

2582 B

An den
den Vorsitzenden des Hauptausschusses
über
den Präsidenten des Abgeordnetenhauses von Berlin

überSenatskanzlei - G Sen -

Thema: Medizinische Versorgung in Notunterkünften, Stand der Besetzung in den bezirklichen Gesundheitsämtern

Einzelplan 11 - Gesundheit und Soziales

Kapitel 1166 - Landesamt für Gesundheit und Soziales - Soziales

Titel 427 01 - Aufwendungen für freie Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

Titel 540 10 - Dienstleistungen

Titel 540 85 - Dienstleistungen für die verfahrensabhängige IuK-Technik

Titel 671 13 - Krankentransporte nach dem SGB XII

Titel 684 06 - Zuschüsse an soziale oder ähnliche Einrichtungen

Rote Nummern 2523, 2582

Vorgang: 95. Sitzung des Hauptausschusses vom 25.11.2015

Ansätze (tabellarisch) zu allen thematisierten Titeln, und zwar für das

Titel 427 01 - Aufwendungen für freie Mitarbeiterinnen/Mitarbeiter

abgelaufene Haushaltsjahr:	368.000,00 €
laufende Haushaltsjahr:	770.000,00 €
Ist des abgelaufenen Haushaltsjahres:	1.906.236,10 €
Verfügungsbeschränkungen:	0,00 €
aktuelles Ist (29.01.2016):	345.202,19 €

Titel 540 10 - Dienstleistungen

abgelaufene Haushaltsjahr:	34.800,00 €
laufende Haushaltsjahr:	735.000,00 €
Ist des abgelaufenen Haushaltsjahres:	2.163.887,68 €
Verfügungsbeschränkungen:	0,00 €
aktuelles Ist (29.01.2016):	512.558,96 €

Titel 540 85 - Dienstleistungen für die verfahrensabhängige IuK-Technik

abgelaufene Haushaltsjahr:	145.000,00 €
laufende Haushaltsjahr:	155.000,00 €
Ist des abgelaufenen Haushaltsjahres:	189.375,06 €
Verfügungsbeschränkungen:	0,00 €
aktuelles Ist (29.01.2016):	6.295,10 €

Titel 671 13 - Krankentransporte nach dem SGB XII

abgelaufene Haushaltsjahr:	69.800,00 €
laufende Haushaltsjahr:	315.000,00 €
Ist des abgelaufenen Haushaltsjahres:	168.507,85 €
Verfügungsbeschränkungen:	0,00 €
aktuelles Ist (29.01.2016):	23.680,30 €

Titel 684 06 - Zuschüsse an soziale oder ähnliche Einrichtungen

abgelaufene Haushaltsjahr:	0,00 €
laufende Haushaltsjahr:	0,00 €
Ist des abgelaufenen Haushaltsjahres:	0,00 €
Verfügungsbeschränkungen:	0,00 €
aktuelles Ist:	0,00 €

Gesamtkosten:

Die Gesamtkosten betragen bis zu 35.978.449,00 € in 2016, die Kalkulation ist der Anlage zum Rahmenkonzept zu entnehmen.

Der Hauptausschuss hat in seiner oben bezeichneten Sitzung Folgendes beschlossen:

„SenGesSoz wird gebeten, dem Hauptausschuss bis Ende des Jahres 2015 das Konzept zur medizinischen Versorgung auch in Notunterkünften vorzulegen. Mit welchen Krankenhäusern bestehen Kooperationsvereinbarungen? Weiter soll der aktuelle Stand der Besetzung in den bezirklichen Gesundheitsämtern berichtet werden.“

Wir bitten, den Beschluss mit nachfolgender Darstellung als erledigt anzusehen.

Hierzu wird berichtet:

Der Bericht ist dem anliegenden Rahmenkonzept „Medizinische Versorgung von Asylsuchenden“ im Land Berlin zu entnehmen.

Das Rahmenkonzept beschreibt die vorübergehenden am jeweiligen Bedarf orientierten Maßnahmen zur Sicherung der medizinischen Versorgung von Asylsuchenden. Die in der Anlage zur Kostenkalkulation ausgewiesenen Maßnahmen einschließlich der Kosten stehen unter dem Vorbehalt des Eintritts der angenommenen Zugangszahlen an Asylsuchenden. Die Finanzierung wird im Rahmen der Haushaltswirtschaft 2016 im Wege der Deckungsfähigkeit aus Kapitel 2930 – Landesweite Aufgaben im Zusammenhang mit der Unterbringung und Versorgung von Flüchtlingen – bzw. durch die Zulassung von außerplanmäßigen Ausgaben realisiert werden.

Die für die Umsetzung des Konzeptes erforderlichen Vergabe- und weiteren haushaltsrechtlichen Erfordernisse werden nach Beschlussfassung eingeleitet.

Der Senat von Berlin

Frank Henkel

Bürgermeister

Mario Czaja

Senator für Gesundheit und Soziales

Rahmenkonzept „Medizinische Versorgung von Asylsuchenden“ im Land Berlin

Stand 17. März 2016

Inhalt

1. Kurzfassung	2
2. Rechtliche Grundlagen für die medizinische und psychosoziale Versorgung, Leistungsansprüche vor und nach Registrierung	3
3. Besonders schutzbedürftige Personen	4
3.1 Rechtliche Grundlagen und Kapazitäten	4
3.2 Minderjährige und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF)	5
4. Infektionsschutz.....	5
4.1 Vorscreening.....	5
4.2 Untersuchung gemäß § 62 Asylgesetz.....	6
4.3 Tuberkulosescreening.....	7
4.4 Zentrale Untersuchungs- und Impfstelle (ZUI).....	7
4.5 Impfen.....	8
4.6 Umgang mit Infektionskrankheiten und Ausbruchsmanagement	9
5. Medizinische Versorgung	9
6. Zahnärztliche Versorgung	10
7. Versorgung mit Arzneimitteln und Verbrauchsmaterialien	11
8. Krankentransporte.....	12
9. Stationäre Versorgung.....	13
10. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD).....	13
11. Psychiatrische Versorgung und Versorgung in der Sucht- und Drogenhilfe	13
a. Einbindung von Asylsuchenden ins psychiatrische (Regel-) Pflichtversorgungssystem	13
b. Erforderliche Maßnahmen.....	14
c. Sucht- und Drogenhilfe.....	15
12. Prävention und psychosoziale Unterstützung schutzbedürftiger Personen	15
13. Sprachmittlerdienste	16

1. Kurzfassung

Im Jahr 2015 kamen rund 80.000 Asylsuchende nach Berlin, davon mehr als 40.000 im Zeitraum von September bis November, was alle betroffenen Behörden vor enorme Herausforderungen stellt. Erstes Ziel ist es, die Asylsuchenden vor Obdachlosigkeit zu bewahren und umgehend in Unterkünften unterzubringen. Gleichzeitig muss aus humanitären und infektiologischen Gründen auch die medizinische Grundversorgung gesichert werden.

Der erste Kontakt mit dem medizinischen System ist aus Sicht des Gesetzgebers dergestalt vorgesehen, dass die oder der Asylsuchende gemäß § 62 Asylgesetz (AsylG) eine ärztliche Untersuchung und zusätzlich eine Untersuchung zum Ausschluss der Tuberkulose dulden muss. Beide Untersuchungen dienen dem Bevölkerungsschutz. Sie decken darüber hinaus individualmedizinischen Behandlungsbedarf insbesondere bei vulnerablen Gruppen (wie z. B. Schwangere, Kinder, Menschen mit Behinderungen) auf, die von Anfang an einen besonderen Schutz genießen sollen.

Ist es aus organisatorischen Gründen jedoch nicht möglich, die Untersuchung nach § 62 AsylG zeitnah durchzuführen, dann ist ein Vorscreening unmittelbar nach Ankunft von Asylsuchenden in Berlin durch medizinisch erfahrenes Personal (z. B. Rettungssanitäterinnen und Rettungssanitäter) sinnvoll. Das Vorscreening kann die Untersuchung gemäß § 62 AsylG nicht ersetzen, sondern stellt eine vorübergehende Maßnahme dar.

Asylsuchende haben einen Anspruch auf notwendige Leistungen der medizinischen Versorgung – unabhängig davon, ob sie bereits im Land Berlin registriert sind oder nicht. Registrierte Asylsuchende haben darüber hinaus das Recht auf freie Arztwahl und können anhand des Krankenbehandlungsscheins bzw. mit der elektronischen Gesundheitskarte eine medizinische ambulante Behandlung bei niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten in Arztpraxen erhalten. Die Versorgung von bislang unregistrierten Flüchtlingen wird bislang durch das spendenfinanzierte Ehrenamt und durch Krankenhäuser erbracht, was als dauerhafte Lösung nicht akzeptabel ist.

Gemäß Senatsbeschluss vom 13.01.2016 war die hohe Anzahl der Nichtregistrierten zeitnah abzubauen, was auch umgesetzt wurde. Es kann jedoch perspektivisch erneut notwendig werden, vorübergehende Maßnahmen zu ergreifen und Regelmechanismen zu schaffen, die bei kurzfristig veränderten Zugangszahlen zur Anwendung kommen können, um die fachlich erforderliche und am Bedarf orientierte medizinische Versorgung von Asylsuchenden zu sichern. Dabei wird Wert darauf gelegt, wo immer möglich im Regelsystem zu bleiben.

Aufgrund der besonderen Umstände (hohe Zuzugszahlen, Verständigungsprobleme, nicht klare Trennung von registrierten und unregistrierten Asylsuchenden) hat sich das Regelsystem allein als nicht ausreichend praktikabel erwiesen. Deshalb ist es erforderlich, übergangsweise die notwendige medizinische Versorgung ergänzend vor Ort zu sichern. Dazu werden Med-Punkte in den großen Einrichtungen mit 500 und mehr Asylsuchenden eingerichtet und dabei bedarfsorientiert und flexibel geplant. Für kleine Einrichtungen (z. B. Turnhallen) gibt es verschiedene Modelle – favorisiert wird die Versorgung im Regelsystem, in Einzelfällen jedoch auch vor Ort durch mobile medizinische Teams. Mit der Kassenärztlichen Vereinigung wurde vertraglich geregelt, dass alle Einrichtungen einen Anspruch auf eine Versorgung durch den Kassenärztlichen Notdienst haben.

Wenn über die hausärztliche Versorgung hinaus ein Bedarf an fachärztlicher Versorgung besteht (z. B. gynäkologische, psychiatrische Behandlung), so sind die betreffenden Asylsuchenden in das Regelsystem zu vermitteln. Für die stationäre Versorgung erfolgt die Abrechnung beim LAGeSo einzelfallbezogen.

Mit der Umsetzung des vorliegenden Konzeptes wird für eine befristete Zeit in Teilen übergangsweise eine Parallelstruktur zum Regelsystem aufgebaut, die der notwendigen Versorgung von Asylsuchenden dient. Dies ist aufgrund der o. g. Umstände erforderlich, da vorübergehend nur so der gesetzliche Anspruch von Asylsuchenden auf notwendige medizinische Leistungen erfüllt werden kann. Ziel bleibt selbstverständlich die schnellstmögliche Integration der Asylsuchenden in das Regelsystem, hierbei übernehmen u. a. die Gesundheitsämter eine wichtige Lotsenfunktion.

Die Anlage 2 enthält die erwarteten finanziellen Auswirkungen der im Folgenden im Einzelnen dargestellten Maßnahmen vorbehaltlich des Eintritts der hinsichtlich der Zugangszahlen an Asylsuchenden getroffenen Annahmen.

2. Rechtliche Grundlagen für die medizinische und psychosoziale Versorgung, Leistungsansprüche vor und nach Registrierung

Der leistungsrechtliche Anspruch richtet sich unabhängig von der Art der Unterbringung nach dem aktuellen Aufenthaltsstatus der zu versorgenden Person.

Asylsuchende, die registriert und dem Land Berlin zugewiesen worden sind, sind anspruchsberechtigt im Sinne des § 1 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und die Zuständigkeit für die Leistungsgewährung liegt aufgrund der Zuweisungsentscheidung („EASY-Verfahren“) beim Land Berlin.

In diesen Fällen ist das AsylbLG komplett anwendbar. Dies bedeutet in der Phase der Erstaufnahme, dass ein Anspruch auf Sachleistungen für den notwendigen Bedarf sowie eine weitgehend bar erbrachte Leistung für den notwendigen persönlichen Bedarf (§ 3 Abs. 1 AsylbLG) besteht. Nach Verlassen der Erstaufnahmephase besteht ein vergleichbarer Leistungsanspruch, der jedoch regelmäßig als Barleistung erbracht wird (§ 3 Abs. 2 AsylbLG). Die medizinische Versorgung dieser beiden Personenkreise erfolgt z.Z. durch die Ausstellung des grünen Behandlungsscheines (vergleichbar dem früher üblichen Krankenschein), mit dem ambulante ärztliche oder zahnärztliche Leistungen einschließlich Medikation sowie Heil- und Hilfsmittel unterhalb einer Wertgrenze von jeweils 200 € (incl. MwSt.) je Verordnungszeile direkt über die Kassenärztliche Vereinigung (KV) und die AOK Nordost mit der zentralen Abrechnungsstelle in Pankow abgerechnet werden. Für stationäre Leistungen findet ein Meldeverfahren zwischen Krankenhaus, Leistungsbehörde und AOK Nordost statt, wobei die erbrachten Leistungen schließlich über die AOK Nordost mit der zentralen Abrechnungsstelle abgerechnet werden. Alle anderen Leistungen sind bei der Leistungsbehörde zu beantragen, hierzu gehören Hilfsmittel oberhalb der Wertgrenze und Psychotherapien.

Nach einer 15-monatigen Aufenthaltsdauer in Deutschland besteht in der Regel Anspruch auf Leistungen nach § 2 AsylbLG analog dem SGB XII (Sozialhilfe). Leistungsberechtigte erhalten dann den Regelbedarf in voller Höhe. Darüber hinaus können sie wie Sozialhilfeberechtigte eine betreuende Krankenkasse auswählen, über deren Chipkarte die ärztliche Behandlung praktisch komplett mit der zuständigen Leistungsbehörde abgerechnet wird.

Personen, die in den Notunterkünften aufgenommen werden, jedoch noch nicht registriert sind, können ihren Leistungsanspruch bis zum Zeitpunkt der Registrierung nicht realisieren, weil sie weder als Asylsuchende erfasst sind, noch durch die Verteilentscheidung die zuständige Leistungsbehörde festgestellt werden kann.

Die verzögerte Registrierung ist den Betroffenen jedoch in aller Regel nicht anzulasten, sondern auf behördliche Versäumnisse zurückzuführen. Daher hat die Staatssekretärskonferenz am 12.10.2015 auf Initiative der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales beschlossen, dass dieser Personenkreis bis zur Registrierung in analoger Anwendung des Asylbewerberleistungsgesetzes zu versorgen ist. Auf der Grundlage dieses Beschlusses werden Unterkunft und Verpflegung sowie die Mobilität der Betroffenen sichergestellt.

Darüber hinaus folgt daraus, dass die notwendigen Leistungen der medizinischen Versorgung ebenfalls in Analogie zum Asylbewerberleistungsgesetz zu erbringen sind. Die Ausstellung des Behandlungsscheines und zukünftig der Chipkarte ist allerdings erst mit der Registrierung möglich, so dass Asylsuchende bis dahin keinen Zugang zur Regelversorgung haben. Daher muss die Zeit bis zur Registrierung durch geeignete Maßnahmen überbrückt werden, die eine medizinische Grundversorgung sicherstellen. Diese Maßnahmen sind im Folgenden differenziert nach dem derzeitigen Stand und den Planungen für die Zukunft dargestellt. Dabei soll durch geeignete Maßnahmen dafür Sorge getragen werden, dass Doppelabrechnungen (aus Regelversorgung und vorübergehender Maßnahme) vermieden werden.

Aktuell wird dabei davon ausgegangen, dass in Gemeinschaftsunterkünften regelmäßig bereits registrierte Asylsuchende untergebracht sind, deren Zugang zur medizinischen Regelversorgung mindestens mittels Behandlungsschein sichergestellt ist.

3. Besonders schutzbedürftige Personen

3.1 Rechtliche Grundlagen und Kapazitäten

Die EU-Richtlinie 2013/33/EU vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, sieht u.a. vor, dass die Mitgliedstaaten die spezielle Situation von Personen berücksichtigen, die in besonderem Maße schutzbedürftig sind. Hierzu gehören insbesondere:

- Minderjährige
- unbegleitete Minderjährige
- Menschen mit Behinderung
- ältere Menschen
- Schwangere
- Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern
- Opfer von Menschenhandel
- Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen
- Personen mit psychischen Störungen
- Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.

Die Richtlinie verpflichtet die Mitgliedstaaten auch dazu, das Vorliegen besonderer Bedürfnisse zu beurteilen und die Art dieser Bedürfnisse zu ermitteln. Im Land Berlin ist hierzu ein Verfahren entwickelt worden, das angesichts der derzeitigen Aufnahmesituation jedoch noch nicht wirksam wird.

Dennoch sind besondere Schutzbedürfnisse und individuelle Bedarfe, die der Leistungsbehörde bekannt werden, auch ohne ein standardisiertes Identifizierungsverfahren zu berücksichtigen (z.B. besondere Bedürfnisse von Kindern).

Die Deckung von Bedarfen besonders schutzbedürftiger Asylsuchender erfolgt auf der Grundlage des § 6 Abs. 1 AsylbLG, wonach sonstige Leistungen insbesondere gewährt werden können, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern geboten sind.

Das besondere Schutzbedürfnis der Betroffenen ist seitens der Leistungsbehörde im Rahmen ihrer Ermessensausübung zu berücksichtigen. Grundvoraussetzung der Leistungsgewährung ist, dass im konkreten Einzelfall ein spezieller Bedarf vorliegt, der nicht anderweitig gedeckt werden kann oder mit der gewährten Leistung bereits abgedeckt wird.

Soweit nicht registrierte Asylsuchende in besonderem Maße schutzbedürftig sind und bestimmter Leistungen unaufschiebbar bedürfen, soll Kontakt mit dem Sozialdienst des

LAGeSo aufgenommen werden, um die Leistungsgewährung und die Modalitäten der Abrechnung abzuklären, um eine beschleunigte Registrierung zu erwirken und damit den Zugang zur Regelversorgung (in Berlin oder einem anderen Land) herzustellen.

Für besonders schutzbedürftige Personen ist ursprünglich eine Gemeinschaftsunterkunft in Berlin Steglitz-Zehlendorf vorgesehen, die eine Gesamtkapazität von 300 Plätzen aufweist. Es hat sich gezeigt, dass diese Kapazität nicht ausreicht. Deshalb sind weitere Kapazitäten für besonders Schutzbedürftige zu schaffen. Wo immer möglich, sind dabei vorhandene Strukturen zu nutzen. Das ehemalige Klinikgelände Heckeshorn bietet sich hierfür beispielsweise hervorragend an. Durch ein geeignetes Belegungsmanagement ist sicherzustellen, dass Fehlbelegungen ausgeschlossen werden.

3.2 Minderjährige und unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF)

Bei schulpflichtigen Kindern und Jugendlichen soll die Erstuntersuchung nach AsylG § 62 zum Ausschluss der Tuberkulose und anderer Infektionskrankheiten umgehend nach Ankunft in Berlin durchgeführt werden. Für die Untersuchung vom UMF hat SenBJW entsprechende Verträge mit dem Malteser Hilfsdienst e. V. und der Johanniter-Unfall-Hilfe e. V. abgeschlossen. Das Gesundheitsamt Steglitz-Zehlendorf übernimmt die Erstuntersuchung ausschließlich für neuankommende UMF in der Unterkunft Wupperstraße. Die Untersuchung von begleiteten Minderjährigen erfolgt im Familienverbund in der Zentralen Impf- und Untersuchungsstelle (siehe 4.4).

Für Untersuchungen zum Ausschluss der Tuberkulose ist das Gesundheitsamt Lichtenberg zuständig.

Eine Zuzugsuntersuchung, die der Feststellung von körperlichen und / oder geistigen Beeinträchtigungen (Seh- oder Hörstörungen, Störungen der körperlich motorischen oder geistigen Entwicklung) dient, kann durch die Kinder- und Jugendgesundheitsdienste auch nach Aufnahme des Schulbesuchs erfolgen. Es wird geprüft, die Zuzugsuntersuchung im Schulgesetz für das Land Berlin zu verankern.

Besondere Aufmerksamkeit ist den unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen zu widmen. Die diesbezügliche Zuständigkeit liegt bei der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft (Landesjugendamt). Von dort wird die medizinische Versorgung der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge in allen Unterkunftseinrichtungen sichergestellt. Im Krankheitsfall sind alle unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge durch einen mit der AOK abgeschlossenen Vertrag gesetzlich krankenversichert. Das Verfahren für die Ausstellung von Krankenscheinen wurde vereinfacht, so dass keine Wartezeiten mehr entstehen können.

Bezüglich der Impfung von UMF konnte zum Jahresende 2015 geklärt werden, dass das Landesjugendamt im Rahmen der Vertretungsbefugnis nach § 42 SGB VIII die Einwilligung zum Impfen der in Obhut genommenen UMF erteilt. Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales hat mit Schreiben vom 1.12.2015 die Gefahrenlage und konkrete Notwendigkeit hierzu beschrieben. Mit Schreiben vom 14.12.2015 hat sie den Umfang der Impfung definiert. Die rechtlich vorgeschriebene Aufklärung der Minderjährigen vor der Impfung muss dabei sichergestellt werden. Diese Einwilligung im Rahmen der Vertretungsbefugnis nach § 42 SGB VIII gilt bis auf weiteres. Sobald die Regelverfahren eine hinreichend schnelle Vormundschaftsbestellung wieder ermöglichen, wird erneut über das Verfahren entschieden.

4. Infektionsschutz

4.1 Vorscreening

Gemäß § 62 Asylgesetz (AsylG) ist eine körperliche Untersuchung von Asylbewerbern vorzusehen (s. u.). Wenn diese Untersuchung nicht umgehend nach Ankunft in Berlin

stattfinden kann, dann ist ein Vorscreening durch medizinisch geschultes Personal (z. B. Rettungssanitäter) als vorübergehende Maßnahme sinnvoll. Im Bedarfsfall muss dieses Personal auf ärztliche Kompetenz zurückgreifen können. Das Vorscreening beinhaltet eine Inaugenscheinnahme mit dem Ziel, offensichtliche Erkrankungen frühzeitig zu erkennen und eine medizinische Behandlung zu veranlassen. Für eine Temperaturmessung im Rahmen des Vorscreenings gibt es keine Evidenz, so dass sie von den Bundesländern abgelehnt wird.

Aufgrund der logistischen Abläufe erscheint es sinnvoll, dass ein Sanitätsdienst eingerichtet wird, der im Bedarfsfall ein Vorscreening der erstankommenden Asylsuchenden an zentralen Standorten vornimmt.

4.2 Untersuchung gemäß § 62 Asylgesetz

Gemäß § 62 AsylG müssen Asylsuchende die Durchführung einer körperlichen Untersuchung auf übertragbare Krankheiten dulden, um Übertragungen in den Einrichtungen für Asylsuchende zu vermeiden und ggf. die spezifische Behandlung von übertragbaren Krankheiten einleiten zu können.

Die obersten Landesgesundheitsbehörden bestimmen den zuständigen Arzt und den Untersuchungsumfang.

Die Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales hat dem LAGeSo (künftig Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten) die Zuständigkeit für die Untersuchungen gemäß § 62 AsylG und dem Gesundheitsamt Berlin-Lichtenberg die Zuständigkeit für die Tuberkulosescreeing übertragen, wobei Letzteres bereits in § 2 Gesundheitsdienst-Zuständigkeitsverordnung (GdZustVO) geregelt ist.

Die gesundheitliche Erstuntersuchung für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge richtet sich nach dem für diesen Personenkreis geltenden Verfahren (vgl. 3.2).

Der Umfang für die Untersuchung gemäß § 62 AsylG ist wie folgt festgelegt:

1. eine orientierende Anamnese, soweit möglich
2. eine orientierende körperliche Inaugenscheinnahme (einschließlich Untersuchung auf Krätzemilben- und Kopfläusebefall)
3. folgende Untersuchungen zum Ausschluss einer ansteckungsfähigen Tuberkulose:
 - a) eine Röntgenaufnahme der Atmungsorgane bei nicht schwangeren Personen, die das 15. Lebensjahr vollendet haben
 - b) einen Tuberkulinhauttest bei Schwangeren und Kindern, die das 12., aber noch nicht das 15. Lebensjahr vollendet haben
 - c) eine klinische Untersuchung einschließlich Auskultation und Beurteilung der Lymphknoten bei Kindern, die das 12. Lebensjahr noch nicht vollendet haben
4. die Veranlassung labordiagnostischer Untersuchungen, soweit anamnestisch, klinisch oder epidemiologisch angezeigt.

Wird bei der Untersuchung der Verdacht oder das Vorliegen einer Krankheit gemäß § 6 Infektionsschutzgesetz (IfSG) oder der Nachweis eines Erregers gemäß § 7 IfSG festgestellt, so ist der Sachverhalt dem zuständigen Gesundheitsamt zu melden.

Die praktische Umsetzung der Untersuchungen gemäß § 62 AsylG ist in der Zentralen Untersuchungs- und Impfstelle (ZUI) am LAGeSo sowie in bis zu drei Außenstellen vorgesehen (s. u.).

4.3 Tuberkulosescreening

Gemäß § 36 Abs. 4 Infektionsschutzgesetz und gemäß § 62 AsylG müssen Asylsuchende vor oder unverzüglich nach Aufnahme in eine Gemeinschaftsunterkunft oder eine Erstaufnahmeeinrichtung eine ärztliche Bescheinigung vorlegen, dass bei ihnen keine ansteckungsfähige Tuberkulose vorliegt. Die Zuständigkeit für das Tuberkulosescreening wird für alle Bezirke gemäß § 2 GdZustVO vom Bezirk Berlin-Lichtenberg wahrgenommen. Die Tuberkulose-Stelle des Gesundheitsamtes Berlin-Lichtenberg musste aufgrund der hohen Zugangszahlen seine Untersuchungskapazitäten deutlich ausweiten und hat deshalb zur Erfüllung des gesetzlichen Auftrages Kooperationsverträge mit verschiedenen Kliniken geschlossen und einen mobilen Röntgenbus angemietet (stationiert auf dem LAGeSo-Gelände Turmstraße), so dass die erforderlichen Röntgenuntersuchungen zeitnah stattfinden. Voraussetzung bleibt dafür die bedarfsgerechte Ausstattung des Gesundheitsamtes Lichtenberg entsprechend der Fallzahlen, welche über den Prozess „Wachsende Stadt“ vollzogen wird.

Unabhängig davon wird für eine dauerhafte Lösung zur Bewältigung des Mehrbedarfs eine zweite Dependence für erforderlich gehalten. Sobald an dem gewählten Standort alle technischen Voraussetzungen geschaffen wären, könnte der Röntgenbus flexibel im Land Berlin in Notunterkünften mit vielen zu untersuchenden Asylbewerbern eingesetzt werden.

4.4 Zentrale Untersuchungs- und Impfstelle (ZUI)

Aufgrund des großen Masern-Ausbruchs in Berlin 2014/2015 mit rund 1400 Erkrankten waren im Land Berlin zunächst alle Bemühungen darauf gerichtet, zeitnah eine **Zentrale Impfstelle** für Asylsuchende einzurichten. Das LAGeSo hat deshalb im September 2015 mit der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) Berlin eine *Vereinbarung zum Betrieb einer Zentralen Impfstelle für Asylsuchende am LAGeSo* als befristete Lösung vor Einrichtung der o. g. ZUI abgeschlossen.

Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Kooperation der Vertragspartner bei der Versorgung der Asylsuchenden mit Impfleistungen. Die Versorgung ist beschränkt auf die Durchführung von Impfberatungen und Impfungen bei fehlendem Impfschutz gemäß Empfehlungen der STIKO inklusive der Impfstoffbeschaffung, der Dokumentation der Impfungen einschließlich Ausstellung des Impfbuches in der Zentralen Impfstelle für Asylsuchende am LAGeSo für ca. 25.000 jährlich zu erwartende Asylsuchende, die dem Land Berlin zugewiesen werden.

Seit Eröffnung der Zentralen Impfstelle am LAGeSo wurden bis zum 29.02.2016 20.250 *Asylsuchende* geimpft, wobei 96% der Impfungen auf die Impfstoffe Masern-Mumps-Röteln und Tetanus-Diphtherie entfallen

In einem zweiten Schritt sind zeitnah die nach § 62 AsylG vorgeschriebenen Untersuchungen von Asylbewerbern flächendeckend umzusetzen und die Zentrale Impfstelle auszubauen zu einer **Zentralen Untersuchungs- und Impfstelle**. Eine Anbindung an die Erstregistrierung ist aus logistischen Gründen sinnvoll. Ursprünglich war das gesamte Registrierungsverfahren auf dem LAGeSo-Gelände angesiedelt. Es war jedoch zwingend

erforderlich, die Besucherströme auf dem LAGeSo-Gelände Turmstraße zu entzerren. Deshalb wurde die Erstregistrierung in die Bundesallee sowie in die Kruppstraße verlegt. Unter Berücksichtigung der Veränderungen in der Logistik sowie der erforderlichen Untersuchungskapazitäten (derzeit rund 600 bis 700 Asylsuchende pro Tag) ist es sinnvoll, die Untersuchungen gemäß § 62 AsylG und die Erstimpfungen an den Registrierungsprozess anzubinden, so dass sich die Standorte Bundesallee und perspektivisch das Ankunftscenter Flughafen Tempelhof anbieten. Seit dem 01.03.2016 werden in der Bundesallee bereits Untersuchungen gemäß § 62 AsylG durch die Charité durchgeführt. Die bereits eingerichtete Impfstelle am Standort Turmstraße kann weiterhin für die Durchführung von Folgeimpfungen genutzt werden, da sich die Asylsuchenden dort zu Folgeterminen im LAGeSo vorstellen.

Für eine dauerhafte Lösung zur Durchführung der o. g. Untersuchungen und von Impfungen in der ZUI wird im LAGeSo das Vergabeverfahren durchgeführt.

Der Auftrag wird wie folgt formuliert sein:

„Das LAGeSo bietet für die Asylsuchenden im Land Berlin eine zentrale Untersuchungs- und Impfstelle an. Während die Untersuchungen für die Asylsuchenden verpflichtend sind, kann die Impfmöglichkeit freiwillig genutzt werden. Aktuell wird mit bis zu 4.500 zu Untersuchenden pro Monat (ca. 50.000 jährlich) gerechnet. Die Zahlen werden sich möglicherweise in den Folgejahren verändern, so dass keine verbindlichen Zahlen garantiert werden können.

Der Dienstleister stellt ärztliches und nichtärztliches Personal für den Betrieb der Zentralen Untersuchungs- und Impfstelle zur Verfügung und beschafft die Impfstoffe und Verbrauchsmaterialien. Die Abrechnung erfolgt per Fallpauschale in Anlehnung an die GOÄ. Vom Dienstleister wird erwartet, dass eine orientierende Anamnese, eine körperliche Inaugenscheinnahme, ggf. die Veranlassung labordiagnostischer Untersuchungen und ein Impfangebot sowie entsprechende Impfungen durchgeführt werden. Das LAGeSo stellt die Räumlichkeiten, das Verwaltungspersonal sowie die Sprachmittler und das Informationsmaterial in verschiedenen Sprachen zur Verfügung.

Derzeit wird von einer Hauptstelle und optional bis zu drei Nebenstellen ausgegangen.“

4.5 Impfen

Gemäß Asylbewerberleistungsgesetz haben Asylbewerber Anspruch auf Impfungen gemäß den Empfehlungen der Ständigen Impfkommision am Robert-Koch-Institut (STIKO). Die Zuständigkeit für die Gewährung von Leistungen bei Asylbewerbern – hier die Kosten von Impfungen - liegt beim LAGeSo solange, bis der Status entschieden wurde. Erst mit Statuswechsel – zum Beispiel als anerkannter Asylberechtigter – wechselt die Zuständigkeit zum Bezirksamt.

Die allermeisten Asylsuchenden verfügen über keinen Impfpass. Sie gelten somit als ungeimpft, so dass der Impfschutz für diverse Krankheiten durch Impfserien aufgebaut werden soll. Um ein effektives Vorgehen zu gewährleisten, hat das Robert Koch-Institut ein „Konzept zur Umsetzung frühzeitiger Impfungen bei Asylsuchenden nach Ankunft in Deutschland“ vorgelegt, wonach ein Mindest-Impfangebot frühzeitig nach Ankunft erfolgen soll. Der Fokus liegt dabei v. a. auf den Impfungen gegen Masern-Mumps-Röteln (und bei Kindern zusätzlich Windpocken) sowie altersabhängig auf den Impfungen gegen Tetanus, Diphtherie, Keuchhusten, Kinderlähmung (und Hepatitis B und Hämophilus influenzae für Kinder bis 4 Jahre). Zusätzlich soll die Influenza-Impfung für Risikogruppen erfolgen, ggf. kann es sinnvoll sein, alle Asylsuchenden, die in Großunterkünften untergebracht sind, gegen Influenza zu impfen (gem. AsylbLG).

Der o. g. gesetzliche Anspruch auf Impfungen gemäß Asylbewerberleistungsgesetz wird im Land Berlin v. a. in der ZUI mit ihren Außenstellen umgesetzt. Bis flächendeckende Impfungen tatsächlich in der Breite gewährleistet werden können, sind individuelle

Impfaktionen vor allem in großen Notunterkünften oder Erstaufnahmeeinrichtungen erforderlich.

Im Fall von Ausbrüchen von Infektionskrankheiten führen die Gesundheitsämter anlassbezogene Impfaktionen durch.

4.6 Umgang mit Infektionskrankheiten und Ausbruchmanagement

Das Robert-Koch-Institut schätzt die Bedeutung des Imports von hierzulande seltenen Infektionskrankheiten durch Asylsuchende nach Deutschland als gering ein. Asylsuchende selber sind grundsätzlich durch dieselben Infektionskrankheiten gefährdet wie die ansässige Bevölkerung. Aufgrund der anstrengenden Reise, des oft fehlenden Impfschutzes und der engen räumlichen Situation in den Aufnahmeeinrichtungen sind die Asylsuchenden jedoch oftmals empfänglicher gegenüber Infektionskrankheiten. Dieser Situation ist mit einem niedrigschwelligen medizinischen Behandlungsangebot und Impfangeboten zu begegnen. Bundesweite Surveillance-Daten des Robert-Koch-Instituts zeigen, dass eine erhöhte Gefahr von Ausbrüchen in Aufnahmeeinrichtungen insbesondere durch impfpräventable (v. a. Windpocken und Masern) und gastrointestinale Erkrankungen besteht. Impfungen nach den Empfehlungen der STIKO und Basishygienemaßnahmen sind wirksame Maßnahmen der Ausbruchsprävention.

Das örtliche Gesundheitsamt muss bereits bei Verdacht auf eine nach § 6 IfSG meldepflichtige Erkrankung frühzeitig informiert werden und ist dann für die Ausbruchsuntersuchung und das Einleiten von Maßnahmen zuständig. Zu den Kontrollmaßnahmen im Ausbruchfall gehören: Riegelungsimpfungen, Kohortenisolierung der Erkrankten in der Einrichtung und die frühzeitige Identifizierung, Aufklärung und falls möglich die prophylaktische Behandlung von Kontaktpersonen.

5. Medizinische Versorgung

Nach § 4 AsylbLG wird die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen gewährt. Nach § 6 Abs. 1 AsylbLG können andere Behandlungen übernommen werden, wenn die Maßnahme zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist. Asylbewerber nehmen hierzu am allgemeinen ärztlichen Versorgungsangebot teil. Sie haben hierfür vom zuständigen örtlichen Träger pro Quartal einen Krankenbehandlungsschein (sog. Grüner Schein) erhalten und können damit niedergelassene Ärzte aufsuchen. Das Verfahren wird seit Januar 2016 schrittweise durch die elektronische Gesundheitskarte abgelöst.

In Berlin gibt es derzeit mehr als 100 Notunterkünfte (NU) mit Platzkapazitäten, die von 30 bis 1000 und mehr reichen. Es bestehen 15 große NU und Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) mit mehr als 500, davon 7 mit mehr als 1000 Plätzen. Die größte Einrichtung ist derzeit der ehemalige Flughafen Tempelhof mit zukünftig mehreren Tausend Plätzen. Die Verweildauer in diesen Einrichtungen reicht von einigen Tagen bis zu mehreren Monaten.

Vor dem Hintergrund der deutlich gestiegenen Zugangszahlen von Asylsuchenden in Berlin hat sich das Regelsystem der medizinischen Versorgung für den Bereich der Notunterkünfte (NU) und Erstaufnahmeeinrichtungen (EAE) als alleiniges System als nicht praktikabel erwiesen.

Deshalb haben sich unterschiedliche Modelle der medizinischen Versorgung vor Ort entwickelt – z. B. in Form von Kooperationen mit Krankenhäusern, mit ehrenamtlich tätigen niedergelassenen Ärztinnen und Ärzten oder Kooperationen mit Hilfsorganisationen.

Es ist zwingend erforderlich, das ehrenamtliche Engagement abzulösen durch vertraglich und finanziell abgesicherte Lösungen, die bedarfsorientiert und flexibel sein müssen.

Das Land Berlin ist daher bestrebt, in den großen NU und EAE mit mehr als 500 Asylsuchenden die medizinische Versorgung in den Unterkünften vorübergehend und zeitlich befristet in Med-Punkten vor Ort zu sichern und zu diesem Zweck Verträge z. B. mit Krankenhäusern oder Hilfsorganisationen zu schließen.

Bei der konkreten Ausgestaltung und Ausstattung der Med-Punkte sind die Kapazität und die Laufzeit der NU zu berücksichtigen. In der Regel werden drei Arztprechstunden/100 Asylsuchende/Woche notwendig sein.

Die Berechnungsgrundlage ist dem Basiskonzept zur medizinischen Versorgung von Asylbewerbern des Bayerischen Staatsministeriums für Arbeit und Soziales, Familie und Integration entnommen. Darin gilt als Richtgröße zur Schätzung des Bedarfs an hausärztlicher Grundversorgung der Schlüssel 2,5 Arztprechstunden pro 100 Bewohner und Woche. Die bayerischen Erfahrungen haben jedoch gezeigt, dass vielmehr mit drei Stunden kalkuliert werden sollte (mdl. Aussage Bayerisches Sozialministerium).

Die Senatsverwaltung in Hamburg kalkuliert zwei Vollzeitkräfte (1 Arztstelle/1 Assistenzkraft) bei ca. 1000 Bewohnerinnen und Bewohnern für Sprechstunden an Werktagen mit einem zusätzlichen Angebot am Wochenende mit insgesamt je 39 Wochenstunden. Dieser Standardumfang pro 1000 Bewohnerinnen und Bewohner basiert auf ersten Erfahrungen, ist letztendlich aber eine Annahme, die im weiteren Verlauf verifiziert werden soll. Bezogen auf die bayerischen Empfehlungen geht Hamburg also von 3,9 Wochenstunden pro 100 Asylsuchende pro Woche aus.

Außerhalb der normalen Sprechzeiten ist der Bereitschaftsdienst der Kassenärztlichen Vereinigung (KV) zuständig, in Notfällen die Notaufnahmen der Berliner Krankenhäuser.

Die fachärztliche ambulante Versorgung von chronisch Kranken oder Schwangeren erfolgt im Regelsystem und wird fallbezogen abgerechnet.

Die Zuständigkeit der KV ist durch eine vertragliche Regelung auch auf kurzregistrierte Asylsuchende¹ erweitert worden.

Bereits registrierte Asylsuchende können die medizinische Versorgung über das Regelsystem in Anspruch nehmen. Dafür bedarf es eines Lotsensystems.

Die medizinische Versorgung von Asylsuchenden in kleinen Notunterkünften (z. B. Turnhallen) anhand von festgelegten Sprechzeiten ist nach derzeitigen Erkenntnissen nicht effektiv. Deshalb soll im Einzelfall geprüft werden, ob eine Mitversorgung über einen Med-Punkt einer großen Einrichtung oder ob eine Versorgung über ein mobiles bedarfsorientiert einsetzbares Team möglich ist. Eine schnelle Integration der Asylsuchenden in das Regelsystem, d. h. eine Versorgung in den umliegenden Arztpraxen, sollte vorrangiges Ziel sein.

6. Zahnärztliche Versorgung

Nach § 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG haben Asylsuchende Anspruch auf zahnärztliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände einschließlich der Versorgung mit

¹ Dieses sind Asylsuchende, die zum Zwecke der Unterbringung für die erste Nacht nach ihrer Ankunft vom Betreiber der jeweiligen Unterkunft in einer Liste erfasst werden. Ihnen wird ein Bändchen um den Arm gebunden. Die tatsächliche Registrierung (EASY) erfolgt am darauffolgenden Tag.

Arzneimitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung der akuten Beschwerden erforderlichen Leistungen. Eine Versorgung mit Zahnersatz erfolgt nur, soweit dies im Einzelfall aus medizinischen Gründen unaufschiebbar ist. Aufgrund des hohen technischen Aufwandes und der Notwendigkeit der Instrumentensterilisation sollen zahnärztliche Behandlungen nicht in den Unterkünften durchgeführt werden. Die zahnärztliche Versorgung der Asylsuchenden wird über die ambulant tätigen Zahnärzte abgedeckt.

Auch mit der Kassenzahnärztlichen Vereinigung ist eine vertragliche Regelung zur Ausweitung des Sicherstellungsauftrages auch auf kurzregistrierte Asylsuchende vorgesehen.

7. Versorgung mit Arzneimitteln und Verbrauchsmaterialien

Auch die Versorgung mit Arzneimitteln und Verbrauchsmaterialien soll möglichst im Regelsystem erfolgen. Sonderregelungen zur Abrechnung sollen temporär auf das notwendige Maß begrenzt werden.

Folgendes ist bei der ambulanten ärztlichen Tätigkeit in Med-Punkten zu berücksichtigen:

Es sind **zwei Arten der Arzneimittelversorgung** zu unterscheiden:

1. Sprechstundenbedarf (SSB, Praxisbedarf)
2. für die individuelle Therapie benötigte und verschriebene Arzneimittel (Individualverordnung)

Der Umfang der Versorgung richtet sich nach den §§ 4 und 6 AsylbLG. Die Patienten können neben der Versorgung bei akuten Krankheiten und Schmerzzuständen insbesondere bei chronischen Erkrankungen auch weitere erforderliche Leistungen zur Sicherung der Gesundheit erhalten. Über den im Einzelfall medizinisch gebotenen Leistungsumfang entscheidet der behandelnde Arzt selbst, allerdings sind die im Rahmen der Gesetzlichen Krankenversicherung ggf. geltenden Beschränkungen des SGB V zu beachten. Eine Prüfpflicht der Apotheken besteht in Bezug auf den Leistungsumfang nach dem AsylbLG nicht.

1. Sprechstundenbedarf (SSB, Praxisbedarf)

Das sind die Arzneimittel, die der Arzt i.R. der Behandlung unmittelbar an dem Patienten anwendet. Die direkte Verabreichung eines Arzneimittels, z.B. die Gabe einer ersten Dosis Tabletten oder das Auftragen einer Salbe, gehören dazu.

Es ist auch möglich und ggf. sinnvoll, Teilmengen aus einzelnen Arzneimittelpackungen des SSB zu entnehmen, die dem Patienten für die Fortsetzung der Therapie in der nächsten Zeit (z.B. 2 - 3 Tage) mitgegeben werden („verlängerte Anwendung“, z.B. Mitgabe einer angebrochenen Packung oder die Mitgabe von entnommenen Teilmengen zur Schmerzbehandlung in den nächsten Stunden).

Patienten können ggf. auch täglich einbestellt werden, um ihnen ihre jeweilige Tagesdosis auszuhändigen/bei ihnen anzuwenden. Eine regelhafte Ausgabe von (unangebrochenen) Arzneimittelpackungen für die Individualtherapie ist rechtlich nicht zulässig (Einhaltung des Vertriebswegs gem. § 43 AMG, Abgabe für den Endverbrauch nur in öffentlichen Apotheken). Dafür sind individuelle Arzneimittelverschreibungen auszustellen.

Beschaffung:

SSB kann auf den in Berlin in der ambulanten kassenärztlichen Versorgung üblichen Formularen verordnet und in öffentlichen Apotheken bestellt werden. Die Bestellung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln muss der Arzneimittelverschreibungsverordnung

(AMVV) genügen. Diese Verordnungen sind – anders als im Regelverfahren der Gesetzlichen Krankenversicherung – vor der Belieferung durch die Apotheke nicht der AOK Nordost zur Genehmigung vorzulegen, sondern können direkt beliefert werden.

2. Individualverordnungen

Für die individuelle Therapie benötigte Arznei- und Verbandmittel, Medizinprodukte sowie ggf. erforderliche Hilfsmittel werden auf einem Rezept verordnet, das in einer öffentlichen Apotheke eingelöst wird.

Die Verordnung von verschreibungspflichtigen Arzneimitteln muss der AMVV genügen.

Individuelle Verschreibungen sollten grundsätzlich auf dem üblichen „Kassenrezept“ erfolgen. Dabei ist immer das Kästchen „gebührenfrei“ anzukreuzen und es sollen soweit möglich Wirkstoffe (und nicht Handelspräparate) verordnet werden. Die Apotheke ermittelt eine wirtschaftliche Packungsgröße. Darüber hinaus ist der Kostenträger „LAGeSo Berlin“ anzugeben.

Übergangsweise ist auch die Ausstellung sogenannter Privatverordnungen zulässig.

Dem Patienten wird die Individualverschreibung ausgehändigt, er löst sein Rezept eigenständig bei einer Apotheke seiner Wahl ein und nimmt dort die Beratungsleistung zur Arzneimittelanwendung in Anspruch.

Abrechnungsverfahren

Die Einzelheiten der Arzneimittelversorgung für nichtregistrierte Asylsuchende durch öffentliche Apotheken, soweit dieser Fall ausnahmsweise aufgrund enormer Zugangszahlen kurzfristig noch einmal eintreten sollte, sind in einer Vereinbarung zwischen der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales und dem Berliner Apotheker-Verein (BAV) zu regeln, die sich grundsätzlich an dem in Berlin geltenden Arzneimittelversorgungsvertrag Berlin orientiert und als vorübergehende Maßnahme zu verstehen ist. Die Verordnungen werden wie Verordnungen für Asylbewerber gemäß § 4 AsylbLG über Rezeptabrechnungsstellen mit dem Kostenträger LAGeSo Berlin abgerechnet. Die Rechnungslegung erfolgt monatlich durch Kostennachweise.

Für die Abrechnung der SSB-Verordnungen hat die Apotheke einen zusätzlichen maschinenlesbaren Abrechnungsbeleg (Kostenträger „LAGeSo Berlin“) zu erstellen.

Verbrauchsmaterialien

Zu den für einen ambulanten Sprechstundenbetrieb üblichen notwendigen Verbrauchsmaterialien gehören z.B. Verbandmittel, Desinfektionsmittel, Teststreifen, Medizinprodukte, Schutzkittel und -handschuhe. Die Produkte sind bedarfsgerecht und vergaberechtskonform, ggf. über Rahmenverträge bei geeigneten einschlägigen Anbietern oder Apotheken möglichst kostengünstig zu erwerben.

8. Krankentransporte

Der Transport von erkrankten Asylsuchenden soll angemessen und kostenbewusst erfolgen. Es ist unstrittig, dass Fahrten mit dem Rettungsdienst nur Notfällen vorbehalten bleiben müssen. Wenn außerhalb der Notfallrettung Personen z. B. zu Arztkonsultationen transportiert werden müssen, ist die angemessene und kostengünstigste Variante zu wählen. Dafür kommen sowohl Taxiunternehmen (für nichtinfektiöse und weniger schwere Fälle) als auch Krankentransportunternehmen in Frage. Die Charité hat darüber hinaus aus Praktikabilitätsgründen einen Shuttle-Service zur Abklärung von fachärztlichen Fragestellungen (NU – Charité und retour) eingerichtet.

Das LAGeSo hat die Kostenübernahme für Krankentransportkosten zugesagt. Das Vergabeverfahren - ggf. Rahmenverträge - ist für diese Transporte zu prüfen.

9. Stationäre Versorgung

Die notwendige stationäre Versorgung erfolgt im Rahmen der Regelversorgung ebenfalls gemäß Asylbewerberleistungsgesetz und unabhängig vom Registrierungsstatus. Für die Kliniken müssen von Seiten des LAGeSo Abrechnungsverfahren bereitgestellt werden, die eine zeitnahe Kostenerstattung ermöglichen. Wenn Asylsuchende nach der stationären Behandlung entlassen werden, stellt sich oft das Problem der weiteren pflegerischen Betreuung, die in Notunterkünften und Erstaufnahmeeinrichtungen kaum zu gewährleisten ist. Besondere Anforderungen stellen sich oft auch bei Asylsuchenden mit Infektionskrankheiten nach Entlassung aus der stationären Versorgung (z. B. nicht mehr ansteckungsfähige, aber weiter behandlungsbedürftige Tuberkulose, Typhus – nicht mehr ansteckend, aber Bedarf an eigener Toilette). Hierfür ist zeitnah eine geeignete Unterkunft bereitzustellen, die eine Pflegestation mit minimaler medizinischer Versorgung enthält.

10. Öffentlicher Gesundheitsdienst (ÖGD)

Der ÖGD ist im Rahmen seiner Zuständigkeit in allen Bereichen von dem hohen Zuzug an Asylsuchenden betroffen.

Beispielhaft werden folgende Aufgaben genannt:

- Koordinierung und Vernetzung der medizinischen Akteure vor Ort (Arztpraxen, Kliniken, Ehrenamt)
- Kontrolle der hygienischen Bedingungen einschließlich der Trinkwasserqualität in den Gemeinschaftsunterkünften (GU) für Asylsuchende
- Anordnung von Maßnahmen des Infektionsschutzes
- infektionsepidemiologische Überwachung, Ausbruchsuntersuchungen beim gehäuftem Auftreten von Infektionskrankheiten
- Ansprechpartner für Betreiber (vor Ort Kontakt)
- Durchführung des Tuberkulose-Screenings (s. o.)
- Durchführung von Untersuchungen in den Kinder- und Jugendärztlichen Diensten (KJGD) (Zuzugsuntersuchungen, Vorsorgeuntersuchungen)
- Durchführung von Untersuchungen und Betreuung in den Sozialpsychiatrischen Diensten und den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten
- Durchführung von Begutachtungen
- Betreuung in den Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung
- Durchführung von anlassbezogenen Impfaktionen
- Lotsen für Asylsuchende in das Regelsystem

Aufgrund des dargestellten Mehraufwandes ist eine Personalverstärkung erforderlich, die gemäß der Abstimmung mit der Senatsverwaltung für Finanzen über den Prozess „Wachsende Stadt“ gedeckt wird. In Ergänzung dazu wird der Prozess der Evaluation des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (ÖGD) weiter vorangetrieben – mit dem Ziel, eine dauerhafte Funktionsfähigkeit des ÖGD auch angesichts der neuen Herausforderungen zu gewährleisten.

11. Psychiatrische Versorgung und Versorgung in der Sucht- und Drogenhilfe

Grundlage dieses Kapitels ist ein von einer Facharbeitsgruppe erarbeitetes Konzept zur psychiatrischen Versorgung.

a. Einbindung von Asylsuchenden ins psychiatrische (Regel-) Pflichtversorgungssystem

Das bestehende psychiatrische Pflichtversorgungssystem ist gut ausgebaut, die Verantwortung für die Leistungsgewährung und -erbringung liegt im zuständigen Bezirk.

Jeder psychisch erkrankte und behandlungsbedürftige Mensch hat damit einen Anspruch auf Beratung, Unterstützung, (klinische) Behandlung und Betreuung in seinem Wohnbezirk. Dies gilt gleichermaßen für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen in den festgelegten Versorgungsregionen. Demzufolge übernehmen die unterschiedlichen Akteure diese Aufgaben auch in der Versorgung von Flüchtlingen. Die regionale Versorgung ist angesichts der Größe der Bezirke, der regional vernetzten Hilfsinitiativen und der regionalen Planung für Unterkünfte insbesondere für schutzbedürftige Flüchtlinge von großer praktischer Bedeutung.

Sowohl aus fachlichen als auch ökonomischen Gründen sind die vorhandenen bewährten Strukturen und Angebote zu nutzen und deren Zusammenarbeit mit dem regionalisierten psychiatrischen Hilfesystem zu fördern. Parallelsysteme sind zu vermeiden. Ggf. erforderliche Anpassungen des Regelsystems auf die Anforderungen der steigenden Einwohnerzahlen erfolgen über den Prozess „Wachsende Stadt“.

Den sozialpsychiatrischen Diensten und den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Diensten obliegt die Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung nach dem Gesundheitsdienst-Gesetz (GDG). Die Verantwortung zur Sicherstellung der psychiatrischen Versorgung im Bereich der Eingliederungshilfe und im niedrighwelligen Bereich liegt ebenso bei den Bezirken. Ein konkreter personenbezogener Hilfebedarf wird im Rahmen der Zuständigkeiten nach AsylbLG analog zum Verfahren in der Eingliederungshilfe (Einbeziehung der Steuerungsgremien Psychiatrie) ermittelt. Ggf. erforderliche Anpassungen des Regelsystems auf die Anforderungen der steigenden Einwohnerzahlen erfolgen über den Prozess „Wachsende Stadt“.

Die in die Pflichtversorgung eingebundenen psychiatrischen Fachabteilungen und psychiatrischen Fachkrankhäuser nehmen ihren Versorgungsauftrag auch für Flüchtlinge (sowohl Erwachsene als auch Kinder/Jugendliche) wahr. Die an die Kliniken angebotenen psychiatrischen Institutsambulanzen übernehmen dabei auch die Clearingfunktion. Die niedergelassenen psychiatrischen Fachärztinnen und -ärzte sollen ebenfalls in die Versorgung eingebunden werden.

Die besondere Expertise von Einrichtungen (wie z.B. bzfo, Xenion, Spezialambulanzen für Menschen mit Migrationshintergrund) ist auch für die Versorgung psychisch erkrankter Flüchtlinge unverzichtbar. Angesichts der hohen Flüchtlingszahlen ist eine verbindliche Zusammenarbeit mit dem regionalisierten psychiatrischen Hilfesystem erforderlich, um Flüchtlinge mit psychischen Erkrankungen möglichst gemeindenah in die Gesellschaft zu integrieren.

b. Erforderliche Maßnahmen

Zur frühzeitigen Erkennung und Behandlung psychischer Störungen sind Kooperationsbeziehungen und Verfahren verbindlich zwischen Flüchtlingseinrichtung und den an der psychiatrischen Pflichtversorgung Beteiligten zu regeln. Im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung sind Ärztinnen und Ärzte des psychiatrischen Gebietes und Psychotherapeutinnen/-therapeuten in die Behandlung einzubeziehen. Für Kinder und Jugendliche sind die entsprechenden Kooperationspartner einzubeziehen.

Um kurzfristig handlungsfähig zu sein, wird vorübergehend am Med-Punkt auf dem Gelände des LAGeSo eine psychiatrische Clearingstelle eingerichtet, um psychische Störungen frühzeitig diagnostizieren und erforderliche Behandlungen veranlassen zu können. Bei akuten Krisen ist eine Kurzintervention möglich. In allen anderen Fällen wird in das bezirkliche Regelsystem weitergeleitet. Die Clearingstelle ist mit interkulturellem fachärztlichem Personal besetzt. Sobald wie möglich werden psychiatrische Clearingfunktionen in allen Bezirken aufgebaut, um eine einrichtungsnahe Diagnostik/Behandlung zu ermöglichen.

Insbesondere für schutzbedürftige Flüchtlinge - z.B. Opfer sexueller Gewalt, psychisch Kranke - sind große Gemeinschaftsunterkünfte nur sehr bedingt für eine Behandlung, Stabilisierung oder Genesung geeignet. Erfahrungen zeigen, dass Großeinrichtungen Hospitalisierungseffekte fördern. Fähigkeiten zur aktiven, eigenverantwortlichen Gestaltung des Lebens gehen sehr schnell verloren, was zu vermeiden ist. Vielmehr wird der Schutz einer kleinräumigen Unterkunft benötigt.

Ein Schwerpunkt der psychiatrischen Versorgung ist vor Ort im direkten Kontakt mit den Bewohnerinnen und Bewohnern zu setzen, um frühzeitig auf psychische Veränderungen/Störungen, die in Eskalationen und Gewalt münden können, einzugehen. Damit wird ein zentraler Beitrag zur Prävention von Fehlentwicklungen und Eskalationen geleistet. Außerdem ist die Vernetzung zwischen medizinischer Behandlung und psychosozialer Unterstützung herzustellen. Dafür soll über Zuwendungen bei freien Trägern - angebunden an bezirkliche Kontakt- und Beratungsstellen Psychiatrie - Fachpersonal mit sozialarbeiterischer Expertise eingesetzt werden, zuständig für alle gesundheitlichen und psychosozialen Fragen.

Schließlich sind Fortbildungen / spezifische Schulungen von Fachkräften der Flüchtlingseinrichtungen, des Regelversorgungssystems oder von in der Sprachmittlung Tätigen erforderlich. Hier könnten spezialisierte Träger (wie z.B. bzfo, Xenion, Spezialambulanzen) aktiv werden.

c. Sucht- und Drogenhilfe

Das Berliner Suchthilfesystem hat grundsätzlich große Erfahrungen mit Menschen mit Migrationshintergrund. Es ist beabsichtigt kurzfristig ein Beratungsangebot zu Suchtproblemen bereit zu stellen.

Für Jugendliche hält Berlin eine Einrichtung in der Trägerschaft von Karuna e. V. vor, eine Kooperation zwischen Jugendhilfe, Suchthilfe und Kinder- und Jugendpsychiatrie. Für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge mit Drogenproblemen sollte die dort vorhandene Beratungs- und Behandlungskompetenz ausgebaut werden, um Betroffene möglichst rasch aufzufangen.

Drogenkonsum und Suchtverhalten sind in allen Gesellschaften stigmatisiert. Information und Aufklärung, insbesondere der sozialen Dienste in den Notunterkünften und Gemeinschaftseinrichtungen für Flüchtlinge sind deshalb das Gebot der Stunde. Berlin verfügt über eine zentrale Fachstelle für Suchtprävention, die in Kooperation mit dem Gemeindedolmetschdienst oder anderen Sprachmittlern zielgruppengerechte kultursensible Informationsmaterialien entwickeln könnte.

12. Prävention und psychosoziale Unterstützung schutzbedürftiger Personen

Für die Gesunderhaltung bzw. Unterstützung in Gesundheits- und psychosozialen Belangen sind nicht nur unmittelbare medizinische und psychiatrische Versorgung von Belang. Es ist von erheblicher Bedeutung, in sämtlichen gesundheitsbezogenen Fragestellungen frühzeitig Unterstützung anbieten zu können, um gesundheitliche Probleme bzw. die Entstehung von Erkrankungen zu verhindern bzw. ihren Verlauf zu mildern.

Beispielhaft werden vier Bereiche benannt:

Von großer Bedeutung ist die Beratung und Begleitung von Schwangeren in den Beratungsstellen oder vor Ort. In diesem Kontext erfordert die Schwangerschaftskonfliktberatung vor dem Hintergrund sexueller Traumatisierung/Vergewaltigung eine besondere Sensibilität und entsprechend

fortgebildetes Fachpersonal. Da aus Kapazitätsgründen ohnehin nur die Betreuung von Risikopatientinnen möglich sein wird, sind in jedem Fall Kontakte zur weiteren Versorgung/Betreuung (z.B. zu Gynäkologinnen/Gynäkologen, Hebammen, Kinderärztinnen/-ärzten, weiteren gesundheitlichen Einrichtungen) herzustellen.

Auch der Aufbau eines Netzwerkes freier Träger für die Beratung und Unterstützung im Bereich sexuell übertragbarer Infektionen einschl. HIV/Aids, in das auch die hierzu notwendigen Testungen beinhaltet sind, ist wichtig.

Weiterhin ist eine längerfristige Unterstützung bei chronischen Erkrankungen außerhalb der medizinischen Behandlung auch kombiniert mit weiteren sozialen/psychosozialen Problemlagen erforderlich und bedarf einer frühzeitigen aufsuchenden Unterstützungsarbeit durch geeignete Träger.

Ein besonderes Augenmerk ist auch auf die LSBTI (Lesben, Schwule, Bisexuelle und trans- und intergeschlechtliche Menschen)-Personengruppe zu legen, die oftmals nicht nur in ihren Heimatländern Diskriminierung und Verfolgung ausgesetzt war, sondern hier im eigentlich sicher angenommenen Fluchtziel unter Umständen in den Flüchtlingsseinrichtungen ähnliche Erfahrungen machen. Die Lesben- und Schwulenberatung berichten bereits über einen hohen Zulauf von LSBTI-Flüchtlingen, die in besonderer Weise Schutzräume und psychosoziale Unterstützung benötigen.

Sollte sich mittelfristig aufgrund einer soliden Evaluation ergeben, dass ein sachgerechter und erfolgversprechender Umgang mit den Schutzbedürftigen auf der vorläufig kalkulierten Fachkräftebasis nicht zu gewährleisten ist, wird eine Anpassung an den tatsächlich benötigten Fachkräftebedarf in angemessenem Umfang in Aussicht gestellt bzw. bei vermindertem Bedarf an den notwendigen Umfang angepasst.

13. Sprachmittlerdienste

Sprachmittlung ist für die medizinische Versorgung von Asylsuchenden zwingend erforderlich. Dies betrifft sowohl den Aufgabenumfang des ÖGD als auch die grundsätzliche medizinische Versorgung. Für beide Bereiche ist es vorgesehen, als vorübergehende Maßnahme die nötigen Personalressourcen in einem Pool von Sprachmittlern zu bündeln, der von Gesundheit Berlin-Brandenburg verwaltet wird. Langfristig ist ein Konzept zu entwickeln, das auch die Einbeziehung der Sprachexpertise der Asylsuchenden berücksichtigt.

Hinsichtlich des Bedarfs des ÖGD ist darauf hinzuweisen, dass dieser nur in ausgesuchten Bereichen (einige Zentren für sexuelle Gesundheit und Familienplanung) über eigene Sprachmittler verfügt. In der Regel muss die Dienstleistung bei Bedarf von Externen (z.B. Gemeindedolmetschdienst, aber auch Eubylon oder Medilang) angefordert und stundenweise abgerechnet werden, was angesichts der großen Zahl von Einsätzen mit unverhältnismäßig hohem Aufwand verbunden ist und zudem für das Land Berlin nicht kostengünstiger wäre als die Einrichtung von Stellen für qualifizierte Sprachmittlerinnen und -mittler, die für den Einsatz im Gesundheitswesen qualifiziert sind. Außerdem stehen inzwischen insbesondere Sprachmittler/-innen in den derzeit besonders stark nachgefragten Sprachen (u.a. Arabisch, Kurmanchi, Tigrinya) nur in begrenztem Umfang zur Verfügung. Um diese Fachkräfte konkurrieren in Berlin sowohl alle mit Asylsuchenden befassten Einrichtungen auf Landesebene, aber auch Bundesbehörden. Es muss daher nach Wegen gesucht werden, geeigneten Personen durch möglichst längerfristig ausgestaltete Stellenangebote attraktivere Arbeitsbedingungen zu bieten.

Nicht für alle Einsätze im Gesundheitsbereich sind unbedingt qualifizierte Sprachmittler/-innen erforderlich. Dies gilt beispielsweise auch für den Einsatz von erfahrenen Integrationslotsinnen und -lotsen im Tandem mit Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter des Kinder- und Jugendgesundheitsdienstes bei der Arbeit mit Familien, die sich als sehr wertvoll erwiesen hat.

In manchen Bereichen ist es außerdem durchaus möglich, auch mit Ehrenamtlichen zu arbeiten oder internetgestützte Hilfen (Google-Translator, spezielle Apps) sowie Piktogramme heranzuziehen. Bei komplexen Beratungsgesprächen, bei tabuisierten Themen und bei Arzt-Patientenkontakten sind diese Möglichkeiten aber nicht ausreichend, teilweise sogar hinderlich. Sprachmittlung in besonders belastenden Situationen, z.B. bei Beratungen von Menschen mit traumatischen Erfahrungen muss – auch zum Schutz der Sprachmittelnden selbst – dringend durch geschulte Personen erfolgen. Einsätze dieser Art gehören daher auch nicht zum Auftrag der im Landesrahmenprogramm Integrationslotsen eingesetzten Integrationslotsinnen und –lotsen, und werden durch deren Basisqualifizierung nicht abgedeckt. Die für das Landesrahmenprogramm federführende Senatsverwaltung für Arbeit, Integration und Frauen stellte klar, dass Integrationslotsinnen und –lotsen künftig für solche Einsätze nicht mehr zur Verfügung stehen sollen.

Um die entstandene Lücke zu schließen und um insgesamt die fachliche Arbeit des ÖGD mit Asylsuchenden zu unterstützen, erscheint die Einrichtung des o. g. Pools von festangestellten qualifizierten Sprachmittlerinnen und Sprachmittler ein geeignetes Instrument zu sein. Es bietet sich an, diese Sprachmittlerinnen und Sprachmittler beim Gemeindedolmetschdienst (Träger Gesundheit Berlin-Brandenburg e.V.) anzusiedeln, dessen Regiestelle seit Jahren von der Senatsverwaltung für Gesundheit und Soziales gefördert wird und dessen Profil eigens für den Einsatz im Gesundheitswesen entwickelt wurde. Die zu erweiternden Aufgaben der Regiestelle würden die Rekrutierung geeigneter Personen, gegebenenfalls deren Nachqualifizierung für die speziellen Bedürfnisse des ÖGD, die Einsatzplanung in enger Absprache mit den Bezirken und Koordinierung der Sprachmittlerinnen und –mittler sowie die Qualitätssicherung umfassen.

Durch die zentrale Koordinierung des Pools ist ein flexibler Einsatz bei sich ändernden Bedarfen und die Abfederung von Ausfällen durch Krankheit und Urlaub besser möglich als bei einer festen Anstellung einzelner Sprachmittlerinnen und Sprachmittler direkt in den Bezirken. Darüber hinaus bietet sich dann auch die Möglichkeit, einen Bereitschaftsdienst (z.B. für Wochenenden) einzurichten bzw. eine Telefonhotline als Ergänzung des Vor-Ort-Einsatzes.

Für die medizinische Versorgung von Asylsuchenden in Med-Punkten oder in Arztpraxen besteht ebenfalls ein Bedarf an Sprachmittlerdiensten. Das dafür notwendige Personal soll ebenfalls über den Pool bei Gesundheit Berlin-Brandenburg e. V. gesteuert werden.

