von den Voraussetzungen der Lebensunterhaltssicherung und dem Nachweis entsprechender Deutschkenntnisse abgesehen, wenn die betroffene Person sie „wegen einer körperlichen, geistigen oder seelischen Krankheit oder Behinderung oder aus Altersgründen nicht erfüllen kann“.

Ebenso kann Krankheit als humanitärer Grund bei einem Umzugsbegehren innerhalb Deutschlands zu Familienmitgliedern berücksichtigt werden (§§ 50 Abs. 5, 51, 61 Abs. 1d AsylG).

Im Folgenden soll ein Blick auf die Bedeutung von Erkrankungen als mögliche Begründung einer vorübergehenden Aussetzung der Abschiebung geworfen werden.

7.1. Gesundheitsbedingte Abschiebungshindernisse

Bei erkrankten Geflüchteten können Abschiebungen unter bestimmten Voraussetzungen nicht vollzogen werden. Die (sehr speziellen) Anforderungen an die Geltendmachung solcher Abschiebungshindernisse sind im Asyl- und Aufenthaltsrecht geregelt.

Sofern die Behandlung schwerwiegender Krankheiten im Herkunftsland nicht möglich ist, können Geflüchtete mit Erkrankungen ein **zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot** nach § 60 Abs. 7 S. 2 AufenthG erhalten.

Laut Gesetz darf eine Person nicht abgeschoben werden, wenn ihr im Zielstaat eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit droht. Dies kann etwa zur Geltung kommen, wenn der betroffenen Person im Falle einer Abschiebung erhebliche Gesundheitsgefahren drohen. Anzuwenden ist dies jedoch nur für lebensbedrohliche oder schwerwiegende Krankheiten, welche bei Rückkehr in den Zielstaat akut verschlechtert würden, da sie beispielsweise nicht behandelt werden können. Um dies geltend zu machen, ist eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung vonnöten.

Auch psychische Krankheiten können sich bei Rückkehr in den Herkunftskontext verschlechtern. Bei Traumafolgestörungen kann dies beispielsweise der Fall sein, wenn eine Rückkehr in dieselbe Umgebung erfolgt, in welcher das Trauma ausgelöst wurde. Dadurch kann die Gefahr einer Retraumatisierung steigen. Eine schwerwiegende Erkrankung wird bei einer PTBS jedoch häufig nicht angenommen, wodurch eine Abschiebung rechtlich regelmäßig möglich ist.

19 In nicht seltenen Fällen können nicht als solche identifizierte psychische Erkrankungen ein erhebliches Hindernis im Asylverfahren darstellen. Traumatisierungen können – wie dargestellt – zu Erinnerungslücken und Gedächtnisverlust führen. Eine kohärente Erzählung des Erlebten ist dadurch oftmals nicht mehr möglich. Dies kann im Asylverfahren fälschlicherweise als Unglaubwürdigkeit oder unzureichende Darlegung missverstanden werden und somit zu einer Ablehnung des Asylantrags führen. Eine nachträgliche Geltendmachung der psychischen Belastung ist mit aussagekräftigen Attesten unter Umständen dennoch möglich.

Besteht eine konkrete Gefahr für Leib und Leben bereits im Inland (also in Deutschland) bzw. würde durch die Abschiebung selbst realisiert werden – beispielsweise durch einen psychischen Zusammenbruch oder weil die Person gesundheitlich nicht in der Lage ist, zu reisen (Reiseunfähigkeit) – kann ein **inlandsbezogenes Abschiebungshindernis** nach § 60a Abs. 2 AufenthG erteilt werden.

> ***§ 60a Abs. 2 Satz 1 AufenthG***
>
> Die Abschiebung eines Ausländers ist auszusetzen, solange die Abschiebung aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen unmöglich ist […]

Beispiele für ein mögliches inlandsbezogenes Abschiebungshindernis können sein:

- Risikoschwangerschaften
- gesetzlicher Mutterschutz
- psychische Erkrankungen, die eine Reiseunfähigkeit begründen
- psychische Erkrankungen mit diagnostizierter Suizidalität

Selbst wenn eine PTBS regelmäßig nicht als schwerwiegende Erkrankung anerkannt wird, kann sie in Form eines inlandsbezogenen Abschiebungshindernisses geltend gemacht werden, sofern die Abschiebung zu einer wesentlichen Gesundheitsgefährdung bis hin zu einer Selbstgefährdung führen würde.

Weitere Informationsmaterialien

- Informationsverbund Asyl & Migration: Krankheit als Abschiebungshindernis. Anforderungen an die Darlegung von Abschiebungshindernissen aufgrund von Krankheit im Asyl- und Aufenthaltsrecht (2020)
- BAfF: Psychische Erkrankungen und krankheitsbedingte Abschiebungsverbote (2021)

7.2. Anforderungen an fachärztliche Atteste

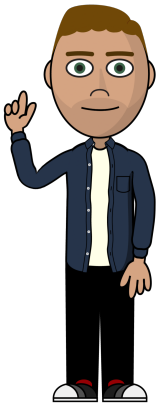
Zur Geltendmachung von Erkrankungen im Asyl- und Aufenthaltsrecht müssen qualifizierte ärztliche Atteste vorgelegt werden. Die Anforderungen an die einzureichenden Dokumente verändern sich ständig und unterscheiden sich nicht selten situationsabhängig. Demnach müssen die Anforderungen in jedem Fall aufs Neue eruiert werden und im Austausch mit den jeweiligen Integrationsmanager*innen gegebenenfalls mehrmals angepasst und verändert werden, um den Kriterien zu entsprechen. Dies erfordert Geduld und ein empathisches Verständnis für die Situation der Betroffenen, welche den Anforderungen des Systems nicht ohne Weiteres entkommen können.

Entsprechende schriftliche Äußerungen müssen bestimmten inhaltlichen und formalen Kriterien genügen, wenn sie von Jurist*innen berücksichtigt werden sollen. Unentbehrlich in einer qualifizierten ärztlichen Bescheinigung ist die Angabe von Art und Schweregrad der Erkrankung, eine Darstellung der Behandlungsbedürftigkeit sowie die gesundheitlichen Folgen einer fehlenden Behandlung. Zudem sieht § 60a Abs. 2c Satz 3 AufenthG folgende Anforderungen an eine ärztliche Bescheinigung im Abschiebungsverfahren vor: *„Diese ärztliche Bescheinigung soll insbesondere die tatsächlichen Umstände, auf deren Grundlage eine fachliche Beurteilung erfolgt ist, die Methode der Tatsachenerhebung, die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose), den Schweregrad der Erkrankung, den lateinischen Namen oder die Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10 sowie die Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben, enthalten.“*

Ärztliche Stellungnahmen werden dann als qualifiziert angesehen, wenn sie oben genannte formale Anforderungen erfüllen und von approbierten Ärzt*innen erstellt werden. Selbst bei psychischen Erkrankungen werden Atteste von psychologischen Psychotherapeut*innen daher häufig abgelehnt. Sie können jedoch in die Stellungnahme von Fachärzt*innen und dadurch in die Entscheidung miteinfließen.[20]

Wertvolle Informationsmaterialien für ärztliche Stellungnahmen

- IPPNW: Checkliste Ärztliche Stellungnahmen und Atteste für von Abschiebung bedrohte Personen (2022)
- Fluchtpunkt: Anforderungen an ärztliche Atteste für Geflüchtete zur Vorlage bei Behörden und Gerichten (2020)
- Anwältehaus: Anforderungen an ärztliche Atteste (2020)
- BAfF: Erweiterung der Anforderungen an ärztliche Gutachten und Stellungnahmen im asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren (2019)



Die vorangegangene Darstellung der Bedeutung von Erkrankungen außerhalb des rein behandelnden Rahmens soll Fachkräften im Gesundheitswesen näherbringen, weshalb ihre Klient*innen oftmals aufwendige Diagnoseberichte, Behandlungspläne und Ähnliches benötigen. Verständnis für die dabei auftauchenden bürokratischen, sprachlichen und gegebenenfalls auch kulturellen Hürden und Hindernisse ist hierbei unentbehrlich.

Für die Betroffenen ist die Geltendmachung ihrer Situation in nicht seltenen Fällen von existenzieller Bedeutung. Oftmals ist erst mit aufenthaltsrechtlicher Sicherheit genügend Kraft und Ruhe für eine Behandlung der Erkrankung vorhanden.

20 Bei einer PTBS-Symptomatik wird oft die pauschale Diagnose der PTBS gestellt. Sofern diese nicht spezifiziert wird, ist eine detailliertere Beschreibung beispielsweise des Schweregrades der Erkrankung nur schwer umsetzbar. Eine Verbindung der Diagnose PTBS mit der jeweiligen Symptomatik (beispielsweise dissoziative Störungen) kann die Ausarbeitung der Stellungnahme erleichtern.

Zusätzlicher Hinweis

Die vorliegende Arbeitshilfe wurde im Juli 2022 entsprechend der zu diesem Zeitpunkt geltenden Rechtslage und der gängigen Praxis erarbeitet. In der Zwischenzeit können sich Änderungen ergeben haben. Die Arbeitshilfe soll einen allgemeinen Überblick geben und kann weder örtliche Abweichungen berücksichtigen noch eine individuelle Fallberatung ersetzen.

Abkürzungen

Abs.: Absatz

AsylbLG: Asylbewerberleistungsgesetz

AsylG: Asylgesetz

AufenthG: Aufenthaltsgesetz

BAMF: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

GKV: Gesetzliche Krankenversicherung

PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung

SGB: Sozialgesetzbuch

Fugee Angels
BADEN-WÜRTTEMBERG

ZUKUNFTSWERKSTATT
ZWR
RÜCKENWIND E.V.

Kontakt: info@zwrev.de
Mehr Informationen unter: www.zwrev.de

@zwr_ev

@Zukunftswerkstatt Rückenwind

Zukunftswerkstatt Rückenwind e.V.