

Von Modellen zur Regelversorgung

Probleme der flächendeckenden und nachhaltigen
Sicherstellung psychosozialer und
psychotherapeutischer Hilfen für
vulnerable/traumatisierte Flüchtlinge in Deutschland

H.-Jochen Zenker, Vorstand BAfF

Entwicklungsgeschichten

- Versorgungsdefizite (Unter- und Fehlversorgung) einer Zielgruppe
- Soziale/politische Bewegungen und Initiativen
- Modellprojekte
- Einstellung, Integration oder Addition der Angebote
- Beispiele: Drogenberatung, Ehe/Schwangerschaftskonfliktberatung, Krebsberatung, Sozialpsychiatrische Dienste, therapeutische Angebote für traumatisierte Soldaten, Familienhebammen/Kindeswohl, Notruf vergewaltigte Frauen, psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer.....

Kriterien für erfolgreiche bzw. gescheiterte Implementationen

- Thema historisch/politisch relevant?
- Brisanz/Bedeutungslosigkeit des Versorgungsdefizits (tatsächlich, politisch anerkannt/verleugnet, medial „gepuscht“, Lobbyismus, Starke zivilgesellschaftl. Bewegungen...)
- Konkurrenzen/ Parallelstrukturen?
- Finanzierung (Dauer!) in der Modellphase
- Zugang zu Medien, Politik, Öffentlichkeit („Klappern gehört zum Handwerk“)
- Entscheidungen potentieller Leistungsträger- und Erbringer

Modellgeschichte der BAfF-Zentren

- **30 Jahre Ausdauer** (Initiatoren, Träger, Unterstützer, Kooperationspartner)
- **Hürdenreiche** (endliche?) **Mischfinanzierung**
- **Gelungene Vor-Ort-Implementation** (Alleinstellungsmerkmale?)
- **Keine Flächendeckung**
- **Diskrepanz zwischen Ansprüchen aus Konventionen, Gesetzen etc. und politischer Akzeptanz**

Aktuelle Situation der BAfF-Zentren

- **24 Einrichtungen, erhebliche Größenunterschiede** (von 0,5 bis ca. 20 Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter)
- **Existenzielle Absicherung unterschiedlich** (Ende der EU-CoFinanzierung; 760 000€ /Jahr von der Bundesregierung für 4 Zentren; kein dauerhafter Zugang zu internationalen <UN> und nationalen <Lotterien> Geldgebern, regionale Unterstützungsstrukturen: Politik, Vereine, Stiftungen!)
- **Keine Regelfinanzierung vom Bund, den Ländern** (pauschal bzw. in Anwendung sozialversicherungsrechtlicher Möglichkeiten) **in Sicht**

Fragen, Ziele: zur Zukunft nach der „Ersatzvornahme“

- Eigenständiger neuer Baustein innerhalb der Regelversorgung (auch als Kooperationspartner von anderen Leistungserbringern) **versus** Integration in bestehendes Versorgungsangebot
- Flächendeckung
- Finanzierung (Gesetzgebung)

Komplexe Versorgungsbedarfe traumatisierter Flüchtlinge

- Unterbringung in einer geeigneten Unterkunft und materielle Sicherung
- Unterstützung beim Asylverfahren
- Früherkennung von Vulnerabilität zur Einleitung von geeigneter Unterstützung und Behandlung
- Schnelle soziale, ärztliche und psychotherapeutische Hilfen
- Konsequente Einbeziehung von Dolmetschern in Beratung und Therapie
- Übernahme von Fahrtkosten zur Behandlung
- Finanzierung von psychosozialer Betreuung und spezialisierter psychotherapeutischer Behandlung einschließlich der Dolmetscherkosten in Behandlungszentren

Eindeutige Rechtslage/Rechtsansprüche

- : „Europäische Richtlinie 2003/9/EG zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedsstaaten“ (Artikel 5,15,17 und 20), Asylverfahrensgesetz (AsylVG,), Aufenthaltsgesetz (AufenthG, §§ 25, 60) Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG §§4,6); SGB XII, SGB V (GKV)
- Europäische Kommission vom 26.11.2007: Bundesrepublik Deutschland weist größte Mängel bzgl. des „...Eingehens auf die Bedürfnisse besonders schutzbedürftiger Personen auf“ ... weiter: „So besteht z.B. kein echter Zugang zu medizinischer Versorgung, es mangelt an besonderer Behandlung (insbesondere für Opfer von Folter und Gewalt) und die Kostenübernahme ist unzureichend. Ein Verfahren zur Ermittlung dieser besonders vulnerablen Flüchtlingsgruppen existiert nicht.“

Komplexes (integriertes)

Aufgabenspektrum der Zentren

(passt nicht in das zergliederte bundesrepublikanische Finanzierungssystem)

- Arbeit mit Klienten
 - Beratung/Erstkontakt
 - Psychotherapie
 - Krisenintervention
 - Stellungnahmen/Gutachten
- Einsatz, Fortbildung und Supervision von Dolmetschern
- Begleitung ehrenamtlicher Betreuungen
- Fortbildung für Dritte
- Interne Qualitätssicherung
- Vernetzung und Kooperation
- Öffentlichkeitsarbeit
- Mittelallokation

Adressaten für Verhandlungen über ein System der flächendeckenden Sicherung von Behandlungseinrichtungen

- Kommunen (Sozial,-Gesundheits,-und Integrationsverwaltungen, Städtetag...),
- Länder (Innen,-Sozialministerien, Migrationsbeauftragte),
- der Bund (BMA&S, BMI, BMG, Migrationsbeauftragte)
- die gesetzlichen (und privaten?) Krankenkassen (GKV) unter
- Kirchen, freigemeinnützige Träger, Stiftungen etc. als potentielle Leistungsträger mit Eigenanteilen und Refinanzierungsoptionen

Bedarfsrechnung für eine großstädtische Region von 500 000 Einwohnern, bzw. eine ländliche Region von 700 000 Einwohnern

(130 Zentren mit einem Finanzierungsvolumen von 65 Mio. €)

- Für eine Behandlungskapazität von laufend 300 Klienten (ohne Angehörige) mit einer durchschnittlichen Behandlungsfrequenz von 8,5 Kontakten/Klient/Jahr inkl. der entsprechenden indirekten Klientenarbeit:
 - 1,0 Psychotherapeut
 - 0,5 Kinder- und Jugendpsychotherapeut
 - 0,5 Psychiater
 - 2,0 Sozialpädagogen/Sozialarbeiter
 - 1,0 Kunst/Kreativitätstherapeut
 - 0,5 Physiotherapeut
 - 0,75 Finanzreferent
 - 0,5 Klientenempfang und –Betreuung
 - 0,5 Verwaltung/Sekretariat
 - 1500 Honorarstunden Dolmetscher

(Personal- und Sachkosten ca. 510 000€/Jahr)

Refinanzierungsmodelle

– Therapie –

- **Zuordnung der Leistungskomplexe zu möglichen Leistungsträgern:**

Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychotherapie, psychiatrische Differentialdiagnostik und Behandlung, Kunsttherapie, Physiotherapie, Überweisungen:

- SGB V bzw. SGBXII/Asylbewerberleistungsgesetz

(Nur ein kleiner Teil der Klientel ist GKV-versichert; der weitaus größte Teil fällt in die Zuständigkeit des AsylbLG, auch die Gruppe der irregulären Migranten.

- Viele Kommunen sind zwar dazu übergegangen, Asylantragsstellern, bereits kurz nach ihrer Einreise, Krankenversichertenkarten auszuhändigen, wobei dann die Abrechnung der Leistungen die jeweilige GKV für die Sozialämter übernimmt; das refinanzierbare Leistungsspektrum jedoch auf die Rechtsansprüchen nach dem AsylbLG beschränkt bleibt.

Leistungserbringermodelle

■ Integrierte Versorgung

Analoge Anwendung des § 140 SGB V: Zustimmung der regionalen GKV und der Sozialbehörden als Hauptleistungsträger Voraussetzung; Der §140 SGB V verlangt die Kooperation verschiedener Leistungserbringer, z. B. mit niedergelassenen Ärzten, Kliniken etc.; Verträge werden außerhalb der kassenärztlichen Versorgungsstrukturen abgeschlossen. Dennoch ginge es für die Behandlungszentren um Regelungen im Sinne von „in Anlehnung an...“. Abrechnungen wären sowohl als Quartals- als auch als Einzelleistungsvergütungen möglich.

Leistungserbringermodelle

■ Psychiatrische Institutsambulanz

Eine weitere Refinanzierungsmöglichkeit bestände in Anlehnung an die für Psychiatrische Institutsambulanzen (PIAS) nach § 118 SGBV. Auf diese Weise könnte z.T. den Komplexleistungen der Zentren Rechnung getragen werden. Quartalspauschale von 350 € (aktuell gültig für PIAs in der Bundesrepublik).

Die rechtlichen Voraussetzungen sind jedoch komplizierter, da Psychiatrische Institutsambulanzen nur in Verbindung mit psychiatrischen Versorgungskrankenhäusern im Sinne von Nachbehandlung eingerichtet werden können. Andererseits läge in der Anbindung eines Behandlungszentrums für traumatisierte Flüchtlinge eine Existenz sichernde Perspektive. Bei PIAs sind die Krankenkassen, hier unter Einbeziehung des Sozialleistungsträgers, die Hauptvertragspartner.

Leistungserbringermodelle

- **Einzeleistungsvergütung**
- Analog zur ambulanten ärztlichen und psychologischen Versorgung durch von den Kassen zugelassene Therapeuten, wäre bei einem geringen Teil der Klientel Einzelabrechnungen möglich. Der Sozialleistungsträger könnte sich den verhandelten Gebühren anschließen. Die Refinanzierung käme jedoch nur für Psychotherapie (§ 95 SGB V) im engeren Sinne in Frage, die Dolmetscher- sowie ein großer Teil der übrigen Leistungen würden nicht bezahlt werden, obwohl versucht werden könnte, zumindest Sozio (§ 37a SGB V)- und Physiotherapie (§124 SGB V) in die Refinanzierung einzubeziehen.
- Die Verhandlungen dürften regional sehr unterschiedlich ausfallen zumal sie von der Akkreditierung durch die Gesundheitsbehörden abhängig wären und einer Zustimmung der jeweiligen kassenärztlichen Vereinigungen bedürfen.
- Der finanzielle Fehlbedarf wird, auch bei günstigen Bedingungen, auf mindestens 70% des Gesamtbudgets geschätzt.

Leistungserbringermodelle

■ . Pauschalisierte gepoolte Fehlbedarfsfinanzierung

Eine optimale finanzielle Absicherung der Zentren könnte erreicht werden, wenn Bund, Länder und Kommunen nach einem Verteilungsschlüssel die finanzielle Fehlbedarfsdeckung übernehmen würden (Utopie?).

Dieses würde voraussetzen, dass sich jedes Zentrum zunächst sowohl um Eigen- und Drittmittel bemüht, als auch alle sonstigen Refinanzierungsmöglichkeiten ausschöpft. In einem zweiten Schritt würde flexibel über notwendige Bezuschussungen verhandelt:

Bund (Innen- bzw. Sozialministerium):

- Öffentlichkeitsarbeit/ Advocacy ;
- Nationale und internationale Netzwerkarbeit

Länder

- Gremienarbeit, Fortbildung, Kooperation mit Ämtern und Ministerien

Kommunen

- Psychosoziale Beratung, kommunale Netzwerkarbeit

Fazit

- Die Zukunft ist ungewiss
- Wir brauchen weitere Bündnispartner
- Wir müssen die Aktivitäten vor Ort und überregional verstärken
- **Die Kampagne ist wichtiger denn je!**