Das GZF-Best-Practice-Modell in Berlin-Steglitz

Versorgung psychisch erkrankter Flüchtlinge – ein innovatives Versorgungsmodell

Die Anzahl der Antragsteller auf Asyl hat sich mit 351.915 in 2023 gegenüber 244.132 im Jahr 2022 um mehr als fast 50% erhöht. Die Zahl der Kriegsflüchtlinge aus der Ukraine in Deutschland hat sich hingegen kaum verändert; derzeit leben 1,1 Millionen von ihnen hierzulande (1). Das Thema „Zuwanderung, Migration" steht im laufenden Jahr mit bevorstehenden wichtigen Wahlen im Zentrum der politischen Auseinandersetzung. Ungeachtet der unaufschiebbaren politischen Diskussion über die geeignete Regulierung und Begrenzung der Zuwanderung muss aus ärztlicher Sicht nachhaltig auf eine der Humanität verpflichtete und dem internationalen Recht entsprechende medizinische Versorgung der Asylsuchenden in Deutschland hingewirkt werden.

>> Für Aufbau und Realisierung speziell der nachfolgend thematisierten psychiatrischen und, psychotherapeutischen Versorgung ist eine Bedarfseinschätzung und Analyse der derzeitigen Versorgungslage unverzichtbar. Diese ist hinsichtlich des Versorgungsgrades (s. u.) jedoch sehr mangelhaft. Unstrittig ist, dass Migration auf dem Hintergrund von Flucht vor Krieg und Verfolgung mit einem hohen psychischen Morbiditätsrisiko einhergeht. Studien berichten hohe Prävalenzen von Posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen psychischen Störungen wie Depressionen und Angst in einer Höhe von 30–50%. In einer von der Bundesregierung bei der Akademie der Wissenschaften Leopoldina in Auftrag gegebenen Studie von 2018 schätzten Expert:innen, dass 50% der in den letzten Jahren nach Deutschland gekommenen ca. 2 Mio. Geflüchteten traumabedingte psychische Störungen haben und etwa 25% von ihnen professioneller psychotherapeutischer Hilfe bedürfen (5).

Hinsichtlich der psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgung wurden auch nach den hohen Flüchtlingszahlen von 2015/2016 nur punktuelle Lösungsansätze etabliert, nicht jedoch systematische und flächendeckende Versorgungsstrukturen (vgl. hierzu die ausführlichen Untersuchung von Töller u. a. (6).

Bis heute sind es vor allem die die unterschiedlich konstituierten Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. die sich die psychosoziale und therapeutische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland zur Aufgabe gemacht haben; bereits 1996 haben sie sich zum Dachverband der Psychosozialen Zentren (PSZ), Einrichtungen und Initiativen (BAfF) zusammengeschlossen. Mit ihren aktuell 47 aktiven Zentren sind sie in allen Bundesländern vertreten. Die PSZ werden jedoch hauptsächlich über zeitlich begrenzte öffentliche, kommunale, nationale oder europäische Fördermittel finanziert. Die Finanzierungsquellen sind oft sehr divers, was zu einem hohen bürokratischen Aufwand führt. Auf Antrag bei Krankenkassen finanzierte Therapien werden in den PSZ nur in sehr geringem Umfang durchgeführt.

Strukturen der ambulanten Regelversorgung wie niedergelassene Nervenärzte/Psychiater, Psychotherapeuten wie auch die psychiatrischen Institutsambulanzen der Kliniken sind bis auf regionale Ausnahmen ressourcenbedingt nur in begrenztem Umfang in die Versorgung einbezogen. Für Berlin z. B. sind diesbzgl. das Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie (ZIPP) der Charité Berlin oder auch die Institutsambulanz des Humboldt-Klinikums zu nennen. Konkrete flächenbezogene Versorgungszahlen seitens der Kassenärztlichen Vereinigungen oder der Kliniken liegen auf Bundesebene nicht vor. Dieses Defizit findet sich nicht nur in Deutschland: Wie das DÄB im Oktober 2023 schreibt, „werden Migranten und Flüchtlinge in Europa teilweise systematisch von der Gesundheitsdatenerhebung ausgeschlossen". Es beruft sich auf das Ergebnis einer Studie von 18 internationalen Autorinnen und Autoren, die aktuell in der Fachzeitschrift The Lancet Regional Health Europe erschienen ist." (7).

Daher geben die Versorgungsberichte der vorgenannten BAfF noch die verlässlichsten Versorgungszahlen wieder. In den aktuell 47 auf Geflüchtete spezialisierten psychosozialen Zentren (in allen Bundesländern) wurden in 2021 etwas über 20.000 Klient:innen behandelt; legt man die erwähnte Schätzung der Leopoldina-Studie und der Jahresberichte der BAFF zugrunde, konnte nur ca. 5% des potenziellen Versorgungsbedarfs abgedeckt werden.

Auch wenn geflüchtete Menschen – gestuft nach Dauer des Aufenthaltes in Deutschland (Näheres s. unten) – Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung haben, ist das etablierte Gesundheitssystem aus mehreren Gründen nicht in der Lage, diesen Anspruch zu realisieren. Als Hauptgrund sind die allgemein eingeschränkten Kapazitäten zu nennen: Viele psychiatrische und psychotherapeutische Praxen und Kliniken sind seit Längerem überlastet und können den erhöhten Aufwand bei der Behandlung geflüchteter Menschen nicht gewährleisten. Hinzu kommen fehlende Möglichkeiten der Sprachmittlung, Defizite in der spezifischen Ausbildung für die traumafokussierte Arbeit mit Menschen anderer Kulturkreise und nicht zuletzt ein fehlender Zugang zur Information über das deutsche Gesundheitssystem wie auch ein behandlungsaversives Verständnis der eigenen Situation aufseiten der Flüchtlinge. (vgl. hierzu u. a. die Jahresberichte der BAfF der letzten Jahre 8, 9).

Die Präsidentin der Bundespsychotherapeutenkammer, Dr. Andrea Benecke, resümiert 2023: „Die begrenzten Behandlungskapazitäten und langen Wartezeiten in der ambulanten Psychotherapie im Zusammenspiel mit der fehlenden Finanzierung von Sprachmittlung durch die Krankenkassen machen den Zugang zur Versorgung fast unmöglich (8, S. 4).

Die zuvor dargestellte aktuelle Situation überforderter traditioneller Versorgungsstrukturen war im Grundsatz bereits in 2015 /2016 absehbar, als sich mit dem großen Andrang vor Krieg und Verfolgung geflüchteter Menschen (745 545 in 2016) natürlich auch die Aufgabe einer wachsenden psychiatrischen/psychotherapeutischen Behandlung der oftmals traumatisierten Flüchtlinge stellte. Diese Einschätzung bildete in Verbin-

dung mit einer Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes 2015 den politischen und rechtlichen Hintergrund der Gründung des Gesundheitszentrums für Flüchtlinge (GZF gGmbH) in Berlin-Steglitz. Die Implementierung eines psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungszentrums für Flüchtlinge als ermächtigte Institutsambulanz im Rahmen GKV-finanzierter Regelversorgung stellte 2016 eine neue Möglichkeit dar, traumatisierte, psychisch erkrankte geflüchtete Menschen zeitnah, adäquat und finanziell gesichert im Rahmen der gesetzlichen Regelversorgung zu behandeln. Bis dato wird diese gesetzliche Möglichkeit bundesweit leider noch wenig genutzt.

Zielgruppe des GZF waren/sind traumatisierte und/oder psychisch erkrankte Menschen, die nach Flucht aus ihren Heimatländern in Deutschland Asyl beantragt haben. Menschen, die politischer Verfolgung oder Bürgerkriegsbedrohungen ausgesetzt waren bzw. denen aufgrund der Genfer Flüchtlingskonvention Schutz zu gewähren ist. Das GZF ermöglicht für diese Menschen eine psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung, die sich an einem ganzheitlich ausgerichteten Krankheitsverständnis und an Kriterien kultursensibler Behandlung orientiert. Dabei soll die Zusammenarbeit mit allen Einrichtungen der psychosozialen Versorgung wie der psychiatrischen und psychotherapeutischen Regelversorgung im integrierenden Sinne befördert werden. Der Zielvorstellung im klassisch sozialpsychiatrischen Ansatz einer möglichst regional-kommunalen Versorgungsverantwortung ist Rechnung zu tragen.

Zusammenführung von Kompetenzen

Gleichberechtigte Gründungsgesellschafter der gemeinnützigen GZF GmbH sind der gemeinnützige Verein XENION – Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e. V (www.xenion.org) und die PIBB–Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg (www.pi-bb.de). Gründungsidee war die Zusammenführung der beiderseitigen Kompetenzen: So verfügt XENION über eine jahrzehntelange Erfahrung als spezialisiertes psychosoziales Beratungs- und Behandlungszentrum für traumatisierte Flüchtlinge und Überlebende von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen. Das GZF ist die Brücke von einer zivilgesellschaftlichen menschenrechtsorientierten Hilfsorganisation zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Praxen einer innovativen Versorgungsstruktur der medizinischen Regelversorgung. XENION zeichnet sich aus durch eine enorme Vielfalt der Tätigkeitsfelder: von der rechtlichen und die sozialarbeiterischen Beratung über psychosoziale/ psychotherapeutische Begleitungen, die Unterstützung in allen Lebensbereichen (Unterkunft, Arbeit, Schule, Familie), die Qualifizierung von Dolmetschern/Sprachmittlern, die breite Sensibilisierung der Mitarbeiter für interkulturelle Kompetenz und nicht zuletzt die Vermittlung und Betreuung ehrenamtlicher Einzelvormundschaften /Mentoren für unbegleitete Minderjährige.

Die PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg hingegen steht als sektoren- und berufsgruppenübergreifendes Netz im Bereich der GKV für eine innovative, „integrierte" Versorgung schwer psychisch erkrankter Menschen. Seit Oktober 2024 organisiert die PIBB in Berlin die innovative ambulante Komplexbehandlung, an der neben Nervenärzten, Psychiatern, Psychotherapeuten und psychosomatischen Medizinern explizit auch Sozio- und Ergotherapeuten sowie die häusliche psychiatrische Krankenpflege mitwirken. Die PIBB ist die Managementgesellschaft des VPsG, des gemeinnützigen Vereins für Psychiatrie und seelische Gesundheit (www.psychiatrie-in-berlin.de), in dem seit 2003 gesellschaftlich relevante Themen psychiatrischer Erkrankung und Behandlung breit diskutiert werden. So befasst sich der VPsG mit seinen über 200 psychiatrieprofessionellen Mitgliedern u. a. auch mit Fragen der migrationsassoziierten Herausforderungen und der Förderung von Kultur- und Religionssensibilität in der Psychotherapie und Psychiatrie. Zu den Aktivitäten des AK „Religion & Psychiatrie" des VPsG wird auf das Buch „Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie", an dem auch mehrere GZF-Akteure mitgewirkt haben, verwiesen (10).

Voraussetzung der Leistungserbringung durch das GZF war die Ermächtigung durch den Zulassungsausschuss für Ärzte und Psychotherapeuten, der gemeinsam von den Krankenkassen und der Kassenärztlichen Vereinigung gebildet wird. Die Abrechnung erfolgt grundsätzlich über die KV, was in Berlin (im Gegensatz zu zahlreichen anderen Bundesländern) durch die obligatorische Ausstellung einer Versichertenkarte an alle registrierten Asylbewerber entscheidend erleichtert wird. Mit dem LAF und auch den Bezirksämtern konnte zudem ein adäquates Abrechnungssystem zur Kostenerstattung der Dolmetscher-/Sprachmittler-Einsätze etabliert werden.

Strukturell und rechtlich eingeschränkt waren die Möglichkeiten des GZF durch die Bestimmungen der konkreten Ermächtigung. Dafür beschreibt der § 31 Abs. 1 Ärzte ZV die Grundlage: „Ermächtigung zur ambulanten Versorgung von Leistungsempfängern nach § 2 AsylbLG, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben". Unter § 2 AsylbLG fallen alle Geflüchteten, die sich ohne wesentliche Unterbrechung länger als 18 Monate (seit 18.1.24: länger als 36 Monate) in Deutschland aufhalten (und die Dauer ihres Aufenthaltes nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben) und deren Asylverfahren noch nicht abgeschlossen ist. In den ersten 18 (neu 36) Monaten nach Ankunft in Deutschland übernimmt das Landesamt für Flüchtlinge gemäß § 4 und § 6 AsylbLG die Kosten ausschließlich akuter psychiatrischer und psychotherapeutischer Behandlungen mit rein abrechnungstechnischem Einbezug der KV und der beteiligten gesetzlichen Krankenkassen; danach erfolgt die Finanzierung über die Krankenkassen analog zur gesetzlichen Krankenversicherung nach der geltenden Gebührenordnung. Während der ersten 18 (neu 36) Monate ist eine Akutbehandlung möglich, in der Regel jedoch keine antragspflichtige Psychotherapie (Kurz- oder Langzeittherapie).

Im Rahmen dieses Beitrags kann nicht auf die generellen Problemseiten des AsylbLG wie u. a. „das besonders hohe Maß an Ermessen und unbestimmten Tatbeständen" und verfassungsrechtliche Problematiken eingegangen werden; vgl. hierzu die ausführlichere Erörterung von Führer 2023 (11).

Aufbauphase im Spannungsfeld großer Nachfrage und struktureller Hemmnisse/Schwierigkeiten

Von Beginn an war die Nachfrage nach psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungsplätzen sehr hoch; die Zuweisungen erfolgten über die Anlaufberatung von XENION, die Sozialdienste der Unterbringungseinrichtungen, die Kliniken, auf Eigeninitiative der Betroffenen und in den letzten Jahren besonders auch durch TransVer, das Berliner Ressourcen-Netzwerk für interkul-

turelle Öffnung (Charité). Gestartet war das GZF 2016 zunächst mit einem Teilzeit angestellten Psychiater sowie zwei stundenweise tätigen psychologischen Psychotherapeutinnen; räumlich nutzte das GZF zunächst die Räumlichkeiten der XENION-Beratungsstelle.

Die Schwierigkeiten der Gründungsjahre waren gekennzeichnet durch zahlreiche Faktoren, vor allem – eine unklare Auslegung des Gesetzes mit willkürlicher Umsetzung seitens der Leistungsträger sowie:

- eine innovationsaversive Bürokratie der KV, und des LAF,
- nicht im GKV-Honorarsystem abgebildete Leistungen, die aber bei der psych.-Versorgung geflüchteter Menschen und vor allem bei der Betreuungskoordination erforderlich sind
- die fehlende Refinanzierung der Dolmetscherkosten sowie die Rekrutierung qualifizierter Dolmetscher

Diese Hemmnisse und Schwierigkeiten führten nach 2 Jahren zu einer existenzbedrohenden betriebswirtschaftlichen Situation, die bereits zum Jahreswechsel 2019 eine völlige Neustrukturierung notwendig machten. Dazu gehörte der Bezug eigener therapiegeeigneter Räume verbunden mit der Einstellung weiterer Psychiater:innen und Psychotherapeutinnen. In langen Verhandlungsrunden konnte auch mit der KV Berlin eine hinreichende Sicherung der Honorierung der GZF-Leistungen und mit dem Landesamt für Flüchtlinge/LAF eine praktikable Finanzierung der Dolmetscher-Leistungen erreicht und eine drohende Insolvenz abgewendet werden.

Konsolidierung und Versorgungsprofil des GZF und Perspektiven der Versorgung

Vor allem die grundlegende gerichtliche Klärung der (letztlich dann für Geflüchtete wie das GZF positiv formulierten) Behandlungsvoraussetzungen wie auch die finanzielle Unterstützung durch Sponsoren und den Paritätischen Wohlfahrtsverband ermöglichten dem GZF in den Jahren 2019 und 2020 eine nachhaltige Konsolidierung. Etabliert wurden eine qualifizierte Team-Supervision, fachspezifische Qualitätszirkel, an denen auch externe Psychiater:innen und Therapeut:innen teilnehmen. Die enge Kooperation mit XENION führte u. a. zu gemeinsamen psychotherapeutischen Projekten wie z. B. Behandlung einer größeren Gruppe jesidischer Frauen und Kinder, die i. R. eines UNESCO-Flüchtlingskontingentes vom Land Brandenburg als Opfer und Angehörige des Genozides durch den IS in einem Wohnheim in Bad Saarow/Brandenburg aufgenommen worden waren (vgl. hierzu 12).

Auch die Qualifizierung der Dolmetscher- und Sprachmittler konnte in dem gemeinsamen Dolmetscher-Pool von XENION und GZF durch gezielte Maßnahmen gestärkt werden. Der organisatorisch rasche wie auch kontinuierliche Einsatz von häufig erforderlichen Sprachmittler:innen, die für die komplexe trianguläre Situation der Therapien qualifiziert sind und zugleich auch als „Kulturmittler" dienen, stellt eine wesentliche Voraussetzung gelingender psychotherapeutischer und psychiatrischer Behandlung dar.

Des Weiteren wurde eine Kooperation mit regionalen psychosozialen Trägern sowie anderen Akteuren der Flüchtlingsversorgung wie z. B. dem Zentrum Überleben, dem Zentrum für Interkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie (ZIPP) der Charité Berlin und nicht zuletzt auch mit niedergelassenen Psychiater:innen und Psychotherapeut:innen realisiert. Letztere Kooperation war insbesondere immer dann von Bedeutung, wenn angesichts z. B. einer Asylanerkennung eine Weiterbehandlung im GZF gemäß der Limitierung der Ermächtigung nicht mehr finanziert werden konnte und nachfolgende Behandlungen organisiert werden mussten.

In 2023 arbeitete das GZF dann mit insgesamt 4 Psychiater:innen (davon eine Kinder- und Jugendpsychiaterin) sowie 3 Psychotherapeut:innen (jeweils in Teilzeit); es versorgte pro Quartal ca. 250 Patienten und konnte ca. 80 von den Krankenkassen bewilligte Psychotherapien (KZ-Th und LZ-Th) durchführen. Dieses quantitative Behandlungsniveau ist herauszustellen, da die krankenkassenfinanzierten Psychotherapien grundsätzlich nur über die ausgesprochene Ermächtigung möglich waren und weitere Ermächtigungen in Berlin und Brandenburg sehr rar geblieben sind.

Von besonderer Bedeutung erwies sich für das GZF und seine Patient:innen die unter § 92 Abs. 6 b neu in den SGB-V-Leistungskatalog aufgenommene „Ambulante Komplexbehandlung", die ab dem 01.10.22 durchgeführt werden kann (vgl. 13 „Monitor Versorgungsforschung" 02/2023). Die „Koordinierte Strukturierte Versorgung" (KSV-Psych-Richtlinie) ermöglicht eine multiprofessionelle Behandlung unter Einsatz psychiatrischer, psychotherapeutischer, ergo- und soziotherapeutischer Akteure sowie der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege für psychisch schwer Erkrankte. Patienten des GZF sind Menschen mit harter, traumatischer Biografie, die aus dem Iran, aus Afghanistan, dem Irak, aus der Türkei, aus anderen Ländern des Nahen und Mittleren Ostens, aus Ländern der russischen Föderation oder oft als unbegleitete Minderjährige aus Ländern Afrikas – nicht selten mit kriegstraumatischer Vergangenheit – kommen. Es sind Menschen, die politische Verfolgung und Traumatisierungen unterschiedlichster Art erlitten haben. Angesichts der Komplexität und Schwere der Störungsbilder ist die ambulante Komplexversorgung für nicht wenige dieser Patienten von besonderer Wichtigkeit. Im Hinblick auf die Realisierung dieses multiprofessionellen Behandlungsansatzes nimmt das GZF eine Vorreiterposition ein.

Gründung eines MVZ bringt Verbesserung der Behandlungsmöglichkeiten

Als ein besonderes Problem begleitete die Arbeit des GZF von Beginn an die mit der Ermächtigung verbundene Einschränkung des Personenkreises behandlungsberechtigter Patienten aufgrund der Vorgaben des AsylbLG. Hierzu zählen z. B. Flüchtlinge wie vor dem Krieg aus der Ukraine geflohene Menschen, die nicht im GZF behandelt werden können, da sie generell „subsidiären Schutz" erhalten und damit nicht unter das AsylbLG fallen; obgleich sie gegenüber Asylbewerbern hinsichtlich ihres Aufenthaltsrechtes bevorzugt sind, bleibt ihnen bei psychischer Erkrankung nur der begrenzt aussichtsreiche Weg, psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe in den ohnehin überfüllten Praxen oder auch psychiatrischen Institutsambulanzen zu suchen, wo zudem in aller Regel keine qualifizierte Sprachmittlung bei Diagnostik und Behandlung zur Verfügung steht. Der Ausschluss von einer Behandlungsmöglichkeit im GZF betrifft auch Patienten, wenn ihr Asylantrag positiv beschieden wird und sie dann ebenso auf eine Weiterbehandlung in der beschriebenen Regelversorgung angewiesen sind. Diese Abbrüche von Behandlungen, die gerade von der vertrauensvollen Kontinuität leben, sind besonders, wenn seitens des Patienten noch keine ausreichende

Sprachkompetenz vorliegt, therapeutisch und hinsichtlich weiterer gesellschaftlicher Integration problematisch. Diese Situation führte die Gesellschafter der GZF gGmbH, XENION und PIBB, zur Gründung eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ), des Interkulturellen Gesundheitszentrums IGZ gGmbH. Dieses IGZ mit beim Start im August 2023 zunächst nur psychotherapeutischer Behandlungsmöglichkeit stellt den letzten versorgungsrechtlich-organisatorischen Schritt dar von der zuwendungsfinanzierten psychosozialen/-therapeutischen Einrichtung (XENION e. V.) über die als Brücke zur Regelversorgung fungierende ermächtigte Institutsambulanz (GZF gGmbH) bis zur uneingeschränkten GKV-Regelversorgung durch das MVZ. Hierdurch ergeben sich quantitativ wie auch qualitativ für die spezifische Versorgung von Menschen mit Flucht- und traumatisierendem Migrationshintergrund relevante Entwicklungsmöglichkeiten. Mit der Gründung des Interkulturellen Gesundheitszentrums IGZ gGmbH ist das sozialpsychiatrisch-strukturelle Ziel des Aufbaus und der Förderung dezentral-vernetzter und integrationsorientierter Versorgungsstrukturen für geflüchtete Menschen und die Sicherung der Finanzierung i. R. der Regelversorgung organisatorisch hergestellt.

Zur Schwierigkeit der Unterscheidung der Behandlungsnotwendigkeit bei akuter versus chronischer Erkrankung

Erweist sich schon im somatischen Bereich die geforderte Unterscheidung zwischen akuten und chronischen Erkrankungen mitunter als problematisch, so sind psychische Erkrankungen noch schwieriger in diese Systematik einzuordnen. Wie aber z. B. die Akutbehandlung eines diabetisches Komas selbstverständlich der langzeitig weiterzuführenden Medikation bedarf, so muss in aller Regel der Akutintervention bei einer psychischen Dekompensation oder Krise unbedingt die qualifizierte und spezifische psychotherapeutische Weiterbehandlung folgen.

Hierzu sei beispielhaft für das Leistungsprofil des GZF eine aktuelle Behandlungssituation seitens des ärztlichen Leiters des GZF Prof. Dr. Götz Mundle vorgestellt:

- Eine 26 Jahre alte Patientin aus Afghanistan leidet an einer komplexen Traumafolgestörung, PTBS, ICD 10 F 43.1 mit Dissoziation, Flashbacks, Konzentrationsstörungen, Schlafstörungen und depressiver Symptomatik; aufgrund der Flashbacks und Konzentrationsstörungen ist sie unfähig kontinuierlich am Deutsch- und Schulunterricht teilzunehmen.

Hintergrund ist eine Vergewaltigung durch Taliban im Heimatland und weitere Gewalterfahrungen auf der Flucht.

Die ersten 18 Monate nach Ankunft in Deutschland können mittels psychiatrischer Gespräche und therapeutischer Sprechstunden im GZF überbrückt werden; unter Nutzung psychiatrisch-psychotherapeutischer Termine im Abstand von 2–4 Wochen kommt es zu einer ersten Stabilisierung. Nach 18 Monaten ist eine spezifische wöchentliche Therapie der Traumafolgestörung möglich (KZT und LZT). Dadurch wird eine Verbesserung der Symptomatik bewirkt und sie kann die Schule erfolgreich beenden (MSA); heute macht sie erfolgreich eine Ausbildung zur Krankenpflegerin. Ohne eine Therapie wäre die Durchführung des Sprachkurses und eine Ausbildung nicht möglich.

Folge der neuen gesetzlichen Regelungen wäre, dass diese junge Frau heute keine Chance hätte, sich in Deutschland adäquat zu integrieren und mit ihrer Ausbildung dem Fachkräftemangel entgegenzuwirken.

Resümee aus aktueller Sicht

Der Versorgungsbedarf für psychiatrische und psychotherapeutische Leistungen bei Flüchtlingen ist nachgewiesenermaßen hoch. Beschrieben wurden die bestehenden Versorgungsstrukturen für geflüchtete Menschen in Deutschland, deren Möglichkeiten und anhaltend gravierende Defizite.

Das Berliner Modell eines Gesundheitszentrums für Flüchtlinge/GZF als gemeinsames Versorgungsprojekt von XENION – Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e. V. und dem Versorgungsnetzwerk der PIBB – Psychiatrie Initiative Berlin Brandenburg stellt eine Brücke dar von einer zivilgesellschaftlichen menschenrechtsorientierten Hilfsorganisation hin zu psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlungen der medizinischen

Literatur

(1) Zeitonline vom 1.1.24 beruhend auf Angaben des Bundesinnenministeriums. Aufruf 10.1.24
(2) Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. PLOS Med . 2020 Sep 21;17(9):e1003337
(3) Bogatzki, L., Miredin, J., Millet, S., Lipinski, L., Molle, M., Rockstroh, B., & Odenwald, M. (2023). Konstanzer Modellprojekt für psychisch belastete Geflüchtete. Der Nervenarzt, 1-7
(4) Böttche, M., Stammel, N., & Knaevelsrud, C. (2016). Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland. Der Nervenarzt, 87(11).
(5) Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2018). Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig. Halle (Saale): Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V.
(6) Töller E et al: Rechtliche, organisatorische und politische Rahmenbedingungen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland in Zeitschrift für Flucht- und Flüchtlingsforschung 4.Jg (2020) Heft 1 S.37-67
(7) https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/146936/Bislang-nur-lueckenhafte-Erfassung-von-Daten-zu-Migration-und-Gesundheit. Aufruf 10.1.24
(8) Karato, Y. (2023). Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2023.
(9) Mohammed, L., & Karato, Y. (2022). Flucht & Gewalt. Psychosozialer Versorgungsbericht Deutschland 2022.
(10) Mönter N, Heinz A, Utsch M (2020) Religionssensible Psychotherapie und Psychiatrie, Kohlhammer.
(11) Führer A (2023): Determinanten der Gesundheit und medizinischen Versorgung von Asylsuchenden in Deutschland in: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 10 – 2023 , S.1083–1091
(12) Mönter N (2023) Sterben und Tod – Flucht, Krieg, Religion und die Möglichkeiten der Psychotherapie - 13. Berliner psychiatrisch-religionswissenschaftliches Colloquium in Ztschrft Spiritual care. https://dol.org/10.1515/spiricare-2023-0001
(13) Mönter N (2023): Start der Umsetzung der KSV-Psych-Richtlinie in Ztschrft Monitor Versorgungsforschung Heft 2 , 2023, S.28 - 30
(14) Positionspapier der psychiatrischen und psychotherapeutischen Fachgesellschaften und Verbände zu „Gesundheitliche Folgen bei der Verdopplung der Asylleistungsbeschränkungen von 18 auf 36 Monate“ https://www.dgppn.de/_Resources/Persistent/76030384bc208133b31ad6b9c7ee99bcaaf416c6/231229%20Positionspapier%20AsylbLG%2036%20Monate.pdf Aufruf 15.1.2024

Zitationshinweis

Mönter, N.: „Versorgung psychisch erkrankter Flüchtlinge – ein innovatives Versorgungsmodell“, in „Monitor Versorgungsforschung“ (02/24), S. 30–34. http://doi.org/10.24945/MVF.02.24.1866-0533.2591

Regelversorgung. Sie begründet damit eine innovative Versorgungsstruktur. Die GKV und die KV sind über die erteilten Ermächtigungen und seit 2023 auch über das neu gegründete MVZ des GZF direkt in eine verbindliche Versorgung einbezogen. Dies entspricht auch der rechtlich für Deutschland gültigen EU-Aufnahmerichtlinie. Diese Richtlinie legt fest, dass besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden, zu denen unter anderem Personen mit psychischen Störungen sowie Menschen, „die schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben“, zählen (Art. 21 EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU), „die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung“ gewährt werden muss (Art. 19 Abs. 2 EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU).

Aus klinischer Erfahrungssicht ist zusammenzufassen, dass die am 18.1.24 beschlossene Änderung des AsylbLG zum Bezug von Analogleistungen nach den Sozialgesetzbuch V erst nach 36 Monaten bedeutet, dass psychisch erkrankte, oftmals schwer traumatisierte Flüchtlinge 3 Jahre auf eine psychotherapeutische Behandlung werden warten müssen; damit sind auch die bekannten Gefahren einer Chronifizierung in Form von Zustandsverschlechterung, auch des damit verbundenen Abgleitens in vertiefte Desintegration, Dissozialität und Drogenkonsum nicht von der Hand zu weisen. Derartige Entwicklungen wirken sich erfahrungsgemäß auch kostentechnisch, integrations- und arbeitsmarktbezogen kontraproduktiv aus.

Mehrere Fachgesellschaften und Verbände aus Psychiatrie, Psychotherapie und Versorgung haben davor gewarnt, Asylbewerbern den Zugang zur psychotherapeutischen und ärztlichen Versorgung zu erschweren.

„Mit der Verlängerung des Bezugszeitraums der eingeschränkten Gesundheits- und Sozialleistungen wird zudem das von der Bundesregierung eingeführte Instrument der Ermächtigung de facto außer Kraft gesetzt. Zumindest theoretisch sollte es die dringend notwendigen Kapazitäten zur psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter ausweiten …“

Damit könnten ermächtigte Einrichtun-gen, Psychiater:innen und Psychothera-peut:innen Geflüchtete erst nach drei Jahren in eine spezifische Psychotherapie aufnehmen. Die ermächtigten Psychiater:innen, Psychotherapeut;innen und Einrichtungen, darunter psychosoziale Zentren mit Möglichkeiten der Sprachmittlung und Fachexpertise für Folter- und Extremtraumafolgen, können so die Versorgung von Geflüchteten nicht mehr gewährleisten und die ohnehin eklatante Versorgungslücke wird sich durch den Wegfall dieser Behandlergruppe weiter vergrößern“. (14)

Ungeachtet der unaufschiebbaren Diskussion über die geeignete Kontrolle und Begrenzung der Zuwanderung behindert der BT-Beschluss vom 18.1.24 den Aufbau flächendeckender spezifischer Versorgungsstrukturen wie sie z. B. modellhaft vom Gesundheitszentrum für Flüchtlinge in Berlin entwickelt wurden. Der Beschluss verstößt verfassungswidrig letztlich auch gegen die oft beschworenen Grundsätze von Humanität und Integration. <<

von: Dr. Norbert Mönter*

*Arzt für Neurologie und Psychiatrie, Psychotherapie, Psychoanalyse; Mitbegründer des Gesundheitszentrums für Flüchtlinge und dessen Geschäftsführer bis Ende 2022

Jahresbericht 2023 Krebsregister MV

>> Der Jahresbericht 2023 des Krebsregisters Mecklenburg-Vorpommern* mit den Diagnosejahren 2019–2021 sowie den 12 häufigsten behandelten soliden Tumorerkrankungen und den drei häufigsten behandelten bösartigen systemischen Erkrankungen in Mecklenburg-Vorpommern liegt nun vor. Dieser Bericht bietet jedoch nicht nur eine Übersicht über Krebserkrankungen in dem Bundesland, sondern publiziert auf der Internetseite des Krebsregisters ebenso aktuelle Auswertungen in Form eines interaktiven Berichtes. Darüber hinaus stellt das Krebsregister Mecklenburg-Vorpommern den Leistungserbringer:innen und somit den Melder:innen Auswertungen in aggregierter Form als Rückmeldeberichte zur Verfügung. Ziel dieser Rückmeldungen ist es, den onkologisch tätigen Ärzt:innen einen Überblick über ihre gemeldeten Daten, behandelten Patient:innen und Tumoren zu geben. Hierzu werden folgende Auswertungen abgebildet:

- Anzahl und Vollständigkeit der Meldungen
- Patientencharakteristika, z. B. Alter bei Dia-gnose, Geschlecht, Wohnort nach Landkreisen
- Auswertung der fünf häufigsten Tumorentitäten, die vom Leistungsbringer behandelt oder diagnostiziert wurden, inkl. Therapie- und Überlebensauswertungen.

Um deutschlandweit eine Vereinheitlichung bzw. Harmonisierung der Jahresberichte der § 65c-Register zu schaffen, wurde eine Unterarbeitsgruppe der Plattform § 65c gegründet. Diese Plattform ist ein bundesweiter Zusammenschluss aller klinischen Krebsregister, in dem fachliche Fragestellungen und Verfahrensabläufe zwischen den klinischen Krebsregistern abgestimmt und einheitliche Empfehlungen dazu erarbeitet werden. Ziel der Unterarbeitsgruppe AG Berichtsformate ist es, eine bundesweit verbindliche länder-übergreifende Harmonisierung eines Kernteils der Jahresberichte der § 65c-Register zu schaffen. <<

*https://t1p.de/52bki

Digitale Gesundheitsregionen

Hrsg.: Walther, P, Timm, L..

Digitale Gesundheitsregionen: Das Praxishandbuch für regionale und nachhaltige Versorgungsnetzwerke



Verlag: medhochzwei Verlag 2024
ca. 200 Seiten
ISBN-Print: 978-3-86216-997-9
Preis Buch: 65 Euro

>> Prof. Dr. Philipp Walther, Professor für Gesundheitsmanagement, und Prof. Dr. Lars Timm, Leiter des Studiengangs „Management im Gesundheitswesen“, beide Hochschule Fresenius, beleuchten in dem erst im Februar diesen Jahres erschienenen Praxishandbuch zahlreiche Beispiele digitaler, regionaler und nachhaltiger Versorgungsnetzwerke. Die Idee von Gesundheitsregionen sei nicht neu, gleichwohl zeige sich die Lücke zwischen Theorie und Umsetzung sowie vor allem der Finanzierung. So sei es bei einer Vielzahl von auf unterschiedliche Art geförderten Projekten bei temporären Ansätzen geblieben. Nun ändere sich dies zugunsten nachhaltiger, hybrider und interprofessioneller Versorgungsstrukturen, auch werde das GVSG den Prozess durch Ansätze wie Gesundheitskiosk, Primärversorgungszentren und Gesundheitsregionen beschleunigen. <<