



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Menschenrechte/Geschichte der Ärzteschaft

- VI - 133 Flüchtlinge - Forderungen der Behandlungszentren
- VI - 152 Forderung nach gesundheitsförderlichem Umgang mit Flüchtlingsfamilien
- VI - 141 Umsetzung der EU-Richtlinie 2013/33/EU für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge im asylrechtlichen Verfahren
- VI - 121 Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien sowie von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen
- VI - 111 Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und insbesondere von Flüchtlingskindern
- VI - 130 Behinderte Flüchtlinge
- VI - 131 Psychiatrische psychotherapeutische Versorgung von Asylsuchenden
- VI - 119 Bundesweite Einführung einer Versichertenkarte für registrierte Flüchtlinge
- VI - 140 Einsatz von qualifizierten Gutachtern bei der Beurteilung von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und bei der Untersuchung vor geplanten Abschiebungen
- VI - 138 Übernahme von Dolmetscherkosten bei der Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern
- VI - 132 Befundweitergabe von Erstuntersuchungen von Asylsuchenden
- VI - 137 Umsetzung der WHO-Leitlinie "Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen" in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung
- VI - 139 Ärztliche Mitteilungspflicht an Krankenkassen bei häuslicher und sexueller Gewalt abschaffen
- VI - 109 Einsetzung eines Kinder- und Jugendschutzbeauftragten im Deutschen Bundestag



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Flüchtlinge - Forderungen der Behandlungszentren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VI - 133) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 schließt sich den folgenden Forderungen der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer (Baff) an:

- Früherkennung von Vulnerabilität in den Erstaufnahmeeinrichtungen
- Einleitung von geeigneter Unterstützung und Behandlung
- Diagnostik und Indikationsstellung mit Hilfe von Dolmetschern
- schnelle ärztliche, psychotherapeutische und soziale Hilfen
- Übernahme von Fahrtkosten zur Behandlung.

Begründung:

Menschen, die durch Folter, Verfolgung oder Misshandlung oft große Qualen erlitten haben, sind häufig psychisch traumatisiert und bedürfen spezieller Behandlung. Der deutsche Staat weigert sich weiter, konsequent seiner humanitären und mittlerweile auch rechtlichen Verantwortung nachzukommen und erkrankten Flüchtlingen ausreichende medizinische und psychosoziale Hilfe zukommen zu lassen, obwohl Deutschland bis Mitte 2015 die EU-Richtlinie 2004/83/EG umsetzen muss, die besagt, dass der Aufnahmestaat verpflichtet ist, besonders schutzbedürftige Flüchtlinge und ihren Hilfsbedarf zu erkennen und entsprechende Unterstützung bereitzustellen. Als besonders schutzbedürftige Personen gelten u. a. Traumatisierte, psychisch Kranke, Gefolterte und Opfer von Gewalt.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Forderung nach gesundheitsförderlichem Umgang mit Flüchtlingsfamilien

Beschluss

Auf Antrag von Dr. Barbara Jäger (Drucksache VI - 152) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015 in zweiter Lesung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern auf, die gesundheitlichen und psychosozialen Risiken junger Flüchtlingsfamilien und deren Kinder zu vermindern, indem sie folgende Punkte verbessern:

1. Qualifizierte Sprachkurse von der ersten Woche des Aufenthalts an.
2. Medizinische Versorgung nach den Grundsätzen der WHO und der UNHCR.
3. Familienbezogene Unterbringung nach den ersten drei Monaten des Aufenthalts. Verbot von Gemeinschaftsunterkünften für Familien mit Kindern über die ersten drei bis sechs Monate hinaus.
4. Versorgung der Flüchtlingskinder mit Ganztagsplätzen in Kindertagesstätten mindestens drei Jahre vor Schuleintritt.
5. Früher Zugang der Eltern zum Arbeitsmarkt oder zu öffentlich finanzierter Arbeit zum Nutzen der Gemeinschaft auf kommunaler oder regionaler Ebene.

Begründung:

Durch den bisherigen Umgang mit Flüchtlingsfamilien entstehen Schäden und Defizite, welche in Bezug auf Fürsorge und Kosten auf unsere Gesellschaft zurückfallen. Gesundheitliche Schäden treten zu Beginn allein schon durch beengte Wohnverhältnisse, mangelnde Verständigungsmöglichkeit und Wahrnehmung von medizinischen Versorgungsmaßnahmen auf. Eine auf der Flucht erlittene sequenzielle Traumatisierung wird durch die Nichtteilhabe an essenziellen Lebensbereichen des kindlichen Entwicklungsprozesses prolongiert und häufig durch psychosoziale Isolation noch verstärkt. Durch die Verhinderung der Teilhabe am Bildungs- und Arbeitsprozess werden diese Schäden verstärkt. Eine eigenständige berufliche Integration dieser Kinder kann überhaupt nicht oder nur am untersten Rand ihrer Möglichkeiten stattfinden. Die Situation der Flüchtlingsfamilien ist prekär: Die Unterbringung der Familien in Gemeinschaftsunterkünften verhindert heilsame Prozesse in den Familien. Eltern werden keine frühzeitigen und ausreichenden Sprachkurse angeboten. Oft sind sie auf lückenhafte Programme von rein ehrenamtlichen Unterrichtenden angewiesen. Die



Intensität des Unterrichts ist ungenügend. Der Erwerb/Nichterwerb der deutschen Sprache vollzieht sich in kaum merkbaren Fortschritten. Vom Arbeitsprozess sind sie aufgrund der häufigen Situation Alleinerziehung, der fehlenden Kinderbetreuung und durch die Rechtslage ausgeschlossen. Die Kinder werden nicht frühzeitig in Krippen oder Kindertagesstätten aufgenommen, da sie den an der deutschen Doppelverdienerfamilie gemessenen kommunalen Platzvergabekriterien nicht genügen. Entsprechend erhalten sie oft erst nach ein bis drei Jahren einen Platz und werden häufig nur von 09:00 bis 12:00 Uhr betreut, was einen unzureichenden Rahmen zum Spracherwerb der deutschen Sprache für die Kinder bedeutet.

Je nach Unterbringung in der Flüchtlingsunterkunft und Kontaktmöglichkeiten in der Herkunftssprache, verkümmert die Kompetenz in ihrer Erstsprache zeitgleich.

Im sensiblen Alter der ersten vier bis fünf Lebensjahre werden Kinder und konsekutiv deren Eltern durch die Gesetzeslage systematisch von wichtigen Entwicklungsprozessen zur eigenständigen Persönlichkeitsbildung ausgeschlossen. Die Folgen für unsere Gesellschaft und unser Gesundheitssystem sind absehbar negativ.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Umsetzung der EU-Richtlinie 2013/33/EU für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge im asylrechtlichen Verfahren

EntschlieÙung

Auf Antrag von Michael Janßen und Julian Veelken (Drucksache VI - 141) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, die Richtlinie 2013/33/EU in Deutschland endgültig umzusetzen und damit den medizinischen und psychologischen Bedürfnissen besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge und Asylbewerberinnen und Asylbewerber zu allen Zeitpunkten ihres Aufenthaltes in Deutschland Rechnung zu tragen und keine Abschiebungen/Überstellungen zuzulassen, die mit gesundheitlichen Gefahren für die Betroffenen verbunden sind.

Begründung:

Die Richtlinie 2013/33/EU vom 26.06.2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, regelt EU-weit verbindlich die sozialen Mindeststandards für die Unterbringung und Versorgung asylsuchender Flüchtlinge. Die Richtlinie ist von den Mitgliedstaaten in nationales Recht umzusetzen. Gemäß der Richtlinie ist bei den Aufnahmebedingungen für Asylsuchende die Situation der besonders schutzbedürftigen Personen zu berücksichtigen. Zu diesem Personenkreis gehören Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, Behinderte, Ältere, Schwangere, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Schwerkranke, Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. Die Schutzbedürftigkeit soll zeitnah festgestellt und beachtet werden, kann aber auch zu jedem späteren Zeitpunkt geltend gemacht werden.

Nach übereinstimmenden Untersuchungsergebnissen leiden circa 40 Prozent der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge an einer posttraumatischen Belastungsstörung. Die Diagnostik dieser Erkrankung ist langwierig und kompliziert, sodass die Evaluierung einer besonderen Schutzbedürftigkeit bisweilen erst spät erfolgen kann, zumal die Anzahl der psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebote schon jetzt zu gering ist.

Gesetzlich zu regeln sind daher der Anspruch Asylsuchender auf Beratung und Information zu den sozialen und medizinischen Asylaufnahmebedingungen, das



Feststellungsverfahren für eine besondere Schutzbedürftigkeit sowie der Anspruch Asylsuchender auf die erforderliche soziale und medizinische Versorgung.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinische Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien sowie von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Ulrich M. Clever und Dr. Joachim Suder (Drucksache VI - 121) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Verbesserung der medizinischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien sowie von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF).

Begründung:

In einer gemeinsamen Presseerklärung mit der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin (DAKJ) und dem Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte (BVKJ) vom 19.11.2014 fordert die Bundesärztekammer die bessere kurative und präventive gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingsfamilien in Deutschland. Die UN-Kinderrechtskonvention nennt "das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit" als ein Grundrecht jedes Kindes (Artikel 24 Abs. 1 der UN-Kinderrechtskonvention). Die medizinische Versorgung von Flüchtlingen - und somit deren Kindern - ist meistens auf Nofallerkrankungen reduziert (siehe Stellungnahme der Bundesärztekammer vom 22.09.2014 zum Gesetzentwurf der Bundesregierung zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes und des Sozialgerichtsgesetzes).

Auch die Gruppe der Kinder und Jugendlichen aus Flüchtlingsfamilien ohne gesicherten Aufenthaltsstatus dürfen nicht von einer Gesundheitsversorgung ausgeschlossen sein. Diese Gesundheitsversorgung muss in Krankenhaus und Praxis unter Wahrung der Anonymität ermöglicht werden (siehe Flyer der Bundesärztekammer "Patientinnen und Patienten ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis").

Ebenfalls erforderlich ist eine Verbesserung der medizinischen Versorgung von UMF, die wegen fehlender familiärer Ansprechpartner spezielle medizinische und therapeutische Betreuung benötigen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Medizinische Versorgung von Flüchtlingen und insbesondere von Flüchtlingskindern

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Joachim Suder, Georg Gärtner, Kai Sostmann, Prof. Dr. Christian von Schnakenburg, Dr. Christian Albring und Dr. Klaus König (Drucksache VI - 111) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, die medizinische Versorgung von Flüchtlingen und insbesondere von Flüchtlingskindern gemäß der über die UN-Kinderrechtskonvention eingegangenen Verpflichtung sicherzustellen.

Begründung:

Die Bundesregierung hat sich in ihrem Koalitionsvertrag dazu bekannt, dass die UN-Kinderrechtskonvention Grundlage für den Umgang mit Minderjährigen ist, die als Flüchtlinge nach Deutschland kommen. Leider müssen wir feststellen, dass gegenwärtig die meisten ausländerrechtlichen Gesetze gegenüber minderjährigen Flüchtlingen diskriminierend wirken. Auf diesen Umstand hat auch Anfang dieses Jahres der Ausschuss für die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen in seinen "Concluding Observations" hingewiesen. Die konkrete Diskriminierung von Flüchtlingen zeigt sich in einem unzureichenden Zugang zu gesundheitlicher Versorgung, zu Bildung und zu sozialer Teilhabe. Dadurch werden Kinderrechte verletzt und die Integration von Kindern und Jugendlichen, die zum Teil sehr lange oder dauerhaft in Deutschland bleiben, verhindert.

Dabei muss bei der Umsetzung des Ausländerrechts stets die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention beachtet werden. Insbesondere Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention zur Gesundheitsvorsorge beschreibt ganz konkret, welche umfassenden Rechte auch minderjährige Flüchtlinge haben sollten. So heißt es in Absatz 1: "Die Vertragsstaaten erkennen das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit. Die Vertragsstaaten bemühen sich sicherzustellen, dass keinem Kind das Recht auf Zugang zu derartigen Gesundheitsdiensten vorenthalten wird."



Die Realität in Deutschland sieht aber anders aus. So werden nach § 4 AsylbLG nur die Kosten für die Behandlung akuter Krankheiten und Schmerzzustände erstattet. Nicht erstattet werden dagegen in aller Regel präventive Leistungen wie Impfungen und Vorsorgeuntersuchungen, Kariesprophylaxe, Sehhilfen, die Behandlung chronischer Erkrankungen, die Heil- und Hilfsmittelversorgung von behinderten Kindern sowie die Behandlung von psychisch traumatisierten Kindern und Jugendlichen. Die Ärzte müssen oft monatelang oder sogar jahrelang dafür kämpfen, dass etwas bewilligt wird. Diese Erfahrung ist aufreibend und frustrierend.

Zusätzliche Leistungen für Flüchtlinge können zwar für sonstige unerlässliche Behandlungen zur Sicherung der Gesundheit gewährt werden: So kann nach § 6 Abs. 2 in Verbindung mit § 4 AsylbLG Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 AufenthG besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige, bereits heute die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt werden. § 6 Abs. 1 AsylbLG ermöglicht es daneben auch anderen Leistungsberechtigten, sonstige Leistungen zu gewähren, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Die Realität ist aber, dass in der Regel medizinisch nicht oder nicht ausreichend geschultes Personal in den Sozial- und Ausländerbehörden den Gesundheitszustand der potenziell Leistungsberechtigten einschätzt. Dabei werden häufig gravierende gesundheitliche Probleme übersehen bzw. falsch bewertet. Diese unseres Erachtens nicht ausreichend qualifizierten Mitarbeiter bestimmen über das weitere Schicksal von Menschen. Hier besteht eindeutig Änderungsbedarf. Nur medizinisch ausreichend geschultes Personal bzw. vor allem Ärztinnen und Ärzte können körperliche und seelische Krankheiten adäquat erkennen und angemessene Maßnahmen in die Wege leiten.

Fakt ist: Aufgrund dieser Ermessensregelung haben Asylbewerber einen erschwerten Zugang zur gesundheitlichen Versorgung, gerade auch im Bereich der psychischen Gesundheit. So bestehen meist sehr lange Wartezeiten bei Therapieeinrichtungen für Folteropfer und traumatisierte Flüchtlinge, obwohl zahlreiche, wenn nicht die meisten, Flüchtlinge hochtraumatische Erlebnisse bewältigen müssen.

Auch bezüglich der gesundheitlichen Versorgung von bereits anerkannten Flüchtlingen, für die das Regelangebot der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gilt, gibt es noch viel zu tun. Hier bestehen z. B. bei der Behandlung von Traumafolgestörungen häufig Sprachbarrieren, die durch die ausreichende Übernahme von Dolmetscherkosten beseitigt werden müssen.

Deshalb fordern wir: Der Zugang zu Gesundheit und Bildung muss unabhängig von Aufenthaltsstatus und Alter gewährleistet sein. Alle Flüchtlinge müssen vollen Zugang zu allen Gesundheitsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen, also zum vollen Umfang des SGB V, bekommen. Sinnvoll wäre, dass Flüchtlinge - wie bereits in Bremen und Hamburg - Chipkarten zur normalen Abrechnung der Gesundheitsversorgung erhalten,



ohne den Umweg über eine Behörde machen zu müssen. Dies beugt dramatischen Notfällen oder Fehleinschätzungen vor und hilft zudem, überflüssige Bürokratie zu vermeiden und dadurch Kosten zu sparen.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Behinderte Flüchtlinge

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VI - 130) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Behindertenbeauftragten der Länder und die Behindertenbeauftragte der Bundesregierung auf, sich für die umfassenden Belange von behinderten Flüchtlingen einzusetzen.

Insbesondere müssen hier genannt werden:

- eine geeignete Unterbringung auch in den Erstaufnahmen, die einen Zugang zu Toiletten und Duschen ermöglichen, um zusätzliche Verletzungsgefahren auszuschließen
- ein sofortiger Zugang zu ausreichender medizinischer und psychosozialer Versorgung
- eine sofortige Bemühung um Familienzusammenführung, da behinderte Flüchtlinge ganz besonders auf die Hilfe ihrer Angehörigen angewiesen sind.

Begründung:

Es kommt immer wieder vor, dass behinderte Flüchtlinge in Erstaufnahmeeinrichtungen kommen, in denen weder die Sanitäranlagen noch die sonstige Umgebung für sie geeignet sind. Behinderte Menschen gelten gemäß der EU-Richtlinie 2004/83/EG als besonders schutzbedürftig und müssen daher gemäß der Richtlinie Behandlung erfahren.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Psychiatrische psychotherapeutische Versorgung von Asylsuchenden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VI - 131) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, für eine klare Auslegung des § 6 AsylbLG zu sorgen, die sicherstellt, dass eine angemessene psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung von Asylsuchenden gewährleistet wird.

Begründung:

Gerade in Bereichen der psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung wird die Notwendigkeit von Überweisungsscheinen von Seiten der damit erheblich überforderten Sachbearbeiter überprüft und genehmigt. So kommt es bei

a) psychiatrischen Behandlungen in Kliniken oft zu Wiederaufnahmen, da nur der akute Notfall behandelt und die Weiterbehandlung nicht möglich wird, weil der Bedarf eines Überweisungsscheines erst überprüft werden muss;

b) psychotherapeutischen Behandlungen zu einem langwierigen Verfahren, in dem die behandelnden Ärzte, die sich überhaupt in der Lage fühlen, Psychotherapien für traumatisierte Flüchtlinge anzubieten (Sprachschwierigkeiten, Dolmetschernotwendigkeit, modifizierte Verfahren) oftmals weit in Vorleistung gehen müssen, da erst ab einer Genehmigung durch den Amtsarzt die Sitzungen bezahlt werden. Der behandelnde Arzt muss auf alle Fälle die erste Sitzung, Probesitzungen und den Bericht für das Amt auf eigene Rechnung schreiben, ohne zu wissen, ob dies je bezahlt und genehmigt wird.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Bundesweite Einführung einer Versichertenkarte für registrierte Flüchtlinge

Entschließung

Auf Antrag von Dr. Ulrich M. Clever (Drucksache VI - 119) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende Entschließung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Länder und den Bund auf, die Einführung einer Versichertenkarte für Flüchtlinge auch in den Flächenländern zu veranlassen. Ein gemeinsamer gesamtstaatlicher Konsens wäre eine dringend notwendige Maßnahme für die rasche bundesweite Umsetzung.

Begründung:

Gemäß § 4 AsylbLG soll die medizinische Versorgung für die erforderlichen ärztlichen und zahnärztlichen Behandlungen bei allen Flüchtlingen zwar gewährleistet sein, ohne Versichertenkarte jedoch muss zeitaufwendig die Einzelbeantragung eines Behandlungsscheines erfolgen. Dies verursacht nicht nur unnötig Kosten durch den höheren Verwaltungsaufwand, der aufgrund der wachsenden Anzahl an Flüchtlingen zeitlich kaum zu bewältigen ist, sondern behindert somit auch eine patientengerechte medizinische Versorgung.

Die Versichertenkarte für registrierte Flüchtlinge wurde 2005 in Bremen und 2012 in Hamburg mit guten Erfahrungen eingesetzt. Es hat sich herausgestellt, dass die Einführung nicht kostentreibend war, sondern sich für die Sozialbehörden durch die Einsparungen an Verwaltungsvorgängen mit hohem administrativen Prüf- und Abrechnungsaufwand entlastend ausgewirkt hat. Für die Leistungsberechtigten ist vorteilhaft, dass ein unkomplizierterer Zugang zu den Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ermöglicht wird.

Die Stellungnahme der Zentralen Ethikkommission (ZEKO) "Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund" (2013) verweist auf die staatliche Aufgabe, Regelungen zu schaffen: "Grundlage des ärztlichen Ethos ist der Dienst am notleidenden Menschen, unabhängig von dessen sozialen Status, seiner ethnischen Zugehörigkeit oder Nationalität. Ärzte sollten an der Erfüllung dieser moralischen Pflicht nicht systematisch gehindert werden." Konkret bedeutet dies, dass bürokratische Hürden, die diese Pflichterfüllung von Ärzten behindern, durch den Staat beseitigt werden müssen. Die Versichertenkarte ist daher eine gesamtstaatliche Aufgabe



und sollte bundeseinheitlich geregelt werden.

Staatsministerin Aydan Özoguz hat sich als Beauftragte der Bundesregierung für Migration, Flüchtlinge und Integration in ihrer Pressemitteilung (vom 27.04.2015, Nr. 160) zur Bundeskonferenz der Integrationsbeauftragten des Bundes, der Länder und der Kommunen am 27. und 28.04.2015 in Mainz für die Einführung einer solchen Versichertenkarte in allen Bundesländern ausgesprochen: "In manchen Bundesländern erhalten Flüchtlinge nur eine minimale Notfallversorgung: Nicht selten bleiben Erkrankungen so unerkannt oder werden chronisch. Einzelne tragische Geschehnisse in Flüchtlingsunterkünften zeigen, dass dies zu schweren Schädigungen oder sogar zu Todesfällen führen kann. Das Problem ist, dass Verwaltungsangestellte im Vorwege entscheiden sollen, ob ein Arztbesuch notwendig ist, dafür sind sie aber gar nicht ausgebildet. Daher halte ich es für einen guten Weg, wenn alle Bundesländer die in Bremen und Hamburg genutzte Chipkarte nach dem Bremer Modell einführen würden."



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Einsatz von qualifizierten Gutachtern bei der Beurteilung von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und bei der Untersuchung vor geplanten Abschiebungen

Vorstandsüberweisung

Der Entschließungsantrag von Michael Janßen und Julian Veelken (Drucksache VI - 140) wird zur weiteren Beratung an den Vorstand der Bundesärztekammer überwiesen:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die zuständigen Gerichte und Behörden auf, bei der medizinischen, insbesondere psychologischen Beurteilung von Flüchtlingen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und bei der ärztlichen Untersuchung vor einer Abschiebung qualifizierte Gutachter einzusetzen. Adresslisten von speziell ausgebildeten Ärzten und Psychotherapeuten liegen bei den Kammern in mehreren Bundesländern vor und sollten den Gerichten und zuständigen Ausländerbehörden in der jeweils aktuellen Form zugänglich sein.

Begründung:

Medizinische Gutachten, Stellungnahmen und Untersuchungen von Flüchtlingen und Asylbewerbern in aufenthaltsrechtlichen Verfahren und vor der Abschiebung erfordern von Ärzten und Psychotherapeuten große Sachkenntnisse, Erfahrung und Sorgfalt. Von den Landesärzte- und Psychotherapeutenkammern werden in vielen Bundesländern Curricula zu Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen (SBPM) durchgeführt, die sich an das sogenannte Istanbul-Protokoll (Handbuch für die wirksame Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung oder Strafe) anlehnen. Die von fachlich kompetenten Kolleginnen und Kollegen ausgearbeiteten Standards zur Begutachtung psychisch traumatisierter Menschen sollen helfen, kompetente Fachgutachten zu erstellen.

Gutachter müssen unabhängig sein. So sollte beispielsweise kein Arzt, der die Reisefähigkeit eines Flüchtlings bestätigt, diesen anschließend im Flugzeug gegen entsprechendes Honorar begleiten dürfen, um einen Interessenkonflikt zu vermeiden.

Richter sind selbstverständlich frei in ihrer Entscheidung, welchen Gutachter sie wählen. Die Gerichte sollten aber von den Landesärztekammern informiert werden, welche Gutachter in ihrem Bereich zertifiziert sind und zur Verfügung stehen. Richter und



Behörden müssen ohne Verletzung des Datenschutzes auf die Gutachterlisten der Landesärzte- und Psychotherapeutenkammern jederzeit zugreifen können.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Übernahme von Dolmetscherkosten bei der Behandlung von Flüchtlingen und Asylbewerbern

EntschlieÙung

Auf Antrag von Michael Janßen und Julian Veelken (Drucksache VI - 138) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 bittet den Vorstand der Bundesärztekammer, sich bei den zuständigen Stellen dafür einzusetzen, dass die bei der Behandlung von Asylbewerbern und Flüchtlingen entstehenden Kosten für den Einsatz von professionellen Sprachmittlern von den Krankenkassen bzw. Sozialämtern übernommen werden. Bei der Aufklärung vor Operationen bzw. einer invasiven Diagnostik und Therapie sowie bei einer psychotherapeutischen Behandlung ist eine ausreichende Sprachverständigung für Patient und Arzt unerlässlich.

Begründung:

Ungefähr 20 Prozent der Menschen in unserem Land haben einen Migrationshintergrund. Dieser Prozentsatz wird sich in den nächsten Jahren aufgrund der wachsenden Flüchtlingszahlen und der Globalisierung weiter erhöhen. Viele der nach Deutschland kommenden Menschen haben ungenügende Sprachkenntnisse, die sich insbesondere bei der Schilderung emotionaler Erlebnisse in der Psychotherapie zeigen. Eine erfolgsversprechende Psychotherapie ist auf eine Sprachverständigung angewiesen. Ebenso ist die Aufklärung vor Operationen und bei schweren Erkrankungen nur vollständig, wenn der Patient den Inhalt des Arztgespräches versteht. Für den behandelnden Arzt besteht die Gefahr, dass seine Aufklärung nicht ausreichend ist und damit die Sicherheit und das Selbstbestimmungsrecht des Patienten nicht gewahrt werden können. Auch können bei ungenügendem Sprachverständnis Missverständnisse entstehen, die Mehrkosten verursachen, z. B. zu viel verordnete oder nicht sicher indizierte Medikamente, längere Arbeitsunfähigkeitszeiten, Therapieverzögerungen oder Frühberentungen. Aus diesem Grund sind bei der medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung dieser Patienten Sprachmittler erforderlich, die außer den sprachlichen Fähigkeiten auch medizinische und interkulturelle Kompetenzen haben sollten (s. auch "Fachliste Medizin, Pharmazie und Medizintechnik 2015/2016" des Bundesverbands der Dolmetscher und Übersetzer e. V.).



Die Bezahlung der Dolmetscher ist nicht geklärt. Die Kosten werden nach Antragsgenehmigung in Einzelfällen von den jeweiligen Sozialhilfeträgern übernommen. Für gesetzlich Krankenversicherte erfolgt hingegen keine Kostenübernahme.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Befundweitergabe von Erstuntersuchungen von Asylsuchenden

EntschlieÙung

Auf Antrag von Prof. Dr. Dr. Wulf Dietrich und Dr. Peter Hoffmann (Drucksache VI - 132) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Die zuständigen Behörden werden aufgefordert, für die Befundweitergabe aus den Erstuntersuchungen von Asylsuchenden ein sicheres System aufzubauen, das einen sicheren Zugang zu den Befunden für Betreuer und behandelnde Ärzte gewährleistet.

Begründung:

Die Erstuntersuchungen nach § 62 AsylVfG sollen ansteckende Krankheiten erkennen und den Flüchtling, seine Mitbewohner, Betreuer und behandelnde Ärzte schützen. Die Mitteilung der Befunde funktioniert oftmals nur lückenhaft oder findet gar nicht statt, sodass hier eine Gefährdung nicht ausgeschlossen werden kann.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Umsetzung der WHO-Leitlinie "Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen" in der ärztlichen Aus-, Weiter- und Fortbildung

Beschluss

Auf Antrag von Michael Janßen und Julian Veelken (Drucksache VI - 137) beschließt der 118. Deutsche Ärztetag 2015:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesärztekammer und die Landesärztekammern auf, die WHO-Leitlinien von 2013 für die gesundheitliche Versorgung nach häuslicher und sexueller Gewalt ("Umgang mit Gewalt in Paarbeziehungen und mit sexueller Gewalt gegen Frauen. Leitlinien der WHO für Gesundheitsversorgung und Gesundheitspolitik") umzusetzen und in die Aus-, Fort- und Weiterbildungsprogramme zu übernehmen.

Begründung:

Häusliche Gewalt gilt laut Weltgesundheitsorganisation (WHO) als zentrales Gesundheitsrisiko, vor allem für Frauen und Kinder. Eine repräsentative EU-weite Erhebung zur Prävalenz häuslicher und sexueller Gewalt zeigt für Deutschland, dass 22 Prozent der Frauen nach dem 15. Lebensjahr körperliche oder sexuelle Gewalt durch einen Partner/Ehemann erlebt haben. Mehr als 50 Prozent berichten über psychische Gewalt. Gewalt in Paarbeziehungen und sexuelle Gewalt haben schwerwiegende gesundheitliche Folgen für die Betroffenen.

Das Gesundheitssystem hat bei der Erkennung, Intervention, aber auch Prävention häuslicher und sexueller Gewalt eine herausragende Bedeutung, denn Mitarbeitende im Gesundheitswesen und insbesondere im Krankenhaus sind meist der erste professionelle Kontakt.

Allerdings berichten die Betroffenen nicht immer von der Misshandlung oder Gewalt. Der komplexe Zusammenhang zwischen den Krankheitssymptomen und der Gewalterfahrung ist für die Fachkräfte von außen häufig nicht gleich erkennbar und erfordert folglich ein aktives Umgehen mit möglichen Gewalterfahrungen als Ursache oder Kontext von Verletzungen, Beschwerden und Erkrankungen.

Konkret muss es darum gehen, die WHO-Leitlinien, in denen die erforderlichen Inhalte aufgeschlüsselt sind, auf den jeweiligen Qualifizierungsebenen umzusetzen. Das Thema



sollte systematisch und umfassend in die Längsschnittcurricula im Medizinstudium eingebaut werden. Es sollte bei der Novellierung der (Muster-)Weiterbildungsordnung (MWBO) berücksichtigt werden. Der Erwerb von Weiterbildungsqualifikationen würde dann voraussetzen, dass die nötigen Kenntnisse und Fähigkeiten in diesem Bereich erworben wurden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Ärztliche Mitteilungspflicht an Krankenkassen bei häuslicher und sexueller Gewalt abschaffen

EntschlieÙung

Auf Antrag von Michael Janßen und Julian Veelken (Drucksache VI - 139) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesärztekammer auf, sich für die Abschaffung der Mitteilungspflicht von Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten gegenüber den Krankenkassen bei Hinweisen auf drittverursachte Gesundheitsschäden an erwachsenen Personen, die körperliche, sexuelle und/oder psychische Gewalt durch Personen aus dem nahen sozialen Umfeld erfahren haben, einzusetzen.

Begründung:

2013 hat die Bundesregierung mit dem Dritten Gesetz zur Änderung arzneimittelrechtlicher und anderer Vorschriften die Empfehlung des Runden Tisches "Sexueller Missbrauch in Abhängigkeits- und Machtverhältnissen" aufgegriffen und den § 294a Abs.1 SGB V geändert. Damit wurde die Mitteilungspflicht von Ärztinnen/Ärzten und Therapeutinnen/Therapeuten gegenüber den Krankenkassen in Fällen von Misshandlung, Vernachlässigung und sexuellem Missbrauch an Kindern und Jugendlichen abgeschafft.

Mit der o. g. Änderung hat der Gesetzgeber dem Umstand Rechnung getragen, dass sich in Fällen möglicher Kindesmisshandlung und -vernachlässigung eine Mitteilung an die Krankenkassen und die sich daran anschließenden Schritte gegen den oder die Verursacher/in (Prüfung und Wahrnehmung von Regressmöglichkeiten) negativ auf den Behandlungserfolg auswirken können. Bedauerlicherweise wurde die Änderung des § 294a Abs. 1 SGB V nicht zum Anlass genommen, die Mitteilungspflicht auch in Fällen häuslicher Gewalt gegen Erwachsene abzuschaffen.

Auch erwachsene Opfer von Gewalt in nahen sozialen Beziehungen befinden sich aufgrund der Nähe zur gewaltausübenden Person in einer spezifischen Konflikt- und Gefährdungssituation. Die bestehende Mitteilungspflicht und die Regressforderung der Krankenkasse gegenüber der gewaltausübenden Person wirken sich negativ auf den Behandlungserfolg aus und können Betroffene in massive Gefährdungssituationen bringen.



Für Fachkräfte in der Gesundheitsversorgung ist es von höchster Bedeutung, Informationen über häusliche Gewalterfahrungen vertraulich behandeln zu können. Erst diese Zusicherung ermöglicht es vielen Betroffenen, über Gewalterfahrungen und eine aktuelle Gefährdung zu sprechen und Versorgungsangebote in Anspruch zu nehmen.

Wenn auch in Fällen häuslicher Gewalt gegen Erwachsene eine Ausnahme von der Mitteilungspflicht besteht, ist dies eine wesentliche Voraussetzung, um die herausragenden Interventions- und Präventionschancen des Gesundheitsbereichs bei häuslicher und sexueller Gewalt nutzen und entsprechende Empfehlungen der Europäischen Union und der Weltgesundheitsorganisation (WHO) in Deutschland umsetzen zu können (vgl. WHO 2013, FRA 2014, Istanbul-Konvention).

Der Regressanspruch der Krankenkassen soll mit dieser Änderung nicht in Frage gestellt werden. Er ist wichtig, um Täter für ihr Handeln in Verantwortung zu nehmen. Der Anspruch darf jedoch nicht auf Kosten einer ursachenadäquaten Gesundheitsversorgung und der zielgerichteten Unterstützung und Sicherheit von Opfern verfolgt werden.



TOP VI Tätigkeitsbericht der Bundesärztekammer

Titel: Einsetzung eines Kinder- und Jugendschutzbeauftragten im Deutschen Bundestag

EntschlieÙung

Auf Antrag von Dr. Helmut Peters, Prof. Dr. Christian von Schnakenburg, Dr. Thomas Fischbach, Dr. Gisbert Voigt, Dr. Heidrun Gitter, Dr. Joachim Suder, Georg Gärtner und Kai Sostmann (Drucksache VI - 109) fasst der 118. Deutsche Ärztetag 2015 folgende EntschlieÙung:

Der 118. Deutsche Ärztetag 2015 fordert die Bundesregierung auf, einen Kinder- und Jugendbeauftragten im Deutschen Bundestag einzusetzen.

Begründung:

Ziel ist es, die Belange von Kindern und Jugendlichen regelhaft in der parlamentarischen Arbeit ihrer Bedeutung entsprechend zu berücksichtigen.

25 Jahre nach Unterzeichnung der UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK) und ihrer Ratifizierung durch die Bundesrepublik 1992 bleibt in Deutschland noch viel zu tun, um die Umsetzung der Kinderrechte zu gewährleisten. So sind im eigentlich reichen Deutschland nach wie vor zu viele Kinder und Jugendliche von Armut und oft dadurch bedingten schlechteren Gesundheits- und Bildungschancen betroffen.

Ein weiteres Beispiel für verletzte Kinderrechte ist die Situation von Flüchtlingskindern in Deutschland: ihre unangemessenen Lebensbedingungen, ihre eingeschränkte medizinische Versorgung und ihre eingeschränkten sozialen Rechte, ihre unzureichende Integration in unseren Bildungseinrichtungen und fehlende Mindeststandards bei den Altersfestsetzungsverfahren für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Kurz, der international geforderte Vorrang des Kindeswohls ("best interest of the child") in allen Bereichen, die Kinder und Jugendliche betreffen, wird bei uns allzu oft nicht beachtet.

Der Kinder- und Jugendbeauftragte sollte unabhängig und nicht weisungsgebunden seine Gesetze und Entscheidungen der Exekutive daraufhin überprüfen, ob sie den Rechten unserer Kinder und Jugendlichen entsprechen, Ansprechpartner für die Kinder und Jugendlichen, deren Eltern und für Kinderrechtsvertreter sein und auf eigene Initiative hin tätig werden, wenn Kinderrechte verletzt sein könnten.