

Westsächsische Hochschule Zwickau
University of Applied Sciences

Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften

Bachelorthesis

Zum Erlangen des Grades Bachelor of Science (B. Sc.)

Pflegemanagement

Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen

– ein qualitativ empirisches Forschungsprojekt

Vorgelegt von: Claas Mumenthey
Innere Schneebergerstr. 23
c/o WE 255-2
08056 Zwickau
Matrikelnummer 30667
Seminargruppe 112253
Kontakt: Clm111dh@fh-zwickau.de

Erstbetreuer: Dr. phil. David Rester
Zweitbetreuer: Prof. Dr. iur. Andreas Teubner

Zwickau, November 2015

Abstract

Einleitung: Die Asylpolitik ist eine viel diskutierte Thematik mit Aktualitätsbezug. Der Begriff Flüchtlingskrise umschreibt synonym alle Probleme, die mit dem hohen Zustrom von Asylbewerbern offensichtlich werden. Die Ursachen der Flucht und der Kriege in den Herkunftstaaten werden marginal diskutiert. Um den Zustrom nach Europa einzudämmen werden Grenzzäune errichtet und Grenzkontrollen eingeführt. Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern wird öffentlich kaum thematisiert und steht nicht im primären öffentlichen Interesse, weshalb diese Arbeit auf die Analyse der Gesundheitsversorgung in Sachsen konzipiert ist.

Theoretischer Hintergrund: Im aktuellen Stand der Forschung werden direkte und indirekte Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus von Asylbewerbern angeführt. Dazu zählen z.B. die Unterbringung in Massenunterkünften und begrenzte Zugänge zum Gesundheitssystem. Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern muss in Korrelation mit steigenden Asylantragstellungen untersucht werden, um aktuelle Auswirkungen zu zeigen.

Methode: Das Forschungsprojekt ist anhand der Methodologie der Grounded Theory nach Glaser & Strauss (1998) konzipiert und wurde anhand qualitativer Experteninterviews durchgeführt. Die Forschungsfrage lautet: „Wie wird die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen gewährleistet?“ Der Zugang zum Forschungsfeld ist teilweise durch unterstützende Organisationen ermöglicht worden. Es sind sowohl standardisierte, als auch nicht standardisierte Schreiben verfasst worden, welche an Personen, Organisationen und Institutionen verschickt wurden. Der Zugang zu Asylbewerbern sollte über Hilfsorganisationen erfolgen und indirekt aufgenommen werden. Diese Methode erzielte kein Ergebnis, weshalb kein Kontakt zu Asylbewerbern zustande gekommen ist. Neben einem teilstandardisierten und teilstrukturierten Interviewleitfaden ist ein soziografischer Bogen verwendet worden, welcher den Expertenstatus beschreibt. Die Transkripte der Interviews sind nach Kuckartz, et al. (2008) erstellt worden und wurden in Anlehnung an existierende Stufenmodelle analysiert.

Ergebnisse: Die Antworten auf die Interviewanfragen zeigen eine hohe Ablehnung, weshalb lediglich zwei Interviews durchgeführt werden konnten. Die ausgewählte Stichprobe umfasste 18 Personen, Organisationen und Institutionen, welche durch eine ausführliche Recherche identifiziert werden konnten. Vier Rückmeldungen verwiesen auf keine oder marginale Kompetenzen, bezüglich des Untersuchungsgegenstandes. Der Zugang zu Asylbewerbern konnte nicht erfolgen. Die Ergebnisse aus den Interviews verweisen auf restriktive Leistungen und auf Probleme der Gesundheitsversorgung in Korrelation mit steigenden Asylantragstellungen.

Diskussion: Nicht alle Vorhaben der Datenerhebung können umgesetzt werden. Dazu zählt eine schriftliche Stellungnahme, welche wegen Fristen und zeitlich begrenztem Erhebungszeitraum nicht eingeholt werden konnte. Die Datengüte der Stellungnahme ist nicht gleichwertig zur Datengüte der Transkripte. Methodisch hätte eine Abwertung der Datengüte stattfinden müssen, weshalb die fehlende Stellungnahme keine einschränkende Wirkung auf die Datenbasis erzielt. Die Interviewergebnisse beantworten die Forschungsfrage. Allerdings kann nicht bewertet werden, inwieweit die Ergebnisse Allgemeingültigkeit erfahren. Die eingeschränkte Generalisierbarkeit ist in der aktuellen öffentlichen Debatte, als Einflussfaktor auf die Untersuchung und Ergebnisse, über die Asylpolitik begründet. Eine vergleichende Studie sollte zu einem Zeitpunkt öffentlichen Desinteresses und sinkender Asyl-antragstellungen durchgeführt werden.

Fazit: Die Ergebnisse des Forschungsprojekts verweisen auf ein SEKUNDÄRES RESTRIKTIV-REAKTIV VERSORGUNGSMODELL. Der sekundäre Charakter wird durch den Geltungsbereich für Asylbewerber definiert, welche einen geringen Anteil der Gesellschaft repräsentierten. Des Weiteren ist das sekundäre Modell Restriktionen unterworfen, welche durch eine Notfallbehandlung definiert sind. Allgemeine Leistungen der Gesundheitsversorgung müssen beantragt werden und sind mit Ausgabe eines Krankenbehandlungsscheins bewilligt. Anschließende Diagnoseverfahren und Therapien werden durch einen Amtsarzt und die zuständige Behörde überprüft und genehmigt. Der reaktive Charakter ist durch fehlende präventive Leistungen gegeben. Bis auf die Erstaufnahmeanamnese sind kaum präventive Leistungen vorhanden, sodass eine Behandlung lediglich wegen vorhandener Symptome erfolgt.

Schlüsselwörter

- Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern
- Sachsen
- Qualitative Studie
- Steigende Asylanträge
- Gesundheitssystem

Keywords

- Healthcare of Asylum-Seekers
- Saxony
- Qualitative study
- Rising application for political asylum
- Healthcare system

Inhalt

| | |
|---|----|
| Abstract..... | 2 |
| 1 Einleitung | 6 |
| 2 Theoretischer Hintergrund..... | 8 |
| 2.1 Europäische Richtlinien..... | 8 |
| 2.2 Asylbewerberleistungsgesetz..... | 9 |
| 2.3 Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz | 12 |
| 2.4 Bremer Modell | 13 |
| 2.5 Psychische Belastung und Traumatisierung..... | 14 |
| 2.6 Stand der Forschung | 16 |
| 3 Methodik..... | 20 |
| 3.1 Forschungsinteresse..... | 20 |
| 3.2 Narrative Recherche | 21 |
| 3.3 Begriffsbestimmung und Forschungsfrage | 23 |
| 3.4 Forschungsfeld und Zielgruppen..... | 24 |
| 3.5 Erhebungsinstrumente | 31 |
| 3.6 Datenerhebung und Datenauswertung..... | 34 |
| 4 Ergebnisse | 40 |
| 4.1 Unterstützende Organisationen..... | 40 |
| 4.2 Stichprobe..... | 40 |
| 4.3 Ergebnisse..... | 45 |
| 4.3.1 Organisation der Gesundheitsversorgung | 45 |
| 4.3.2 Psychotherapeutische Behandlung | 48 |
| 4.3.3 Unterschiede zur gesetzlichen Gesundheitsversorgung | 49 |
| 4.3.4 Steigende Asylantragsstellungen..... | 51 |
| 4.3.5 Bedeutung des Ehrenamts | 53 |
| 4.3.6 Lösungsoptionen | 53 |
| 4.3.7 Nomenklatur | 55 |
| 5 Diskussion..... | 57 |

| | |
|--|-----|
| 5.1 Forschungsergebnis | 57 |
| 5.2 Unterstützende Organisationen..... | 58 |
| 5.3 Vergleichbarkeit der Daten..... | 59 |
| 5.4 Validität der Ergebnisse | 61 |
| 6 Fazit und Ausblick | 66 |
| Literaturverzeichnis | 68 |
| Anhangs Verzeichnis..... | 71 |
| Eigenständigkeitserklärung | 141 |

1 Einleitung

Die Debatte über die Asylpolitik wird in der Bundesrepublik Deutschland durchaus kontrovers geführt. In den vergangenen Jahren ist eine deutliche Problematisierung zu beobachten, die parallel zur internationalen und nationalen Politik verläuft. Die Diskussion ergibt auch neue Lösungsansätze und Vorschläge, zur Veränderung des Asylrechts. (Rinne & Zimmermann, 2015) Internationale Konflikte und Bürgerkriege haben anhaltende militärische Operationen westlicher Staaten herbeigeführt, so zum Beispiel in Syrien. Neben dem militärischen Einsatz von Waffen, werden ebenfalls Versorgungsleistungen getätigt. (Politische Bildung, 2015) Das aktuelle Ziel ist der Kampf gegen den Islamischen Staat (IS). Die Bedrohung durch den IS wird sowohl in den Print- als auch Fernsehmedien mehrfach betont und ist Gegenstand zahlreicher Publikationen und Dokumentationen. (Rosiny, 2014. - Steinberg, 2014. - Politische Bildung, 2015) In angrenzenden Staaten der Kriegsgebiete suchen mehrere Millionen Menschen Schutz vor dem Krieg. (Rinne & Zimmermann, 2015. - UNO-Flüchtlingshilfe, 2014). Parallel zu dieser Entwicklung ist die Zahl der Asylanträge, seit dem Jahr 2012 im Vergleich zu den Folgejahren, signifikant gestiegen. (BAMF, 2015a) In der Europäischen Union (EU) wird eine Debatte über eine europaweite Aufnahmequote geführt, die bisher jedoch in einer freiwilligen, solidarischen Regelung ohne generelle Verpflichtungen mündet (Rinne & Zimmermann, 2015. - Tagesschau, 2015). Auch in anderen Aspekten der Asylpolitik ist keine europäische Einigkeit zu erkennen. Vielmehr handeln die Politiker europäischer Staaten weitestgehend in ihrem eigenen Interesse und vermitteln den Eindruck einer restriktiven Asylpolitik. Die Grenzsicherung von EU Außengrenzen wird zunehmend vorgenommen und auch innereuropäische Grenzen werden kontrolliert. (Ozsvath, 2015)

Die genannten politischen Vorgänge sind Faktoren, die auch Auswirkungen auf die Asylpolitik der Bundesrepublik Deutschland zeigen. Aufgrund der Vielzahl beeinflussender Faktoren und Vorgänge muss differenziert werden, welche Untersuchungsgegenstände im Forschungsprojekt von Interesse sind. Lösungen zur aktuellen Situation, bezogen auf das nationale Asylgesetz (AsylG) und aktuelle Konflikte innerhalb der EU, können in diesem Kontext nicht angeboten werden. Die grundlegende Intention dieser Forschungsarbeit ist auf eine Tatsache beschränkt: Die Asylantragsstellungen in Deutschland steigen signifikant an (BAMF, 2015a). Die Konsequenz höherer Antragstellungen ist jedoch, dass eine höhere Population von Asylbewerbern in der Bundesrepublik Deutschland vorhanden sein muss. Dies wiederum bedeutet, dass mehr Menschen unter die Gesetzgebung des Asylrechts fallen und dementsprechend auch die vorhandenen Strukturen stärker belastet werden. Folgerichtig wird auch das Gesundheitssystem und die Gesundheitsversorgung vor neue

Herausforderungen gestellt. Unstrittig ist, dass Fluchterfahrungen oder Kriegserfahrungen Auswirkungen auf einen Menschen haben und wahrscheinlich auch gesundheitliche Ausprägungen nach sich ziehen können (Leißner, 2009). Vor allem innerhalb der Gesundheitsversorgung sollte wiederum ein humanitäres Interesse dominieren, welches zumindest für Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft in der allgemeinen Krankenversicherungspflicht gewährleistet wird. Die Krankenversicherung ist ein Recht, welches auch auf das Recht der körperlichen Unversehrtheit zurückzuführen ist. Dieses ist in Art. 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz festgehalten. Eben jenes Grundrecht wird jedoch durch den § 89 AsylG außer Kraft gesetzt und gilt dementsprechend nicht für Personen welche dem Asylrecht unterliegen.

Aufgrund der Komplexität, bedingender Faktoren der Asylpolitik, stellt die vorliegende Arbeit einen geringen Anteil zur gesamtpolitischen Bewertung des Asylrechts dar. Die Reduktion auf die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und der Gewährleistung in Sachsen bietet jedoch die Möglichkeit, die relevanten Inhalte eines Kernbereichs empirisch zu erfassen und auszuwerten.

Dieses Vorhaben mündet in der Zielsetzung der Forschungsarbeit, zuerst die realistische Beschreibung der Gesundheitsversorgung, anhand differenzierter Sichtweisen auf den Prozess, darzulegen. Dazu müssen sowohl Ergebnisse einer narrativen Recherche verwendet werden, als auch empirisch generierte Daten analysiert werden. Abschließend gilt es Probleme zu benennen, positive Beispiele darzustellen und alternative Lösungen der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern zu diskutieren. Dadurch wird ein möglichst hoher Standard der Gesundheitsversorgung angestrebt.

2 Theoretischer Hintergrund

Der theoretische Hintergrund unterliegt verschiedenen Anforderungen. Im Detail müssen relevante Aspekte der Gesundheitsversorgung erarbeitet werden, die im Kontext aktueller Probleme und Herausforderungen stehen. Spezifische Strukturen und allgemeine Verfahrensweisen müssen dargestellt werden, um einen Bezug zur steigenden Anzahl asylsuchender Personen herstellen zu können. Vor allem weil die europaweite Zahl ankommender Flüchtlinge immens angestiegen ist und vermehrte Treffen zwischen Bund und Ländern stattfinden, muss täglich mit einer Veränderung der Gesetzgebung gerechnet werden. Die europaweit geltende Richtlinien und Vorgaben müssen in Bezug zur Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen beachtet werden. Die nächste Instanz der Gesetzgebung sind Bundestag und Bundesrat, weshalb auch deren Beschlüsse auf Konformität zu Sachsen überprüft werden müssen. Demzufolge beinhalten die Ergebnisse des theoretischen Hintergrunds sowohl europäische oder bundesweit geltende Gesetze, als auch lokal gültige, auf den Freistaat Sachsen beschränkte, Anordnungen.

2.1 Europäische Richtlinien

Die europäischen Vorgaben und Richtlinien zum Umgang mit Asylbewerbern sind für fast alle Mitgliedsstaaten geltend, dem Subsidiaritätsprinzip nach auch für das Bundesland Sachsen. Insbesondere die EU Richtlinie 2013/33/EU stellt die aktuellste Übereinkunft der Mitgliedsstaaten dar. Die Voraussetzung und Anforderungen an die medizinische Versorgung von Asylbewerbern - in der Richtlinie „Antragsteller“ - werden in Artikel 19 erfasst. Die unumgängliche Sicherstellung der Notfallversorgung ist vorgeschrieben, darüber hinaus auch, dass die medizinische Versorgung, die „[...] die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und psychischen Störungen umfasst.“ (EU-Richtlinie, Art. 19 Abs. 1 2013/33/EU)

Die EU-Richtlinie schreibt weiterhin vor, dass bei Aufnahme von Asylbewerbern geeignete medizinische und sonstige Versorgung gewährleistet werden. Darunter fällt auch die psychologische Betreuung und Therapie, insofern ein besonderer Bedarf festgestellt werden kann. (EU-Richtlinie, Art. 19 Abs. 1 2013/33/EU)

Die Europarichtlinie gilt als Vorgabe, die es in nationales Recht umzusetzen gilt. Die medizinische Versorgung von Asylbewerbern ist in § 4 AsylbLG, entsprechend dieser Vorgaben, nur eingeschränkt vorhanden. Die psychotherapeutische Behandlung ist in § 6 Abs. 2 AsylbLG festgehalten. Dieses Gesetz ist wegen fehlendem Beschluss des EU-Rates nach der Richtlinie 2001/55/EG, eingeschränkt. (Bundestag, 2015) Die detaillierten Angaben und Gesetzesinhalte sind im nachfolgenden Kapitel 2.2. dargestellt.

2.2 Asylbewerberleistungsgesetz

Die generelle Asylantragstellung muss innerhalb des Bundesgebiets Deutschland erfolgen. Danach werden betreffende Asylbewerber in einer Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht. Die Verteilung, auf die Bundesländer und damit auf die Kommunen, erfolgt unter Verwendung des Systems zur ERSTVERTEILUNG VON ASYLBEGEHRENDEN (EASY) und des KÖNIGSTEINER SCHLÜSSEL. (BAMF, 2015b) Ab diesem Zeitpunkt gelten auch Einschränkungen der persönlichen Freiheit und des Anspruchs auf körperliche Unversehrtheit, nach §89 AsylG. Explizit werden im Asylgesetz die Grundrechte nach Artikel 2 Abs. 2 Satz 1 Grundgesetz - Grundrecht auf körperliche Unversehrtheit - und nach Artikel 2 Abs. 2 Satz 2 Grundgesetz - Freiheit der Person - „[...] nach Maßgabe dieses Gesetzes eingeschränkt.“ (§ 89 AsylG) In diesem Zusammenhang wird unter anderem auch die eingeschränkte Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern gültig.

Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern ist vorrangig im § 4 AsylbLG geregelt. Allgemein ist die gesetzliche Regelung auf eine Notfallhilfe, Schwangerenversorgung, Erstaufnahmeversorgung und Zuständigkeit der Behörde bezogen. Eine generelle Krankenversicherungspflicht besteht nicht, weshalb auch Regelleistungen der gesetzlichen Krankenversicherung ausgenommen sind. Die Inhalte dieses Paragraphen gelten für Asylbewerber, innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthalts in der Bundesrepublik Deutschland oder bis zur Anerkennung des Asylgesuchs. Nach dieser Zeitspanne haben Asylbewerber Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung. (Bühning, 2015)

In § 4 Abs. 1 ist die Behandlung von akuten Schmerzzuständen und Erkrankungen erfasst. Für die Gesundheitsversorgung bedeutet diese Vorgabe die Notfallversorgung. Die Leistungen sind sowohl auf allgemein ärztliche, als auch zahnärztliche Leistungen bezogen. Für Erstere gilt die Nutzung „[...] aller erforderlichen Arznei- und Verbandmittel, sowie weiterer Leistungen, die zu einer Verbesserung des Gesundheitszustandes führen, Schmerzen lindern und Krankheitsfolgen ausschließen.“ (§ 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG) Für die Behandlung mit Zahnersatz sind jedoch „[...] unaufschiebbare medizinische Gründe [...]“ notwendig (§ 4 Abs. 1 Satz 2 AsylbLG).

Der genaue Wortlaut des Gesetzes lässt jedoch offen, in welchen Fällen von einer akuten Erkrankung oder einem akuten Schmerzzustand ausgegangen werden kann. Offensichtlich erscheint die Notfallversorgung im Zusammenhang mit einer Unfallversorgung gewährleistet zu werden. Eine genauere Bestimmung erfolgt nicht und obliegt in anderen Fällen der Verantwortung zuständiger Behörden. Allgemein gängig ist die Gewährleistung der Gesundheitsversorgung mittels Behandlungsschein. Zu beachten ist, dass zuerst die Genehmigung einzuholen ist und anschließend die Konsultation und Behandlung durch einen Arzt

erfolgt. Dieses Verfahren bedingt jedoch zeitliche Verzögerungen, vor allem wenn eine ernstzunehmende und schwere Krankheit sich lediglich durch allgemeine Symptome äußert. Folgeschäden für den Patienten, bis hin zu lebensbedrohlichen Situationen sind in solchen Fällen möglich, wodurch wiederum Folgebehandlungen notwendig werden und signifikant höhere Behandlungskosten entstehen. In einem journalistischen Beitrag beschreibt Lobenstein (2015) diese Praxis und stellt dieser das Systemversagen anhand eines Beispiels gegenüber, in welchem ein Kleinkind zu erheblichen Schäden kommt und einer lebensbedrohlichen Situation ausgesetzt wird. (Lobenstein, 2015) Die oftmals kritisierte, offene Formulierung verschiebt die Verantwortung des Gesetzgebers, zur Gesundheitsversorgung, auf die verorteten Behörden und Dienstleister, denen die Feststellung der Versorgungsgewährleistung obliegt. Experten weisen darauf hin, dass die Auslegung des Gesetzes durchaus humanitären Grundsätzen folgen sollte. Einzelfallberichte weisen jedoch auf verspätete Dienstleistungen hin, deren Folge chronische Erkrankungen oder auch lebensbedrohliche Situationen sind. Die unpräzise Formulierung führt demnach zu einer uneinheitlichen Auslegung der Gesetzeslage. (Mahler, 2015)

Eine ähnliche unpräzise Bestimmung ist in Bezug auf die Schwangerenversorgung zu finden. „Werdenden Müttern und Wöchnerinnen sind ärztliche und pflegerische Hilfe und Betreuung, Hebammenhilfe, Arznei-, Verband- und Heilmittel zu gewähren.“ (§ 4 Abs. 2 AsylbLG) Eine Zusatzbestimmung, wie umfassend diese Leistungen sind, ist nicht existent. Von einer allgemeinen Gleichbehandlung, im Vergleich zu gesetzlich- oder privatversicherten Frauen mit deutscher Staatsbürgerschaft, sollte nicht ausgegangen werden. Allein die fehlenden, sonst üblichen Ergänzungen in vergleichbaren Gesetzestexten, wie ‚umfangreich‘ lassen eine differenzierte bzw. abweichende Regelversorgung vermuten. Ein weiteres Indiz ist in der Formulierung zu finden, die in keiner Weise auf die allgemeingültigen Vorgaben, der MUTTERSCHAFTS-RICHTLINIEN des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA), Bezug nimmt. Die Gültigkeit der Vorgaben, durch den G-BA, ist allerdings durch die Gesetzgebung von 2004 (Gesundheitsmodernisierungsgesetz) gesichert. Des Weiteren ist die Arbeit des G-BA durch das SGB V ratifiziert. (G-BA, 2015a) Die zuständige Aufsichtsbehörde ist das Bundesministerium für Gesundheit (G-BA, 2015b).

In § 4 Abs. 3 AsylbLG sind zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen und Schutzimpfungen festgelegt, die von Seiten der zuständigen Behörde gewährleistet werden müssen. Diese sind nach amtlichen Empfehlungen vorzunehmen. Des Weiteren ist die Behörde für die Sicherstellung der ärztlichen und zahnärztlichen Versorgung verantwortlich. Weitere Vorgaben sind auf die Vergütung der ärztlichen Leistungen, insofern diese von niedergelassenen Ärzten oder Zahnärzten erfolgen, nach § 72 Abs. 2 SGB V bezogen. (§ 4 Abs. 3

AsylbLG) Auch in diesem Gesetzestext ist keine konkrete Handlungsanweisung oder Zuständigkeit definiert. Das bedeutet, dass das jeweilige Bundesland oder die Kommune zur Sicherstellung der Gesundheitsversorgung, entsprechend den geringen Kriterien, verpflichtet ist. Die zuständige Behörde ist nicht benannt, weshalb angenommen werden kann, dass diese Entscheidung kommunal getroffen wird.

In § 6 Abs. 2 werden Personen bedacht, die generell einen besonderen Bedarf an medizinischen oder sonstigen Hilfen haben, womit die Gewährung von Gesundheitsdienstleistungen umfangreicher ausfällt. Als Beispiel werden unbegleitete, minderjährige Personen aufgeführt „[...] die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, [...]“ (§ 6 Abs. 2). Als Voraussetzung wird jedoch explizit die Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) genannt. Diese richtet sich nach der EU-Richtlinie 2001/55/EG und beinhaltet die Feststellung des vorübergehenden Schutzes. Nach Artikel 4 und 6 der Richtlinie wird für die Dauer des vorübergehenden Schutzes eine Aufenthaltserlaubnis gewährt werden (§ 24 Abs. 1 AufenthG).

Für die Aufenthaltserlaubnis nach § 24 AufenthG ist jedoch ein europäischer Beschluss notwendig und damit die Aufnahme von Bürgerkriegs- oder Kriegsflüchtlingen in Massenflichtsituationen. Die Dauer ist auf maximal drei Jahre festgelegt und bedarf der regelmäßigen Verlängerung durch Beschluss der EU. Erst nach Ablauf dieser Frist geht die Entscheidungsgewalt über die Verlängerung des Aufenthalts an die Bundesrepublik Deutschland über. Neben umfangreicheren Leistungen der Gesundheitsversorgung haben Flüchtlinge mit einem Aufenthaltstitel nach § 24 AufenthG weitere Sonderrechte, gegenüber Asylbewerbern ohne Aufenthaltsgenehmigung nach § 24 AufenthG. Dazu zählt auch die Erwerbserlaubnis ohne Prüfung der Vorteilnahme durch die Bundesagentur für Arbeit und die generelle Freiheit zum Studium. (Flüchtlingsrat, 2015)

Demzufolge ist die Gruppe der Personen, die unter den § 6 Abs. 2 AsylbLG fallen, von der mehrheitlichen Population der Asylbewerber, die in Deutschland Asyl suchen, zu unterscheiden. Letztendlich ist nach einer kleinen Anfrage, der Fraktion DIE LINKE, festzuhalten, dass nach Auskunft der Bundesregierung zum Stichtag 31. Dezember 2014 keine einzige Person in der Bundesrepublik Deutschland Aufenthalt nach § 24 AufenthG genoss. Als Begründung wurde der fehlende Beschluss des Rates der Europäischen Union nach Art. 5 der Richtlinie 2001/55/EG genannt, weshalb keine solche Aufenthaltsgenehmigung erteilt wurde. (Bundestag, 2015, S. 18) Umfangreichere Leistungen nach § 6 AsylbLG sind demnach aktuell auszuschließen.

2.3 Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz

Die erhöhten Anforderungen, ausgelöst durch die steigende Asylantragsstellung, führen am 23.10.2015 zu einer Gesetzesänderung. Durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz werden multiple Änderungen vorgenommen. Diese betreffen das Asylverfahrensgesetz, welches in Asylgesetz umbenannt wird, das Asylbewerberleistungsgesetz, das Aufenthaltsgesetz (AufenthG), das Baugesetzbuch und andere Gesetze. (BMI, 2015. - Bundesregierung, 2015)

Einige Änderungen betreffen auch die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern. Die wichtigsten Punkte sind der offiziellen Presseerklärung des Bundesministeriums des Inneren entnommen und im weiteren Verlauf als Stichpunkte dargestellt. (BMI, 2015) Eine zusammengefasste Ausarbeitung des Stichpunkts erfolgt umgehend, bevor der nächste Stichpunkt erwähnt wird.

1. „Die Einführung der Gesundheitskarte bleibt den Ländern überlassen. Der Bund schafft die dafür notwendigen gesetzlichen Voraussetzungen. Die gesetzlichen Krankenkassen sollen von den Ländern verpflichtet werden können, gegen Kostenerstattung die Krankenbehandlungen bei Asylbewerbern zu übernehmen. In diesem Zusammenhang kann die Ausgabe einer elektronischen Gesundheitskarte vereinbart werden. Die Leistungen sollen sich wie bisher im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes bewegen.“ (BMI, 2015)

Diese Änderung erscheint lediglich als gesetzlich festgehaltene Formulierung, bereits bestehender Möglichkeiten. Die Begründung der Aussage ist durch das bereits bestehende Bremer Modell gegeben (vgl. Kapitel 2.4: Das Bremer Modell). Vor allem der erste Satz verweist auf eine Möglichkeit und kann nicht als Verpflichtung aufgefasst werden. Für die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen ist dadurch keine verpflichtende Änderung zu erwarten, sondern lediglich der Hinweis auf eine Möglichkeit getätigt. Im föderalen Kontext bedeutet diese Wahlfreiheit außerdem, dass die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern, innerhalb der Bundesrepublik, unterschiedlich gewährleistet werden kann. Ein barrierefreier Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen ist dementsprechend abhängig von der Landesregierung. Für die Gesamtpopulation der Asylbewerber bedeutet diese Änderung außerdem, dass die vorzufindenden Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung von der zufälligen Zuweisung durch den KÖNIGSTEINER SCHLÜSSEL sind. Der abschließende Satz enthält außerdem den Hinweis auf einen gleichbleibenden Versorgungsumfang, wie in den vorgehenden Kapiteln bereits dargestellt.

2. „Der Impfschutz für Asylbewerber wird verbessert.“ (BMI, 2015)

Der Bezug muss zu § 4 Absatz 3 AsylbLG hergestellt werden, welcher in Kapitel 2.2 bereits beschrieben ist. In diesem wird die Schutzimpfung nach amtlichen Vorgaben und Maßstäben festgelegt. Der zitierten Stellungnahme nach ist unklar, inwieweit dieser verbessert werden kann. Denkbar sind ein höherer Umfang der Schutzimpfungen oder auch zusätzliche Ressourcen. Zum Beispiel zusätzliche Mediziner, die die Impfung durchführen. Beide Möglichkeiten sollten allerdings durch die bereits bestehende Gesetzeslage vorausgesetzt werden.

3. „Es soll ermöglicht werden, dass Asylsuchende, die über eine abgeschlossene Ausbildung in einem medizinischen Heilberuf verfügen, in die medizinische Erstversorgung von anderen Asylsuchenden in den (zentralen) Aufnahmeeinrichtungen/Unterkünften eingebunden werden dürfen.“ (BMI, 2015)

Im Zusammenhang mit einer interkulturellen Versorgungsleistung erscheint diese Änderung vorerst sinnvoll. Dadurch können die kulturspezifische Behandlungen und Umgangsformen gefördert und etabliert werden. Allerdings sind diverse Probleme zu vermuten, die in diesem Zusammenhang auf die Qualifikationsanerkennung und persönliche Fluchterfahrung zurückzuführen sind. Um dem Gesetzestext zu entsprechen muss, durch die zuständige Behörde oder auch Erstaufnahmeeinrichtungen, zuallererst die erforderliche, abgeschlossene Ausbildung überprüft und danach anerkannt werden. Offensichtliche Probleme können entstehen, wenn der Asylbewerber nicht im Besitz der erforderlichen Ausbildungsurkunde ist. Inwieweit eine dann notwendige, aufwendige Recherche und Anerkennung durchgeführt werden wird, ist derzeit nicht abschätzbar. Zusätzlich impliziert die Formulierung „eingebunden“, dass die Hauptverantwortung eines anderen Mediziners vorausgesetzt wird. Inwieweit die erforderliche Einarbeitung des Asylbewerbers in die Gesundheitsdienstleistung, nach geltendem deutschen Recht, stattfindet ist aufgrund der hohen Asylanztragszahlen fraglich. Außerdem können sprachliche Komplikationen entstehen, insofern der Asylbewerber und/oder zuständige Arzt nur über begrenzte Fremdsprachenkenntnisse verfügt. In Bezug auf die Fluchterfahrung können ebenfalls traumatische Erfahrungen auftreten (vgl. Kapitel 2.5 und Gäbel (2006) zit. in: Sieberer M. et al. (2011). - Leißner (2009)). Inwieweit traumatisierte Personen zur Behandlung von anderen Personen eingesetzt werden können, ohne selbst eine umfangreiche Therapie in Anspruch zu nehmen, ist kritisch zu hinterfragen. Generell gilt es jedoch die möglichen Verbesserungen der Gesundheitsversorgung positiv zu bewerten.

2.4 Bremer Modell

Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern ist im Bundesländervergleich unterschiedlich. Mit der Einführung des AsylbLG im Jahr 1993, entschied das Bundesland Bremen den

Zugang zu Gesundheitsdienstleistungen zu vereinfachen und zu verbessern. Die Zielsetzungen sind im Bremer Gesundheitsprogramm definiert, welches teilweise als Bremer Modell bekannt wurde. (Jung, 2011) Im Jahr 2005 wurde mit Abschluss eines Staatsvertrages, zwischen dem Bundesland Bremen und der AOK Bremen, die Ausgabe einer Gesundheitskarte ermöglicht (AOK Staatsvertrag, 2005). Für Personen in einer zentralen Aufnahme-stelle wird eine Ersatzkarte mit einer dreimonatigen Gültigkeit bereitgestellt (vgl. 3.3 AOK Staatsvertrag, 2005). Der Leistungsanspruch ist auf den § 4 AsylbLG beschränkt (vgl. 5.2.1 AOK Staatsvertrag, 2005). Weitere Leistungen unterliegen der behördlichen Prüfung durch das Gesundheitsamt Bremen, wie z.B. Zahnersatz. Psychotherapeutische Kurzzeitbehandlungen können ebenfalls genehmigt werden, insofern eine vorherige Begutachtung durch das Klinikum Bremen-Ost bzw. das Gesundheitsamt Bremerhaven vorliegt. (AOK Staatsvertrag, 2005, Anlage 1) Die AOK erhält eine monatliche Verwaltungskostenerstattung für jeden Asylbewerber mit einer Chipkarte. Des Weiteren wird stellvertretend die Behandlungskostenerstattung vorgenommen und quartalsweise vom Bundesland Bremen rückerstattet. (AOK Staatsvertrag, 2005) Durch diese Verfahrensweise werden Verwaltungskosten und Personalkosten, von Seiten genehmigender Behörden, eingespart. Die Behandlungskosten werden jedoch weiterhin aus Steuergeldern finanziert (AOK, 2015). Außerdem wird ein einfacher Zugang zum Gesundheitssystem für Asylbewerber ermöglicht. (AOK Staatsvertrag, 2005)

Eine retrospektive Untersuchung evaluierte die tatsächlichen Auswirkungen des Gesundheitsprogramms, im Zeitraum von 2001 bis 2008. Innerhalb dieses Zeitraums erhielten 2.341 Asylbewerber medizinische Leistungen. Die Leistungen können in insgesamt 18.198 Behandlungen und 20.752 Diagnosen beziffert werden. Rückläufige Asylantragsstellungen bis 2007 bewirkten antiproportional eine Zunahme der Behandlungen pro Person. (Jung, 2011, S. 5) Jung (2011) verweist darauf, dass diese Tendenz trotz Einführung der Gesundheitskarte beobachtet werden konnte, welche den Zugang zur regulären Gesundheitsversorgung ermöglicht. Das bedeutet, dass die umfangreicheren Leistungen des Gesundheitsprogramms in Anspruch genommen werden und offensichtlich ein Bedarf an umfangreicheren Maßnahmen besteht. Zusätzlich ist das Vertrauen in die behandelnden Ärzte des Gesundheitsprogramms vorhanden. (Jung, 2011, S. 5) Genauere Angaben über Kostensparnisse der Gesamtkosten können nicht valide wiedergegeben werden. Jung (2011) verweist jedoch auf die kostengünstigere Variante, ähnlich wie auch die AOK Bremen Kostensparnisse der Gesundheitsversorgung benennt. (Jung, 2011, S. 7) (AOK, 2015)

2.5 Psychische Belastung und Traumatisierung

Ausgehend von Kapitel 2.2 und der nicht existenten Anwendung von § 6 AsylbLG, muss dargestellt werden, wie hoch die Psychische Belastung von Asylbewerbern ist. Dadurch

wird offensichtlich, welche Konsequenzen entstehen können, wenn keine psychotherapeutischen Behandlungen gewährt werden. Sieberer M. et al. (2011) verfolgen einen retrospektiven Ansatz unter Auswertung von qualitativen und quantitativen Daten. Untersuchungsgegenstand sind 62 Gutachten zur Beurteilung des psychischen Krankheitsstatus von Asylbewerbern, aus dem Zeitraum 1998 bis 2006 der Medizinischen Hochschule Hannover, Abteilung Sozialpsychiatrie und Psychotherapie. Für 85,6% der Gutachten wurden Verwaltungsgerichte, der niedersächsische Flüchtlingsrat oder andere außerbehördliche Auftraggeber genannt, die zum Verwendungszweck, in 58,1% der Fälle, Asylfolgeverfahren angeben. Die Untersuchungsgruppe der Probanden ist aus Personen zusammengesetzt, denen insgesamt 18 Nationalitäten zugeordnet werden können. Eine überwiegende Mehrheit der Probanden (82,3%) berichtet über eine Traumatisierung, überwiegend ausgelöst durch Vergewaltigung und Folter. Die häufigste Diagnose ist eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) welche in 74,1% der Fälle zutrifft, in Korrelation mit Suizidalität bei 56,5% der Probanden. Die Autoren geben an, dass eine allgemeingültige Generalisierung ihrer Ergebnisse, für die Gesamtgruppe der Asylbewerber, nicht zutrifft. Sehr wohl aber sei festzuhalten, dass bei Auftrag zur Erstellung eines psychologischen Gutachtens eines im Asylverfahren betreffenden Menschen, die betreffenden Personen zu einem hohen Prozentsatz an schweren psychischen Erkrankungen leiden würden. (Sieberer, et al., 2011)

Leißner (2009) untersucht in ihrer Dissertation Art und Ausmaß traumatischer Erfahrungen von Flüchtlingen im Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm, unter Berücksichtigung länderspezifischer und geschlechtsspezifischer Besonderheiten. Die tabellarische Darstellung verschiedener Studien zur PTBS umfasst die Autoren, deren Untersuchungsland, Studienpopulation, die Untersuchungsmethode und die Posttraumatische Stressdisorder (PTSD) Prävalenzrate. Mit Verweis auf Gerritsen (2006) zit. in Leißner (2009) ist eine differenzierte Untersuchung zwischen Flüchtlingen und Asylbewerbern in den Niederlanden dargestellt. Diese Populationen weisen in der PTSD Prävalenzrate unterschiedliche Werte auf. Für die Population der Flüchtlinge ist ein Wert von 10,6% angegeben, wohingegen die Prävalenzrate bei Asylbewerbern bei 28,1% liegt. Im tabellarischen Vergleich, aller angegebenen Werte durch Leißner (2009), liegt die Spanne der PTSD Prävalenzrate zwischen 10,6% und 50%. Für die Bundesrepublik Deutschland ist nach Gäbel (2006) ein Wert von 40% gültig, bei einer Untersuchungspopulation von N = 40 Asylbewerber. (aus: Leißner, 2009, S. 4) Auf die Zusammenfassung beschränkt, verweist Leißner (2009) auf einen hohen Bedarf traumaspezifischer Behandlungsangebote und gleichzeitiger, defizitärer Bereitstellung dieser im Versorgungssystem. Des Weiteren ist festzuhalten, „[...] dass die Fokussierung auf Posttraumatische Belastungsstörung in asylrelevanten Entscheidungen der Realität pathologischer Entwicklungen nach Extremtraumatisierung und Folter nicht entspricht.“ (Leißner,

2009, S. 90). Zusätzlich ist festgehalten, dass weitere Symptome im Kontext kultureller Hintergründe und psychotherapeutischer und körperlicher Äußerungen auftreten können, die im zugrunde liegenden Modell der Traumaforschung von PTSD unberücksichtigt bleiben (Leißner, 2009, S. 89). Demzufolge kann davon ausgegangen werden, dass der von Gäbel (2006) angegebene Wert, von 40% PTBS Prävalenzrate der untersuchten Asylbewerberpopulation, ähnliche Vernachlässigungen psychotherapeutischer und körperlicher Symptomatik beinhaltet. Sieberer M. et al. (2011) beschränken die Aussage auf die Vermutung, dass die tatsächliche Inzidenz von PTBS in der Bundesrepublik Deutschland wahrscheinlich höher ist, als die von Gäbel et al. (2006) angegeben 40% (Sieberer, et al., 2011, S. 5).

2.6 Stand der Forschung

Eine im Juli 2015 veröffentlichte Längsschnittstudie untersucht den Effekt der restriktiven Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern (Bozorgmehr & Razum, 2015). Zu diesem Zweck werden die Aufwendungen und Kosten der Gesundheitsversorgung in einer Längsschnittstudie verglichen. Die Daten, welche zur Analyse verwendet wurden, sind Stichtagsbezogen auf den 31. Dezember eines jeden Jahres, im Zeitraum von 1994 bis 2013, zu datieren. Die Validität der genutzten Basisdaten ist durch den Zugang gegeben, welcher vom statistischen Bundesamt gewährt wurde. Die Gesamtgruppe der Asylbewerber ist zu Analysezielen unterteilt. Eine Gruppe repräsentiert die Asylbewerber mit eingeschränktem Zugang nach §§ 4,6 AsylbLG. Die Vergleichsgruppe der Asylbewerber unterliegt dem allgemeinen Zugang zur Gesundheitsversorgung, nach Ablauf einer Wartezeit. Die Wartezeit entspricht dem vorgeschriebenen Zeitraum zwischen Antragstellung und Zugang zu allgemeinen Gesundheitsdienstleistungen. (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 1) Die Wartezeit wurde durch Reformen der Gesetzgebung mehrfach verändert. Bis einschließlich Mai 1997 betrug die Wartezeit 12 Monate, ab Juni 1997 galten 36 Monate und ab August 2007 wiederum 48 Monate. (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 12, Abb. 4) Am 01. März 2015 wurde die Wartezeit auf 15 Monate herabgesetzt (Bühning, 2015). Die letzte Änderung konnte, aufgrund des Studienzeitraums, nicht in die Datenanalyse einbezogen werden.

Die erwähnte Restriktion der Gesundheitsversorgung begründen Bozorgmehr & Razum (2015) im 1993 entstandenen Asylbewerberleistungsgesetz. Mit Inkrafttreten des Gesetzes sind die Leistungen für Asylbewerber von den Leistungen des Sozialhilfegesetzes separiert worden. Das Ziel ist die Reduktion der Asylanträge und die Begrenzung auf die existenziellen Leistungen, Unterkunft, Essensausgabe, Bekleidung und Gesundheitsversorgung. Diese Leistungen werden als Minimum oder Unterstandardisiert bezeichnet. (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 2) Mit Verweis auf Bosswick (2000) und Pross (1998) wird der Grund, der restriktiven Gesetzgebung, als Einsparung von Steuergeldern definiert (zit. in: Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 4).

Anschließend formulieren Bozorgmehr & Razum (2015), unter Nutzung diverser Quellen, vier verschiedenen Effektgruppen. Diese Effektgruppen entstehen durch die restriktive Asylpolitik. Die erste Effektgruppe wird als direkter Effekt auf die Gesundheitsversorgungskosten definiert und beinhaltet:

1. Verspätete Gesundheitsdienstleistungen.
2. Erhöhte direkte Kosten der Gesundheitsversorgung und Verwaltungskosten der Gesundheitsversorgung.
3. Der kostenintensivere Wechsel vom primären Gesundheitssektor zum sekundären und tertiären Sektor der Akutversorgung. (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 4)

Die zweite Effektgruppe stellt indirekte Effekte dar, welche auf die sozialen Gesundheitsfaktoren im Post-Migrationsstatus bezogen sind. Die Auswirkungen der sozialen Faktoren können, in Abhängigkeit von der Zugangsberechtigung zur Gesundheitsversorgung, von differenzierter Ausprägung sein. (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 4):

1. Aufenthalt in Erstaufnahmeeinrichtung bzw. Sammelunterkünften, inklusive gemeinschaftlicher Nutzung von sanitären Anlagen, Küchen und Räumlichkeiten.
2. Einschränkung des Zugangs zu Dienstleistungen der Bedürfnisdeckung, verursacht durch die geografische Lage der Unterbringung. Aufnahmeeinrichtung sind oft außerhalb des Stadtzentrums errichtet, weshalb der Umstand von verspäteten Leistungen verschlimmert werden kann. (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 4)

Die dritte Effektgruppe ist ebenfalls auf indirekte Effekte begrenzt. In diese Gruppe fallen alle Zusammenhänge, der sozialen Komponenten, des Post-Migrationsstatus und der Ausprägung von Bedürfnissen. Es wird argumentiert, dass die Form der Unterbringung Auswirkungen auf die Bedürfnisse hat oder Konsequenzen nach sich zieht (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 4):

1. Asylbewerber in Erstaufnahmeeinrichtungen sind einem höheren Risiko ausgesetzt, psychische Probleme zu entwickeln.
2. Überfüllte Einrichtungen und unzureichende Schutzimpfungen führen zu einem höheren Infektionsausbruch vermeidbarer Krankheiten. Die Kosten der Nachbehandlung sind höher, als die vorausgehende Immunisierung wäre.
3. Häufige Unterkunftswechsel, insbesondere der Erstaufnahmeeinrichtung, sind ein hoher mentaler Stressfaktor, vor allem für Kinder.
4. Geringe finanzielle Leistungen beschränken den Umfang existenzieller Bedürfnisse.
5. Der Deckungsbeitrag von Sozialhilfezahlungen ist im Zeitraum 1993 bis 2013 zwischen 30% und 47% geringer, als der eines deutschen Staatsbürgers. Diese Zahl gilt nur für Asylbewerber mit beschränktem Zugang zum Gesundheitssystem.

6. Der eingeschränkte Zugang zum Arbeitsmarkt zeigt negative Auswirkungen auf das finanzielle Einkommen und den psychosozialen Zustand. (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 4 f.)

Die vierte und letzte Effektgruppe beinhaltet indirekte Effekte, die durch psychosoziale Faktoren ausgelöst und dargestellt werden (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 5):

1. Die Restriktionen finden Ausdruck in Ausgrenzung von der Gesellschaft und Hilflosigkeit.
2. Die Diskriminierung kann in psychosozialen und physischen Veränderungen münden. (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 5)

Obwohl die Effekte über einen längeren Zeitraum bekannt sind und in diversen Publikationen diskutiert wurden, ist die Asylpolitik dahingehend nicht verändert worden (Bozorgmehr & Razum, 2015). Insbesondere die Lebenssituation als solche hat negative Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus (Jung, 2011, S. 8). Konträr sind weitere Restriktionen durch das geplante Asylgesetz, vorgestellt am 29.09.2015 und im Bundesanzeiger am 23.10 veröffentlicht, zu erwarten. Restriktionen finden statt indem Geldleistungen durch Sachleistungen ersetzt werden sollen, insofern dies möglich ist. Dadurch sollen falsche, finanzielle Anreize ausgeschlossen werden, um einem Missbrauch des Asylrechts vorzubeugen (vgl. BMI, 2015).

Grundlegendes Prinzip und Intention der Asylgesetzgebung, in ihrem Ursprung, war die Kostenersparnis und damit Einsparung von Steuerausgaben (s.o.). Bozorgmehr & Razum (2015) verweisen darauf, dass die Überprüfung durch eine wissenschaftliche Studie, im vorgestellten Umfang, bisher nicht stattgefunden hat (vgl. S. 5). Aus diesem Grund geben die Autoren an, dass die Einschränkung auf minimale Leistungen durchaus dazu führen kann, dass die Kosten für die Erbringung der eingeschränkten Gesundheitsversorgung höher sind als ohne Beschränkung zur Gesundheitsversorgung (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 4).

Tatsächlich weisen Bozorgmehr & Razum (2015) nach, dass die Kosten der Gesundheitsleistungen abhängig von der Gruppenzugehörigkeit - beschränkter oder unbeschränkter Zugang - signifikante Unterschiede anzeigen (vgl. S.10). Die deskriptive Beschreibung, der kumulierten gruppenspezifischen Leistungen und Aufwendungen im Gesamtzeitraum, stellt Tab. 4 dar. Die verwendeten Angaben sind der Studie zu entnehmen. (Bozorgmehr & Razum, 2015)

Tabelle 1 Gesamtzahl und Gesamtkosten der Asylbewerber Gesundheitsversorgung im Zeitraum 1994 bis 2013

| | Asylbewerber mit eingeschränktem Zugang | Asylbewerber mit Normalzugang |
|--|--|--------------------------------------|
| Population N | 4.160.712 | 1.528.11 |
| Gesamtkosten in Milliarden Euro | 5.570 | 1.472 |

(Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 10)

Bozorgmehr & Razum (2015) geben einen weiteren Überblick. Eine tabellarische Darstellung ermöglicht die differenzierte Ansicht der deskriptiven Analyse, abhängig von diversen Charakteristika. Die Differenzierung findet ebenfalls in der gruppenspezifischen Untergliederung, abhängig vom Zugang zur Gesundheitsversorgung, der Asylbewerber statt. Die relevanten Aspekte der Übersicht sind:

1. die Anzahl der Asylbewerber,
2. der Anteil der Frauen in absoluten Zahlen und im Verhältnisanteil,
3. der Altersdurchschnitt,
4. der Anteil von nicht institutionell untergebrachten Personen in absoluten Zahlen und im Verhältnisanteil und
5. die Gesundheitsaufwendungen in Milliarden Euro.

Zusätzlich sind diese Angaben jahresabhängig angegeben. Dementsprechend ist der Erhebungszeitraum von 1994 bis 2013 abgebildet. (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 11)

Die kumulierten Daten ergeben ein deskriptives Ergebnis, welches die Kostenaufwendungen für die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern darstellt. Bozorgmehr & Razum (2015) können durch diese Studie nachweisen, dass keine Kostenersparnis durch die restriktive Asylpolitik vorhanden ist. Im Vergleich beider Untersuchungsgruppen von Asylbewerbern sind die Kosten der Gesundheitsdienstleistung signifikant höher, wenn ein regulärer Zugang zur Gesundheitsversorgung eingeschränkt ist. Die Asylpolitik wird in der deskriptiven Analyse, hinsichtlich Intention und Kosten, bewertet. „Over the two decades [1993 - 2013], this corresponds to expenses of 1.560 billion Euros that could have been averted in the absence of restricted access to health care and existential welfare services.“ (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 12)

3 Methodik

Für die Bearbeitung des empirischen Forschungsprojekts sind ein Exposé und ein Forschungsdesign angefertigt worden. Einige Inhalte aus dem Forschungsprojekt sind im Forschungsprojekt angewendet worden, so zum Beispiel der teilstandardisierte und teilstrukturierte Interviewleitfaden.

Die Methodenauswahl wurde an das zu erwartende Forschungsfeld und entsprechende Settings angepasst. Die möglichst realitätsnahe Abbildung der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen sollte, unter Verwendung von MIXED METHODS der Erhebungsinstrumente, ermöglicht werden. Die Datenerhebung wurde unter Verwendung der GROUNDED THEORY konzipiert und kann als explorativer Prozess des Erkenntnisgewinns, bis hin zur Datensättigung beschrieben werden (Glaser & Strauss, 1998).

3.1 Forschungsinteresse

Die allgemeinen Forschungsinteressen unterliegen folgenden Themen:

- Gewalterfahrungen in Abhängigkeitssituationen
- Gewalt in Kriegsgebieten und Auswirkungen auf die Zivilbevölkerung
- Enkulturation und sozialer Bruch aufgrund von Fluchterfahrungen
- Der soziale Umgang mit Asylbewerbern in der Bundesrepublik Deutschland
- Auswirkungen traumatisierter Erfahrungen auf den Gesundheitsstatus

Zu diesen Themenkomplexen sind Prüfungsleistungen erarbeitet worden, insofern die Themen durch den Prüfer akzeptiert worden sind. Diese unveröffentlichten Arbeiten sind allerdings von der räumlichen Distanz zum Forschungsfeld geprägt und außerdem auf die Reproduktion oder den Vergleich vorhandener Informationen beschränkt. Überdies sind die Themen durch einfache narrative Recherchen erschlossen, ohne einen qualitativen Ansatz zu berücksichtigen. Dazu zählt der Vergleich von Therapieangeboten traumatisierter Kriegsflüchtlinge, am Beispiel einer ambulanten Einrichtung in der Bundesrepublik Deutschland und einer ambulanten Einrichtung in der Schweiz. (Mummenthey, 2014a) Eine andere Arbeit umfasst den Vergleich zweier Studien, die methodisch ähnlich konzipiert sind und ein ähnliches Forschungsfeld untersuchen. Untersuchungsgegenstand der quantitativen Studien sind die Inzidenz und die Behandlung von sexueller Gewalt an Frauen in der Region um Bukavu, in der Demokratischen Republik Kongo. Art und Weise der Vergewaltigungen, getätigt durch militärische oder paramilitärische Gruppen, sind ebenfalls umschrieben. Die grausame Vorgehensweise und Verstümmelung wird in einigen Fällen auf ethisch motivierte Verbrechen zurückgeführt. (Mummenthey, 2014b)

Die Konzeption eines Forschungsprojektes wurde angestrebt, um praktische Erfahrungen in der empirischen Datenerhebung zu sammeln und um die Professionalisierung im wissenschaftlichen Arbeiten zu fördern. Sowohl für die weitere akademische Ausbildung, als auch für die angestrebte Berufswahl, sollten weitere Forschungsarbeiten konzeptioniert und umgesetzt werden.

Die Wahl des Forschungsfelds Asylbewerber resultiert sowohl aus bisherigen Forschungsinteressen, als auch aus dem Aktualitätsbezug und dem gesellschaftlichen Interaktionismus in der Bundesrepublik Deutschland. Das eingegrenzte Themenfeld der Gesundheitsversorgung resultierte aus den Kenntnissen der akademischen Ausbildung und Studienwahl.

3.2 Narrative Recherche

Die vorerst unspezifische Themenwahl resultiert aus dem Forschungsinteresse. Für die detailliertere Eingrenzung wird eine Recherche durchgeführt, deren Ergebnisse in einem Exposé und einem Forschungsdesign formuliert werden. Die angewendete narrative Recherche ist allerdings nicht zeitpunktbezogen einzugrenzen, sondern vielmehr ein fortlaufender Prozess, der auch während der empirischen Datenerhebung fortgesetzt und angepasst wird. Die Anforderungen an die Recherche sind differenziert vom Inhalt und der Verwendungszweck zu betrachten und vor allem in Bezug auf die Reliabilität der Quelle differenziert zu bewerten. Methodische Grundlagen der Datenerhebung werden mit Hilfe einer Literaturrecherche evaluiert, die auf den Bibliothekskatalog der Hochschulbibliothek der Westsächsischen Hochschule Zwickau (WHZ) begrenzt ist. In Ergänzung dazu werden Studienmaterialien und deren Quellen verwendet, die die Lehrinhalte qualitativer Forschung thematisieren.

Theoretische Inhalte, vor allem in Bezug auf tagesaktuelle Veränderungen der Asylpolitik, werden primär durch ein Screening der Nachrichten und Berichterstattungen gewonnen. Neben Television- und Printmedien werden auch Berichterstattungen im Internetauftritt evaluiert, wenn ein hoher Wahrheitsgehalt angenommen werden kann. Die Validität der Informationen ist abhängig von der Reputation entsprechender Medien. Um einen möglichst hohen Wahrheitsgehalt der Informationen zu gewährleisten, werden ausschließlich Medien mit einer hohen Reputation für den Erkenntnisgewinn verwendet. In dieses Raster fallen öffentlich rechtliche Medien, bei denen ein begründet hoher Wahrheitsgehalt der Informationen angenommen werden kann.

Allgemeine Angaben zum Asylrecht und zur Gesetzgebung werden durch die Gesetzestexte und durch Angaben, Erklärungen und Stellungnahmen gewonnen. Dazu zählen auch bereitgestellte Informationen auf Websites, wenn Sie durch die Institutionen selbst veröffentlicht wurden.

Als valide Quellen gelten:

- Zuständige Ministerien
- Der Bundestag
- Behörden und Ämter
- ratifizierter Hilfsorganisationen und Beratungsstellen

Als primäre Suchmaschinen der Internetrecherche sind Google und Google Scholar verwendet worden. Die Einschränkung ist durch vergleichende Suchanfragen begründet. Diese sind mit identischen Suchbegriffen in verschiedenen Suchmaschinen durchgeführt worden. Die Ergebnisse sind anhand von Relevanz, Reliabilität und Validität eigenständig bewertet worden. Zu beobachten ist, dass die recherchierte Quellen, in den Suchmaschinen Google und GoogleScholar gegenüber anderen Suchmaschinen, von höherem Wert sind. Deshalb sind im weiteren Verlauf der Recherche keine weiteren Suchmaschinen verwendet worden. Die häufigsten Kombinationen und verwendeten Suchbegriffe sind in Tabelle 2 auf der folgenden Seite dargestellt.

Tabelle 2 Übersicht verwendeter Suchbegriffe, unter Angabe der Suchmaschine bzw. Datenbank

| Kapitel | Verwendete Suchbegriffe (<i>Suchmaschine/Website</i>)* |
|---|---|
| Einleitung | <ul style="list-style-type: none"> • Asyl, Debatte** • Syrien, Irak, Afghanistan, Krieg** • Islamischer Staat, Chronologie* • Anstieg Asylbewerberzahlen 2015* • Flüchtlinge weltweit* • EU Debatte Aufnahme Flüchtlinge* • Flüchtlingsgipfel Wien, Westbalkan Konferenz* • Lampedusa <i>www.bmi.bund.de/</i> • Mare Nostrum, Sea Watch* • Balkan Flüchtlinge BAMF Zahlen 2015* |
| Methodik | <ul style="list-style-type: none"> • Grounded Theory *** / **** • Qualitative Forschung *** / **** • Qualitative Datenauswertung *** / **** |
| Ergebnisse Theoretischer Hintergrund | <ul style="list-style-type: none"> • Schwangerenversorgung gesetzliche Regelung* • EU Richtlinie Gesundheitsversorgung Asylbewerber* • EU Aufnahmerichtlinie* • Studie Kriegsflüchtlinge Traumatisierung** • Querschnittsstudie/ Längsschnittstudie Kriegsflüchtlinge Traumatisierung** • § 23 Abs.1 AufenthG Anwendung* • Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern * / ** |

* Google, ** Google Scholar, *** Bibliothekskatalog der WHZ, **** Studienmaterial

3.3 Begriffsbestimmung und Forschungsfrage

Damit die Forschungsfrage formuliert werden kann, muss zunächst die Begriffsverwendung definiert werden. Dadurch wird der Untersuchungsgegenstand eingegrenzt und gleichzeitig die eindeutige, sprachliche Nomenklatur hergestellt. Die Begriffsverwendung Asylbewerber und Flüchtling ist an der juristischen Definition orientiert. Diese sind dem Asylgesetz und dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) entnommen. Die medial und im allgemeinen Sprachgebrauch oft synonym verwendeten Begriffe bezeichnen im Wesentlichen zwei unterschiedliche Gruppen, für die wissenschaftliche Untersuchung. Beiden Gruppen liegen jedoch ähnliche charakterisierende Eigenschaften zugrunde. Die Bezeichnung Asylbewerber setzt jedoch die allgemeine Feststellung der Flüchtlingseigenschaft voraus. (Asylgesetz)

Die Gruppe der Flüchtlinge ist als globales Forschungsfeld anzusehen, wohingegen die Gruppe der Asylbewerber dem nationalen Recht des Aufnahmestaates unterliegt. Entsprechend wird die Bezeichnung Asylbewerber oder Flüchtling verwendet, um den Sachverhalt auf deutsche oder internationale Bedeutung abzugrenzen. Eine weitere Differenzierung der Untergruppen, die durch den Aufenthaltsstatus gekennzeichnet ist, findet vorerst nicht statt. Im Detail bedeutet dies, dass als Asylbewerber, im Rahmen dieser Untersuchung, alle Personen bezeichnet werden, die:

- keine deutsche Staatsbürgerschaft besitzen,
- aus einem Staat außerhalb der EU Mitgliedschaft stammen
- und Asyl in Deutschland suchen bzw. beantragen.

Sollte der Aufenthaltsstatus relevant werden, definiert im Asylgesetz, ist dieser im Fließtext angegeben. Sollte ein Bezug auf die globale Population flüchtender Personen notwendig werden, wird der Begriff Flüchtling verwendet. Diese Definition kann in den Transkripten nicht vorausgesetzt werden, aufgrund der individuell verwendeten Nomenklatur durch die Interviewpartner. Im Kapitel 4.3.10 ist dieser Aspekt berücksichtigt und präzise erläutert.

Die Forschungsfrage entspricht einer offenen Fragestellung, um den qualitativen Ansatz zu betonen. Ein weiteres Merkmal ist mit dem Kontext der Gesundheitsversorgung hergestellt, welcher lediglich ein Teil aller relevanten Leistungen im AsylbLG ist. Die Untersuchungsgruppe wurde gemäß den Rechercheergebnissen auf Asylbewerber festgelegt. Eine weitere Begrenzung stellt den geografischen Geltungsbereich der Untersuchung dar. Diese ist auf die Landesebene des Freistaats Sachsen definiert. Des Weiteren ist ein sprachlich neutrales Verb als Wertmaßstab verwendet, damit die Bewertung als begründetes Fazit der Untersuchung formuliert werden kann. Das heißt, dass ‚gewährleistet‘ nach individuellen Auffassungen interpretiert werden kann, abhängig von einer positiven oder negativen Grundeinstellung des Rezipienten. So kann eine schlechte Gesundheitsversorgung genauso gewährleistet werden, wie auch eine umfassende Gesundheitsversorgung. Die resultierende Formulierung lautet:

„Wie wird die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen gewährleistet?“

3.4 Forschungsfeld und Zielgruppen

Das Forschungsfeld schließt alle Personen ein, die im Zusammenhang mit der Forschungsfrage Expertenwissen vorweisen können. Eine erste Differenzierung findet in der Auswahl der Zielgruppenzugehörigkeit, anhand der Sichtweise auf den Gesundheitsversorgungsprozess, statt. Die kategorische Aufteilung der Interviewpartner, in die Gruppen Experten und Asylbewerber, ermöglicht die Bewertung aus einer beobachtenden und einer betroffenen

Sichtweise auf den Untersuchungsgegenstand. Methodisch wird dadurch die Annäherung an eine realistische Darstellung, aller relevanten Faktoren des Forschungsgebiets, ermöglicht. Im Forschungsdesign ist eine entsprechende Liste potenzieller Interviewpartner erstellt worden, die Personen, Organisationen und Institutionen des Forschungsfelds umfasst.

Die Untersuchungsgruppe der Experten ist differenzierter unterteilt, um die Merkmale und den Expertenstatus zu definieren. Dadurch ist die Vergleichbarkeit spezieller Expertenkenntnisse untereinander ermöglicht (Abb.1).

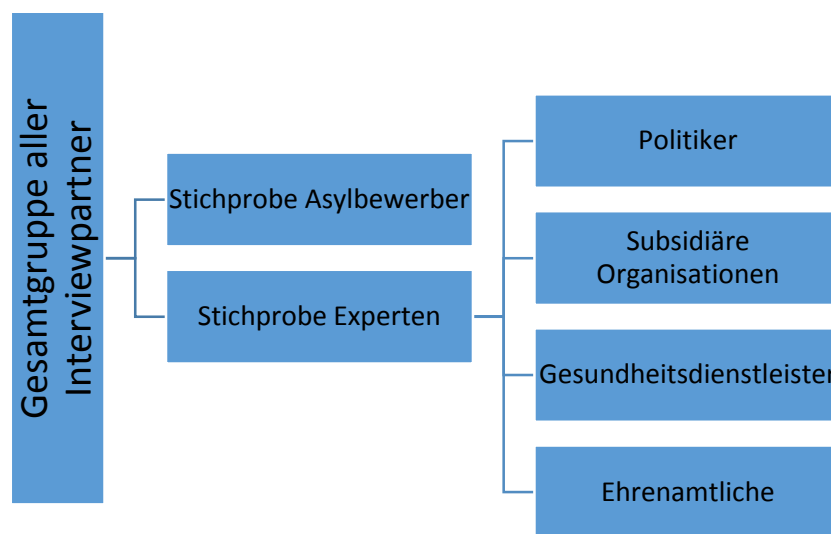


Abbildung 1 Charakteristika des Untersuchungsfelds und Merkmale potenzieller Interviewpartner

Die Sichtweisen der Experten auf den Gesundheitsversorgungsprozess sind vielfältig und im Vergleich, zu den allgemeinen Kriterien der betroffenen Gruppe Asylbewerber, dominant. Für die Stichprobe muss dementsprechend ein Zahlenverhältnis gelten, das die Vielfältigkeit der Einzelgruppen an Experten berücksichtigt und gleichermaßen der Gruppe Asylbewerber gegenübersteht. Das Verhältnis 4:1 ist in der vorgefertigten Auswahl der Stichprobe berücksichtigt. Die Stichprobe wird anhand der Recherche definiert und umfasst relevante Personen, Organisationen und Institutionen in Sachsen. Aufgrund der Profession der Interviewpartner ist es möglich, dass ein Interviewpartner zwei Expertengruppen zuzuordnen ist bzw. deren Charakteristika aufweist. Ein Beispiel ist eine Person, die:

- Gesundheitsdienstleistungen erbringt (z.B. ein Arzt) und
- ehrenamtlich tätig ist, also keine Kostenerstattung für die Gesundheitsdienstleistung erhält.

Die Unterstützung des Forschungsvorhabens durch eine Organisation ist aus verschiedenen Gründen angestrebt worden. Die politische Diskussion über den Umgang mit Flüchtlingen ist kontrovers und polarisierend, wohingegen die Reputation des Autors niedrig einzuschätzen ist. Die Unterstützung soll demnach, durch eine Feedbackfunktion und durch die Kontakt vermittelnde und empfehlende Funktion, einen positiven Einfluss auf den Zugang zum Forschungsfeld haben.

Das Forschungsdesign ist, mit der Bitte um Unterstützung und Förderung des Forschungsvorhabens, an insgesamt fünf Organisationen bzw. Institutionen verschickt worden. Die Formen angestrebter Kooperationen waren sowohl repräsentativer Art, als auch finanzieller Förderung. Vor der Anfrage ist festgelegt worden, dass die Organisationen einerseits lokal in Sachsen aktiv sein sollen, andererseits aber auch einen bundesweiten oder internationalen Aktionsraum haben können. Die offensichtlichen Schwierigkeiten dieser Charakteristika führt zu dem Entschluss multiple Anfragen zu stellen und auf die Möglichkeit mehrfacher Kooperationen, gegenüber potenziellen Förderern, hinzuweisen.

Die elektronisch übermittelten Anfragen und Anträge erhielten am 26.06.2015 Amnesty International, das Büro des United Nations High Commissioners for Refugees (UNHCR) in Berlin und die Aktion Zivilcourage e.V. in Pirna. Später ist die Anfrage auch an Mentor e.V. an der Westsächsischen Hochschule Zwickau und an die Landeszentrale für politische Bildung in Sachsen gestellt worden.

Im Prozess der Unterstützerwerbung sind einige Organisationen und Institutionen ausgeschlossen, weil eine Einschränkung des Feldzugangs oder die Absicht zur Interviewdurchführung mit der Organisation bestand. Ein Ausschluss erfolgt auch, wenn organisatorische Probleme bzw. impraktikable Kooperationen oder temporäre Verzögerungen zu erwarten sind.

Eine Einschränkung des Feldzugangs war beispielsweise zu erwarten, wenn die überparteiliche bzw. politische Unabhängigkeit gefährdet werden würde. Dieser Aspekt stellt mitnichten einen generellen Verdacht der verweigernden Interviewteilnahme, bei finanzieller Abhängigkeit des Forschungsprojekts, gegenüber heterogener politischer Ansichten dar. Vielmehr handelt es sich um einen präventiven Ausschluss entsprechender Argumente, die im Einzelfall erwartet werden können, wodurch einschränkende Faktoren der Datenerhebung minimiert werden. Ein Förderantrag an einer politisch motivierten oder politisch orientierten Stiftung ist aus diesem Grund ausgeschlossen. Die Förderung durch multiple Stiftungen wäre jedoch möglich gewesen, um den Einfluss politischer Abhängigkeit zu negieren. Nach Rücksprache mit erfahrenen oder praxisnahen Personen musste die Idee einer

kooperativen Antragstellung, die fünf politisch zugehörige Stiftungen eingeschlossen hätte, verworfen werden. Die Chance auf multiple Förderung gilt als höchst unrealistisch.

Andere Stiftungen mussten aufgrund der Forscher Zielgruppe, der wissenschaftlichen Konzeption des Projekts als Bachelorthesis oder zu langer Bearbeitungsdauer des Forschungsantrags ausgeschlossen werden. Im Detail waren die Anforderungen an die wissenschaftliche Reputation, des beantragenden Forschers, hoch und erforderten zumeist die akademische Position als Doktorand. Des Weiteren schlossen einige Stiftungen die Förderung einer Bachelorthesis in ihren Prüfungskriterien aus. Andere wiederum lassen diese nur zu, wenn die Arbeit von einem Stipendiaten der Stiftung durchgeführt wird, welcher bspw. in einem Hochbegabtenförderprogramm tätig ist. Diese Charakteristika treffen im persönlichen Fall allerdings nicht zu.

Der Zugang zum Feld unterliegt weiteren Anforderungen, die primär durch die Charakteristika der Gruppenzugehörigkeit und deren Untergruppen bestimmt werden. Dementsprechend sind verschiedene Formen der Kontaktaufnahme notwendig und keine standardisierte Kontaktaufnahme möglich, die für die gesamte Stichprobe gilt. Offizielle Personen, Organisationen und Institutionen sind mit einem standardisierten, förmlichen Schreiben kontaktiert worden, dass digital verschickt wurde. Im Anhang ist das Schreiben der unterstützenden Organisation hinterlegt. Abweichend von dieser Regelungen sind persönlichere Schreiben verfasst worden, wenn ein Kontakt durch entstandene Netzwerke oder Empfehlungen bzw. Verweise vermittelt oder empfohlen ist. Namentliche Nennungen oder Rückschlüsse auf die empfehlende Person sind nur vorhanden, wenn:

- die Erlaubnis dazu vorliegt oder
- der Kontakt durch eine unterstützende Organisation zustande kam.

Im Zuge des Freiwilligkeitsprinzips, an der Interviewteilnahme, muss die Rückmeldung durch den Interviewpartner erfolgen. Von mehrfachen Nachfragen oder Erinnerungen ist kein Gebrauch gemacht worden. Bei einer vorläufigen Zusage werden ein Exemplar der Einverständniserklärung und ein Exemplar des soziografischen Bogens übermittelt. Beide Exemplare dienen der Kenntnisnahme und Aufklärung an die Interviewsituation.

Die offizielle Form eines Anschreibens erscheint vor allem für ehrenamtlich Tätige und neugegründete Initiativen unpassend und möglicherweise abschreckend. Deshalb ist von der schriftlichen Kontaktaufnahme vorerst abgewichen worden. Alternativ ist eine persönliche Kontaktform, vorrangig durch Telefonate, gewählt. Dadurch soll die formelle Form der Anfrage geschwächt und auf eine persönlichere Ebene reduziert werden. Als Effekt kann eine höhere Bereitschaft, von Seiten der kontaktierten Personen, vermutet werden. Außerdem können mögliche Ängste, Befürchtungen oder Fragen direkt besprochen werden. Erst im

Anschluss an das Telefonat wurden die Einverständniserklärung und der soziografischem Bogen übermittelt.

Das vorrangige Problem ist die Identifizierung und Recherche von ehrenamtlichen Initiativen, vor allem wegen multiplen Engagements und Neugründungen von ehrenamtlichen Initiativen. Um dieses Problem zu lösen ist ein Screenshot von einer Karte erstellt worden, welcher unterschiedliche Initiativen innerhalb der Bundesrepublik anzeigt (PROASYL, 2015). Mit einem Bildbearbeitungsprogramm ist ein weiterer Screenshot der sächsischen Landesgrenzen, in roter Umrandung, hinzugefügt worden. Die entstandene Grafik zeigt sächsische Initiativen an. Durch die Bearbeitung können die eingefügten Grenzen minimal von den gültigen geografischen Grenzen abweichen. Diese Ungenauigkeit ist, für die Identifizierung der relevanten Initiativen, allerdings nicht von Bedeutung.

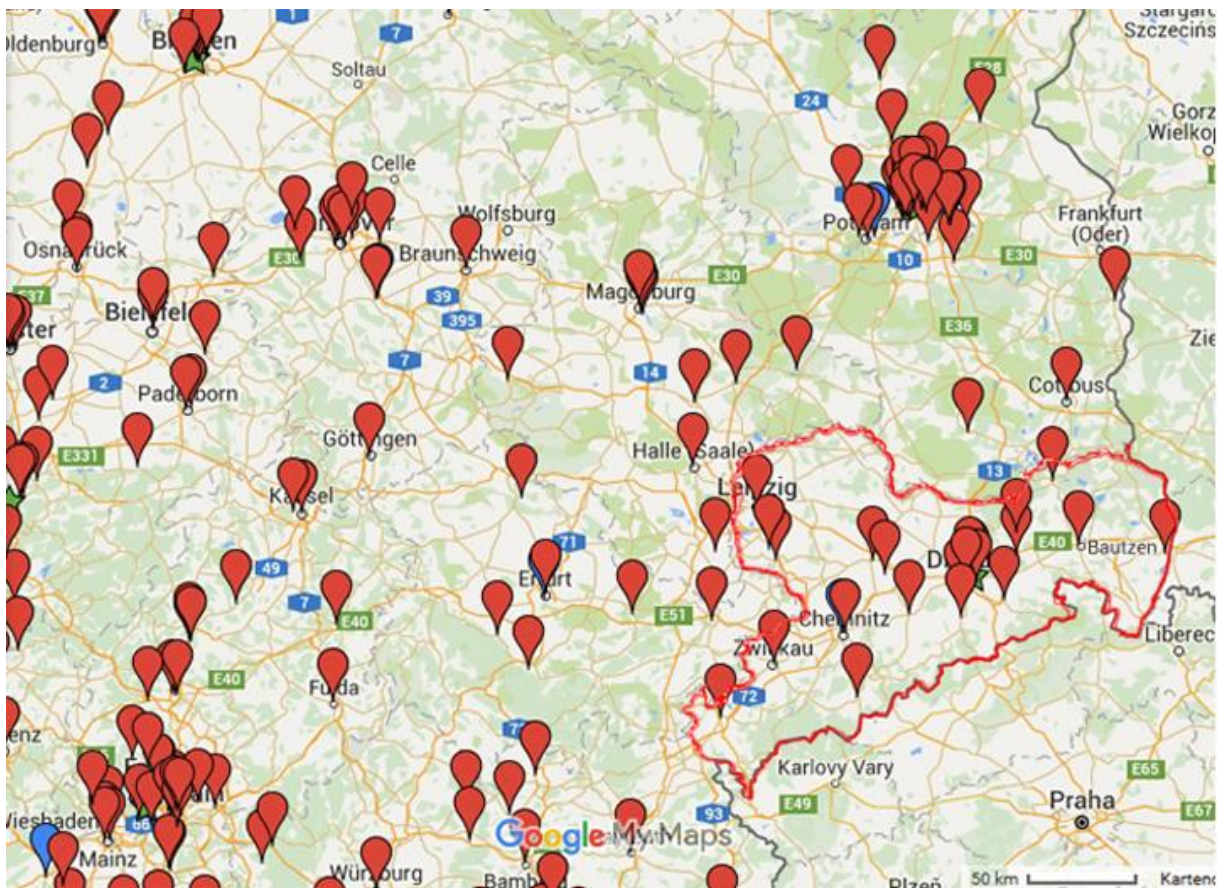


Abbildung 2 Geografische Lage ehrenamtlicher Initiativen im Freistaat Sachsen

Beide Praktiken und Lösungen der Kontaktaufnahme sind für die Gruppe der Asylbewerber, aus vielerlei Hinsicht, unpassend. In diesem Fall muss die Kontaktaufnahme direkt oder aber über begleitende Dienste und Einrichtungen erfolgen. Erwähnenswert ist eine, mittlerweile nicht mehr auf Googlemaps verfügbare Karte, die Asyleinrichtungen in der Bundesrepublik verortete. Die Karte ist in Kritik geraten und auch durch rechtsextreme Organisati-

onen verwendet worden. Die Karte beinhaltet unter anderem Adressen und weitere Kontaktdaten von Asylunterkünften. (Hollmer, 2015. - Zeit Online, 2015) Aus ethischen Gründen ist die Verwendung der Karte für die Datenerhebung des Forschungsprojekts ausgeschlossen.

Der Zugang zu Asylbewerbern sollte durch eine abweichende Konzeption gewährleistet werden. Die angestrebte Praxis hat jedoch keine Erfolge gezeigt. Im Sinne der wissenschaftlichen Transparenz und Nachvollziehbarkeit wird die intentionierte Methodik vorgestellt, um anschließenden Untersuchungen einen versuchten Ansatz darzustellen. Der Zugang sollte durch Informationen und Aushänge bzw. die Weitergabe persönlicher Kontaktdaten an Beratungsstellen gewährleistet werden. Die Anforderungen an die potenziellen Interviewpartner sind durch die Form der indirekten Kontaktaufnahme definiert. Das Informationsmaterial sollte in deutscher Sprache verfasst und ausgehändigt werden. Allerdings ist auf eine einfache und verständliche Sprache zu achten. Von einer Übersetzung wird aus verschiedenen Gründen kein Gebrauch gemacht. Vorauszusetzen ist die genaue Kenntnis über die rechtlichen Grundlagen der Gesundheitsversorgung und bestenfalls deren Inanspruchnahme. Insofern ein Asylbewerber auf die Information reagiert bzw. durch Dritte darauf aufmerksam gemacht wird, kann von dieser erfüllten Anforderung ausgegangen werden. Des Weiteren kann ebenfalls angenommen werden, dass die verbale Kommunikation in Deutsch erfolgen kann. Dadurch soll auch eine grundlegende Vergleichbarkeit der Aussagen gewährt werden. Ausgeschlossen ist allerdings nicht, dass Teile des Interviews oder Details in Englisch diskutiert werden können, wenn Verständnisprobleme auftauchen. In diesem Fall gilt es jedoch zu beachten, dass die Diskussion in englischer Sprache auch impliziert, dass keine der Parteien in der jeweiligen Muttersprache kommuniziert. Dadurch sind weitere sprachliche Barrieren nicht auszuschließen. Von einem Dolmetscher kann aus finanziellen Gründen kein Gebrauch gemacht werden.

Ein weiteres Problem des Feldzugangs ist die, für die Untersuchung geltende, geografische Fläche. Die Gültigkeit für das Bundesland Sachsen stellt nicht nur eine Eingrenzung dar, sondern repräsentiert zusätzlich ein großes Einzugsgebiet möglicher Interviewpartner. Offensichtlich ist es nicht möglich flächendeckend, in jeder Gemeinde, ein Interview durchzuführen. Aus diesem Grund muss eine Methodik entwickelt werden, die einen Rückschluss der Stichprobe auf das Bundesland Sachsen erlaubt. Grundlage der Überlegung ist die Verteilung von Asylbewerbern, anhand des KÖNIGSTEINER SCHLÜSSELS. Dieser wird aus Bevölkerungszahl und steuerlichen Einnahmen gebildet und zeigt einen prozentualen Wert, für das betreffende Bundesland, an welcher wiederum die Aufnahmequote von der Gesamtzahl der Asylbewerber bestimmt. (BAMF, 2015b) In der begründeten Annahme,

dass die Landesdirektion Sachsen die Verteilung ebenfalls anhand einer solchen Berechnung bestimmt, ist das Charakteristikum Bevölkerungszahl für die methodische Gruppierung der Ballungszentren bestimmt worden. Im Detail bedeutet dies, dass die größten Städte und Gemeinden in Sachsen ausgewählt wurden und in diesen die Interviewanfragen gestellt sind. Gleichzeitig kann festgestellt werden, dass eine signifikant hohe Übereinstimmung zwischen den bestimmten Gemeinden und der Liste potenzieller Interviewpartner, bzw. deren Arbeitsort, vorhanden ist. Des Weiteren ist der prozentuale Anteil, der Bevölkerung ausgewählter Gemeinden, im Vergleich zur Gesamtbevölkerung in Sachsen hoch, wie in der Tabelle 3 dargestellt.

Tabelle 3 Anteil der ausgewählten Einzugsgebiete an der Gesamtbevölkerung in Sachsen

| Stadt und Einzugsgebiet | Anzahl der Gemeinden | Anzahl der Einwohner |
|---|-----------------------------|-----------------------------|
| Dresden | 1 | 530.754 |
| Leipzig (Stadt) | 1 | 531.562 |
| Leipzig Umkreis | 33 | 257.596 |
| Chemnitz | 1 | 242.022 |
| Zwickau | 33 | 327.062 |
| Summe | 69 | 1.888.996 |
| Bundesland Sachsen | 430 | 4.046.385 |
| Anteil ausgewählter Einzugsgebiete von der Gesamtzahl in Sachsen (in %) | 16,05 | 46,68 |

(Statistisches Landesamt, 2013)

Gemessen an der Gesamtbevölkerung, hat die Konzentration auf vier Einzugsgebiete eine hohe Gültigkeit. Konträr ist der prozentuale Wert der betreffenden Gemeinden, gegenüber der Gesamtzahl der Gemeinden in Sachsen, niedrig. Das bedeutet, dass die Datenerhebung eine hohe Validität in Bezug auf das Merkmal Bevölkerungszahl hat, aber eine niedrige Validität für das Merkmal Gemeinden vorweist. In Korrelation mit dem KÖNIGSTEINER SCHLÜSSEL überwiegt jedoch das Merkmal der Bevölkerungszahl, als prioritärer Maß Index. Es ist wiederum möglich, dass die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in den Gemeinden unterschiedlich gewährleistet wird oder kommunalen Regelungen bzw. Best-

immungen unterliegt. Diesem Argument kann jedoch entgegnet werden, dass auf 361 verbleibende Gemeinden 53,32% der Bevölkerung in Sachsen verteilt sind. Zusätzlich ist die Bevölkerungsdichte dieser Gemeinden, im Vergleich zu den ausgewählten Untersuchungsgebieten, gering. (Statistisches Landesamt, 2013)

In diesem Zusammenhang kann begründet vermutet werden, dass lokale Unterschiede bestehen können, diese im Vergleich zur Gesamtgruppe jedoch wahrscheinlich kaum signifikante Auswirkungen haben. Diese Vermutung bestätigt ebenfalls die hierarchische Struktur der Politik. Letztendlich werden Gesetze im föderalen Kontext durch die Bundesregierung erlassen, so auch das gültige AsylbLG, das wiederum auf Landesebene durch die Landesregierung umgesetzt wird. Dementsprechend ist der Handlungsspielraum für die Gemeinden als begrenzt einzuschätzen. Außerdem ist es wahrscheinlich, dass viele kleinere Kommunen ihre Umsetzungen an größeren Ballungszentren und vor allem an den Vorgaben der Landesdirektion orientieren.

Unterschiede in detaillierten Aspekten der Gesundheitsversorgung sind demzufolge möglich und wahrscheinlich. Die Bedeutung für die Gesamtgruppe ist jedoch auf lokale Phänomene und Einflussfaktoren zurückzuführen, welche wiederum durch eine Vielzahl von Möglichkeiten beeinflusst werden können. Zusammengefasst kann eine hohe Validität der Datengüte für den Untersuchungsraum Sachsen angenommen werden. Dieser Annahme entspricht auch die methodische Konzeption der Interviewdurchführung, mit Experten und Betroffenen. Zumindest innerhalb der Expertengruppe ist anzunehmen, dass die angesprochenen Probleme der Validität abgewogen werden kann und die Aussagen und Beispiele allgemein gehalten werden oder mit einem Verweis auf lokale Phänomene getätigt sind.

3.5 Erhebungsinstrumente

Die Erhebungsinstrumente sind den zu erwartenden Anforderungen an die Interviewsituation angepasst. Der Interviewleitfaden ist als teilstandardisiertes und teilstrukturiertes Erhebungsinstrument konzipiert und mehrfach verifiziert. Die relevante Themengebiete sind den Rechercheergebnisse entnommen und wurden in Kategorien umformuliert. Jeder Kategorie ist eine Hauptfrage zugeordnet, die einerseits auf den Inhalt der Kategorie verweist und andererseits offen gestellt ist. Dadurch werden der explorative und der qualitative Charakter der Untersuchung ermöglicht. Zusätzlich sind maximal fünf Detailfragen formuliert und den Hauptfragen untergeordnet. Diese können als Dimensionen der Fragestellung begriffen werden und finden Anwendung, wenn der Interviewpartner auf bestimmte Punkte der Hauptfrage nicht eingeht. Auch wenn der vorgefertigte Interviewleitfaden in Experteninterviews selten angewendet wird, sondern eher allgemeine Themenkomplexe beinhaltet zu

denen die Frage intuitiv gestellt werden soll, ist in diesem Forschungsprojekt eine alternative Praxis angestrebt worden. (Mayer, 2013) Im bisherigen Studienverlauf konnten nur wenige Praxiserfahrungen qualitativen Forschens gesammelt werden. Die ausformulierte Fragestellung soll dementsprechend der Sicherheit, im Umgang mit der Interviewsituation und dem Interviewpartner, dienen und positive Erfahrungen der Interviewdurchführung gewährleisten.

Von einem Pretest des Erhebungsinstruments wird abgesehen, weil die Qualitätsüberprüfung des Erhebungsinstruments im Feld stattfinden soll. Notwendige Anpassungen werden angeführt und methodisch begründet. Der Verzicht auf einen Pretest der Erhebungsinstrumente wurde außerdem in einer Konsultation besprochen. Die Methodologie der GROUNDED THEORY wird durch dieses Vorgehen nicht gefährdet. Ein Pretest setzt voraus, dass die teilnehmende Person umfangreiche Kenntnisse vom Untersuchungsgegenstand vorweisen kann. Dementsprechend wäre diese Person, zur Evaluation des Erhebungsinstruments, auch der Expertengruppe zuzuordnen. Dadurch wäre gleichzeitig der Personenkreis der Stichprobe geschrumpft, weil die Mitarbeit im Pretest ein qualitatives Interview zur Datenerhebung ausschließt. Die Methodologie der GROUNDED THEORY ist außerdem auf den Erkenntniszuwachs gestützt, der auch durch die ständige Weiterentwicklung geprägt ist. Das bedeutet, dass die Datenerhebung und Analyse parallel verläuft und keiner eindeutigen Trennung unterliegt. (Krüger & Meyer, 2007) Zu diesem Zweck ist das Datenmaterial zuerst erhoben worden und anschließend die Interviewsituation und die Anwendbarkeit des Erhebungsinstruments bewertet worden. Dadurch wird offenbar, inwieweit das Erhebungsinstrument anwendbar ist und eine verwendbare Datengrundlage erhoben werden kann. Der Abänderung der Methode wird in der GROUNDED THEORY nicht widersprochen, insofern dadurch ein Forschungspraktisches Problem gelöst wird. (Truschkat, et al., 2005) In Kombination mit Experteninterviews kann die Anwendbarkeit des Erhebungsinstruments auch anhand der Antworten und deren Umfang abgeschätzt werden. Durch die Weiterentwicklung des teilstandardisierten Interviewleitfadens können Teilforderungen des Erkenntniszuwachses gewährleistet werden, wodurch die ursprüngliche Methodologie wieder an Gültigkeit erfährt. Sowohl für die Expertengruppe, als auch für die Gruppe der Asylbewerber wird der identische Interviewleitfaden verwendet. Die Umformulierung von einzelnen Fragen, z.B. aufgrund von sprachlichen Defiziten oder Verständnisproblemen, obliegt der Verantwortung und Interpretation des Forschers. Die Abänderung der Frage ist in diesem Fall eine notwendige Anpassung an die gegebenen Anforderungen der Datenerhebung.

In Ergänzung durch MIXED METHODS ist die zusätzliche Dokumentation quantitativer Daten vorgesehen. Die multiple Datenerfassung ist förderlich, um die verschiedenen Sichtweisen der Experten darzustellen oder relevante, ergänzende Informationen zu erheben. Als

ergänzendes Erhebungsinstrument erfasst der soziografische Bogen Daten, die durch den Interviewpartner ebenfalls freiwillig angegeben werden.

Diverse Items geben Aufschluss über:

- Alter,
- Geschlecht,
- Beruf,
- Rechtsform der Organisation oder des Unternehmens,
- Berufliche Erfahrung mit Asylbewerbern in Jahren,
- Kontaktform zu Asylbewerbern,
- Häufigkeit des Kontakts in gruppierter Angabe,
- Weitere Angaben zur Person.

Die Korrelation der Items zu der individuellen Aussage, im Vergleich zu gruppenspezifischen Aussagen, muss einzelfallabhängig bewertet werden. Ob eine Korrelation der Items zur Aussage zu erkennen ist, unterliegt der Datenauswertung und logischen Überprüfung. Vorrangig sollten die Angaben des soziografischen Bogens verwendet werden, um die Interviewsituation und den Expertenstatus transparenter darstellen zu können.

Einige Angaben, wie zum Beispiel die berufliche Erfahrung mit Asylbewerbern, lassen Vermutungen über die Validität und Reliabilität der Informationen zu. Es ist davon auszugehen, dass eine kurze Beschäftigung im Forschungsfeld auch eine geringere Kenntnis von Charakteristika des Untersuchungsgegenstandes bewirkt. Umgekehrt steigt die Kompetenz und Kenntnis praxisnaher Verfahrensweisen, mit der Dauer der Beschäftigung. Die Aussagekraft eines einzelnen Items ist jedoch lediglich auf anzeigende Faktoren beschränkt, welche durch ein anderes Item gestärkt oder geschwächt werden kann. Eine Plausibilitätsprüfung muss vorgenommen werden, vor allem wenn zwei Interviewpartner tautologische Zusammenhänge zu identischen Fragen darstellen. Ein Beispiel für eine logische Kombination und wechselseitige Reaktion der Items ist: Berufliche Erfahrung, Kontaktform, Häufigkeit des Kontakts. Vorausgesetzt sei bei einem Interviewpartner: eine langjährige berufliche Erfahrung, kombiniert mit hauptsächlich nicht direktem Kontakt zu Asylbewerbern - beispielsweise durch Bewertung von Asylansuchen nach Aktenlage - und seltener Häufigkeit des Kontakts im Tätigkeitsgebiet, aufgrund einer teilzeitlichen Tätigkeit. Ein anderer Interviewpartner verfügt über keine langjährige Erfahrung, ist allerdings täglich in direktem Kontakt mit Asylbewerbern. Diese Charakteristika gelten beispielsweise für einen Mediziner, der seit kurzem Asylbewerber medizinisch untersucht. Abhängig vom untersuchten Gegenstand sinkt die Aussagekraft der ersten Person, gegenüber der zweiten Person. In Bezug auf die emotionale Situation von Asylbewerbern, am Beispiel der Traumata Häufigkeit

und psychischen Verfassung, ist die Aussage der zweiten Person valider einzuschätzen. In diesem Fall kann eine höhere Kompetenz und Erfahrung vorausgesetzt werden, obwohl eine kurzfristige Beschäftigung im Forschungsfeld vorliegt.

Die beschränkenden Faktoren des Feldzugangs haben auch Auswirkungen auf die Datenerhebung gezeigt. Im konkreten Fall bedeutet die Verweigerung eines Interviews nicht die generelle Informationsverweigerung. Als Alternative ist eine schriftliche Stellungnahme, unter Berücksichtigung der Interviewleitfaden Fragestellungen, angeboten worden. Die resultierende Komplikation divergierender Datengüte muss methodisch gelöst werden. Diese Methodik konnte im Forschungsprojekt wegen geltenden Fristen nicht angewendet werden. Die konzipierte Methodik wird deshalb vorgestellt, um den MIXED METHODS Ansatz umfassend darzustellen, auch wenn nicht alle Charakteristika umgesetzt werden können.

Das Vorgehen erfordert vorerst die Anpassung des primären Erhebungsinstruments Interviewleitfaden, in ein statisches Erhebungsinstrument Fragenkatalog. Zu diesem Zweck werden die Hauptfragen jeder Kategorie präzisiert und mit den Erfahrungen der Interviewführung auf Eindeutigkeit hin überprüft. Außerdem sind speziell verwendete Begriffe des Forschungsprojekts definiert, um die divergierende Auffassung von Wortbedeutungen minimieren zu können. Die untergeordneten Detailfragen jeder Kategorie, werden als stichpunktartige Fragen zusammengefasst und als Ergänzungen zur Hauptfrage hinzugefügt. Außerdem ist die Formulierung ‚Bitte beachten Sie bei der Beantwortung folgende Aspekte‘ hinzugefügt. Die Antwort auf die Fragen erfolgt im Freitext. Die Verwendung eines weiteren Erhebungsinstruments erfordert ebenfalls die differenzierte Auswertung der Daten und gleichzeitig begründete Überlegungen zur Vergleichbarkeit und Bedeutung. Die Verwendung von Schriften, Berichten oder auch Stellungnahmen muss als sekundäre Datengrundlage definiert werden, die dementsprechend in der Aussagekraft geringer einzuschätzen ist. Die empirischen Daten repräsentieren die primäre Datengrundlage. Die Gefahr einer sekundären Datengrundlage ist die voreilige Annahme, dass die Inhalte und Aussagen wahrheitsgetreu und repräsentativ sind. Diese Annahme muss kritisiert werden, weil ein Schriftstück durch einen Autoren geschrieben wird und dessen Meinungen und Interessen den Inhalt prägen. (Krüger & Meyer, 2007) Ein Schriftstück, das auf eine Organisation zurückzuführen ist, unterliegt z. B. einschränkenden Faktoren der Öffentlichkeitsarbeit.

3.6 Datenerhebung und Datenauswertung

Die empirische Datenerhebung wurde am 29.07.2015 initiiert und im September 2015 beendet. Die Koordination der Termine und Absprachen erfolgte individuell, um einen reibungslosen Ablauf der Datenerhebung zu garantieren. Allerdings sind Absprachen ausgeschlossen, die die Vergleichbarkeit der Gesamtdaten gefährden. Die Rahmenbedingungen

und Interviewsituationen sind soweit möglich nach den Wünschen des Interviewpartners gestaltet. Zusätzliche Aufwände, wie Reisewege, werden nicht vom Gesprächspartner erwartet. Der Interviewort wird dementsprechend vom Interviewpartner bestimmt. Die Neutralität des Ortes ist nicht zwingend erforderlich, sondern wird viel mehr von den Erwartungen und Wünschen der Experten und Asylbewerber an die Interviewsituation bestimmt.

Die Interviews sind mit einem digitalen Voice Recorder, dem Modell Olympus VN-732PC, aufgenommen. Bewusst wird kein Diktiergerät verwendet, weil im Unterschied zum Voice Recorder Textinhalte und Tonaufzeichnungen in die bereits vorhandene Aufzeichnung eingefügt werden können. Diese Funktion bietet keinerlei Vorteile. Durch den Voice Recorder wird gewährleistet, dass die Audiodateien vollständig und unbearbeitet vorliegen, sodass die Transkription vorgenommen werden kann.

Zu Beginn jedes Interviews wird das schriftliche Einverständnis eingeholt und auch mündlich auf die Rechte und Verwendungszwecke hingewiesen. Jeder Interviewpartner stimmt der freiwilligen Teilnahme zu, ohne eine Gegenleistung für das Interview zu erhalten. Des Weiteren kann die Antwort auf einzelne Fragen verweigert werden, ohne dass persönliche Nachteile zu erwarten sind. Darüber hinaus wird auch der Abbruch eines Interviews angeboten, welcher ohne Angabe von Gründen wirksam wird. Die nachträgliche Verweigerung wird ebenfalls ermöglicht und die Tonaufzeichnung entsprechend ausgehändigt oder gelöscht. Lediglich Personen von öffentlichem Interesse haben die Wahl zwischen Anonymisierung und namentlicher Nennung. Für alle anderen Interviewpartner ist allgemein von einer anonymisierten Darstellung auszugehen.

Die anschließende Einleitung eröffnet das Interview. Der teilstandardisierte und teilstrukturierte Interviewleitfaden ist zur leichteren Verwendung auf einem Duplex bedruckten DIN A4 Papier zusammengefasst. Die Variabilität der Fragen wird durch einfaches Abstreichen, bereits beantworteter oder gestellter Fragen gewährleistet. Dadurch kann auf den Redefluss des Interviewpartners eingegangen werden, wohingegen ausgelassene Fragen später gestellt werden. Außerdem können logische Verknüpfungen hergestellt werden, die der Interviewpartner durch seine Äußerungen bestimmt. Während des Interviews werden als relevant eingestufte Stimmungen, die Mimik oder auch nonverbale Äußerungen notiert. Gleichzeitig wird die Zeitangabe des Voice Recorders erfasst, um die Notiz dem entsprechenden Zeitpunkt zuordnen zu können. Die Anforderungen aktiven Zuhörens, Aspekt orientierter Nachfragen und Fragenformulierung, Dokumentation von Stimmungen und Rückgriff auf vorbereitete Fragestellungen beschränken den Umfang der Dokumentation jedoch

erheblich. Einige Aufzeichnungen sind deshalb nach dem Interview getätigt und beinhalten die allgemeine emotionale Stimmung des Forschenden. Dazu zählte auch das Empfinden der Interviewsituation, im reflektierten Prozess.

Die Notizen werden überwiegend für die Beschreibung der Interviewsituation genutzt und im Transkript festgehalten. Relevanz erfahren diese Angaben in der Diskussion, ob die Rahmenbedingungen passend gewählt sind und ob die Interviewsituation beeinflusst wird. Die Beschreibung, im Sinne eines transparenten wissenschaftlichen Prozesses, erlaubt dem Rezipienten zusätzlich die individuelle Bewertung der Interviewführung und die kritische Auseinandersetzung mit der methodischen Umsetzung. Des Weiteren erzielt die Reflexion positive Effekte auf nachfolgende Interviews, in dem das individuelle Verhalten und die Rahmenbedingungen kritisch bewertet werden können. Mögliche Fehler oder negative Einflüsse werden dadurch vermieden, insofern diese auch erkannt werden. Beeinflussbare, positive Faktoren hingegen können wiederholt angewendet werden. Abschließend ist dem Interviewpartner die Möglichkeit gegeben worden, persönliche Wünsche, Forderungen oder Nachfragen zu formulieren. Die Antwort repräsentiert den reflektierten Prozess des Interviewpartners, als abschließende Meinungsäußerung zum Untersuchungsgegenstand.

Nach jedem Interview wird die digitale Tonaufzeichnung auf zwei externe Speichermedien überspielt. Eine Netzwerkverbindung der Speichermedien wird ausgeschlossen. Anschließend wird die Datei vom Voice Recorder gelöscht, wodurch garantiert ist, dass kein uneingeschränkter Zugriff auf die Audiodateien möglich ist. Die Speichermedien sind an einem sicheren Ort aufbewahrt und der Zugriff Dritter ist ausgeschlossen.

Die Transkription in Sekundärdaten wird mit besonderer Sorgfalt vorgenommen und entspricht den Transkriptionsregeln nach Kuckartz, et al. (2008). Aufgrund der großen Menge von Interviewanfragen ist keine temporäre Trennung zwischen Erhebungsphase und Datenauswertung vorhanden. Der Zeitraum zwischen zwei Interviews wird zur Transkription genutzt. Im methodischen Vorgehen, nach den Vorgaben der GROUNDLED THEORY von Glaser & Strauss (1998), sind dadurch keine Verfälschungen zu erwarten. Vielmehr ist die genaue Auseinandersetzung mit den erhobenen Daten sinnvoll und die Subsummierung von Zusatzinformationen für den explorativen Vorgang förderlich. Die vorläufig erkennbaren Ergebnisse sind in der Kategorie Zufallsinhalte zusammengefasst. Dadurch wird der Interviewleitfaden ergänzt und die Information im nachfolgenden evaluiert. Gleichzeitig kann die empirische Datenerhebung, bis zum Zeitpunkt der Datensättigung, vereinfacht wahrgenommen werden.

Die Datenauswertung der Transkripte erfolgt in einem mehrstufigen Modell. Die ursprüngliche Gliederung des Interviewleitfadens, anhand von Kategorien und deren Hauptfragen sowie Dimensionen, erlaubt die thematische Abgrenzung der Informationen zueinander. Das methodische Vorgehen der Datenauswertung ist unter anderem am sechsstufigen Verfahren zur Datenauswertung orientiert, das von Mühlfeld (1981) und anderen vorgestellt wird. (zit. in Mayer, 2013, S. 48 ff.) Gleichzeitig finden jedoch auch Vorgehensweisen von Meuser und Nagel (1991) Anwendung (zit. in Mayer, 2013, S. 51). Die Gründe der Methodenkombination sind in der praktischen Handhabung bzw. den praktischen Fähigkeiten des Autors begründet. Das einfache Daten Screening und markieren nach Mühlfeld (1981) ist in der Handhabung einfacher, als das Paraphrasieren nach Meuser & Nagel (1991). Die genannten Methoden sind außerdem in der Verdichtung des Datenmaterials unterschiedlich und dementsprechend aufwendig.

Die einzelnen Schritte der nachfolgenden Beschreibung entsprechen nicht den ursprünglichen Stufen der Datenauswertung, nach Mühlfeld (1981) oder Meuser & Nagel (1991), sondern beschreiben die daraus entwickelte Datenanalyse.

Im ersten Schritt wird eine Exploration der Daten vorgenommen, welche ebenso wie Schritt zwei interviewspezifisch durchgeführt wird. Das nummerierte Kategorienschema des Interviewleitfadens wird als Basisschema verwendet. Einzelne Inhalte und Argumentationsketten werden den Kategorien des Interviewleitfadens zugeordnet, indem die Textpassage farblich markiert wird. Eine Randnotiz verweist auf die Kategorie. Insofern ein Inhalt nicht zugeordnet werden kann, wird eine neue Kategorie formuliert. Dadurch ist es auch möglich, dass redundante Informationen entstehen können, indem ein Inhalt zwei Kategorien zugeordnet wird. Ein Beispiel ist die Kategorien Unterbringung in Erstaufnahmeeinrichtungen und die Kategorie Probleme der Unterbringung. Im Interview wird beispielsweise die Form der Unterbringung beschrieben und im Anschluss ein Beispiel für ein bestehendes Problem benannt. Beide Inhalte werden der Kategorie Unterbringung in Erstaufnahmeeinrichtungen zugeordnet, wohingegen das beschreibende Beispiel nur der Kategorie Probleme der Unterbringung zugeordnet wird.

Der zweite Schritt umfasst das Decodieren der Daten. Zu diesem Zweck werden die markierten Inhalte zusammengefasst niedergeschrieben und unabhängig voneinander formuliert. Die Informationen werden sowohl stichpunktartig, als auch ausgeschrieben erfasst. Die Zeilenangaben der Inhalte sind ebenfalls zu notieren. Abhängig von der Formulierung ist eine erste Interpretation durch den Rezipienten möglich. Das heißt, dass unverständliche Passagen auf logische Zusammenhänge untersucht werden und der interpretierte Inhalt

die Aussage wieder gibt. Die Reihenfolge der Notizen erfolgt chronologisch, anhand des Interviewverlaufs im Transkript.

In Schritt drei werden alle Daten beider Interviews kumuliert und in einem Datenblatt zusammengefasst. Eine erste Reduktion der Inhalte findet statt, indem redundante Inhalte einer Kategorie interviewspezifisch entfallen. Das bedeutet, dass Mehrfachnennungen aus einem Transkript, insbesondere Beispiele, lediglich einmal im neuen Datenblatt notiert werden. Die Aussagen bleiben jedoch interviewspezifisch formuliert, indem die decodierten Inhalte übernommen werden. Die Zeilenangaben sind ebenfalls zu übernehmen. Zum ersten Mal werden die Inhalte sortiert, indem gleiche oder ähnliche Aussagen untereinander notiert werden. Dadurch werden Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Gesamtdaten visualisiert und erste Zusammenhänge offenbar. Wenn eine Aussage nur in einem Interview getätigt wird und keine vergleichbare Aussage im anderen Interview vorhanden ist, wird die Information unter Unterschiede notiert. Tabelle 4 zeigt das Schema des Datenblatts und die beschriebene Kumulation der Daten.

Tabelle 4 Vereinfachte Darstellung der Datenkumulation und Konformität

Kategorie 1 Organisation der Gesundheitsversorgung

| Gemeinsamkeiten | Zeilen I1 | Zeilen I2 | Unterschiede | Zeilen I1 | Zeilen I2 |
|------------------------|-----------|-----------|---------------------|-----------|-----------|
| Aussage 1 | Z. 32f. | | Aussage 1 | Z. 105f | |
| Aussage 1A | | Z.68-73 | Aussage 2 | | Z.106f. |
| Aussage 2 | Z.65-72 | Z. 75f. | Aussage 3 | | Z.120f. |

In Schritt 4 wird eine inhaltliche Reduktion vorgenommen. Dazu werden die ähnlichen Kategorien, die durch die Exploration der Daten entstanden sind, zugrunde gelegt. Die redundanten Informationen werden auf ihre Aussagekraft, im Kontext der Gesamtkategorie, überprüft und entsprechend nur noch einer Kategorie zugeordnet. Dadurch entstehen Verknüpfungen und Ansatzpunkte, mit denen die Kategorien später als Gesamtdaten präsentiert werden können. Dabei wird ebenfalls die Plausibilität der Daten geprüft wodurch tautologische Aussagen vermieden werden können. Nicht eindeutige Inhalte werden noch einmal mit dem Transkript abgeglichen. Im Datenblatt werden zusätzliche Notizen farbig hervorgehoben, die für den späteren Bericht von Nutzen sind.

Im fünften Schritt wird das Datenmaterial mit den Rechercheergebnissen abgeglichen. Letztendlich wird überprüft ob die Daten auf den Untersuchungsgegenstand zurückzuführen sind. Zum Beispiel ob die Art der Unterbringung in Erstaufnahmeeinrichtungen mit dem Gesundheitsstatus oder der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern zusammenhängt.

Im sechsten Schritt werden die Kategorien durch ein Mindmap Schema sortiert und hierarchisiert. Die Verknüpfungen aus Schritt vier dienen dazu die Kategorien zu summieren und einer gemeinsamen Überschrift zuzuordnen. Das Datenmaterial wird dementsprechend abschließend verdichtet. Danach werden die Überschriften hierarchisiert und nachfolgend die einzelnen Kategorien in eine logische Reihenfolge gebracht. Am Beispiel erklärt ist es zwingend notwendig, dass zuerst die strukturelle Organisation der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern thematisiert werden muss, bevor die daraus entstehenden Probleme dargestellt werden.

Im siebten Schritt werden die Daten präzisiert und im Bericht visualisiert. Dazu werden die verknüpften Inhalte dargestellt und durch die Zeilenangaben der Interviews belegt. Dabei können mehrere Aussagen in einem Satz zusammengefasst werden. Die Zeilenangaben müssen im Fließtext angegeben werden, weil auch konkurrierende Aussagen oder Argumente dargestellt werden. Für den zusammenfassenden Fließtext können Schwerpunkte gesetzt werden. Der Bericht wird abschließend erneut mit der Datengrundlage abgeglichen, um Fehler zu vermeiden.

Der Ergebnistext wird in einem achten Schritt abschließend interpretiert. Dazu werden Hypothesen gebildet, welche aus dem Ergebnistext entstehen und anhand der genutzten Informationen begründet dargestellt werden. Die Datengrundlage wird dementsprechend transformiert. Die Kumulation der Hypothesen repräsentiert die Theorie, welche wiederum das Gesamtergebnis darstellt und die Forschungsfrage beantwortet. Die Hypothesen und die Theorie werden im Fazit dargestellt und geben die begründete Auffassung des Forschenden wieder, welche aus der interpretierten Datengrundlage entsteht. Mit dem achten Schritt endet der Prozess des Erkenntnisgewinns und der induktive Charakter der qualitativen Forschung, in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand, wird abgeschlossen. (vgl. Mayer, 2013)

4 Ergebnisse

Die Ergebnisse des Forschungsprojekts werden nicht nur durch die empirischen Daten repräsentiert. Die Anfragen, an Organisationen zur Unterstützung des Forschungsvorhabens und die Rückmeldungen auf eine Interview Anfrage, zählen ebenso zu den charakterisierenden Ergebnissen der empirischen Datenerhebung.

4.1 Unterstützende Organisationen

Amnesty International lehnte mit der Begründung ab, dass der Themenschwerpunkt des Forschungsprojektes mit den Hauptaufgaben und Zielsetzungen der Organisation nicht übereinstimmen würde. Zusätzlich sind zum Zeitpunkt der Anfrage nicht ausreichend Kapazitäten zur unterstützenden Tätigkeit vorhanden gewesen. Allerdings begrüßte die Organisation die Intention und das Vorhaben als Solches.

Das Büro des UNHCR verwies in einem Telefonat am 20.07.2015 auf die ungewöhnliche, nicht alltägliche Anfrage. Eine grundlegende Abneigung konnte nicht erkannt werden. Die Unterstützung blieb allerdings wegen geringer Kapazitäten aus. Die qualitative Vorgehensweise der empirischen Datenerhebung ist kritisch bewertet worden, weil begründeter Zweifel an der Generalisierung der Ergebnisse deutlich gemacht wurde. Die Konzeptionierung und Auswertung nach quantitativem Vorgehen wäre bevorzugt worden.

Der in Pirna lokal aktive Verein Aktion Zivilcourage e.V. begrüßte das Interesse am Forschungsthema und sicherte eingeschränkte Unterstützung zu. Die Unterstützung wurde mit einem Schreiben (siehe Anhang) und der Kontaktvermittlung und Nutzung von Netzwerken, um Interviewpartner gewinnen zu können, gewährleistet.

Die Landeszentrale für politische Bildung verwies in einem telefonischen Gespräch auf Probleme, die eine Unterstützung verhindern. Die Kooperation mit Verbänden und Personen zur politischen Aufklärung sei möglich, die finanzielle Unterstützung von Forschungsvorhaben jedoch nicht realisierbar. Grundsätzlich wurde auf den Verwendungszweck von Steuergeldern verwiesen und dass der Umgang mit diesen strengen Regeln unterliegen würde.

Die finanzielle Förderung erfolgte anteilig durch den Verein Mentor e.V., mit Sitz an der WHZ. Insgesamt wurden 150,-€ für das Forschungsprojekt zur Verfügung gestellt.

4.2 Stichprobe

Die im Forschungsdesign festgelegte Stichprobe ist nicht vollständig einbezogen worden. Personen die lediglich über Vorgesetzte oder E-Mail Verteiler erreichbar sind, werden aus-

geschlossen. In diesen Fällen kann nicht abgeschätzt werden wie viele und welche Personen die Interviewanfrage lesen können. Die Anonymisierung kann dadurch nicht mehr gewährleistet werden, sodass eine methodische Einschränkung vorliegt. Insgesamt wurde die Stichprobe auf 15 Personen, Organisationen oder Institutionen reduziert. Die Methodologie der GROUNDED THEORY ermöglicht, dass die Stichprobe durch Verweise auf andere Personen veränderlich ist. Nachfolgend wird die Stichprobe in zwei Gruppen unterschieden. Die Gruppe 1 (G1) - anfänglich gebildete Stichprobe von $N = 15$ - und Gruppe 2 (G2) - weiterführende Stichprobe von $N = 3$ - bilden in der Addition die Gesamtgruppe (G_{gesamt}), welche die gesamte Stichprobe repräsentiert ($N = 18$).

G1 ($N = 15$) ist in beschränktem Maße repräsentativ. In G1 sind lediglich Experten enthalten, weil die betroffene Gruppe Asylbewerber einem anderen Feldzugang unterliegt. Die Zusammenstellung ermöglicht eine fehlerhafte Gruppenbildung, welche durch das Forschungsfeld bestätigt werden kann. Laut Aussagen der Personen aus G1 waren folgende Gründe einer fehlerhaften Gruppenbildung zu erkennen:

- Nicht zutreffende Kompetenzen oder Zuständigkeiten in Bezug auf die Forschungsfrage, darunter teilweise ($n = 2$) oder völlige Verfehlung ($n = 2$) der Kompetenz und Zuständigkeit. ($n_{\text{gesamt}} = 4$)
- Keine Beschränkung des Expertenstatus auf das Bundesland Sachsen. Übergeordnete Tätigkeit im Bundesgebiet ($n = 2$) oder europaweit ($n = 1$). ($n_{\text{gesamt}} = 2$)
- Aufnahme der Tätigkeit unterliegt aktuellen Veränderungen, so zum Beispiel Herausforderungen und Umstrukturierungen aufgrund ansteigender Asylbewerberzahlen. Daraus resultiert eine neue Zuständigkeit ($n = 1$) oder ein zeitlicher Konflikt ($n = 1$), der keine Interviewdurchführung erlaubt. ($n_{\text{gesamt}} = 2$)
- Beendigung der Tätigkeit zum untersuchenden Forschungsgegenstand. ($n_{\text{gesamt}} = 1$)

Die Absage wegen fehlender Kompetenzen entspricht nicht den Rechercheergebnissen und dem Stand der Forschung. Die Aufgabengebiete umfassen zumindest indirekte Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus von Asylbewerbern. An anderer Stelle konnte festgestellt werden, dass eine ähnliche bzw. zugehörige Organisation mit demselben Aufgabengebiet auf die Anfrage reagierte. Die Organisation bestätigte in ihrer Antwort, dass Zuständigkeiten bestehen würden. Im nachfolgenden Kapitel werden mögliche Gründe angeführt, weshalb Kompetenzen abgestritten werden, obwohl diese im Tätigkeitsfeld definiert werden (vgl. 4.2.1).

G2 ($N = 3$) hingegen ist aus vorläufigen Ergebnissen und getätigten Empfehlungen, von Seiten eines Interviewpartners, gebildet. In G2 sind Personen, Organisationen und Institutionen enthalten, die zuvor nicht berücksichtigt wurden, weil:

- Keine Kenntnis über die Organisation vorhanden war. Zumeist, weil die ehrenamtliche Arbeit in vielen Betätigungen möglich ist und nicht alle ehrenamtlichen Strukturen der Flüchtlingshilfe im Gesamtsetting berücksichtigt werden konnten.
- Kurzfristige Kooperationen bestehen, die zum Zeitpunkt der Recherche kaum öffentlichkeitswirksam repräsentiert wurden oder noch nicht existierten.
- Sehr spezifische Formen der Flüchtlingshilfe auftreten.
- Rechercheergebnisse auf eine hauptamtliche Struktur verwiesen, in der Praxis jedoch ehrenamtliche Strukturen die Absicherung der Gesundheitsversorgung gewährleisten.
- Die Bedeutung und Zuständigkeit wurde vom Forscher unterschätzt.

Die Kombination aus G1 und G2 - in G_{gesamt} - steigert die Repräsentativität der Stichprobe in Bezug auf den Untersuchungsgegenstand. Neben festgelegten Experten sind auch Personengruppen einbezogen, die im Forschungsfeld tätig sind und denen lediglich eine geringe öffentliche Aufmerksamkeit zuteilwird. Aus einer anfänglich statischen Untersuchung entsteht ein dynamischer, empirischer Prozess. In G2 können allerdings wegen fehlender Rückmeldung keine Interviews durchgeführt werden. Ein Verweis auf die Bedeutung weiterer relevanter Strukturen ist jedoch vorhanden. Auch in G2 sind keine Asylbewerber enthalten. Der Zugang zu Asylbewerbern sollte indirekt vorgenommen werden, in dem die Kontaktdaten zur Teilnahme am Forschungsprojekt an Beratungsstellen und Ehrenamtliche weitergegeben wurden. Die Methodik weist keine Rückmeldungen auf, weshalb davon ausgegangen werden muss, dass entweder keine Teilnahme erwünscht ist oder die Kontaktdaten nicht weitergegeben wurden.

Für die Untersuchung in G1 gilt eine Rücklaufquote von 80 % (drei fehlende Rückmeldungen), wohingegen G2 eine Rücklaufquote von 0 % (drei fehlende Rückmeldungen) aufweist. Die Gesamtrücklaufquote, ohne Berücksichtigung der Asylbewerber, weist einen Wert von 66,67 % auf. Des Weiteren gelten die Werte für eine Zusage (11,11 %), eine Absage (50 %), eine fehlende Rückmeldung (33,33 %) oder das Angebot einer alternativen Auskunft (5,56 %).

Aus den begründeten Interviewabsagen kann ein weiterer Aspekt abgeleitet werden, der die Datenerhebung beschränkt. Es ist zu vermuten, dass die Auffassung der zu gewährleistenden Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern einem pathogenen und symptomatischen Verständnis zugrunde liegt. Einige Experten verweisen auf fehlende Kompetenzen, wohingegen der Aufgabenbereich der Experten indirekten Einflüssen auf den Gesundheitsstatus unterliegt oder auch als Rahmenbedingungen der Gesundheitsversorgung definiert

werden kann. Der genannte Einfluss der Rahmenbedingungen ist in verschiedenen Publikationen bereits nachgewiesen. (vgl. Bozorgmehr & Razum, 2015) Zu beachten ist, dass die Kernkompetenzen dieser Gruppe sicherlich nicht Einfluss auf die definierten Leistungen im § 4 AsylbLG nehmen. In Bezug auf die potenzielle Traumatisierung von Asylbewerbern, Qualität humanitärer Versorgungsleistungen und Lebensstandards sind jedoch relevante Faktoren zu erkennen. Im Fall von qualitativen Mängeln oder auch Konflikten, in Bezug auf die Kernkompetenzen, können pathogene Symptome auftreten, die wiederum auf die Verfehlung ausreichender Versorgungsleistungen zurückgeführt werden können. Dazu zählen:

- Mögliche Re-Traumatisierungen durch Rahmenbedingungen der Unterbringung
- Epidemiologische Risikofaktoren
- Gefährdungspotenzial in Form von physischen und psychischen Faktoren durch mangelnde Integration und Unterbringung

Im Rahmen dieser Untersuchung kann nicht geklärt werden, wie hoch die Disposition genannter Faktoren auf die Gesundheitsversorgung ist. Es kann jedoch festgehalten werden, dass der Einfluss einiger dispositiver Faktoren in einem Kompetenzbereich verankert ist, welcher nach eigenen Angaben keine Kompetenzen in der Gesundheitsversorgung sieht. Die Gründe dafür sind jedoch nicht nur eindeutig der Stichprobe zuzuordnen, sondern müssen auch in Bezug auf die Anfrage bewertet werden. Die auf der folgenden Seite dargestellte Tabelle 5 führt mögliche Gründe an, die den fehlenden Bezug zur Gesundheitsversorgung begründen können.

Tabelle 5 Darstellung möglicher Gründe, die den fehlenden Bezug zwischen Forschungskonzeption und Zuständigkeit der Untersuchungsgruppe verursachen

| Mögliche Ursachen von Seiten der Untersuchungsgruppe | Mögliche Ursachen von Seiten der Forschungskonzeption |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Dispositive Faktoren werden nicht als Risiko erkannt oder bewertet. • Der Bezug zur Gesundheitsversorgung und Disposition, in Bezug auf den Gesundheitszustand eines Asylbewerbers, ist minimal und kaum erkennbar. • Handlungen und selbstgestellte Ziele sind an anderen Kriterien orientiert. • Die Zusammenarbeit mit anderen Personen, Organisationen oder Institutionen findet nicht statt, weil nach eigener Ansicht kein Handlungsauftrag oder Zusammenhang besteht. • Der Verweis auf fehlende Zuständigkeit wird als vorgeschobener Ablehnungsgrund getätigt. • Der Verweis auf eine übergeordnete oder andere Organisation bedeutet gleichzeitig die Delegation der Verantwortlichkeit. • Die strukturelle Organisation der Gesamtgruppe ist dahingehend fehlerhaft, dass die intentionierten Zusammenhänge, innerhalb der Untersuchungsgruppe, nicht definiert oder verteilt wurden. | <ul style="list-style-type: none"> • Der Zusammenhang zwischen Aufgabengebiet der Untersuchungsgruppe und dem Forschungsinteresse konnte nicht ausreichend dargestellt werden. • Die standardisierte Kontaktaufnahme lässt die interpretierte Verknüpfung zwischen dispositiven Faktoren und spezifischen Aspekten der Gesundheitsversorgung nicht zu. • Die fehlende Definition, des sprachlichen Gebrauchs der Gesundheitsversorgung, ermöglicht einen interpretativen Spielraum welcher zu Missverständnissen führt. • Die Gültigkeit der dispositiven Faktoren wird überbewertet. • Der hohe Anstieg von Asylanträgen führt zu neuen Problemen, die zeitlich begrenzt gültig sind und dadurch für das Forschungsprojekt relevant wurden. Letztendlich erscheinen diese jedoch als phänomenologische Episoden und wurden deshalb bisher nicht in Zuständigkeiten definiert. |

4.3 Ergebnisse

Die Auswertung der Datengrundlage erfolgt gemäß den definierten Maßstäben der methodischen Auswertung und Datengüte. Die Ergebnisdarstellung folgt der Kategorienordnung des Interviewleitfadens. Die nachfolgenden Kapitel fassen die Thematik der Untersuchungsergebnisse zusammen und sind teilweise identisch mit den Kategorien des Interviewleitfadens.

4.3.1 Organisation der Gesundheitsversorgung

Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern beginnt mit der Antragstellung eines Asylgesuchs und der anschließenden Unterbringung in einer Erstaufnahmeeinrichtung. Die gesetzlich vorgeschriebene Erstaufnahmeanamnese sollte unverzüglich durchgeführt werden (I1, Z. 158-169; I2, Z. 532-534). Aufgrund der aktuellen hohen Aufnahmequote kann es zu Verzögerungen kommen (I1, Z. 161-163; I2, Z. 550-552), was wiederum als „[...] Skandal [...]“ bezeichnet wird (I1, Z. 163f.) und zu qualitativen Schwanken führen kann (I2, Z. 534-536). Zusätzlich entsteht dadurch ein epidemiologisches Risiko (I1, Z. 161-165). In der als Zeltstadt Dresden bezeichneten provisorischen Erstaufnahmeeinrichtung sind demnach Fälle von Krätze (I1, Z. 401f.; I2, Z. 974-978) und Tuberkulose bekannt (I2, Z. 974-978). Die schwankende und tendenziell rückläufige Qualität der Anamnese (I2, Z. 566f.) wird durch die dargestellte Praxis deutlich. Das Screening von Krankheiten und die Dokumentation von Krankengeschichten sind vergleichsweise eingeschränkt (I2, Z. 536-540 & Z. 562-564). Letztere wird durch die Befragung des Asylbewerbers durchgeführt, ob eine Krankheit bereits vorhanden war oder nicht (I2, Z. 541-543). Diese Praxis setzt allerdings voraus, dass der Asylbewerber von der Infektion mit der Krankheit Kenntnis hat, was jedoch nicht immer zutreffend ist (I2, Z. 553-561). Weiterführende Untersuchungen, wie die Erstellung eines Blutbilds, sind nicht vorgesehen (I2, Z. 543-546), außer es sind offensichtliche Merkmale vorhanden, zu denen auch die Schwangerschaft zählt (I2, Z. 547-550 & Z. 564-566).

Die allgemeinen Leistungen der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern sind im AsylbLG definiert und an zuständige Behörden gekoppelt (I1, Z. 7f.; I2, Z. 5-12). Allgemein gilt das Recht auf eine Akut- und Schmerzversorgung, sowie die Behandlung chronischer Krankheiten (I1, Z. 10f. & Z. 616-619; I2, Z. 13-15). Andere Leistungen werden durch Antrag auf einen Krankenbehandlungsschein bewilligt, welcher von der zuständigen Behörde ausgestellt werden kann (I1, Z. 11-14 & Z. 30-33 & Z.400-405; I2, Z. 37-41). In Sachsen sind zwei unterschiedliche Krankenbehandlungsscheine erhältlich, die durch den gültigen Behandlungszeitraum differenziert werden. Entweder ist die Gültigkeit tageweise oder quartalsweise beschränkt. (I2, Z. 112-115) Der Krankenbehandlungsschein dient als positiver

Nachweis, der Kostenübernahme von anfallenden Behandlungskosten, für den Gesundheitsdienstleister (I1, Z. 11-14). Die Gültigkeit beeinflusst dadurch die Wahrscheinlichkeit von weiterführenden Nachbehandlungen (I2, Z. 124-129).

Der Prozess der Gesundheitsversorgung wird in I1 anhand eines Hautausschlages und in I2 anhand einer Mittelohrentzündung dargestellt. Das Auftreten der Krankheit veranlasst den Asylbewerber bei der zuständigen Behörde nach einem Krankenbehandlungsschein zu fragen. Wird dieser genehmigt kann der Asylbewerber einen Arzt konsultieren, welcher wiederum die angefallenen Behandlungskosten bei der zuständigen Behörde in Rechnung stellen kann. (I1, Z. 400-405; I2, Z. 49-54) Eine Überweisung an einen Facharzt macht die erneute Beantragung eines Krankenbehandlungsscheins notwendig, sowie die Abgabe eines Behandlungskostenplans (I2, Z. 49-54 & Z. 435-349). Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern ist demnach bürokratisiert und auch mit hohen Kosten verbunden (I2, Z. 55-57). Offensichtliche Abhängigkeiten entstehen durch die Behördenöffnungszeiten (I2, Z. 65-70) und im ländlichen Raum bezüglich der Anfahrtswege und Infrastruktur (I2, Z. 71-77). Einige Asylunterkünfte können hingegen eingeschränkt den Behandlungsschein ausstellen, was als positive Entwicklung wahrgenommen wird (I2, Z. 90-96). Die dargestellte Struktur der Gesundheitsveränderung entfällt, sobald ein Asylbewerber Analogleistungen in Anspruch nehmen kann. Diese können entweder bei einer Anerkennung oder bei einer langfristigen Duldung von mehr als 15 Monaten in Anspruch genommen werden. (I1, Z. 14-22; I2, Z. 32-34)

Das Entscheidungsverfahren über die Behandlung oder Therapie unterliegt weiteren, zu differenzierenden Anforderungen, die einen Einfluss auf die zu bewilligende Behandlung haben. Der zuständige Amtsarzt entscheidet über die Notwendigkeit einer Behandlung und schreibt dementsprechend eine Stellungnahme (I1, Z. 42-44; I2, Z. 483-485), wohingegen die letzte Entscheidungsgewalt der zuständigen Behörde obliegt (I2, Z. 487-490). Die Entscheidung wird auch von der Art der Intervention getroffen, z.B. ein Zahnersatz oder auch eine Traumatherapie (I1, Z. 49-52; I2, Z. 348-361). Notfallbehandlungen fallen nicht unter diesen Behandlungsentscheid, sondern werden gemäß der Akut- und Schmerzbehandlung gewährleistet (I1, Z. 41f.; I2, Z. 598-601). Die zugrundeliegenden Maßstäbe scheinen jedoch nicht eindeutig zu sein und entweder für den Gesundheitsdienstleister oder auch den Asylbewerber missverständlich zu sein. Die Kenntnis darüber, dass Notfallaufnahmen Asylbewerber teilweise nicht behandeln und abweisen, offenbart das Missverständnis (I2, Z. 514-524). Der Grund des Behandlungsentscheids wird mit den entstehenden Kosten angeführt. Diese werden mit einer Jahrespauschale von ca. 6900,- € (pro Asylbewerber und pro Jahr) gedeckelt. Darüber hinaus entstehende Differenzen werden vom Bund getragen. (I1,

Z. 53-63) Der Kostenfaktor sei aber nicht ausschlaggebend für die Entscheidung, ob eine Behandlung notwendig ist oder nicht (I1, Z. 118-121).

Konkurrierend zu dieser Aussage werden Gründe angeführt, die zu einer Ablehnung einer Behandlung führen können. Dazu zählen angekündigte Abschiebeandrohungen, haushaltspolitische Entscheidungen und negative Behandlungserfolge (I2, Z. 363-369). Allgemein haben kosmetische Behandlungen verschwindend geringe Anerkennungserfolge (I1, Z. 46-48). Zusätzlich seien die Behandlungsanerkennungen rückläufig und mehrfachen Revisionen von Kostenplänen der Behandlung unterworfen. Am Beispiel, einer mehrfach attestierten Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung und viermaligen Antragstellung, wird diese Aussage belegt. Des Weiteren wird angezweifelt, dass die bewilligte Leistung nach dieser Zeitspanne den gewünschten Erfolg herbeiführen kann. (I2, Z. 1068-1081) Ob Kostengründe für den Entscheid ausschlaggebend sind, kann anhand der konkurrierenden Aussagen nicht eindeutig belegt werden. Aufgrund des transparenten Beispiels ist es wahrscheinlich, dass die Kosten für den Behandlungsentscheid durchaus relevant sind. Zu beachten ist, dass die Psychotherapie jedoch auch anderen Regularien unterliegt, die nachfolgend noch dargestellt werden (vgl. Kapitel 4.3.2: Psychotherapeutische Behandlung).

Ein Behandlungsentscheid wird unter anderem auch notwendig, wenn Medikamente oder Behandlungen im Anschluss erfolgen sollen. Ein Beispiel ist in der Vergabe von Medikamenten zur HIV Therapie gefunden, welche durch den Amtsarzt auf Notwendigkeit überprüft werden (I2, Z. 153-155). In einem anderen Fall litt eine Frau an einer Skoliose und die Behandlung sollte durch eine Stützbandage erfolgen. Die Prüfung und Genehmigung dauerte insgesamt drei Monate. (I2, Z. 457-474)

Nicht nur durch verzögerte Behandlungen (I2, Z. 460-469), sondern auch durch fehlende Krankengeschichten und symptomatische Behandlungen sind Folgekosten möglich (I2, Z. 22-30). Dies gilt vor allem für den Zeitraum, bevor Analogleistungen gewährt werden und das Prinzip der Krankenbehandlungsscheine angewendet wird (I1, Z. 143-146). Allerdings wird die Forderung gestellt, dass vermeidbare Folgekosten auch vermieden werden müssen (I1, Z. 131-133). Beispielsweise zählt die Einnahme von Schmerzmitteln bei chronischen Rückenschmerzen als erfüllte Therapieform, obwohl diese medizinisch möglicherweise unzureichend ist (I1, Z. 133-137). Weiterführend wird eine Operation und der Bedarf eines künstlichen Hüftgelenks als Folgekosten definiert, wodurch eine Kostensteigerung erfolgt (I1, Z. 137f.). Präventive Strategien zur Kostenreduzierung sind noch nicht in allen Kommunen Praxis, sondern die zeitpunktabhängige Orientierung an tatsächlich zu entrichtenden Kosten (I1, Z. 139-143). Gesetzliche Änderungen wären diesbezüglich denkbar, wenn der „[...] Zweitstrom [...]“ unberechtigter Asylantragsteller wegfallen würde (I1, Z. 547-549).

4.3.2 Psychotherapeutische Behandlung

Trotz der Anzahl unberechtigter Asylantragsteller, ist ein Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung von Asylbewerbern erkennbar und unumstritten. Allerdings wird zwischen Flüchtlingen vom Balkan, deren Anteil ungefähr 50% ausmacht, und Flüchtlingen aus Kriegsgebieten, wie Syrien, Irak und Afghanistan, unterschieden (I1, Z. 346-351). Ein Schätzwert beziffert die Zahl auf ungefähr die Hälfte aller Flüchtlinge, die einen regelmäßigen Bedarf an psychotherapeutischer oder psychosozialer Betreuung haben (I2, Z. 321-324). Ein Bedarf ist vor allem bei Kriegsflüchtlingen der Normalfall, bspw. aus dem Irak oder Syrien (I1, Z. 447-449). Die Gründe werden mit zerbombten Häusern, Leichen auf den Straßen, Vergewaltigung und sexuellen Übergriffen angeführt (I1, Z. 450f.). Ein anderer Aspekt ist auf die Flucht über das Mittelmeer, im Zusammenhang mit möglichen Todesfällen oder Seenot, zurückzuführen (I1, Z. 456-460). Der Großteil der Asylbewerber hat solche Erfahrungen durchlaufen (I1, Z. 452f.). Neben den Fluchterfahrungen wirkt die Unterbringung in Lagern teilweise negativ und kann eine Traumatisierung bzw. einen Flashback auslösen (I2, Z. 324-336).

In Sachsen ist allerdings kein Trauma-Zentrum vorhanden, bzw. keine Finanzierung eines Trauma-Zentrums vorhanden (I1, Z. 354f.; I2, Z. 346-348). Die Modellversuche in Leipzig reichen für ein sachsenweites Angebot nicht aus und sind vor allem auf ehrenamtliche Strukturen angewiesen (I1, Z. 355-357; I2, Z. 247-255). Die Traumata Behandlung muss noch implementiert werden (I1, Z. 460-462), das Bewusstsein über einen Änderungsbedarf ist jedoch vorhanden (I1, Z. 462-464). Gefordert wird mindestens eine hauptamtliche Stelle zu schaffen und die Vernetzung mit Partnervereinen und Therapeuten zu gewährleisten (I2, Z. 470-473 & Z. 371-373). Offen bleibt, inwieweit ein Bedarf festgestellt wird (I2, Z. 430f.). Möglich ist, dass ein Arzt eine Fremd- oder Selbstgefährdung, als auch Hospitalisierungserscheinungen, feststellt und ein entsprechendes Attest ausstellt (I2, Z. 445-451). Werden diese Unterlagen vom Asylbewerber jedoch nicht eingereicht, kann kein Bedarf geltend gemacht werden (I2, Z. 435-439). Prinzipiell unterliegt die Feststellung des Therapiebedarfs einem Prüfverfahren, das von Seiten der Behörde eröffnet werden muss. Erst anschließend werden Atteste und Gutachten formuliert und der Bedarf eingeschätzt. Allerdings werden die Prüfverfahren oftmals nicht eingeleitet, weshalb ehrenamtliche Netzwerke punktuell Therapien anbieten. (vgl. I2, Z. 130-149; Z. 174-179; Z. 445-450)

Weitere Probleme sind in der strukturellen Organisation zu erkennen, weil Terminvereinbarungen, für eine Psychotherapie oftmals ein halbes Jahr und länger, im Voraus vereinbart werden müssen (I1, Z. 359-361). Zusätzlich ist der Anspruch auf Intimität an eine Therapie, unter Einbezug eines Dolmetschers, schwierig zu gewährleisten (I1, Z. 364-377), sodass der Bedarf an Muttersprachlern z. B. in Askari oder Farsi wächst (I1, Z. 361-363). Außerdem

ist die kulturelle Identität möglicherweise hinderlich, wenn Schwächen oder Probleme diskutiert werden müssen (I1, Z. 367-369). Dementsprechend ist das primäre Problem nicht die Finanzierung eines Trauma-Zentrums, sondern der Mangel an ausreichend qualifizierten Therapeuten mit langjährigen Erfahrungen, entsprechenden Fort- und Weiterbildungen, Auslandsaufenthalten und interkulturellen Kompetenzen (I1, Z. 464-476).

4.3.3 Unterschiede zur gesetzlichen Gesundheitsversorgung

Grundlegend gilt für die Gesundheitsversorgung, vor Anerkennung der Analogleistungen, das Notfallbehandlungsprinzip und die persönliche Beantragung von Krankenbehandlungsscheinen für anderweitige Leistungen. Die Krankenbehandlungsscheine stellen in Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern jedoch nur die bewilligte Kostenübernahme durch die Behörde, von anfallenden Behandlungskosten des Gesundheitsdienstleisters, dar (I1, Z. 393f.; I2, Z. 776f.). Für die zu bewilligende Behandlung ist die Stellungnahme des Amtsarztes erforderlich. Das heißt, dass die Behandlungsempfehlung des behandelnden Arztes einer Revision des Amtsarztes unterliegt. (I1, Z. 385-389) Alternative Medizinische Leistungen, aber auch präventive Leistungen (I2, Z. 1085-1095) z.B. Rückentraining werden nicht erstattet (I1, Z. 413-424), außer der Asylbewerber kann den Bedarf geltend machen und erhält einen entsprechenden Behandlungsschein, was jedoch unwahrscheinlich ist (I1, Z. 415-417). Ein weiterer Unterschied ist die Symptombehandlung und eingeschränkte Diagnostik, z.B. Röntgen, welche beantragt und bewilligt werden muss (I2, Z. 771-784). Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern unterliegt demnach unterschiedlichen Barrieren, die Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus bzw. die Gesundheitsdienstleistung haben können:

- Barriere bürokratischer Bewilligung → diese entspricht einer vorab Regulierung, indem die Hürde der Bürokratie überwunden werden muss. Der Asylbewerber muss demnach eigenständig entscheiden, ob das Unwohlsein stark genug ist, den bürokratischen Aufwand in Kauf zu nehmen. (I2, Z. 49-57)
- Barriere persönlicher Anwesenheit → Der Asylbewerber muss persönlich bei der Behörde erscheinen, um einen Krankenbehandlungsschein zu erhalten. Außerdem muss die Anfahrt zur Behörde eigenständig aufgenommen werden, wodurch im ländlichen Raum Probleme entstehen können. Abhängig von der Symptomatik der Erkrankung, kann diese Barriere eine hohe Hürde darstellen. (I2, Z. 50-52)
- Barriere der Verständigung → fehlende sprachliche Kompetenzen können beiderseitig den Behandlungserfolg beeinflussen. Sprachmittler oder Dolmetscher sind nicht im Leistungsumfang der Gesundheitsversorgung vorgesehen. (I2, Z. 57-61)

- Barriere behördlicher Erreichbarkeit → Die Krankenbehandlungsschein Ausgabe erfolgt in der zuständigen Behörde. Dementsprechend ist der Asylbewerber abhängig von den Behördenöffnungszeiten, z.B.: 10 Uhr bis 12 Uhr und 14 bis 16 Uhr, freitags einiger Orts geschlossen. (I2, Z. 68-71)
- Barriere von Wartezeiten → Die Wartezeit in einer Behörde, zur Krankenbehandlungsschein Ausgabe, kann bis zu zwei Stunden dauern. (I2, Z. 79-81)
- Barriere der Gültigkeit → Der Behandlungsschein ist entweder tageweise oder quartalsweise gültig. Kann ein Termin erst nach Ablauf des Krankenbehandlungsscheins wahrgenommen werden entfällt die Kostenerstattung, wodurch vorab ein erneuter Krankenbehandlungsschein ausgestellt werden muss. (I2, Z. 81-84)
- Barriere multipler Wege → Die Überweisung an einen Facharzt macht die erneute Ausstellung eines Krankenbehandlungsscheins notwendig. (I2, Z. 49-54)
- Barriere eingeschränkter Nachbehandlung → Nachbehandlungen oder Folgebehandlungen sind nur möglich, wenn ein gültiger Krankenbehandlungsschein vorgelegt wird. (I2, Z. 106-112)

In Sachsen gilt die erfolgreiche Trauma Therapie als das größte Problem, auch weil notwendige Ressourcen fehlen (I2, Z. 244-246). Die zusätzlichen Barrieren erfordern, dass der Asylbewerber bereit ist, diese Eigenständig zu überwinden (I2, Z. 435-449). Auch im Bereich der Notfallversorgung werden im Einzelfall Probleme deutlich. Ein angeführtes Beispiel verdeutlicht diese Aussage. Ein Asylbewerber wurde in einer Notaufnahme vorstellig, weil eine tiefe Schnittwunde am Arm klaffte. Die Behandlung wurde mit Hilfe einer Bandage abgeschlossen. Es wurde nicht in Erwägung gezogen die Wunde zu nähen. Eine Nachuntersuchung fand ebenfalls nicht statt. (I2, Z. 516-521) Ein Vergleich zu gesetzlich Versicherten Patienten, an einem frei gewählten Beispiel, zeigt die Unterschiede der Gesundheitsdienstleistung auf. Ein 2 mm großes Stück einer Fingerkuppe wurde durch einen Unfall, während der Essenszubereitung, amputiert. In der Notaufnahme wurde die Wunde gesäubert und verbunden. Anschließend wurde eine Überweisung an einen Wundtherapeuten ausgestellt und der Termin der Nachsorgeuntersuchung bestimmt. Zu beachten ist, dass die Notfallbehandlung von Asylbewerbern auch positive Beispiele aufzeigt. Im Fall eines Epileptikers wurde die Behandlung, nach einem Krampfanfall, im ansässigen Uniklinikum durchgeführt und der Patient medikamentös eingestellt (I2, Z. 498-505 & Z. 595-599).

Anhand der Ausführungen kann die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern, im Vergleich zur gesetzlichen Gesundheitsversorgung, als reaktiv und restriktiv bezeichnet werden. Reaktive Charakteristika sind durch die Notfallbehandlung und fehlende präventive Gesundheitsdienstleistungen gegeben. Restriktive Charakteristika umfassen die Barrieren der Gesundheitsversorgung, welche eigenständig überwunden werden müssen.

4.3.4 Steigende Asylantragsstellungen

Im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern müssen auch die quantitativ steigenden Asylantragsstellungen berücksichtigt werden. Dadurch ist es möglich die Strukturen der Gesundheitsversorgung zu bewerten, vor allem ob die bereitgestellten Ressourcen den derzeitigen Anforderungen entsprechen.

Die Zahl der Asylantragstellungen repräsentiert einen Notfall, welche seit dem Jugoslawienkrieg nicht mehr existent war (I1, Z. 175-177). Es könnten demnach bis zu einer Million Flüchtlinge, in der Bundesrepublik Deutschland, einen Antrag stellen (I2, Z. 177f.). Diese Anzahl führt zu offensichtlichen Missständen, welche verhindert werden müssen (I1, Z. 182f.). Die sinkende Qualität der Erstaufnahmeanamnese (I2, Z. 541-552), unerkannte Krankheiten (I2, Z. 568-570) und fehlende Unterbringungskonzepte haben einen Einfluss auf den Gesundheitsstatus von Asylbewerbern (I1, Z. 401f.; I2, Z. 968-978). Die anfänglich nicht gewährleistete Gesundheitsversorgung in der Zeltstadt Dresden (I1, Z. 184-186) ist auch durch eine Überforderung der zuständigen Behörden und Helfer verursacht worden (I1, Z. 186f.). In den Städten führt die hohe Fallzahl auch zu einer unzureichenden ärztlichen Versorgung (I2, Z. 205-210). Asylbewerber werden als Patienten abgelehnt, aufgrund von Sprachbarrieren, zu hoher Patientenzahl innerhalb einer Praxis oder auch wegen einer Kombination beider genannter Gründe (I2, Z. 210-212). Andererseits sind ebenfalls viele Ärzte vorhanden, die mehr Leistungen erbringen, als sie müssten (I2, Z. 212-216). An dieser Stelle muss die Bedeutung des Ehrenamts innerhalb der Gesundheitsversorgung zusätzlich herangezogen werden (vgl. 4.3.6 Bedeutung des Ehrenamts). Andererseits muss ein Argument gesondert bewertet werden und zwar, dass die steigende Anzahl von Asylbewerbern zu einer Mehrbelastung der Gesundheitsversorgung führt. Diese Aussage vernachlässigt den Aspekt der Unterbringung und setzt einen falschen Fokus (I2, Z. 979-988).

Die Unterbringung von Asylbewerbern hat einen indirekten Einfluss auf den Gesundheitsstatus (vgl. Bozorgmehr & Razum, 2015). Die Bedingungen der Erstaufnahme und Unterbringung unterliegen einer negativen Entwicklung, auch aufgrund von fehlenden Unterbringungskonzepten (I2, Z. 966-971). Die Unterbringung als solche ist auch ein Grund für auftretende Krankheiten und deren Verbreitung (I2, Z. 983f.). Dieses epidemiologische Risiko entsteht auch durch die hohe Anzahl von Asylbewerbern in Kombination mit nicht gewährleister Gesundheitsversorgung und schwierigen Bedingungen der Unterbringung (I1, Z. 160-164). Konzepte zur Unterbringung, bezüglich des derzeitigen Bedarfs, sind nicht existent und die Prognosen des BAMF, über die weitere Zuwanderung von Asylbewerbern, entsprechen nicht der Realität (I1, Z. 229-232). Dadurch müssen auch Kinder und Jugendliche in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht werden, obwohl dezentrale Unterbringungen

oder Familientrakte bevorzugt werden sollen (I1, Z. 201-210). Obwohl in der Zeltstadt Dresden epidemiologische Risiken vorhanden sind und aus präventiven Gründen, diese nach vier Wochen geschlossen werden müsste, erfolgt die Schließung frühestens im Oktober, weil die Unterkünfte gebraucht werden (I1, Z. 324-336).

Umgebaute Erstaufnahmeeinrichtungen haben vergleichsweise gute Standards zur Zeltstadt, wobei die Relation nicht die Aussage rechtfertigt, dass diese Standards ausreichen (I2, Z. 625-629). Einschränkungen persönlicher Grundbedürfnisse und Privatsphäre müssen durch Mehrbettenbelegung der Zimmer akzeptiert werden, wodurch auch ein höheres Konfliktpotenzial existent ist (I1, Z. 237-239; I2, Z.754-764). Zukünftig müssen Mängel, wie unzureichende sanitäre Anlagen oder unzureichende gesundheitliche Versorgung vermieden werden (I1, Z. 237-240). Abseits von Erstaufnahmeeinrichtungen sind positive Beispiele der Unterbringung vorhanden, vor allem durch private Aufnahmen Asylbewerbern in Wohnräumlichkeiten (I2, Z. 989-993). Patenschaften ermöglichen zusätzlich die soziale Betreuung von Asylbewerbern (I2, Z. 993-998).

Ein Mangel von Unterbringungskonzepten wird auch durch kurzfristigen Bedarf und Informationsfluss begründet (I1, Z. 253-256). Die Unterbringung ist demnach eine Reaktion auf einen akuten Bedarf, statt einer präventiven Strategie (I1, Z. 244f.). Die Zeltstadt in Dresden repräsentiert den „Worstcase“, aufgrund mangelnder Toiletten und sanitären Anlagen, unzureichenden Trinkwasseranschlüssen und langer Wartezeiten bei der Essensausgabe, von anfänglich sechs Stunden und später drei bis vier Stunden (I2, Z. 728-736). Das DRK bewertete die Situation durch eine Aussage, indem man sich auf die Aufrechterhaltung der Vitalfunktionen konzentrierte (I2, Z. 689-700). Um diesen Verhältnissen entgegen zu wirken sollten Qualitätsstandards formuliert werden, die neben dem Baurecht die Unterbringungsmöglichkeiten definieren, weil auch dieser geringe Anspruch an das Baurecht nicht immer eingehalten wird (I2, Z. 668-689). Nicht existente Konzepte zur medizinischen Versorgung und Unterbringung sollten demnach schnellst möglich erarbeitet werden, weil ansonsten gesundheitliche Beeinträchtigungen möglich sind (I2, Z. 968-974). Ein Vorschlag ist die Implementierung einer Clearing-Stelle in Erstaufnahmeeinrichtungen (I2, Z. 391-394). Neben dem gesundheitlichen Status soll demnach auch die Schutzbedürftigkeit besser erfasst werden, um Personen mit hohem Risiko (Kranke, Notleidende, Schwangere) zu erfassen und schneller aus einer Erstaufnahmeeinrichtung auszugliedern (I2, Z. 391-398). Ein zusätzlicher Antrag für ein mobiles Trauma-Zentrum wurde, durch europäische Fördermittel, bisher nicht bewilligt (I2, Z. 383-391).

4.3.5 Bedeutung des Ehrenamts

Gemäß den gesetzlichen Vorgaben sollte das Ehrenamt, in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, nicht von Nöten sein (I2, Z. 167-169). Aufgrund steigender Asylantragstellungen ist die Zivilgesellschaft jedoch gefordert (I1, Z. 871-884). Vor allem im sozialen Engagement, z.B. die Begleitung bei Arztterminen, ist das Ehrenamt derzeit unverzichtbar, weil hauptamtliche Stellen nicht ausreichend vorhanden sind (I2, Z. 192-202) und auch subsidiäre Organisationen unter professioneller Koordination auf das Ehrenamt angewiesen sind (I1, Z. 291-315). Ohne die ehrenamtliche Begleitung zu Arztterminen kann eine patriarchalische Abhängigkeit entstehen, die in Sprachbarrieren und Unverständnis begründet ist (I2, Z. 202-205). Trotz der spürbaren Entwicklung darf das Ehrenamt nicht das Hauptamt ersetzen (I2, Z. 281-288) und die Gesundheitsversorgung nicht durch das Ehrenamt gewährleistet werden (I1, Z. 288f.).

Aus humanitärer Sicht ist jedoch die derzeitige ehrenamtliche Arbeit, z.B. im Bereich Psychotherapie durch Mosaik e.V. und Cactus e.V. in Leipzig und in der Gesundheitsversorgung durch Medinetz e.V., von sehr hoher Bedeutung (I2, Z. 171-188). Neben diesen Organisationen arbeiten auch viele andere Ärzte, Therapeuten oder andere Privatpersonen ehrenamtlich und sichern dadurch die Betreuung und Versorgung von Asylbewerbern (z.B. I2, Z. 212-216; Z. 989-998; Z. 1009-1012). Wünschenswert wäre ein Kommunikationsprozess zwischen Ehrenamt und Hauptamt, der nicht nur die Aufforderung zur Hilfsbereitschaft beinhaltet, sondern auch die Teilhabe am Prozess vorsieht (I2, Z. 739-751) und die höhere Bedeutung des Ehrenamts durch eine Diskussion auf Augenhöhe würdigt und ermöglicht (I2, 281-283).

4.3.6 Lösungsoptionen

Die vorliegenden Probleme der Gesundheitsversorgung, unter Berücksichtigung ansteigender Asylanträge, bilden die Diskussionsgrundlage alternativer Optionen zur aktuellen Struktur. Grundlegend wird die Forderung nach einer bundeseinheitlichen Lösung gestellt, da landkreisabhängige, divergierende Praktiken zu Chaos führen (I1, Z. 584-587). Darunter fällt auch die Umsetzung oder begrenzte Umsetzung des Bremer Modells, indem eine Chipkarte mit begrenztem Leistungsanspruch, aber Wahlfreiheit der Krankenversicherung, eingeführt wird (I1, Z. 588-602 & Z. 636-638). Die Gesundheitskarte gilt als Instrument der finanziellen Abdeckung (I2, Z. 952-954) und ist unter dem gewährleisteten Aspekt der Kostenersparnis (I1, Z. 557f. & Z. 562f.; I2, Z. 788-790) prinzipiell erwünscht (I1, Z. 556-558 & Z. 562f.). Die Kostenersparnis ist vor allem durch Personalkostenersparnis möglich (I1, Z. 562f. & Z. 606-610). In Bremen und Hamburg wird dieses Modell bereits angewendet (I1, Z. 571f.) und Pilotprojekte sollen in Leipzig, Chemnitz, Zwickau (I1, Z. 572f. & Z. 634f.) und

Dresden umgesetzt werden (I1, Z. 572f.; I2, Z. 32-37). Die Modellversuche sollen Erfahrungen sammeln ob Geld- und Personaleinsparungen möglich sind (I1, Z. 581-583), wobei Erfahrungen bereits über den Bremer Flüchtlingsrat erhältlich sind (I2, Z. 813-817).

Eine generalisierte, transformierte Aussage ist für Sachsen derzeit nicht möglich (I2, Z. 804f. & Z. 813-817). Ein quantitativer Anstieg der Inanspruchnahme von Gesundheitsdienstleistungen, bei Einführung einer Gesundheitskarte, wird allerdings nur geringfügig erwartet, weil Ärzte nicht ohne Grund aufgesucht werden (I2, Z. 806-823). Möglich wäre auch die Abnahme des Behandlungsbedarfs (I2, Z. 823-828) und anfallender Kosten, sowie der Wegfall von eklatanten Behandlungsunterschieden und Barrieren (I2, Z. 784-798 & Z. 828-831). Die Umstellung von der Krankenscheinbehandlungspraxis zur Gesundheitskarte ist vorerst kostenverursachend, weil beide Systeme vorläufig parallel durchgeführt werden müssen, allerdings steht dem ein längerfristiger Anreiz der Kostenersparnis gegenüber (I2, Z. 853-866). Präventiv muss jedoch ein technisches Problem gelöst werden, weil in Sachsen nicht gleichzeitig eine Chipkarte mit vollem Umfang der Gesundheitsversorgung und eine Chipkarte mit begrenztem Umfang der Gesundheitsversorgung im Umlauf sein kann (I1, Z. 638-642).

Bei vollem Leistungsbezug für Asylbewerber wird jedoch eine „[...] Kostenexplosion [...]“ vermutet (I1, Z. 644-647), weshalb die beschränkten Leistungen erhalten bleiben sollen (I1, Z. 558-561). Diese Aussage entspricht jedoch nicht den bisherigen Erfahrungen (I2, Z. 869-872) und auch nicht aktuellen Studien (Bozorgmehr & Razum, 2015). Zusätzlich wird gefordert, dass Staatenlose ebenfalls Zugang zu den Leistungen erhalten (I2, Z. 932-936). Langfristig werden jedoch kaum Veränderungen vermutet (I2, Z. 1111-1114). Auch wegen Verständnisschwierigkeiten, ist eine strukturelle Veränderung notwendig, welche jedoch einer politischen Entscheidung unterliegt (I2, Z. 1041-1052).

Die Lösungsoptionen unterliegen unterschiedlichen Forderungen oder beinhalten eine Forderung, welche zusammengefasst formuliert werden können:

- Priorität sollte die Umsetzbarkeit haben, ohne populistische Diskussionen voranzutreiben. Dazu müssen die Fragen nach Finanzierung, Personal, Strukturen und Besonderheiten im ländlichen Raum geklärt werden und Lösungen angeboten werden. (I1, Z. 681-688)
- Asylsuchende und deutsche Staatsbürger sollten annähernd gleich behandelt werden und somit der Grundgedanke des Artikels 1 und 3 Grundgesetz gewährleistet werden (I2, Z. 936-947)
- Die Leistungen der Gesundheitsversorgung sollen ausgebaut werden und über die Grundleistungen und Notfallbehandlung hinausgehen (I2, Z. 1106-1113).

- Das System der Krankenbehandlungsscheine soll abgeschafft werden (I2, Z. 848f.).
- Um Krankheitsbildern und schlechteren Versorgungsbedingungen entgegenzuwirken sollte in den infrastrukturellen Ausbau investiert werden (I2, Z. 1052-1059).
- Die Restriktion der Asylpolitik sollte möglichst aufgehoben werden (I2, Z. 837f.).
- Es sollte eine öffentliche Sensibilisierung der Situation von Asylsuchenden stattfinden, welche auch die Asylsuchenden in den Mittelpunkt stellt (I2, Z. 872-879 & Z. 904-911).
- Alltägliche Probleme von Asylsuchenden sollten thematisiert werden (I2, Z. 843-849).
- Die Implementierung von Clearing-Stellen sollte vorangetrieben werden (I2, Z. 336-344).
- Die Trauma Behandlung in Sachsen sollte institutionalisiert werden (I2, Z. 252-254 & Z. 414-420).
- Problematische Unterbringungen müssen im Vorfeld verhindert werden (2, Z. 743-754).
- Mehr Dolmetscher und Sprachmittler sollen bereitgestellt werden, auch um patriarchalische Abhängigkeiten zu vermeiden (I2, Z. 949-958).
- Lösungen sollten in Kommunikation und Zusammenarbeit von staatlichen Stellen und langjährig aktiven Hilfsstellen und Beratungsstellen gefunden werden, sodass eine kooperative Experten Lösung gefunden werden kann. Dazu zählen auch Ehrenamtliche und Unikliniken bzw. Universitäten. (I2, Z. 911-921)

4.3.7 Nomenklatur

Die Interviewpartner sind aus zwei unterschiedlichen Expertenkreisen. Die Analyse und Darstellung der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern ist dementsprechend auch differenziert. Auffällig ist die unterschiedliche Syntax und Nomenklatur. In I1 werden die offiziellen Bezeichnungen Asylbewerber und Flüchtling verwendet, wohingegen in I2 fast ausschließlich Asylsuchende beschrieben werden. Die unterschiedliche Nomenklatur lässt die Interpretation zu, dass divergierende Sichtweisen auf die Gesamtproblematik der Asylpolitik vorhanden sind. Die Verwendung „Suchender“ impliziert in der Verwendung eine Abhängigkeit und in Kombination mit „Asyl“ die Abhängigkeit und Suche nach Schutz. Die offizielle Bezeichnung Asylbewerber hingegen korreliert im Sprachgebrauch mit der allgemeinen „Bewerber“ Situation. Also einer Bewerbung oder auch Anfrage auf eine offene Stelle, deren

Inanspruchnahme abhängig von der Entscheidung des Gewährenden ist. Auch in den Äußerungen nimmt der Interviewpartner in I1 eine distanzierte Haltung ein, wohingegen der Interviewpartner in I2 aus einer humanitäreren Sicht argumentiert.

Obwohl sowohl Sprachgebrauch als auch Argumentationsaufbau bzw. Erzählstruktur unterschiedlich sind, sind viele parallele Inhalte und Forderungen zu erkennen. Auch Missstände werden in ähnlicher Art und Weise dargestellt und bewertet. Zusätzlich ist eine Vielzahl der Forderungen, Analysen und Intentionen deckungsgleich oder ähnlich. Möglicherweise ist die Forderung nach einem Kommunikationsprozess realistisch, insofern die Diskussion auf Sachverhalten basiert und eine gegenseitige Akzeptanz vorhanden ist. Dementsprechend ist es versuchsweise sinnvoll, ein sachsenweites Gremium zu bilden, das in asylpolitischen Fragen miteinander diskutiert und ehrenamtliche und hauptamtliche Stellen miteinander vernetzt. Ob der Austausch zielführende Strategien und Positionen hervorbringen kann, ist nicht bewertbar. Allerdings kann ein interdisziplinäres Gremium den Asylbewerber als solchen in den Mittelpunkt der Diskussion stellen und Erfahrungen, Chancen und Probleme austauschen, wodurch letztendlich die Asylbewerber nur profitieren können.

5 Diskussion

Die erzielten Ergebnisse müssen hinsichtlich der methodischen Intention und dem tatsächlich erzielten Ergebnis bewertet werden. Dadurch wird offensichtlich, inwieweit die Datengrundlage nutzbar ist. Die Diskussion verfolgt den Ansatz die Forschungsfrage zu beantworten und relevante methodische Inhalte zu erörtern. Die dargestellten Aspekte methodischen Vorgehens repräsentieren primär abgeänderte oder eigenständig konzeptionierte Vorgehensweisen. Dadurch werden die Auswirkungen auf die empirische Datenerhebung transparent, wodurch die Methode auch auf die sinnhafte Konzeption überprüft werden kann.

5.1 Forschungsergebnis

Das Forschungsergebnis muss in Bezug auf die Forschungsfrage „Wie wird die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen gewährleistet?“ formuliert werden.

Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern unterliegt einer eigenen Struktur, die durch beschränkte Leistungen und bürokratische Aufwendungen charakterisiert ist. Abseits der vorgesehenen Struktur, wächst die Bedeutung ehrenamtlicher Dienstleistungen und Angebote. Aus der Datengrundlage ist allerdings übereinstimmend zu erkennen, dass die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern nicht durch ehrenamtliche Arbeit gewährleistet werden sollte. Dem Ehrenamt sollte lediglich eine unterstützende Funktion zugesprochen werden. Offensichtlich entspricht die derzeitige Situation nicht der theoretischen Forderung.

Weitere Probleme der Asylgesetzgebung stehen in indirektem Verhältnis zur Gesundheitsversorgung. Mit Rückbezug auf Borzorgmehr & Razum (2015) existieren indirekte Einflussfaktoren auf den Gesundheitsstatus, z. B. die Form der Unterbringung. In diesem Zusammenhang sind in Sachsen Probleme bekannt, die vor allem auf einen Mangel an Wohnraum zurückzuführen sind. Aus diesem Grund sind provisorische Erstaufnahmeeinrichtungen wie die Zeltstadt Dresden errichtet worden, welche große Mängel aufwies. Dazu zählt auch ein anfänglicher Mangel an sanitären Anlagen und unzureichender Erstaufnahmeanamnesen. Lediglich durch das ehrenamtliche Engagement der Zivilgesellschaft und durch Hilfsorganisationen konnte die Unterbringung und Gesundheitsversorgung, zumindest auf einem niedrigen Niveau, sichergestellt werden. Trotz dessen sind epidemiologische Risikofaktoren vorhanden gewesen, die kurzfristig nicht beseitigt werden konnten.

Die ursprüngliche Intention, in der Formulierung der Forschungsfrage, ist der neutrale Wertmaßstab „gewährleistet“. Anhand der Ergebnisse ist festzustellen, dass die eingeschränkten Leistungen nicht ausreichend zur Verfügung gestellt werden. Als Grund wird unter anderem der quantitative Anstieg der Asylantragstellungen angeführt. Allerdings muss eine

staatlich organisierte Gesundheitsversorgung sicherstellen, dass die bereitgestellten Ressourcen den tatsächlichen Anforderungen genügen. Das heißt, dass ausreichend Strukturen und Konzepte vorhanden sein müssen, um den Bedarf an gesundheitsdienlichen Maßnahmen zu decken. Aufgrund einer Vielzahl von dargestellten Problemen, muss festgestellt werden, dass diese Anforderung nicht erfüllt wird. Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern wird demnach nur unzureichend gewährleistet.

Die dargestellten Ergebnisse bieten eine Vielzahl von praxisrelevanten Forschungsansätzen und verdeutlichen, dass bereits notwendige Konzepte noch erarbeitet werden müssen. Außerdem ist es erforderlich, dass die Auswirkungen des Asylgesetzes auf die Neustrukturierung der Gesundheitsdienstleistung in Erstaufnahmeeinrichtungen erfasst werden. Insbesondere die Möglichkeit, dass Asylbewerber mit entsprechender Qualifikation unterstützende, pflegerische und medizinische Tätigkeiten ausführen dürfen, birgt neue Forschungsansätze und erfordert gleichzeitig eine intensive Auseinandersetzung des Gesundheits- und Pflegemanagements mit der Gesetzgebung. Die Aufgabe besteht einerseits in der praktischen Anwendung des Gesetzes und andererseits in der Evaluation von zukünftigen Maßnahmen, um die gesetzlich geschaffene Perspektive bestmöglich nutzen zu können. Die Asylpolitik ist demnach ein Themenfeld, das auch in den Gesundheits- und Pflegewissenschaften behandelt werden muss.

5.2 Unterstützende Organisationen

Nachfolgend werden die methodischen Ansätze der empirischen Datenerhebung diskutiert. Dazu zählt grundlegend die Unterstützerwerbung, welche positiven Einfluss auf die Reputation haben sollte. Die Unterstützung der Aktion Zivilcourage verbesserte die zu erwartenden Möglichkeiten und Chancen des Zugangs zum Forschungsfeld. Überlegungen, ob gleichzeitig eine Einschränkung durch die Unterstützung bestehen könnte, wurden getätigt. Diese konnten jedoch begründet verworfen werden. Die gesteigerte Reputation durch unterstützende Organisationen ist wichtiger zu erachten, als die einfache Anfrage beschränkt auf den Studentenstatus. Außerdem kann keine begründete These benannt werden, die vermuten lässt, dass die Unterstützung der Aktion Zivilcourage zu einer politisch motivierten Absage führt. Insbesondere der Einsatz zur Demokratieförderung und gegen rassistisches Gedankengut ließ die Vermutung zu, dass mehr positive als negative Effekte, durch die Unterstützung des Forschungsprojekts, entstehen würden.

Aufgrund von verschiedenen Umständen konnte die finanzielle Förderung nur anteilig, durch Mentor e.V., erfolgen. Die kalkulierten finanziellen Aufwendungen mussten aufgrund ausbleibender Deckung, im Vergleich zum Kostenplan, aus privaten Mitteln beglichen wer-

den. Die Begrenzung des Privatvermögens, aus Gründen der Studienfinanzierung über öffentliche Gelder, stellte gleichzeitig eine potenzielle Einschränkung des Forschungsvorhabens dar.

5.3 Vergleichbarkeit der Daten

Grundsatz des methodischen Forschungskonzepts ist die Verwendung der GROUNDED THEORY unter zu Hilfenahme von MIXED METHODS, die in der Anwendung des Interviewleitfadens und des soziografischen Bogens umgesetzt sind. Das quantitative Erhebungsinstrument soziografischer Bogen wurde als ergänzendes Erhebungsinstrument konzipiert, um mögliche beeinflussende Faktoren der Ergebnisse anzeigen zu können. Der methodische Ansatz der Hierarchisierung von Ergebnissen und Erhebungsinstrumenten, anhand der Datengüte, folgt diesem Konzept. Die Hierarchisierung wird auch mit Einsatz des Fragenkatalogs notwendig. Die Erhebung ist jedoch dahingehend nicht erweitert worden, weshalb die Vergleichbarkeit der Datengrundlage uneingeschränkt gegeben ist. Der Einsatz beider Erhebungsinstrumente wird dennoch diskutiert, um die Intention ausreichend darzustellen.

Die Abwandlung des Interviewleitfadens in das statische Erhebungsinstrument Fragenkatalog hätte Auswirkungen auf die Vergleichbarkeit der Ergebnisse gehabt. Die methodische Hierarchisierung in Primär- und Sekundärergebnisse erscheint zwingend notwendig, um einschränkende Faktoren der Datenerhebung und der Güte der Daten gerecht zu werden. Berechtigte Kritik ist in der Qualität des Erhebungsinstruments und Veränderung methodischen Vorgehens zu finden. Die Intention des Forschungsprojektes resultierte aus der Antwort auf die Forschungsfrage, unter Einbezug aller relevanten Personen, Organisationen und Institutionen der Experten- und Betroffenenengruppe.

Die schriftliche Stellungnahme betrifft eine Expertengruppe, die im ursprünglichen Forschungskonzept bereits benannt wurde. Einschränkende Faktoren des Feldzugangs führten zur Ablehnung der Interviewführung und des persönlichen Kontakts. Auch untergeordnete Personen, Organisation und Institutionen lehnten die Interviewteilnahme ab und verwiesen gleichzeitig auf eine generelle Informationsverweigerung. Dadurch wurde eine grundsätzliche Frage aufgeworfen, ob auf mögliche Ergebnisse einer Expertengruppe verzichtet werden sollte, weil das primäre Erhebungsinstrument die empirische Datenerhebung ausschloss. Das Angebot einer schriftlichen Stellungnahme wurde zusätzlich nicht vom Forscher getätigt, sondern durch die Expertengruppe benannt. Auch auf Nachfrage wurde keine alternative Lösung angeboten, obwohl die methodischen Probleme dargelegt wurde. Dadurch entstand eine paradoxe Situation der empirischen Datengewinnung. Die

Auslassung der Datengewinnung, durch ein abgeändertes Erhebungsinstrument, hätte negative Auswirkungen auf die Reliabilität, Validität und abschließende Generalisierbarkeit der Ergebnisse gehabt, wohingegen die Annahme dieser Daten Auswirkungen auf die methodische Konzeptionierung und das einheitliche Vorgehen gehabt hätte.

Im Entscheidungsfindungsprozess wurden die Grundsätze wissenschaftlichen Vorgehens, aber auch wissenschaftlicher Ziele einander gegenübergestellt. Das grundlegende Prinzip und die Intention der Untersuchung war die realistische Abbildung des zu gewährleistenden Gesundheitsversorgungsprozesses. In der Literatur sind multiple Quellen zu finden, die die Anforderungen an wissenschaftliche Untersuchungen als Generalisierbarkeit der Ergebnisse formulieren. Diese übergeordnete Zielsetzung gilt ebenfalls für sozialwissenschaftliche Forschungsarbeiten, die unterschiedlichen Repräsentationen der Generalisierbarkeit unterliegen, welche die Qualität und Güte der Generalisierbarkeit beeinflussen. (Mayring, 2007) Erwähnenswert ist in diesem Zusammenhang jedoch, dass die Generalisierbarkeit in Expertenkreisen allgemein umstritten ist. Die Kritik basiert vor allem auf der Tatsache, dass soziale Prozesse und Strukturen, so auch im Fall der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern, verschiedenen Einflüssen unterliegen. Der Hauptgrund eingeschränkter Generalisierbarkeit liegt in der dynamischen Wechselwirkung sozialer Strukturen und Prozesse, wodurch Phänomenologische Kontexte auftreten können, denen beabsichtigt oder unbeabsichtigt ein zu hohes Maß an Aufmerksamkeit und Bedeutung zugeschrieben wird. In Anlehnung an die generelle Diskussion stehen konstruktivistische und kritisch-rationalistische Überzeugungen einander gegenüber, deren Kritik in der Generalisierbarkeit qualitativer Forschung mündet. In diesem Zusammenhang wird der Lösungsansatz, der Abhängigkeit von Abstraktionen, generalisierter Zusammenhänge verfolgt. (Mayring, 2007)

Die Abänderung in einen Fragenkatalog, für die schriftliche Stellungnahme, stellt letztendlich einen notwendigen Lösungsansatz zur Datengewinnung dar. Die Hierarchisierung der Ergebnisse schränkt die Generalisierbarkeit der Ergebnisse nicht ein, sondern begünstigt diese. Des Weiteren wird die Qualität der qualitativen Untersuchung nicht eingeschränkt. Aus zeitlichen Gründen und Beschränkungen ist der Fragenkatalog allerdings nicht zum Einsatz gekommen. In Bezug auf die vorliegende Untersuchung können öffentliche Diskussionen, mediale Berichterstattung, politische Entscheidungen und gesellschaftliche Konflikte einen hohen Einfluss auf die Forschungsergebnisse haben. Eine vergleichende Untersuchung zu einem Zeitpunkt öffentlichen Desinteresses oder geringerer Problematisierung der Flüchtlingspolitik ist anzustreben, um mögliche Einflussfaktoren identifizieren zu können. Im vorliegenden Forschungskonzept ist der Ausschluss solcher Faktoren nicht möglich.

Zusätzlich muss die Überlegung stattfinden ob das Erhebungsinstrument ausreichend evaluiert wurde und ob die Recherche, zu Anfang des Forschungsprojektes, genügend Material lieferte um den Interviewleitfaden zu formulieren. Es ist festzustellen, dass die Recherche die allgemeinen Gesetzgebungen und Prozesse der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern umfasste. Vor allem nicht geklärte oder eindeutige Praktiken führten zu einer Fragestellung. Der Gesamtpool von Fragen wurde auf die Relevanz für die Gesundheitsversorgung überprüft. In Bezug auf die Forschungsfrage waren dementsprechend valide Ergebnisse zu erwarten. Es gilt zu beachten, dass einige Rechercheergebnisse allgemeingültige Praktiken implizierten. Dieser Eindruck musste jedoch kritisch begutachtet werden, vor allem weil die Unterbringung und Gesundheitsversorgung im Aufgabengebiet der Bundesländer liegt. Eine gemeinsame standardisierte Konsensregelung aller Bundesländer, trotz Eigenverantwortung der Unterbringung, erschien unwahrscheinlich. In diesem Fall wäre eine Regelung durch den Bund plausibel, welche durch die Rechercheergebnisse jedoch ausgeschlossen werden konnte. Weil die angewandte Praxis im Freistaat Sachsen nicht eindeutig identifiziert werden konnte, unterliegt das Erhebungsinstrument begründeten Fragen und Interessen. Dementsprechend ist der Interviewleitfaden, in Bezug auf das Forschungsinteresse, aus fundierten Ergebnissen und unklaren Sachverhalten entstanden.

Die Datengrundlage, des primären Erhebungsinstruments Interviewleitfaden, ist in der ursprünglichen Form vergleichbar. Die Weiterentwicklung, unter Verwendung der Kategorie Zufallserkenntnisse, ist für den explorativen Prozess förderlich. Einzelergebnisse konnten teilweise im zweiten Interview evaluiert werden. Offensichtlich ist, dass diese Überprüfung nicht in der gesamten Stichprobe vorgenommen werden kann und abhängig vom Fortschritt des Forschungsprojekts ist. Das bedeutet, dass eine Zufallserkenntnis im zweiten Interview nicht widersprochen werden kann. Allerdings ist dieser Umstand charakteristisch für die qualitative Datenerhebung und durch die Methodik der Datensättigung gelöst.

5.4 Validität der Ergebnisse

Öffentlich ist das Thema Flüchtlinge und Asylbewerber spürbar wahrnehmbar und prägt die Berichterstattung der Medien. In diesem Zusammenhang werden Neologismen gebildet, so zum Beispiel der Begriff FLÜCHTLINGSKRISE. Dieser Begriff ist mittlerweile im Sprachgebrauch geläufig und als Gesamtbezeichnung für diverse Themenschwerpunkte synonym. Vor allem die Verwendung und Wortherkunft von ‚Krise‘, impliziert eine negative Auffassung der Thematik und betont gleichermaßen die Priorität und Bedeutung derer. In diesem Zusammenhang sind tägliche Veränderungen der Gesetzeslage und Berichterstattungen über die Asylthematik zu erwarten. Gleichzeitig steigt damit der Anspruch an eine wissenschaftliche Auseinandersetzung und Quellenrecherche. Konkret bedeutet dies: die ständige

Evaluation von Ergebnissen und Aussagen, vor allem im Bezug zu theoretischen Ergebnissen und publizierten Artikeln.

Sowohl die standardisierte Literaturrecherche als auch die Verwendung von Standardwerken ist in diesem Zusammenhang nur begrenzt valide. Die tagesaktuelle Debatte und stetige Veränderung kann ebenfalls als Entwicklung bezeichnet werden. Eben jene Entwicklung ist durch die Priorität der Thematik beschleunigt wahrzunehmen. Das heißt, dass eine Quelle innerhalb kürzester Zeit ungültig sein kann oder in Teilinhalten falsche Aussagen trifft. Oftmals gilt die Dauer einer empirischen Erhebung als eines von vielen Gütekriterien für Validität und Reliabilität der Studie. Für die Auseinandersetzung mit asylopolitischen Vorgängen, zum Zeitpunkt stetiger Veränderungen und neuer Anforderungen, ist die Validität und Repräsentativität differenziert zu bewerten. Vielmehr gilt es die Inhalte einer Quelle auf Ihre Aussagen hin zu überprüfen und abzuschätzen, inwieweit diese andauernde Gültigkeit erfahren.

Ein Beispiel ist die Untersuchung von Gäbel (2006). Deren Hauptergebnis ist die die PTBS Prävalenzrate von 40% bei Asylbewerbern in der Bundesrepublik Deutschland. Allerdings kann nicht davon ausgegangen werden, dass dieser Wert aktuell noch gültig ist. Die Gründe liegen in der veränderten Zusammensetzung der Gesamtgruppe Asylbewerber in Deutschland. Wichtige Faktoren wie Fluchterfahrungen, Kriegszustände, Ethnie, Kultur, Gesamtzahl und auch Unterbringung und Versorgung in der Bundesrepublik sind verändert, wodurch die Gültigkeit des Wertes aktuell angezweifelt werden darf. Allerdings kann dieser Wert als Richtwert bewertet werden, vor dessen Hintergrund Veränderungen der Asylpolitik diskutiert werden können. Gleichzeitig impliziert dies spekulative Ansätze und Prognosen deren Basis nicht gänzlich gesichert ist. Wiederum kann nicht abgeleitet, welche Veränderung der Prävalenzrate angenommen werden kann. Sowohl ein höherer, als auch niedrigerer Wert ist möglich.

Dieses entstehende Problem, der Validität von wissenschaftlichen Quellen und retrospektiver Bewertung, berechtigt die Verwendung von zusätzlichen Informationen. Dazu zählen auch nicht sozialwissenschaftlich fundierte Quellen, wie Medieninformationen und Berichterstattungen welche lediglich einen Informationscharakter aufweisen oder auch Artikel in Fachzeitschriften, die auf eine Änderung hinweisen. Ein Beispiel ist die Studie zur restriktiven Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern (Bozorgmehr & Razum, 2015). Zu Beginn der Studie werden geltende Rechte und Vorgaben der Gesundheitsversorgung erörtert, darunter auch die „waiting time“ (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 4). Der abschließende Kontext der Einleitung zum Aspekt der Wartezeit lautet:

„The “waiting time“ to regular acces to health care (and to other welfare benefits) has been subject to several restrictive amendments since 1993 [2,3]: the first amendment (1 June 1997) prolonged the “waiting time“ from 12 to 36 months, a second amendment (28 August 2007) to 48 months.“ (Bozorgmehr & Razum, 2015, S. 4)

Diese Aussage ist mittlerweile nicht mehr gültig, weil die angesprochene Wartezeit auf 15 Monate heruntergesetzt ist. Diese Änderung wurde zum 01. März 2015 vollzogen und im Juni 2015 von Bühring (2015) benannt. (Bühring, 2015) Die Abgabe der Studie von Bozorgmehr & Razum (2015) erfolgte am 06. März 2015. Allerdings ist der der Untersuchungszeitraum lediglich auf 1993 bis 2013 einzuschränken. Die Gesetzesänderung vom 01. März 2015 ist demnach nicht relevant für die Untersuchungsergebnisse. Relevanz erfährt die Gesetzesänderung in der aktuellen Untersuchung, der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen. Der Rückgriff auf Standardliteratur bzw. Studien zur Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern, ist demnach unzureichend.

Dieselbe Argumentationskette gilt jedoch auch für die Ergebnisse dieses Forschungsprojekts. Am 23.10.2015 wurde eine Reform der Asylpolitik beschlossen und im Bundesanzeiger veröffentlicht (Bundesregierung, 2015). Das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz liegt demnach nicht der Datenerhebung zugrunde. Im Kapitel 2.3 sind die expliziten Veränderungen, in Bezug auf die Gesundheitsversorgung, dargestellt und kommentiert. Welche Auswirkungen entstehen, kann nicht nachgewiesen werden. Außerdem sind indirekte Faktoren auf den Gesundheitsstatus in der Datenerhebung nicht berücksichtigt worden, so zum Beispiel die verlängerte Residenzpflicht in Erstaufnahmeeinrichtungen. Allerdings können die Ergebnisse des Forschungsprojekts Hinweise auf die Wirkung des Gesetzes geben. Die tatsächlichen Auswirkungen müssen in einem anderen Forschungsprojekt evaluiert werden, nachdem die veränderte Gesetzgebung angewendet worden ist. Der Aktualitätsbezug und das Problem der Generalisierung müssen dem Rezipienten bewusst sein. Der Abbruch der Informationsbeschaffung ist Ende September vorgenommen worden. Das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz ist allerdings vor Beschluss durch Bundesrat und Bundestag erörtert worden. Der Verweis auf die Annahme des Gesetzes ist nachträglich eingefügt. Aufgrund geltender Abgabefristen kann das Forschungsprojekt diese Änderung nicht weiter einbeziehen und es kann lediglich ein Verweis auf die veränderte Gesetzeslage getätigt werden.

Diese Beispiele legitimieren die in dieser Arbeit angewendete Recherchemethode, welche aus einer narrativen Literaturrecherche und internetbasierten Informationsrecherche zusammengesetzt ist. Auch wenn eine Information keine wissenschaftliche Aussage ist, so muss der Inhalt als solcher auf Korrelation zu wissenschaftlichen Aussagen hin überprüft

werden. Gegebenenfalls werden dadurch auch Einschränkungen der Gültigkeit und Generalisierbarkeit offensichtlich, welche wiederum den wissenschaftlichen Erkenntnisgewinn beeinflussen. Die Methodik der Internetrecherche gewinnt dadurch zunehmend an Bedeutung. Diesbezüglich muss die Validität der Information, welche der Berichterstattung entnommen wurde, individuell bewertet werden. Diese Aufgabe stellt den Forschenden vor eine Herausforderung. Als Orientierung zur Validitäts- und Reliabilitätsbewertung kann die Reputation entsprechender Medien dienen. Zusätzlich muss die Information auf die Validität der Quelle hin überprüft werden und eine gesicherte Information von einer spekulativen Aussage differenziert werden. Weitere Aspekte beinhalten auch die journalistische Methodik der Informationsgenerierung.

Einzelfallinterviews beinhalten selten positive Beispiele für kontrovers diskutierte Themen. In Bezug auf Lobenstein (2015) wird dieser Aspekt offensichtlich. Als Beispiel wird ein Kleinkind gewählt, dessen Symptome und verzögerte Behandlung fast zum Tod geführt haben. Ursächlich für die späte Behandlung ist die gängige Praxis der Krankenbehandlungsscheine, welche von der zuständigen Behörde ausgestellt werden. Des Weiteren ist der Notfall der Behandlung nicht anerkannt worden. (Lobenstein, 2015) Die Bedeutung des Einzelfalls, für die Gesamtsituation der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern, muss abgewogen werden. Der Einfluss ist außerdem für Generalisierung der Ergebnisse von Bedeutung. Dieser Artikel zeigt lediglich, dass die Gesundheitsdienstleistungserbringung im Einzelfall problematisch sein kann. Die Aussage darf aber nicht lauten, dass die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern nicht gewährleistet wird. Die Bedeutung des Einzelfalls kann jedoch zu einer Bewertung der Praxis führen, indem alternative Lösungen angeboten werden, unter deren Umständen der Einzelfall nicht vorkommen kann. Als Beispiel ist die Gesundheitskarte für Asylbewerber zu nennen und damit ein erleichterter Zugang zu gesundheitsdienlichen Leistungen.

Die empirisch generierten Ergebnisse haben keinen Anspruch auf eine objektive Darstellung. Die Subjektivität ist durch die Datenanalyse und Interpretation der Daten gegeben und repräsentiert dementsprechend den problematischen Generalisierungsansatz. Der Vergleich der Daten unterliegt des Weiteren unterschiedlichen Restriktionen. In I1 ist das Interview nach ungefähr 45 Minuten beendet worden. Zum einen führten unvorhergesehene Ereignisse zu einem verspäteten Interviewbeginn, zum anderen hat ein Anschlusstermin das Interview zeitlich begrenzt. Es ist möglich, dass der Interviewpartner diese zeitliche Einschränkung in seinen Antworten kalkuliert hat. Konträr ist I2 ohne zeitliche Restriktionen durchgeführt worden und dementsprechend länger. Trotz dieses Unterschieds sind parallele Aussagen zu erkennen und die thematischen Schwerpunkte korrelieren. I2 ist allerdings

von der Ausführlichkeit und der Anzahl von Beispielen höher einzuschätzen als I1. Dieser Unterschied kann durchaus durch die zeitliche Restriktion entstehen.

Die Zuhilfenahme des soziografischen Bogens zeigt jedoch auch, dass I2 mehrere, direkte Kontakte zu Asylbewerbern hat und länger im Forschungsfeld tätig ist als I1. Auch dadurch kann in I2 eine genauere Analyse von praxisnahen Problemen und Restriktionen entstehen. Letztendlich sind die Aussagen und generierten Daten beider Interviewpartner plausibel und stehen kaum in Konkurrenz zueinander. Die Abweichungen sind nicht in deskriptiven Aussagen auf den Organisationsprozess oder die Struktur als solcher zurückzuführen, sondern lediglich auf die Bewertung dieser. Unterschiedliche Wertungen oder Meinungen zu evaluieren ist jedoch eine der grundsätzlichen Intentionen der qualitativen Forschung. Die Kumulation der Interviews (in Kapitel 4.3 Ergebnisse) zeigt, dass die Interviews Ähnlichkeiten beinhalten. Die Ergebnisse können in Bezug auf die Validität aber auch Reliabilität positiv bewertet werden.

6 Fazit und Ausblick

Die Ergebnisse beschreiben drei auffällige Charakteristika der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern, welche in den Äußerungen beider Interviewpartner zu finden sind oder interpretiert werden können. Diese können als Hypothesen formuliert werden und sind nachfolgend kursiv unterlegt.

Im Vergleich zur gesetzlichen Gesundheitsversorgung werden Asylbewerber durch ein sekundäres System versorgt. Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern ist ein eigenständiges System, das innerhalb der Gesellschaft lediglich für die Personengruppe Asylbewerber gilt. Dadurch findet eine Exklusion dieses Personenkreises von der restlichen Gesellschaft statt. Das sekundäre System ist des Weiteren durch unökonomische Charakteristika gekennzeichnet. Die beschriebene Versorgungsstruktur scheint trotz der Restriktionen kostenverursachend zu sein, anstatt durch beschränkte Leistungen Kosten einzusparen. (Bozorgmehr & Razum, 2015)

Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern ist restriktiv. In dieser Aussage muss restriktiv als ausschließend aufgefasst werden. Der Ausschluss ist durch den beschränkten Leistungsanspruch gesundheitsdienlicher Maßnahmen und entstehender Barrieren für den Asylbewerber begründet. Hauptsächlich ist die Notfallbehandlung vorgesehen, welche unbürokratisch und kurzfristig stattfinden kann, wobei die Kostenerstattung anfallender Behandlungskosten gewährleistet ist. Der Ausschluss findet dementsprechend von den Leistungen gesetzlich Versicherter in der Gesundheitsversorgung statt. Zusätzlich ist restriktiv, dass die Intention begrenzter Leistungen einen Anreiz verhindern soll. Ein Anreiz kann als umfassende Leistungen definiert werden, welche nicht im Herkunftsland geboten werden. Die Restriktion beruht nicht auf einem zu beobachtenden Trend ansteigender Asylantragstellungen wegen Gesundheitsdienstleistungen, sondern soll präventiv die Möglichkeit dessen ausschließen. Die Restriktionen implizieren zusätzlich, dass begrenzte Leistungen über den Anspruch humanitärer Interessen und medizinischer Vernunft gestellt werden. Dadurch können die Restriktionen Auswirkungen auf den Gesundheitsstatus zeigen. Diese Auswirkungen sind sowohl durch direkte, als auch indirekte Effekte möglich (Bozorgmehr & Razum, 2015).

Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern ist hauptsächlich reaktiv. Diese Aussage ist in der Notfallbehandlung begründet und durch die Beantragung von Krankenbehandlungsscheinen gültig. Diese Praxis setzt voraus, dass eine Erkrankung oder schwere Verletzung bis hin zu einer lebensbedrohlichen Situation vorhanden ist. Präventive Leistungen sind grundsätzlich eingeschränkt oder werden nicht bewilligt. Als solche kann die Erstauf-

nahmeanamnese definiert werden. Weitere präventive Leistungen sind nur begrenzt möglich, so zum Beispiel bei Schwangeren. In diesem Fall ist keine Erkrankung vorhanden, allerdings sind die Leistungen auf einen akuten Bedarf zurückzuführen, welcher durch die Schwangerschaft gegeben ist.

Diese Charakteristika beantworten die ursprüngliche Forschungsfrage: Wie wird die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen gewährleistet? Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern wird in Sachsen durch ein SEKUNDÄRES RESTRIKTIV-REAKTIV VERSORGUNGSMODELL gewährleistet. Dieses Modell findet abhängig vom Aufenthaltsstatus des Asylbewerbers Anwendung. Denn entweder bei Anerkennung des Asylgesuchs oder nach Ablauf von 15 Monaten nach Asylantragstellung können Analogleistungen beantragt und beansprucht werden. Diese sind mit den Leistungen gesetzlich Krankensversicherter identisch.

Mit der Einführung des Asylverfahrensbeschleunigungsgesetzes wird die Möglichkeit betont, dass Asylbewerber eine Gesundheitskarte erhalten können. Dazu ist die Entscheidung des Bundeslands notwendig, diese auch auszuhändigen. Für den Freistaat Sachsen sind derzeit technische Probleme hinderlich. Es ist nicht möglich eine Gesundheitskarte mit beschränktem Leistungsumfang einzuführen. Einzelne Kommunen wollen jedoch das Bremer Modell umsetzen und haben einen entsprechenden Beschluss gefasst. Wahrscheinlich werden deshalb kommunale Unterschiede in der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern auftreten. Die Barrieren für den Asylbewerber werden demnach von der Zufallsverteilung auf eine Kommune bestimmt. Dadurch wird ein weiterer Pluralismus der Gesundheitsversorgungsmodelle innerhalb des Bundeslands entstehen. Es ist unwahrscheinlich, dass die technischen Probleme dadurch gelöst werden, dass die Restriktionen und beschränkten Leistungen entfallen. Das bedeutet, dass auch zukünftig ein SEKUNDÄRES RESTRIKTIV-REAKTIV VERSORGUNGSMODELL in Sachsen Anwendung findet. Zu vermuten ist, dass die beschränkten Leistungen einfacher in Anspruch genommen werden können. Inwieweit jedoch Amtsarzt Entscheidungen, über Therapie und Diagnoseverfahren, abgeschafft werden ist fraglich. Sollte an dieser Praxis festgehalten werden, sinken zwar die Personalkosten in Korrelation mit den entfallenden Krankenbehandlungsscheinen, wohingegen medizinische Folgekosten weiterhin entstehen können. In diesem Fall ist es möglich, dass das SEKUNDÄRE RESTRIKTIV-REAKTIV VERSORGUNGSMODELL weiterhin kostenverursachend ist.

Literaturverzeichnis

AOK Bremen (2005): AOK Staatsvertrag. Vereinbarung zur Umsetzung der Leistungserbringung nach § 264 Abs. 1 SGB V. Flüchtlingsrat Bremen. Bremen. <http://www.fluechtlingsrat-bremen.de/wp-content/uploads/vereinbarung-aok.pdf> (28.10.2015).

AOK Bremen (2015): AOK begrüßt Asyl-Einigung. AOK Bremen. Bremen. https://www.aok.de/bremen/die-aok/160567_250168.php (28.10.2015).

BAMF (2015a): Anzahl der Asylanträge (insgesamt) in Deutschland von 1995 bis 2015. *Statista GmbH*. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/76095/umfrage/asylantraege-insgesamt-in-deutschland-seit-1995/> (28.10.2015).

BAMF (2015b): Verteilung der Asylbewerber. BAMF. <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung-node.html> (28.10.2015).

BMI (2015): Änderungen und Beschleunigungen von Asylverfahren beschlossen. *BMI*. <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Kurzmeldungen/DE/2015/09/kabinett-beschliesst-asylverfahrensbeschleunigungsgesetz.html> (28.10.2015).

Bozorgmehr, K.; Razum, O. (2015): Effect of Restricting Acces to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: PloS ONE. <http://www.plosone.org/article/fetchObject.action?uri=info:doi/10.1371/journal.pone.0131483&representation=PDF> (28.10.2015).

Bühning, P. (2015): Gesundheitsversorgung von Migranten: Asylbewerber haben Anspruch auf Psychotherapie. In: *Deutsches Ärzteblatt*, Juni 2015 PP 14, S. 246. <http://www.aerzteblatt.de/archiv/170895/Gesundheitsversorgung-von-Migranten-Asylbewerber-haben-Anspruch-auf-Psychotherapie> (28.10.2015).

Bundesregierung (2015): Gesetzespaket in Kraft getreten. <https://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2015/10/2015-10-15-asyl-fluechtlingspolitik.html> (01.11.15).

Bundestag (2015): Zahlen der in der Bundesrepublik Deutschland Lebender Flüchtlinge zum Stand 31. Dezember 2014. *Bundesregierung*. <http://dip21.bundestag.de/dip21/btd/18/039/1803987.pdf> (28.10.2015).

Europäische Richtlinie (2013): Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF> (28.10.2015).

Flüchtlingsrat Niedersachsen (2015): 15.7 Flüchtlinge mit vorübergehendem Schutz (§ 24 AufenthG). <http://www.nds-fluerat.org/leitfaden/15-hinweise-fuer-andere-fluechtlingsgruppen/137-fluechtlinge-mit-voruebergehendem-schutz-24-aufenthg/> (28.10.2015).

G-BA (2015a): Der Gemeinsame Bundesausschuss stellt sich vor. *G-BA*. <https://www.g-ba.de/institution/struktur/> (28.10.2015).

G-BA (2015b): G-BA Aufsichtsbehörde Impressum. <https://www.g-ba.de/institution/sys/impressum/> (28.10.2015).

Glaser, G. B.; Strauss, A. L. (1998): Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung. Göttingen: Verlag Hans Huber.

Hollmer, K. (2015): Die braune Landkarte. <http://jetzt.sueddeutsche.de/texte/anzeigen/593682/Die-braune-Landkarte> (02.11.2015).

Jung, F. (2011): Das Bremer Modell - Gesundheitsversorgung Asylsuchender. *Gesundheitsamt Bremen*. Bremen. http://www.gesundheitsamt.bremen.de/sixcms/media.php/13/3_GBE_Asyl_Bremer_Modell_Kurzfassung.pdf (28.10.2015).

Krüger, P.; Meyer, I. K. (2007): Eine Reise durch die Grounded Theory. In: *Forum qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, Januar, 8 (1). <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/226/498> (09.11.2015).

Kuckartz, U.; Dresing, T.; Rädiker, S.; Stefer, C. (2008): Qualitative Evaluation. Der Einstieg in die Praxis. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Leißner, N. (2009): Psychische und körperliche Beschwerden nach Extremtraumatisierung. Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Sektion Medizinische Psychologie. Ulm. http://vts.uni-ulm.de/docs/2010/7355/vts_7355_10434.pdf (28.10.2015).

Lobenstein, C.: Leonardo und der Paragraf. In: *Die Zeit* 2015 n. 16.

Mahler, C. (2015): Einschränkung in der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen fortgeschrieben. *Deutsches Institut für Menschenrechte*. <http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/aktuell/news/meldung/article/einschraenkungen-in-der-gesundheitsversorgung-fuer-fluechtlinge-fortgeschrieben/> (28.10.2015).

Mayer, H. O. (2013): Interview und schriftliche Befragung - Grundlagen und Methoden empirischer Sozialforschung. München: Oldenbourg Wissenschaftsverlag GmbH.

Mayring, P. (2007): Generalisierung in qualitativer Forschung: *Forum qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*.

Mummenthey, C. (2014a): Welche Pflegekonzepte für Opfer von Gewalt gibt es im In- und Ausland? *Westfälische Hochschule Zwickau*. Zwickau.

Mummenthey, C. (2014b): Hausarbeit GPW 212 Entwicklung, Analyse und Kritik empirischer Studien. *Westfälische Hochschule Zwickau*. Zwickau.

Ozsvath, S. (2015): Ungarn macht Grenze zu Kroatien dicht. *Tagesschau*. <https://www.tagesschau.de/ausland/ungarn-grenze-kroatien-103.html> (28.10.2015).

Politische Bildung (2015): Bürgerkrieg in Syrien - Kampf gegen IS Terror. *Politische Bildung*. <http://www.politische-bildung.de/syrien.html> (28.10.2015).

PRO ASYL (2014): Mitmachen: 1. Gleichgesinnte finden. PRO ASYL. <http://www.proasyl.de/de/ueber-uns/foerdereverein/mitmachen/> (28.10.2015).

Rinne, U.; Zimmermann, K. F. (2015): Zutritt zur Festung Europa? Anforderungen an eine moderne Asyl- und Flüchtlingspolitik. In: *Wirtschaftsdienst* 2015, 2015 n. 2, S. 114–120. <http://www.wirtschaftsdienst.eu/archiv/jahr/2015/2/zutritt-zur-festung-europa-anforderungen-an-eine-moderne-asyl-und-fluechtlingspolitik/> (28.10.2015).

Rosiny, S. (2014): "Des Kalifen neue Kleider": Der Islamische Staat in Irak und Syrien. *GIGA Focus - Institut für Nahost-Studien*. Hamburg (6). https://giga.hamburg/en/system/files/publications/gf_nahost_1406.pdf (28.10.2015).

SeaWatch (2015): Seenotrettung & legale Wege für Geflüchtete sind alternativlos. <http://sea-watch.org/> (28.10.2015).

Sieberer, M.; Ziegenbein, M.; Eckhardt, G.; Machleidt, W.; Calliess, I. T.: Psychiatrische Begutachtung im Asylverfahren. In: *Psychiatrische Praxis* 2011. http://www.researchgate.net/profile/Iris_Calliess/publication/46289544_Psychiatric_expert_opinions_on_asylum_seekers_in_Germany/links/00b7d52de3e1981592000000.pdf (28.10.2015).

Statistisches Landesamt Sachsen (2013): Bevölkerungsbestand. <http://www.statistik.sachsen.de/html/426.htm> (28.10.2015).

Steinberg, G. (2014): Der Islamische Staat im Irak und Syrien (ISIS). bpb. <http://www.bpb.de/politik/extremismus/islamismus/190499/der-islamische-staat-im-irak-und-syrien-isis> (28.10.2015).

Tagesschau (2015): Flüchtlingsquote nach Streit gekippt. www.tagesschau.de/ausland/eu-gipfel-verteilungsquoten-105.html (28.10.2015).

Truschkat, I.; Kaiser, M.; Reinartz, V. (2005): Forschen nach Rezept? Anregungen zum praktischen Umgang mit der Grounded Theory in Qualifikationsarbeiten. In: *Forum qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research*, Mai, 6 (2), Art. 22, <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/470/1007> (08.11.2015).

UNO-Flüchtlingshilfe (2014): Flüchtlinge weltweit: Zahlen & Fakten. <https://www.uno-fluechtlingshilfe.de/fluechtlinge/zahlen-fakten.html> (28.10.2015).

Zeit Online (2015): Google löscht Flüchtlingsheim-Karte. <http://www.zeit.de/digital/internet/2015-07/google-maps-asylbewerheime-nazis-geloescht> (02.11.2015).

Anhangs Verzeichnis

| | |
|--|-----|
| I Standardisiertes Anschreiben | 72 |
| II Unterstützerschreiben | 73 |
| III Einverständniserklärung | 75 |
| IV Interviewleitfaden | 76 |
| IV.I Organisation der Gesundheitsversorgung..... | 76 |
| IV.II Entscheidung über Notwendigkeit einer medizinischen Versorgung | 76 |
| IV.III Erstaufnahmeanamnese..... | 76 |
| IV.IV Abweichende Gesundheitsversorgung | 77 |
| IV.V Steigende Asylbewerberzahlen | 77 |
| IV.VI Unterbringung in Erstaufnahmeeinrichtungen | 77 |
| IV.VII Psychotherapie | 77 |
| IV.VIII Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Netzwerke, Kooperationen | 78 |
| IV.IX Bremer Modell..... | 78 |
| V Mündliche Aufklärung..... | 79 |
| VI Soziografischer Bogen | 80 |
| VII Forschungstagebuch Layout | 82 |
| VIII Transkript 1 | 83 |
| IX Transkript 2..... | 105 |

I Standardisiertes Anschreiben

Empfänger

Claas Mumenthey
Studiengang Pflegemanagement
Westfälische Hochschule

Innere Schneeberger Str. 23
WE 255-2
08056 Zwickau
E-Mail: Clm111dh@fh-zwickau.de
Tel.: 0151-52402799

Zwickau, 14. April 2015

Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen

- ein qualitativ empirisches Forschungsprojekt

Sehr geehrte Damen und Herren,

mein Name ist Claas Mumenthey und ich bin Student an der Westfälischen Hochschule Zwickau, im Studiengang Pflegemanagement.

In meiner Bachelorthesis untersuche ich die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen. Die Forschungsfrage meiner Arbeit lautet: Wie wird die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen gewährleistet?

Es ist in meinem Interesse möglichst viele Perspektiven auf dieses Forschungsthema zu erhalten und zu dokumentieren. Aus diesem Grund möchte ich fragen, ob Sie bereit sind Ihre Erfahrungen in einem Interview mitzuteilen? Die Dauer des Interviews ist auf 30 bis 45 Minuten einzuschätzen.

Selbstverständlich ist Ihre Teilnahme freiwillig und Sie können diese auch noch während und nach dem Interview widerrufen. Außerdem werden Ihre Aussagen, im Sinne des Datenschutzes, anonymisiert und lediglich für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Eine detailliertere, schriftliche Aufklärung und Einverständniserklärung erhalten Sie bei einer vorläufigen Zusage.

Über eine Antwort von Ihnen freue ich mich sehr und hoffe, Ihr Interesse geweckt zu haben. Gerne stehe ich Ihnen auch für eventuelle Fragen zur Verfügung.

Ich erlaube mir Sie nach frühestens sieben Tagen zu kontaktieren, sofern bis dahin kein Kontakt zustande gekommen ist.

Mit freundlichen Grüßen

II Unterstützerschreiben



Aktion Zivilcourage e.V. · Postfach 100 228 · 01782 Pirna

Pirna, den 9. Juli 2015

Sehr geehrte Damen und Herren,

das von Herrn Claas Mumenthey konzipierte Forschungsprojekt, zur Untersuchung der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen, wird von der „Aktion Zivilcourage“ unterstützt und sehr begrüßt.

Die Aktion Zivilcourage engagiert sich seit 1997 mit dem Ziel, die demokratische Kultur im Landkreis Sächsische Schweiz-Osterzgebirge zu stärken. Zu den wichtigsten Bereichen unserer Arbeit gehören die politische Bildung, internationale und interkulturelle Maßnahmen, Erinnerungskultur und die Förderung ehrenamtlichen Engagements. Der Verein arbeitet derzeit mit neun Angestellten, einem Freiwilligen im FSJ Politik und zählt mittlerweile 125 Mitglieder.

Herr Mumenthey wird die Forschung im Rahmen seines akademischen Abschlusses als Bachelor of Science durchführen. Mithilfe eines Interviewleitfadens werden Ihnen verschiedene Fragen gestellt, zu denen freiwillige Angaben gemacht werden können. Nachdem alle Interviews durchgeführt worden sind, werden die Aussagen untereinander verglichen. Dadurch wird es möglich den Versorgungsprozess qualitativ darzustellen und mögliche Ansätze zur Verbesserung oder Umstrukturierung zu finden.

Postanschrift
Aktion Zivilcourage e.V.
Postfach 100 228 · 01782 Pirna
Geschäftsstelle
Lange Straße 43 · 01796 Pirna

Kommunikation
Tel. +49 (0) 3501 460880
Tel. +49 (0) 3501 460882
Fax +49 (0) 3501 460881

Internet: www.aktion-zivilcourage.de
E-Mail: post@aktion-zivilcourage.de

Bankverbindung
Ostsächsische Sparkasse Dresden
IBAN: DE76 8505 0300 3100 0683 93
BIC: OSDDDE31XXX

Die Verantwortung des gesamten Forschungsprojekts liegt bei Herrn Mummenthey. Die genauere Aufklärung über Datenschutz, Ihre Rechte und die Zugeständnisse Ihnen gegenüber erfolgt ebenfalls durch Herrn Mummenthey.

Ich hoffe, dass das Forschungsprojekt für Sie von Interesse ist und Sie die von Herrn Mummenthey durchgeführte Befragung unterstützen. Ich stehe Ihnen gern für Rückfragen zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Sebastian Reißig
-Geschäftsführer-

III Einverständniserklärung

Zum Forschungsprojekt: **Die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen.**

Die Durchführung und Verantwortung für das Forschungsprojekt, als auch wissenschaftliche Auswertung, erfolgt durch den Studenten der Westsächsischen Hochschule Zwickau (WHZ):

Claas Mummenthey

Innere Schneeberger Str. 23; c/o WE 255-2; 08056 Zwickau
E-Mail: clm111dh@fh-zwickau.de
Telefon: 0151-52402799

Die Betreuung des Studenten, auch in Fragen der wissenschaftlichen Erhebung und Auswertung der Interviews, erfolgt durch **Herrn Dr. phil. David Rester** und **Herrn Prof. Dr. iur. Andreas Teubner**, beide: Fakultät Gesundheits- und Pflegewissenschaften an der WHZ.

Einverständnis des Interviewten:

Über den Zweck und die Ziele des Forschungsprojekts wurde ich ausreichend und vorab informiert. Ich erkläre mich mit der Tonaufnahme des Interviews, unter Nutzung eines Diktiergerätes, einverstanden. Die Durchführung des Interviews und alle weiteren Angaben erfolgen freiwillig. Über die Möglichkeit der Nichtteilnahme oder des Abbruchs bin ich informiert und kann diese jederzeit wahrnehmen. Durch eine Nichtteilnahme oder den Abbruch des Interviews entstehen keine persönlichen Nachteile. Das Interview darf zur Erstellung einer Bachelorthesis und zur anschließenden Verwendung wissenschaftlicher Zwecke genutzt werden (z.B. Publikation). Auf mein Verlangen wird die Tonaufnahme, unmittelbar nach dem Interview, gelöscht. Ich wurde über die Möglichkeit der anonymen Aussage informiert und erkläre, dass:

- von mir getätigte Aussagen anonymisiert werden. Zusätzliche Protokollaufzeichnungen, während des Gesprächs, dürfen nicht auf meine Identität zurückgeführt werden.
- ich mich mit der namentlichen Nennung meiner Person einverstanden erkläre. Die Anonymisierung wurde mir angeboten, ich schlage diese jedoch aus freien Stücken aus. (Möglich für Personen von öffentlichem Interesse und Berufsstand)

Name:

Weitere Angaben, die im soziografischen Bogen gemacht wurden, sind von mir eigenständig und freiwillig getätigt worden und dürfen, für die wissenschaftliche Auswertung, ergänzend verwendet werden. Die Möglichkeit des Widerrufs oder der Aushändigung können von mir wahrgenommen werden. Die Angaben wurden im Anschluss an das Interview gemacht.

Ich erkläre mich unter den genannten Angaben zum Interview bereit. Ein Zweitexemplar der Einverständniserklärung wurde mir ausgehändigt und ich bestätige die Übereinstimmung der Angaben, in beiden Exemplaren.

.....
Ort, Datum, Unterschrift Interviewter

.....
Ort, Datum, Unterschrift Claas Mummenthey

IV Interviewleitfaden

IV.I Organisation der Gesundheitsversorgung

Wie ist die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern organisiert?

- Wie ist der Prozess, vom Zeitpunkt des Bedarfs einer gesundheitlichen Maßnahme bis zur letztendlichen Inanspruchnahme, organisiert?
- Welche Einschränkungen gibt es für Leistungserbringer bei der Behandlung von Asylbewerbern?
- Inwieweit ist das Gesundheitssystem/ die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern auf ehrenamtliches Engagement oder subsidiäre Organisationen angewiesen?
- Inwieweit ist die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern ausreichend?

IV.II Entscheidung über Notwendigkeit einer medizinischen Versorgung

Wie wird entschieden, ob ein Asylbewerber gesundheitsfördernde oder medizinische Leistungen erhält?

- Welche Probleme sind Ihnen bezüglich der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern bekannt und mit welchen Problemen waren Sie konfrontiert?
- Anhand welcher Maßstäbe wird entschieden ob eine akute Erkrankung, ein akuter Schmerzzustand oder eine aus medizinischen Gründen unaufschiebbare Versorgung mit Zahnersatz, nach §4 Abs. 1 AsylbLG, vorliegt?
- Welche medizinischen oder pflegerischen Kenntnisse besitzen die Mitarbeiter in Erstaufnahmeeinrichtungen bzw. den zuständigen, entscheidenden Stellen?
- Nach welchen Kriterien oder Kompetenzen werden die Mitarbeiter ausgewählt, die über die Notwendigkeit einer Behandlung entscheiden?
- Wie werden die Mitarbeiter, insbesondere wegen der hohen Verantwortung im Entscheidungsprozess, geschult?

IV.III Erstaufnahmeanamnese

Wie und wann wird der gesundheitliche Status eines Asylbewerbers erfasst?

- Wie wird einem bereits kranken Asylbewerber der Zugang zur gesundheitlichen und medizinischen Versorgung ermöglicht?
- Inwieweit besteht eine bevorzugte Versorgung und zu Leistungen für minderjährige, auch um eine möglichst freie Entwicklung von Kindern zu ermöglichen?

IV.IV Abweichende Gesundheitsversorgung

Wie unterscheidet sich die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern im Vergleich zu Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft?

- Welche Auswahlmöglichkeiten hat ein Asylbewerber in der Erbringung gesundheitsförderlicher Maßnahmen, z.B. freie Arztwahl?
- Welche gesundheitsdienlichen Maßnahmen erhält ein Asylbewerber nur bei Eigenfinanzierung im Vergleich zu gesetzlich versicherten Personen?
- Inwieweit unterscheidet sich die Qualität (Anamnese/ Behandlung/ Nachversorgung) der Leistungserbringung von Patienten mit und ohne Asylbewerberstatus?

IV.V Steigende Asylbewerberzahlen

Welche Zusammenhänge sind zu erkennen, zwischen der steigenden Anzahl von Asylantträgen und dem Bedarf der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern?

- In welchen Regionen gibt es Probleme die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern zu gewährleisten und in welchen Regionen gelingt die Gesundheitsversorgung problemlos?
- Wie wird die Gesundheitsversorgung in den nächsten Jahren ermöglicht werden?
- Inwieweit hängt die positive Erteilung einer Behandlung von der Anzahl der Asylbewerber ab?
- Welchen Stellenwert würden Sie der präventiven Gesundheitsversorgung beimessen?
- Inwieweit spielt die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern eine Rolle, wenn es um die Gesamtproblematik der Unterbringung geht?

IV.VI Unterbringung in Erstaufnahmeeinrichtungen

Wie wird die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Erstaufnahmeeinrichtungen gewährleistet?

- Welche Qualitätsvorgaben gibt es für Erstaufnahmeeinrichtungen bezüglich gesundheitsdienlicher Maßnahmen und Voraussetzungen, z.B. Schimmelfreier Wohnraum, ausreichend sanitäre Anlagen?
- Inwieweit wird auf menschliche und individuelle Grundbedürfnisse geachtet (z.B. ausreichend Schlaf)?

IV.VII Psychotherapie

Wie und wann wird die psychische Belastung bei Asylbewerbern, die Folter, Mord oder sexuellen Missbrauch erlebt haben, therapiert?

- Zeigen Asylbewerber auffällige psychische Symptome, die auf psychische Belastung oder Erkrankung schließen lassen? (Wenn ja welche?)
- Für wie ausreichend halten Sie die Verfahrensweise der Psychotherapie bei Asylbewerbern bzw. die Angebote?
- Welchen Verbesserungsbedarf sehen Sie?
- Gibt es Untersuchungen oder Therapien, die einem Asylbewerber bei einer psychosozialen Symptomatik, bzw. Krankheitsbild, ausgelöst durch Hintergründe der Flucht, gewährt werden?

IV.VIII Interdisziplinäre Zusammenarbeit, Netzwerke, Kooperationen

Welche Netzwerke, Kooperationen oder interdisziplinäre Zusammenschlüsse sind Ihnen bekannt, die für die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern relevant sind?

- Wie schätzen Sie den Einfluss ein, den solche Kooperationen auf die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern haben?
- Wie bewerten Sie die Zusammenarbeit zuständiger Behörden, Ämter und Dienstleister in der Erbringung von Gesundheitsdienstleistungen?
- Welche Potenziale wären Ihrer Ansicht nach durch engere Zusammenarbeit vorhanden?

IV.IX Bremer Modell

Wie bewerten Sie die mögliche Umsetzung des Bremer Modells?

- Wie würden Sie den Bedarf und die Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen nach dem Bremer Modell, in Sachsen, einschätzen?
- Wie würde sich aus Ihrer Sicht die Gesundheitsversorgung verändern?
- Welche Veränderungen müssten präventiv erfolgen, um das Bremer Modell realisieren zu können?
- Was erwarten Sie für Reaktionen oder Konsequenzen wenn Asylbewerber in den Status eines gesetzlich Versicherten erhoben werden?
- Welche Alternativen zum Bremer Modell wären Ihrer Ansicht nach sinnvoll?

V Mündliche Aufklärung

Für die mündliche Aufklärung sind die wichtigsten Inhalte der Einverständniserklärung stichpunktartig zusammengefasst worden. Vor jedem Interview wurden die Stichpunkte formuliert wiedergegeben, damit der Interviewpartner nicht nur durch die schriftliche Einverständniserklärung aufgeklärt wird. Im Anschluss wird die Einverständniserklärung unterschrieben und das Interview durchgeführt.

- Interview zum Forschungsprojekt
- Verantwortlichkeiten: Mumenthey, Dr. Rester, Prof. Teubner
- Schriftliche Prüfungsleistung → Bachelorthesis, Abgabe an der WHZ
- Zweck des Forschungsprojekts: Erforschen der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern und dessen Gewährleistung; Weiterentwicklung der Gesundheitsversorgung
- Einverständnis mit der Tonaufnahme
- Alle Angaben und Aussagen erfolgen freiwillig
- Jederzeit möglich:
 - Nichtteilnahme
 - Abbruch des Interviews
 - Es entstehen keine persönlichen Nachteile!
- Einverständnis zur Nutzung für wissenschaftliche Zwecke:
 - Bachelorthesis
 - Publikationen
 - z.B. Artikel in Fachzeitschriften oder Online
- Aufnahme wird auf Verlangen gelöscht
- Entscheidung der Anonymisierung
- Angaben im Soziografischen Bogen nach dem Interview
 - Freiwillig!
 - Kein Zwang auch nur ein Item auszufüllen
- Dürfen zur Ergänzung des Interviews genutzt werden, inkl. Wissenschaftlicher Zwecke
- Möglichkeit des Widerrufs und der Aushändigung
- Erklärung über Einverständnis schriftlich
- Aushändigung eines zweiten Exemplars
- Bestätigung der Übereinstimmung ebenfalls mit Unterschrift

| | |
|---------------------|---------------------------------------|
| Aufzeichnungsnummer | Datum |
| Ort | Relevanznummer zum Forschungstagebuch |

VI Soziografischer Bogen

Die Personenbezogenen Daten wurden freiwillig, nach dem Interview getätigt. Die Verwendung gemäß der Einverständniserklärung wird, für die Seiten 1 und 2, bestätigt.

Alter Jahre

Geschlecht
 Männlich
 Weiblich

Beruf

Organisationsart
 Öffentlich rechtlich
 Privat
 Humanitär
 Selbstständig
 Andere

Berufliche Beschäftigung im Tätigkeitsbereich mit Asylbewerbern seit Jahren

Kontakt zu Asylbewerbern
 Direkt
 Indirekt

Häufigkeit des Kontakts
 Täglich
 Wöchentlich
 Monatlich
 Jährlich

Weitere Angaben zur Person

.....

.....
 Ort, Datum Unterschrift Interviewter

.....
 Ort, Datum Unterschrift Claas Mummmenthey

| | |
|---------------------|---------------------------------------|
| Aufzeichnungsnummer | Datum |
| Ort | Relevanznummer zum Forschungstagebuch |

VII Forschungstagebuch Layout

| Aufzeichnungsgrund | | Datum |
|--------------------|----------------------|--------------|
| Kennziffer | Zugehöriges Dokument | |
| Ort | Uhrzeit Beginn | Uhrzeit Ende |
| | | |

VIII Transkript 1

Das Interview fand am frühen Nachmittag im Büro des Befragten statt. Ein neutralerer Raum war aufgrund der Arbeitszeit nicht zu finden. Die Anreise wurde mit öffentlichen Verkehrsmitteln vorgenommen. Eine unerwartete Verspätung des Transportmittels von mehr als einer Stunde, auf die kein Einfluss genommen werden konnte, führte zu einer viertelstündigen Verspätung des Interviewführenden. Dadurch war eine Stresssituation entstanden, die am Anfang des Interviews Einfluss auf die Gesprächsführung hatte. Die mündliche Aufklärung und schriftliche Vereinbarung wurden festgehalten. Fragen konnten bereits im Vorfeld geklärt werden, lediglich die anonymisierte Form des Interviews musste besprochen werden. Der Befragte ist zwischen 30 und 40 Jahren alt, seit mehr als 3 Jahren in der Flüchtlingsarbeit tätig und im öffentlich rechtlichen Dienst beheimatet. Das Experteninterview ist das erste Interview, das im Zuge der Datenerhebung durchgeführt wurde. Auch aus diesem Grund war eine geringe Nervosität beim Forschenden vorhanden.

Beginn des Interviews

I: Also, es geht um das Forschungsprojekt Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen. Und da würde ich als allererstes gerne mal grob umschrieben haben wollen, wie denn die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern in Sachsen organisiert ist?

5 Also was fällt alles darunter, welche Stellen gibt es und ähnliches?

B1: (Mmh) Also es ist, die Leistung sind alles geregelt in sogenannten Asylbewerberleistungsgesetz halt. (Mmh) Das heißt, die Leute die erstmal herkommen und hier Antrag stellen, äh haben sie erstmal Recht auf medizinische Grundversorgung: Akut- und Schmerzbehandlung. Dafür müssen sie dann zum Sozialamt, jeweilig, halt
10 gehen den sogenannten Krankenschein abholen und dann gehen sie zum Arzt und dann werden halt die Kosten der Krankheitsbehandlung erstattet. Sobald jemand eine Anerkennung bekommt,

15 dann kriegt er automatisch Analogleistungen, das heißt wie ein normal gesetzlich Versicherter, alle Leistungen des deutschen Gesundheitssystems stehen ihm zu, die auch einem normalen Beitragszahler zusteht. Wenn jemand eine Ablehnung bekommt, das heißt eine Duldung erhält er auch nach 15 Monaten die Chance, diese analogen Leistungen zu bekommen. Das heißt da hört auch
20 dieses System mit dieser Krankenkarte, sondern bekommen sie tatsächliche Leistungen nach SGB XII. Das heißt analog, wie ein normaler Hartz IV Empfänger.

I: Mmh. Also ich habe Sie prinzipiell richtig verstanden, erstmal geht es darum einen Schein sich bei der Behörde ausstellen zu lassen.
25 Ähm, das bringt mich.

B1: Bei, ähh, also wie gesagt, bei Akut- und Schmerzbehandlung brauchen sie das nicht. Also wenn jemand einen Unfall hat oder Bein gebrochen hat, dann geht das automatisch. Ruft man den Notfall und dann wird das auch geregelt. Es geht darum, wenn jemand
30 sagt, ich fühl mich nicht gut oder irgendetwas, was weder Schmerzzustände noch irgendwelche chronische Krankheiten sind. Dann muss man halt erstmal diesen kleinen Canossa Weg gehen.

I: Okay. (..) Ähm. (...) Das würde mich eigentlich schon fast zu der nächsten Überschrift bringen. (..) Welche Probleme denn eigentlich
35 Ihnen bekannt sind, bezüglich der Gesundheitsversorgung, prinzipiell? Also wenn wir davon ausgehen, dass jemand, zum Beispiel sagt er ist krank oder ähnliches, könnte jeder aber, zum Beispiel eine Ablehnung erhalten für eine Behandlung oder ähnliches. Sind Ihnen da Probleme bekannt, die es öfter gibt oder?

40 B1: (.) Also jedem, ähh steht diese medizinische Grundleistung zu und die bekommen halt auch. Probleme bestehen da, ähh und das entscheiden auch nicht halt die Beamten im Sozialen sondern tatsächlich die Ärzte: was ist notwendig, was ist nicht notwendig? Ich spreche jetzt wirklich von den Leuten, die eine Duldung bis zum 15
45 Monat eine Erstattung erhalten. Wenn jemand sagt, ich möchte eine kosmetische Behandlung oder sowas, dann wird das vermutlich

nicht klappen. Bei alles andere kann man halt jeweils über den medizinischen Notfall diskutieren. Ist es jetzt wichtig so ein Zahnersatz, ist es wichtig, was weiß ich, irgendeine medizinische Maßnahme
50 oder nicht, das entscheidet immer der Amtsarzt und der nimmt Rücksprache mit dem Sozialamt halt. Weil das ist mit, auch immer mit Kosten dann verbunden. (Mmh) Es ist so. dass wenn eine Kommune, pro Flüchtling gibt es eine Pauschale das ist glaub ich 6900 Euro im Jahr, für medizinische Kosten, also für die Gesundheitsversorgung.
55 Wenn über diese Summe halt, die gesundheitlichen Versorgungskosten hinaus steigen, dann steigt schon der Bund ein und hilft dann darüber halt den Kommunen. Das müssen Sie immer so vorstellen, dass eine Operation oder ein medizinischer Eingriff kann ganz locker einen fünfstelligen Eurowert bedeuten. Was gerade in
60 kleinen Gemeinden, das reißt eine riesen, riesen Lücke in die Kassen der Kommunen, bei kleinen Gemeinden halt. (Mmh) (..) Und ähh zweitens ist auch mal der Vorwurf, ähh, was passiert dann, wenn tatsächlich Flüchtlinge, gerade aus Ländern wo sie praktisch keine Chance auf Asyl haben herkommen, gerade mit dem Ziel, ähh
65 hier kann ich mir irgendwelche medizinischen Leistungen, ähh ja sag ich mal, erschleichen, die ich in meinem Heimatland nicht bekommen würde halt. Und ähm so ein Missbrauch sollte auch vermieden werden, das ist wahrscheinlich auch der Hintergrund, warum lässt man diesen ähh Krankenschein ääh einfach festhält. Aber
70 wie gesagt nach 15 Monaten findet eine Vollangleichung zu den Regelleistungen statt. Das heißt dann können sie kriegen auch eine normale EC-Karte von der Krankenkasse ihrer Wahl und damit haben sie den Zugang zu den vollen medizinischen Leistungen, was ähh uns Beitragszahlern hier in Deutschland zusteht. (Okay)

75 I: (.) Wo Sie das gerade nochmal gesagt haben, mit ähm Missbrauch von Gesundheitsversorgung, also das äähm hört man ja jetzt immer wieder irgendwie, zum Beispiel halt auch allgemein Asylmissbrauch oder ähnliches, ähmm. Sind die Daten oder die Zahlen von den Personen, die das wirklich in dem Sinne betreiben

80 oder diese Intention haben, Gesundheitsversorgung sich zum Beispiel zu erschleichen, ist die sonderlich hoch? Und wie muss man das ungefähr einschätzen?

B1: (..) Das ist ähh das sind halt so Einzelfälle, aber sowas gibt es auch. Systematischer Missbrauch ist das nicht. Aber es kommt halt
85 tatsächlich vor, da gibt es so einzelne Beispiele, wo jemand jedes Jahr herkommt und dann beschwert sich, dass er nicht ähh oder sie das gleiche Zimmer im Asylheim bekommt. Sondern es muss ein Zimmer mit dem Hof- ääh (.) blick nehmen. Und ähh, das sind aber eher Einzelfälle halt. Das Problem ist wirklich auch nicht wegen medizinischer Versorgung, sondern eher wegen Transferleistungen was viele halt erhoffen. Gerade wenn man jetzt die aktuellen Zahlen betrachtet. Also über die Hälfte der Asylbewerber kommen jetzt aus dem westlichen Balkan her. (..) Und dann überlegt auch die Politik wie man halt damit umgeht, weil diese 140 € Taschengeld was sie
90 hier jetzt bekommen, das ist da ein mehrerer Monatslohn und das lohnt sich halt für sie gerade wenn die Asylbearbeitung mehrere Monate dauert. Dann ist das schon ein lukratives Geschäft, was auch die Schleuser auch sehr gut mittlerweile und da ein sehr gutes Geschäft damit machen halt.

100 I:Mmmh, (..) Okay. (..) Ähm Prinzipiell, also wenn ich das nochmal ein bisschen zurückschrauben darf, prinzipiell geht es mir ja hauptsächlich um die Gesundheitsversorgung, da haben Sie ja jetzt schon einiges gesagt. Ich glaube die ganze politische Diskussion, die führt dann ein bisschen zu weit und da muss ich auch ein bisschen
105 selber aufpassen, auch wenn ich selber gerne drüber reden würde. Aber prinzipiell würde ich nochmal gerne wissen, die Entscheidung des Amtsarztes hatten Sie vorhin angesprochen. Das heißt wenn ich das richtig verstehe, ist es ja eigentlich so, der Amtsarzt entscheidet (.) wie Sie gesagt haben mit der Behörde zusammen, ob diese Leistung sozusagen notwendig ist. In was für einem
110 Zeitraum findet das ungefähr statt? Weil, also wenn jetzt zum Beispiel eine Erkrankung vorhanden ist, die jetzt aber nicht sichtlich

akut ist, aber zum Beispiel vorhanden ist, könnten daraus ja auch Folgeschäden oder ähnliches oder Folgeerkrankungen stattfinden.

115 Was für ein Zeitraum?

B1: Also ääh ich ähm mach es mal anders rum (Ja?). Wenn ein Arzt sagt, der Mann der Amtsarzt oder wer auch immer, dass diese medizinische Behandlung notwendig ist, dann ist egal wie viel das kostet, dann wird das auch durchgeführt. (Okay) Es geht wirklich darum wenn alternativ, mein Arzt sagen würde es gibt da hier zwei Behandlungsmöglichkeiten: entweder oder das. (.) Und dann kann es sein, dass man Rücksprache halten würde mit der Behörde und sagt, würde die Leistung finanziert oder nicht und je nachdem wenn die Mitarbeiter sagt, wir haben noch Gelder dafür, dann ja. Es geht 120 aber wie gesagt wirklich nicht um notwendige medizinische Leistungen, die werden allgemein gewährleistet und dann dauert es auch relativ schnell die Entscheidung. Und wie gesagt in Akut- und Schmerzbehandlung, dann geht es auch ohne weiteres und relativ schnell. Das Problem ist und das hat auch Herr Mackenroth angesprochen, was passiert halt immer so mit ääh vermeidbaren Folgekosten. Wenn jemand sagt ich habe chronische Rückenschmerzen, was weiß ich was, der Arzt sagt hier kriegst du deine Schmerzmittel, dann ist es okay, die Schmerzen behandelt, allerdings kommen dann später medizinische Folgekosten. Weil was ich, die Krankheit 130 wird schlimmer, später muss wirklich so ein künstliches Hüftgelenk, irgendeine eine OP fällig, was passiert denn dann? Das ist halt auch wichtig, dass ähh (..) ist noch nicht immer ganz gewährleistet halt. Also die Kommunen sehen wirklich eher so: Achtung, ähh was kostet das und diese weitere Vorsicht ist noch nicht überall angekommen (Okay). Es ist wie gesagt auch oft eine Frage des Geldes halt 140 der Finanzen. Wie gesagt das ist aber wirklich nur in den ersten 15 Monaten der Fall, weil danach haben sie auch die Krankenkarte und danach bekommen sie halt auch die Leistungen. (...)

I: Okay. Ähmm. Dann würde ich jetzt gerne nochmal darüber sprechen, z.B ähm also viele Asylbewerber haben ja zum Beispiel, wenn 145

ich das so sagen darf, eine längere Odyssee oder ähnliches oder über einen längeren Zeitpunkt ihre Flucht hinter sich oder ähnliches. Ähm, da würde mich interessieren, wenn sie ähh wenn die Asylbewerber in Deutschland ankommen und zum Beispiel schon eine oder (..) ähm (..) Beispielsweise dann schon Antragstellung oder bei 150 Aufgriff darüber klagen, über gesundheitliche Probleme oder ähnliches. Ähmm wird da vor Ort direkt oder sofort dann der gesundheitliche Status eines Asylbewerbers erfasst? Also gibt es sowas wie eine Erstaufnahmeanamnese oder so?

155 B1: Das ist so der Fall. Es wird so der medizinische Check ist vorgeschrieben. Das passiert dann am Anfang (Ja). In der Regel wird es aber tatsächlich dazu kommen, dass wir haben in Sachsen täglich 300 neue Asylbewerber, täglich. Und dann kann es schon mal passieren, dass die medizinische Versorgung nicht ähh (..) sofort 160 stattfinden sondern ein bisschen was dauert, was natürlich ein Skandal ist, weil da steht Seuchenansteckungsgefahr, die Verseuchung, Epidemien, könnte das einfach der Anfang sein. Dann (..) das ist festgeschrieben und das, das muss halt so sein, dass der medizinische Check halt wirklich am Anfang normalerweise passiert und durchgeführt wird. Und das sollte auch so sein. Es klappt 165 aber leider nicht immer.

I: Okay. (..) ähm wird auf diese Problematik jetzt, wo die Zahlen so hoch sind sozusagen, wird darauf akut reagiert, sag ich mal? Also wenn so etwas bekannt ist, dass es nicht immer klappt oder sowas, 170 werden irgendwie Ressourcen ausgebaut oder ähnliches dafür?

I: Also Sachsen erlebt jetzt wirklich, die ganze Bundesrepublik eine absolute Notfallsituation. Das ist seit dem Jugoslawienkrieg nicht mehr so. Also man rechnet vielleicht bis zu einer Million neuer Flüchtlinge in diesem Jahr, da muss man wirklich so denken: Oh je! 175 Das ist wirklich schon einige riesen Herausforderung was Deutschland, wie gesagt seit Anfang der 90er nicht mehr erlebt hat. Und wenn man merkt irgendwo hapert es, dann arbeitet die Regierung auch, bzw. Unterbringungsbehörde daran, dass diese Missstände

wirklich auch möglichst schnell beseitigt werden. Schönes Beispiel
180 war hier zum Beispiel, mit der mit den Zeltstädten in Dresden, dort
ist es so geregelt medizinische Versorgung ist dort gewährleistet
aber gerade am Anfang passiert es dann so schnell, dass einfach
die Behörden nicht nachgekommen sind. Und es ist letztendlich
185 passiert, dass die medizinische Versorgung nicht ausreichend vor-
handen war.

I: (...) mmh. Okay. ähm Gibt es denn in solchen Situationen bei-
spielweise eine bevorzugte Versorgung von Kindern oder ähnlichen
minderjährigen Personen bei denen zum Beispiel, sozusagen noch
besonderer Schutz besteht. Rein theoretisch .. also normal wäre es
190 zum Beispiel die elterliche Fürsorge oder ähnliches. Also reagiert
das Land zum Beispiel dann darauf und bevorzugt Kinder für die
freie Entwicklung oder ähnliches irgendwie für die gesundheitliche
Versorgung (das sind) oder ähnliches?

B1: Das sind zwei Themen, also zwei komplett Einzelne. Also die
195 Unterbringung ist Zuständigkeit der Landesdirektion. Das ist Auf-
gabe des Landes halt. Und ähh, Kinderschutz und Jugendschutz
das sind so kommunale Aufgaben halt. Allerdings ist es so, das ge-
rade wenn Jugendlichen und Kinder kommen, passt man darauf
auf, dass sie möglichst dezentral untergebracht werden, also nicht
200 in die großen Heimen kommen beziehungsweise wenn schon eher
in den Familientrakt. Und wir werden auch halt erst bei Kenntnis des
Kinderschutzes und Jugendschutzes so entsprechend halt betrach-
tet. Was wir jetzt in Dresden erleben ist wirklich ein absoluter (.)
Notfall und Ausnahme tatsächlich, dass in diesem riesen Lager
205 auch Kinder und Jugendliche auch mit dabei sind. All diese werden
jetzt peut a peut immer mehr auf diesen Anlagen in Dresden verteilt.

I: (...) ähm, ich würde einmal einen Sprung machen zu einer ande-
ren Kategorie, weil ich finde, dass das ganz gut passt. Ähm, Prinzi-
piell die Zeltstadt in Dresden ist ja sozusagen so ein kann man sa-
210 gen, Erstaufnahme... bzw. absoluter Notfall haben Sie selber ge-
sagt. Gibt es denn irgendwelche Qualitätsstandards so prinzipiell

für solche Notfälle oder gibt es irgendwie eine Art Notfallplan, wie man damit umgeht, wenn jetzt zum Beispiel die Zahlen nochmal steigen würden? Also wenn wir nicht mehr von 300 sondern vielleicht von 500 Asylbewerbern pro Tag reden oder ähnliches?

B1: (.) Jetzt frage ich mal Sie. Was meinen Sie?

I: (..) Ich bin mir da nicht ganz sicher >lacht< Also prinzipiell finde ich es auf jeden Fall schon mal schön, dass ähh dass die Zeltstadt halt mal so schnell hochgezogen wurde, dass es Leute gibt die sich kümmern und ähnliches und ich höre ja auch sehr viel von ehrenamtlichen Engagement, worauf ich später drauf hinzukommen möchte. (...) Aber ehrlich gesagt habe ich keine Vorstellung davon ob es eine Art Notfallplan gibt oder ähnliches.

B1: Die Regierung arbeitet immer mit Prognosen. Die kommen immer vom BAMF. Und mancher stellt relative schnell fest dass diese Prognosen einfach nicht zustimmen, heißt stimmen, weil die Realität ist immer anders. Es kommen trotzdem immer mehr Leute. Mittlerweile hat man sich aber darauf eingestellt aber selbst (...) die sind jetzt überfordert mit diesem Zustrom, was auf uns einfach zurollt. Und ähm es sollen halt so Notfallpläne jetzt erarbeitet werden gerade wegen den Erfahrungen von dieser Zeltstadt. Also das so was nicht noch einmal passieren darf, dass medizinische Versorgung nicht vorhanden ist, dass Toiletten nicht ausreichend da sind, die ähhh sanitären Einrichtungen nicht vorhanden sind. Also es ist inzwischen tatsächlich wirklich daran gearbeitet, dass solche Notfälle nicht noch einmal passieren, also nicht mit diesem Chaos halt. (Okay)

I: Ähm. (...) Also hab ich Sie da richtig verstanden, dass sozusagen eigentlich jetzt sozusagen eher eine Reaktion auf das was passiert ist erfolgt, anstatt dass es eine Prävention gab. Das ist so?

B1: Bei der Unterbringung ja. (Okay) Es gibt eine zweite Schiene, ab Januar sollten wir noch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Sachsen aufnehmen. Das sind 1200 Personen. Da wird schon jetzt

im Vorfeld geplant, wo kann man zur Unterbringung sag ich mal
245 darauf vorbereiten. Dabei hat man auch relativ viel Zeit, ein halbes
Jahr. Das soll ungefähr zu reichen hat. Aber wie das auch gerade
in dem Fall war,(.) halt am Donnerstag oder Mittwochabend davon
in Kenntnis gesetzt hat, dass jetzt am Freitag man 600 Leute min-
destens unterbringen sollte. Damit war selbst hier Sachsen leicht
250 überfordert. (das ist ja auch verständlich, sag ich mal, in irgendeiner
Art und Weise).

I: ähm (...) Am Beispiel der Zeltstadt, zumindest was man auch in
den Medien gesehen hat, war ja zum Beispiel auch eine sehr große
Zusammenarbeit, ich glaube die Malteser waren mit dabei, DRK
255 und ähnliches. Prinzipiell würde ich gerne wissen welche Netz-
werke oder Kooperationen oder auch interdisziplinäre Zusammen-
schlüsse sind denn hier in Sachsen maßgeblich mit dabei, oder tätig
dafür dass die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern zum
Beispiel auch in so einer Notfallsituation funktioniert? Gibt es das
260 irgendwie?

B1: Also nochmal das sollte in Erstaufnahmeeinrichtungen durch
Amtsärzte gewährleistet werden. Das ist auch der Fall in Chemnitz
halt, sind sie halt stets da und den neuen Außenstellen in Schnee-
berg bzw. bei Dresden [...] Leipzig dann. Wird das auch entspre-
chend mit diesen Amtsärzten, auch diese ganze Gesundheitsver-
sorgung dann gewährleistet. (...) Bei sowas wie dieser Zeltstadt,
wäre das ohne die Hilfe von Medinetz e.V. diesen jungen Ärzten ich
rede jetzt von ehrenamtlich, die Flüchtlinge mit betreut haben wäre
das gar nicht möglich gewesen, gerade so am Anfang. Mittlerweile
270 ist es so, dass jetzt auch gewährleistet ist, auch die medizinische
Versorgung, weil gerade am Anfang als man plötzliche so überrum-
pelt war, mit dieser schnellen (.) wachsenden Zahl, die da plötzlich
tatsächlich da war. Also man konnte nicht mal die Betten oder die
[...] da waren da schon die ersten Leute da. Da, ist schon wirklich
275 die Zivilgesellschaft auch mit gefordert und Gott sei Dank haben wir

in Dresden zumindest eine sehr starke zivilgesellschaftliche Strukturen, die das auch ein bisschen mit auffangen.

I: Wie hoch schätzen Sie den Einfluss allgemein ein, den solche Kooperationen oder solche subsidiären Organisationen vielleicht auch haben? Auf die Gesundheitsversorgung im Allgemeinen?

B1: Also ich bin der Meinung die Gesundheitsversorgung sollte nicht von Ehrenamtlichen geleistet werden. Das geht einfach nicht. Dafür haben wir auch die Strukturen, das müssen, (.) muss man einfach organisieren, auch rechtzeitig. Wir haben auch die Betreuung, also hier in Dresden im DRK, das Rote Kreuz, in Chemnitz sind das die Malteser halt, die Erstaufnahmeeinrichtungen dann mit betreuen. Und ähh, sie sind natürlich auch auf die Hilfe von ehrenamtlichen Helfern mit angewiesen. Aber gerade wenn es darum geht gesundheitliche Versorgung da (...) müssen wirklich die Profis ran. Das kann man nicht einem Laien überlassen. Und da ist wirklich die Regierung und dann die Bundesbehörden sind dazu gefordert, dass sie tatsächlich das auch dafür sorgen, dass das gewährleistet ist. Da kann man nicht handeln, weil das geht halt wirklich um Leben und Tod.

I: (...) Werden von Seiten der Ehrenamtler zum Beispiel auch diese Forderungen laut gemacht oder wahrgenommen, ernst genommen oder gibt es eine Art Zusammenarbeit zwischen der zuständigen Stelle der Ehrenamtler und z.B. zuständigen Behörden der Ämtern und gelingt diese?

B1: Also in Dresden Zeltstadt wird vom DRK halt koordiniert, das Deutsche Rote Kreuz. Und ähh eine Weile hat halt dieses Netzwerk da mitgeholfen. Irgendwann gab es so Probleme, dass die DRK sagte: Das können wir uns nicht leisten. Und jetzt macht das DRK alleine die Koordination von Ehrenamtlern oder Entgegennahme von Spenden und Kinderbetreuung und so weiter und sofort. Da (...) sind halt immer diese Strukturen auf diese ehrenamtliche Hilfe mit angewiesen. Und das ist auch wichtig, dass das trotzdem professi-

onell koordiniert wird, weil in so einer Zeltstadt ist wirklich Seuchen-
gefahr da, Gefahr durch was weiß ich was, was auch immer, ähhh
310 Ansteckungsgefahr, nicht nur von den medizinischen Problemen
eben. Salmonellengefahr, die überfluteten Toiletten. ähhh was weiß
ich, was auch immer. Also schwierig kann ich von Aggression oder
irgendwelche sonstige Probleme derart, die in dieser Massenunter-
kunft die zwangsmäßig praktisch auftreten. Also wirklich nur in me-
315 dizinischen Problemen halt. Die halt aber Menschen in begrenztem
Raum unter solchen medizini- äh, sanitären Einrichtungen halt im-
mer relativ schnell auftreten. Theoretisch müsste man nach 4 Wo-
chen im Zeltlager einfach räumen, auch wegen Salmonellengefahr,
wird aber auch vermutlich nicht der Fall sein, weil ähh. Wir brauchen
320 einfach diese Unterkünfte.

I: Gibt es da eine ungefähre Schätzung wie lange das dauern wird,
bis sozusagen ein...

B1: Herr Ulbig hatte gestern gesagt, der Innenminister ist dafür ver-
antwortlich für die Unterbringung, als Staatsminister des Inneren,
325 und er sagte: bis zum ersten Frost, sollte das weg sein.

I: Das ist ja jetzt aber noch eine Zeit lang hin, das sind ja sehr viel
mehr als vier Wochen.

B1: Sollte halt so im Oktober oder hoffe ich im Oktober spätestens
ist das dann weg, hoffe ich.

330 I: Okay (...). Kommen wir zu einem anderen Punkt von Gesund-
heitsversorgung, sag ich mal und das wäre für mich zum Beispiel
sehr interessant eigentlich, die Psychotherapie. Wenn ich mir vor-
stelle ein Flüchtling oder ein Asylbewerber, der zum Beispiel aus
einem Kriegsgebiet kommt, wo Folter, Mord, ähnliches oder sexu-
335 elle Gewalt erlebt hat oder ähnliches, äähm.. Wie sieht es dann aus
mit der psychischen Belastung bei Asylbewerbern, die diese Sa-
chen erlebt haben? äähm, Wird eine Psychotherapie angeboten o-
der werden diese Erfahrungen therapiert und wenn ja, wann?

B1: (..) Da muss man auch wirklich differenzieren. Also wie gesagt,
340 die Hälfte der Flüchtlinge kommen aus dem westlichen Balkan. Das
heißt die kommen über die Grenze, setzen sich in den Bus rein mor-
gens und abends sind sie hier. Da ist die Traumatisierung eher
schon marginal. Wenn aber wirklich so Leute aus Syrien, Afghanis-
tan, Irak wo dann tatsächlich halt Krieg, Terror und ähm IS oder was
345 weiß ich, Islamismus herrscht, die haben natürlich auch einen gro-
ßen Bedarf. Und Sachsen, hat aber keine Trauma Zentren. Also es
noch keine Finanzierung, es gibt halt Modelprojekte in Dresden.
Halt bei der Frau Dr. Schellung. Und in Leipzig kann man ein Projekt
von der Mosaikverein, die halt an diesem Gebiet aktiv waren, aber
350 das ist wirklich nicht ausreichend. Aber, es ist nicht nur ein Problem
von Flüchtlingen sondern generell wenn ein, ein (..) deutscher hier
versucht einen Psychologen oder Psychiater zu bekommen, dann
muss man schon ein halbes Jahr lang warten. Jetzt stellen Sie sich
mal vor, sie bräuchten jemanden in Askari als Muttersprache oder
355 was weiß ich Farsi Muttersprache halt. Haben wir doch einfach
nicht, dieses Personal. Und dann bei sowas ist es natürlich auch
schön, eine Therapie müsste sehr intim und sehr persönlich sein,
wenn jemand seine Geschichte erzählt, dass man einen Dolmet-
scher, dann muss man hoffen, dass der Dolmetscher das überset-
360 zen kann. In vielen Kulturen (..) hat man einen sehr, sehr diffizilen
Umgang damit, wie ich dann meine Schwächen und Probleme also
preisgebe. Und wir versuchen Dolmetscher halt. (..) Da arbeiten wir
halt an einer Lösung. Der Herr Mackenroth hat das gefordert in sei-
ner letzten Presseerklärung, das gerade hier wenn es um Trauma-
365 tisierung geht, Sachsen tatsächlich eine Lösung bieten sollte, was
auch Sachsenweit gedeckt wird. Also wie gesagt, das ist, das ist
nicht nur eine Frage des Geldes sondern auch des Personals.
(Mmmh) Weil es müssten halt wirklich theoretisch Ärzte sein, die
nötige interkulturelle Kompetenzen mitbringen und sprachliche
370 Kompetenzen vermutlich auch.

I: Kurzer Schwenk zurück zur allgemeinen Medizin. Interkulturelle Kompetenzen haben Sie ja bereits schon angesprochen. Wird darauf zum Beispiel auch geachtet, irgendwie oder haben Asylbewerber sowas wie eine freie Arztwahl zum Beispiel? (Das steht jedem zu) Unterschiedlich zwischen...

B1: Allerdings, ähh erst dann, wenn nach 15 Monaten sie die normale Gesundheitskarte bekommen haben. Zuvor gibt es halt diese zugewiesenen Amtsärzte. Wenn sie aber sagen: ich habe mit dem ein Problem, ich habe noch die Chance zumindest in Großstädten einen anderen halt aufzusuchen. Dann müssen sie es aber tatsächlich begründen, weswegen sie das machen wollen.

I: Okay. Gibt es da eine weitere Einschränkung, also gibt es auch Ärzte die zum Beispiel nicht behandeln dürfen, Allgemeinmediziner oder Ähnliche?

B1: (..) Behandeln dürfen, darf jeder halt. Aber wie gesagt ob das abgerechnet wird halt. Also wenn ein Flüchtling jetzt hinget zu einem Arzt (.) und sagt ich habe so ein Problem und was weiß ich, hab hier einen Ausschlag und was kann ich dafür machen. Und wenn ein Arzt ihn behandelt kann er das gerne tun, inhaltlich aber die Abrechnung, das wir nicht funktionieren, weil offiziell hätte dieser Flüchtling ohne diese Chipkarte erstmal zum Sozialarbeiter hingehen müssen: Du kannst sehen ich habe hier so komische Ausschläge oder was weiß ich, was auch immer; Krätze haben wir jetzt aktuell im Lager. Sagt: okay, hier ist eine Bescheinigung und damit können sie also jetzt zum Arzt XY gehen zum Hautarzt XY, da kriegt man das alles, die Sache aufgeschrieben und dann kann der das auch abrechnen, der Arzt.

I: Okay. Gibt es denn, also ich würde nachher nochmal auf die Psychotherapie zurückkommen, aber wie gesagt wir haben ja gerade nochmal so einen Schwenk gemacht. ähm Gibt es denn gesundheitliche Maßnahmen, prinzipiell oder per se die ein Asylbewerber unter Umständen selbst zahlen müsste, in den ersten 15 Monaten, also gibt es einen Ausschluss von Gesundheitsdienstleistungen?

405 B1: Also wenn ein Asylbewerber Geld hätte und er sagt er möchte unbedingt, was weiß ich, Akupunktur oder irgendwelche exotische Medizin haben, müsste er das selbst zahlen. Es sei denn jemand, ähm er kann halt zu dem Amtsarzt oder was weiß ich Sozialarbeiter davon überzeugen, dass es eben wichtig ist.

410 I: Ich denke da an sowas wie zum Beispiel: Physiotherapie sollte jemand irgendwie zum Beispiel während der Flucht oder ähnliches sich ein Bein gebrochen haben (Das sollte gewährleistet sein) oder? Das sollte gewährleistet? (Das sollte gewährleistet sein)

415 B1: Wenn es aber was weiß ich, Bauch, Beine, Po und Rückentraining oder was weiß ich was >lache< auch immer getan wird wahrscheinlich die Behörde sagen: Nein tut mir leid.

I: (..) Letzte Frage zu dem Thema noch mal. Inwieweit oder gibt es, gibt es anzeigende Zahlen, inwieweit sich oder gibt es einen Qualitätsunterschied in der Erbringung der Leistung allgemein, also gibt es sozusagen eine Art Stigmatisierung bei Asylbewerbern in der 420 Gesundheitsversorgung? Das zum Beispiel eine Leistung nur auf minimal Leistungen beschränkt ist oder ähnliches?

425 B1: (..) Nein, also wenn sie wie gesagt den Krankenschein haben, dann kriegen sie auch Normalleistungen. Stigmatisierend ist das, wenn sie halt schon eine Gesundheitskarte, mit einem Lappen zum Arzt gehen >Schwenkt ein Blatt Papier< und sagen ja, Herr Doktor hier bin ich. Das ist stigmatisieren, aber in den Leistungen, wenn es ihnen genehmigt ist, dann gibt es keine [..]. Dann bekommen sie wie Sie oder ich dann, die gleiche Leistung. Als gesetzlich versichert.

430 I: Ähm. Ich würde gerne nochmal den Schwenk zurück zur Psychotherapie machen (Mmmh) und zwar ähmm (..) auch wenn wir beim Thema Dresden vielleicht gerade bleiben. ähm oder mit der, mit der Zeltstadt. Gibt es denn bei der Mehrzahl der oder bei einem Teil von Asylbewerbern zum Beispiel auffällige psychische Symptome? Die

435 sich äußern aufgrund der Flucht oder auf eine Erkrankung schließen lassen und wo es dann unter Umständen problematisch wird, dass sie nicht therapiert werden?

B1: Ja. Also, wenn, also ich rede jetzt wirklich nicht vom Kosovo oder von Albanien, sondern tatsächlich so Irak, Syrien. Da ist es
440 fast schon der Normalfall der Traumatisierung. Das was wir da Haus weg gebombt wurde, Leichen auf der Straße. (..) Wenn das Frauen sind Vergewaltigung oder sexuelle Übergriffe, da (..) kann man davon ausgehen, dass ein großer Anteil von Flüchtlingen aus Kriegsregionen tatsächlich sowas erlebt haben, dass sie tatsächlich
445 so mehr oder minder traumatisiert sind. Dazu kommt noch in der Regel, aber ich rede jetzt wirklich nicht von der Busfahrt, von den Albanern, von Priština nach München, sondern eher wenn man nochmal eine Sache überqueren muss: Mittelmeer (..) gerade in diesen Booten oder was weiß ich, vielleicht stirbt einer, was weiß ich
450 das Ganze kann kentern. Das ist durchaus anzunehmen, dass eine große Zahl von Traumaopfern mit dabei ist. Die Behandlung (..) steckt aber in den Kinderschuhen halt. Also da hat Sachsen noch nicht die notwendigen Strukturen geschaffen. Herr Mackenroth hat das mehrfach angemahnt und (..) ich hoffe, dass demnächst sowas
455 auch entstehen wird. Aber wie gesagt es ist selbst wenn das Geld bereit stünde, haben wir das Problem: wer sollte das machen? ja? Und mit welchen Erfahrungen und welchen Kompetenzen halt?

I: Welche Potenziale würden Sie sich wünschen oder welchen Verbesserungsbedarf allgemein in der psychischen Therapie?

460 B1: Man sollte flächendeckend vorhanden sein, man sollte auch möglichst Ärzte sein, die nötige interkulturelle Kompetenz und Erfahrung dann mitbringen. So ein Traumatherapeut wird man auch nicht mit einem Unistudium, sondern tatsächlich muss man halt so was weiß ich wie viele Fortbildungen, Weiterbildungen durchführen.
465 In der Anfangsphase im Ausland gelebt haben, gearbeitet haben. Und davon gibt es in Sachsen vielleicht vier.

I: (...) Für (.) mehrere Tausend Flüchtlinge sozusagen. (...) Ich sehe das Problem. (.....) Ich würde sagen, also diesen, diesen Punkt haben wir soweit, eigentlich ganz gut abgearbeitet. Mir fallen da
470 jetzt auch eigentlich keine weiteren Fragen zu ein. (Mmh) (..) Ich würde vielleicht noch mal ein bisschen zurückkommen auf die steigenden Asylbewerberzahlen. Also, ich hab, (..) meine Informationen sind so um die 450.000 jetzt. Anfang des Jahres waren es ja noch 300.000, jetzt unter Umständen doch nochmal mehr! (..) Welche
475 Zusammenhänge oder welche Probleme oder auch Chancen sind denn zu erkennen zwischen der steigenden Anzahl von Flüchtlingen und Asylbewerbern in Sachsen jetzt und der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern an sich. Also wo gibt es zum Beispiel, in welchen Regionen gibt es Probleme die überhaupt zu, zu
480 gewährleisten und wo klappt es beispielhaft sehr gut?

B1: Ja, wir haben hier die Landkreise >schaut auf eine Karte an der Wand<, es gibt auch Landkreise wo dann selbst ein deutscher Rentner kaum einen Arzttermin bekommt. Jetzt überlegen Sie doch mal, jetzt kommen die Flüchtlingsfamilien in nochmal so eine kleine
485 Gemeinde oder was weiß ich. Ist da, ist das auch ein strukturelles Problem, halt. Die medizinische Versorgung, das ist nicht nur ein Problem der Flüchtlinge sondern tatsächlich (.) >Blick zur Karte< ob Sachsen genug niedergelassene Ärzte hat, gerade im ländlichen Raum halt. Das ist ein, ein allgemeines Problem. Da, die Flüchtlinge
490 sind natürlich besonders davon betroffen, weil sie die Sprache nicht kennen, die kriegen vielleicht noch schwieriger einen Termin. Ja.

I: (..) in einigen Städten gibt es dafür ja, zum Beispiel Ehrenamtliche Organisationen oder auch Helfer. Bürger, die sozusagen die Gänge zum Arzt mit, ähh, mit hinmachen. Ist das vielleicht eine wichtige
495 Chance oder Aufgabe der Zivilbevölkerung, dahingehend zu unterstützen, dass die Gesundheitsversorgung für Asylbewerber funktionieren kann? Also das man einen Arzt vermittelt oder sich zum Beispiel darum kümmert, dass äh jemand, äh sag ich mal einen Standardarzt kriegen kann oder halt Ärzte selber sich..?

500 B1: Diese medizinische Versorgung muss halt einfach funktionieren, das ist keine: es kann funktionieren, es muss einfach. Und da wo halt viele Strukturen zu schwach sind, da sind natürlich Hilfen von Ehrenamtlern mehr als willkommen, halt. Wenn jemand sagt ich begleite die [...] ist das natürlich eine große Hilfe auch, ähh für
505 diese Person halt. Das ist auch wirklich nicht zu unterschätzen, aber eigentlich hier sollte tatsächlich der Staat die Lösungen bereitstellen. Also man kann nicht erwarten, dass jetzt hier ein Ehrenamtler dafür sorgt, dass hier eine Familie aus Pristina jetzt einen Arzttermin bekommt.

510 I: Ja, okay. (..) Wie meinen Sie wird das in den nächsten Jahren ermöglicht werden?

B1: Hmm, naja. Wir tun einfach viel zu oft reagieren und das ist oft so, selbst wenn die Staatsregierung jetzt sagt: Ab morgen haben wir 300 mehr niedergelassene Ärzte, gerade in ländlichen Raum
515 wird das auch nicht funktionieren. Wir müssen erst einmal die, das Personal da sein. Muss man einfach so die, die Leute bereit sein ihre Ausbildung, ähh absolviert haben zu sagen, ja da ist Platz für mich in Olbernau oder was weiß ich in, in Steinig oder so oder irgendwo so eine schöne Dorf halt mit großem Asylbewerberheim.
520 Und (..) da (..) hat glaub ich die Politik das Problem erkannt und wird dann auch gearbeitet, aber da werden sicherlich keine schnellen Lösungen sein. Und solange sind halt auch ehrenamtliche Helfer mehr als willkommen.

I: (..) Welchen Stellenwert allgemein, würden Sie dann eher einer
525 präventiven Gesundheitsversorgung beimessen, also präventiv im Sinne von: es gibt einen Plan wie es gewährleistet wird und präventiv unter Umständen auch, kommen wir nochmal auf Folgeerkrankungen oder ähnliches zurück oder halt, (..) die Bereitschaft wirklich die notwendigen Erstaufnahmeanamnesen wirklich flächendeckend hinzubekommen?
530

B1: Deswegen, ist es halt vermutlich so, dass die ersten 15 Monate, ähh diesen Gesundheitsschein, also diese Krankenkarte ähh (..)

noch nicht da ist, keine Chipkarte. Es geht gerade darum, dass die-
jenigen die praktisch keine Bleiberechtsperspektive hier haben.
535 Sollten dieser Zweitstrom weg sein, dann könnte man danach halt
die Personen entsprechend vorbeugend schon diese notwendigen
medizinischen Maßnahmen vorfinanzieren. Es ist wirklich eine riesen
Summe >hörbares ausatmen< (.) was da halt im Raum steht.
Und das müsste man halt wirklich so gut investieren, dass (..) es
540 macht halt wirklich (.) wenig Sinn jetzt irgendwelche Maßnahmen
anzufangen und so prophylaktisch bei einer Person wo man weiß
nach zwei Monaten ist sie vielleicht wieder abgeschoben. Deswe-
gen halte ich halt diese (.) Anfangsregelungen richtig gut oder jetzt
hat Herr Mackenroth auch dafür sich stark gemacht, dass auch die
545 Chipkarte für alle geben sollte. Und dieser Gang zum Sozialamt mit
der Einschränkung, dass dann auch diese dezimierten Leistungen
dabei sind. Das heißt: keine Schönheitschirurgischen Leistungen,
keine Extraleistungen, tatsächlich diese Akut- und Schmerzbe-
handlungen dann damit gewährleistet ist. Damit wird zum Beispiel
550 gerade mal ein Gang zum Sozialamt, dann diesen Leuten, erspart.
Und dazu wird aber in Berlin in einer Bundesarbeitsgruppe jetzt ge-
rade gearbeitet, das kommt wahrscheinlich vom Bund so eine ent-
sprechende Gesetzentwurf. Deswegen warten halt Sachsen und
die anderen Bundesländer darauf, dass da tatsächlich was passiert.

555 I: ähm, soweit ich informiert bin, gibt es das in Bremen schon seit
dem Jahr 2005. (Genau) Wenn ich das (genau) richtig weiß. Hat
man da...

B1: Es gibt da und auch in Hamburg, haben das Bremer Modell
übernommen, ähh, soviel ich weiß in Leipzig und Dresden wollen
560 das und in Chemnitz als Pilotprojekt einführen. Halt diese (..) diese
sogenannte Chipkarte für Asylbewerber.

I: Wie würden Sie persönlich die mögliche Umsetzung bewerten?

B1: (..) Also theoretisch steht jedem dann die Wahlfreiheit zu. Das
heißt dann: jede Stadt oder jeder Landkreis müsste theoretisch mit
565 jeder Krankenkasse einzeln verhandeln, damit der Flüchtling dann

sagen kann ich gehe nicht zur AOK, ich gehe zur BKK, ich gehe zur
TKK, ich gehe zu was weiß ich was auch immer. Das (.) wäre ein
riesen Moloch. Deswegen ist es sehr wichtig, dass da diese Modell-
versuche erstmal die Erfahrungen sammeln: ja das spart Geld, das
570 spart einen Mitarbeiter im Sozialamt, was weiß ich was auch immer.
Und dann hofft man tatsächlich, dass aus Berlin einheitliche Lösun-
gen kommen und das heißt nicht, dass jeder Staat jeder Landkreis
einzelne Lösungen sich abschwört, dann haben wir wirklich ein rie-
sen Chaos bundesweit, sondern tatsächlich eine einheitliche ge-
575 setzliche Regelung dazu gibt, da steht ihnen zu, diese Leistungen
haben sie, mit diese Chipkarte verhandeln und diese Krankenkas-
sen dabei auch die Wahlfreiheit, was auch ein sehr hohes Gut ist.
Das, das wäre dann die Lösung.

I: Für wie wahrscheinlich halten Sie es, dass das jetzt zeitnah pas-
580 siert? Also soweit ich informiert bin war auf einem der letzten Flücht-
lingsgipfel, oder Zusammenkunft der Länder, gesagt worden, dass
eigentlich ein Vorschlag der Länder kommen soll, wie das umge-
setzt werden kann.

B1: Also im Juni war dazu diese Sitzung (ja), wo das beschlossen
585 wurde und ähh da sollte eben nicht auf Bundesländer sondern tat-
sächlich der Bund ein allgemeines Konzept (achso) erarbeiten
(achso), also. (...) Kann sein, dass zwischendurch sich was geän-
dert hat aber ich denke der Bund hat sich eingesehen, dass es tat-
sächlich eine einheitliche Lösung braucht.

I: Okay (...) Glauben Sie, dass es eine Verbesserung dadurch ge-
590 ben wird, durch zum Beispiel die allgemeine Gesundheitskarte? Für
die Gesundheitsversorgung?

B1: Besserung nicht, aber dadurch könnte (.) ein Mitarbeiter im So-
zialamt erspart werden. Und den Betroffenen einmal ein Weg zu
595 diesem Sachbearbeiter, Sachbearbeiterin wenn man sagt: guck
mal ich hab hier einen Hautausschlag kann ich damit zum Arzt ge-
hen? Das würde dann wegfallen.

I: Ist das vielleicht auch ein Abbau von einer persönlichen Hürde. Der Gang zum Sozialamt oder zur Ausländerbehörde irgendwie und
600 dann (.) schon mal jemanden zu sagen man hat zum Beispiel Schmerzen oder sowas und dann nochmal zum Arzt zu gehen und dann..

B1: Also wie gesagt nochmal, bei Schmerz- und chronischer Krankheiten, also so (.) oder Unfälle da kann jeder halt einen Krankenwagen rufen da fragt keiner nach dem Papier, das ist dann geleistet.
605 Also bei Schmerzen geht das relativ, relativ ähh problemlos. Es geht darum wenn jemand so ähh, ja (.) nicht chronische oder nicht große Schmerzzustände hat wie, was weiß ich Hautausschlag oder Krätze halt (..)

I: Okay, das meinte ich auch da habe ich mich wahrscheinlich ein bisschen falsch ausgedrückt. Das tut mir leid, da muss ich selbst ein wenig aufpassen. Ähm (.....) ja jetzt bin ich ein bisschen raus, Moment bitte (.....) Wie lange haben wir ungefähr noch? (10 Minuten) 10 Minuten okay. Welche Veränderungen müssten präventiv
615 erfolgen um das problemlos dann halt umzusetzen, also von der Struktur in Sachsen von der Gesundheitsversorgung? Gibt es da Bedarf?

B1: Also Bedarf wäre da aber diese Staatsregierung will eine bundeseinheitliche Regelung haben. Mein letzter Stand ist das Dresden, Leipzig und Chemnitz wollen halt das einführen und auch so wie ich verstanden habe der >Blick zur Karte< Landkreis Zwickau bemüht sich auch um so ein Modell. Die Schwierigkeit ist aber, das wie gesagt theoretisch müssen Sie wirklich mit jeder einzelnen Krankenkasse verhandeln, damit halt die Flüchtlinge auch die Wahl
625 haben halt. Und die zweite Problem ist was letztens bei der Anhörung im Sozialausschuss, der Vertreter der AOK gesagt hat: man kann einfach nicht technisch zweierlei Chipkarten herstellen. Also einmal voller Umfang und zweitens dann begrenzter Umfang. Er meinte das ist in Sachsen (.) wäre technisch nicht möglich. Und das
630 würde dann wiederrum heißen, wenn da tatsächlich von Anfang an

die Flüchtlinge diese vollen Zugang zur medizinischen Versorgung haben, das würde ein riesen Kostenexplosion machen, was einfach die Kommunen gleich in die Knie zwingen würde. Genau, deshalb
(.) und, da muss uns eine Lösung gefunden werden, wie man halt
635 diese ja Grundleistungen in Chipkarten fassen kann und möglichst
dann, ähh eine bundeseinheitliche Lösung gemacht wird. (....)
(Okay) (.) Weil Sie müssen da, wegen die Flüchtlinge sind auch
mobil. Da sind sie mal hier, dann sind sie demnächst was weiß ich
in Nordrhein-Westfalen oder sie sind mal in Berlin, was weiß ich
640 was auch immer. Und dann hat man wirklich ein riesen Chaos weil,
wo ist der Versichert wo ist er nicht. Das (..) muss wirklich so eine
bundeseinheitliche Regelung sein.

I: Ich erkenne das Problem, deswegen (..), ähm, welche Alternativen würden Ihnen allgemein einfallen, also es gibt ja jetzt die Forderung vom Bund, wie Sie gesagt haben gibt es eine Alternativen die Sie bevorzugen würden?
645

B1: Also wie gesagt, bundeseinheitliche Lösung dieses Problems entsprechend, was weiß ich mit welcher Krankenkasse auch immer verhandelt wird, dass diese Krankenkarte gerade in den ersten 15
650 Monaten dann zur Verfügung steht, dann können Sie ganz normal zum Arzt gehen. Da wäre natürlich auch das Problem ob der Arzt das überhaupt einsieht, wenn jemand mit so einer Karte kommt und fragt, was weiß ich schon, rumzudoktern oder kommt die Schwester und sagt oder was weiß ich [...] nene der hat nur die Grund- und
655 Schmerzversorgung hier in Anspruch zu nehmen. Da (.) bin ich halt neugierig was dann halt die optimale Lösung wäre.

I: (..) Angesichts der Zeit würde ich sagen, hier sozusagen dann so langsam zum Ende zu kommen, also ich möchte ja auch Ihre Zeit nicht überstrapazieren. Ich würde gerne wissen, ist Ihnen noch irgendwie wichtig was dazu zu sagen zu der Thematik oder was Sie besonders bewegt. (.) Im Allgemeinen oder gibt es da etwas was Sie besonders interessiert in der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern?
660

665 B1: Also wie gesagt Herr Mackenroth ist sehr interessiert daran,
dass einfach diese Problematik mit der Traumabehandlung halt
möglichst schnell halt in Sachsen gelöst wird. Das ist ein Problem
was (.....) ja nicht so einfach zu lösen ist. Wenn man das praktisch
denkt. Und da ist sehr wichtig, dass vielleicht nicht nur populistisch
was fordert sondern tatsächlich so versucht zu Untersetzen, wie
670 könnte das tatsächlich aussehen? Haben wir dazu das Geld? Ha-
ben wir dazu das Personal? Haben wir dafür Strukturen? Wie sieht
es aus mit Strukturen im ländlichen Raum? Ob man das da auch
hinkriegen könnte. Ja (..) das ist viel gefühlte, praktische Arbeit und
ähh möglichst wenig Populismus in diesem Thema wünsche ich
675 mir.

I: Das ist allgemein zu wünschen. (Ja). Dann vielen Dank (Ja,
gerne). Ich wäre dann soweit durch, wenn Sie nichts mehr haben?
(Ja) Dann würde ich einmal auf Stopp drücken.

Ende des Interviews. Länge 40:12 Minuten

Die Atmosphäre während des Interviews war als entspannt und an-
genehm zu bewerten. Sowohl Sitzposition, als auch zustimmendes
Nicken und Augenkontakt deuteten auf ein allgemeines Interesse.
Die Tatsache, dass die erstmalige Interviewführung mit einem Ex-
perten stattfand, hatte teilweise Auswirkungen auf die Gesprächs-
führung, in Hinblick auf Nervosität und noch ungeübten Umgang mit
dem Erhebungsinstrument. Letztendlich ist das Interview jedoch
durchaus als positive Erfahrung zu bewerten. Die Stimmung war
ebenfalls von Sympathie geprägt. Im Anschluss an das Interview
wurde durch den Befragten ein weiterer Kontakt genannt, der zum
wissenschaftlichen Austausch genutzt werden konnte und ein wei-
teres Interview ermöglichen könnte. Dabei handelt es sich um ein
ähnliches Forschungsprojekt, eingegrenzt auf die medizinische
Versorgung von Flüchtlingen.

IX Transkript 2

Das Interview fand in den Abendstunden statt, die Temperaturen waren jedoch immer noch sehr hoch, wodurch die Räumlichkeiten ebenfalls stickig waren und ein Fenster geöffnet werden musste. Durch die angrenzende Straße und die Bahntrasse wurden Hintergrundgeräusche erzeugt. Sichtlich wahrnehmbare Lautstärken, die auch zu einem Anstieg der Gesprächslautstärke führten, sind im Transkript vermerkt worden. Eine generelle Hintergrundbeschallung ist zu jedem Zeitpunkt vorhanden gewesen. Diese wurde allerdings nicht als störend empfunden. Das Gespräch fand nicht am generellen Arbeitsplatz, sondern in einem Konferenzzimmer oder auch Beratungsraum, statt. Die Stimmung kann als ungezwungen und angenehm beschrieben werden, was auch im vorherigen Kontakt wahrgenommen werden konnte. Der Befragte ist zwischen 25 und 30 Jahren alt und beruflich als Sozialpädagoge und Politikwissenschaftler tätig. Die Arbeit gebende Organisationsart ist sowohl humanitärer, als auch gemeinnütziger Art mit der Rechtsform Verein. Die berufliche Tätigkeit mit Asylbewerbern dauert bereits sieben Jahre an. Sowohl direkter, als auch indirekter Kontakt zu Asylbewerbern ist vorhanden, der täglich auftritt. Der Expertenstatus ist durch diese Kennzeichen und Praxisarbeit gewährleistet.

Beginn des Interviews

I: Dann fangen wir mal an, mit dem heutigen Interview. Als allererstes würde ich gerne mal wissen, im Allgemeinen, wie denn die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern prinzipiell organisiert ist?

5 B2: (.) Mmh. Also prinzipiell sieht das so aus, dass es nach dem Gesetz klare Regulierungen gibt, ähnm die (..) diejenigen, die zuständig sind für die Unterbringung, das ist von Landkreis zu Landkreis unterschiedlich, also ich meine wir haben 10 Landkreise und drei Kreisfreie Städte hier in Sachsen und ähh mal ist die Abdeckung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden an ähh das
10 (.) die Ausländerbehörde gekoppelt, mal an das Sozialamt. Also

hier im Beispiel von Dresden ist beispielsweise das Sozialamt zuständig. Ähm es ist so, dass es halt zunächst nur eine Notfallbehandlung gibt bzw. eine Behandlung, bei (.) ja, ähm Erkrankungen, wo es droht Chronisch zu werden oder die chronisch sind. (Mmh)

15 (.) Das stellt natürlich da, das Problem dar, dass man, was weiß ich, wenn man jetzt eine etwas heftigere Erkältung hat, natürlich erstmal, ähh ja meinetwegen Schmerztabletten, fiebersenkende Mittel oder sowas bekommt, aber eine Weiterbehandlung in der Regel dort auch nicht stattfindet und welche Auswirkungen das dann später

20 haben kann, das wird nicht überprüft, sondern erst dann wenn es in der Regel eine chronische Geschichte ist. Das sind so die Erfahrungen, die wir in der praktischen Arbeit dann immer machen, dass so kleine Geschichten im Vorfeld, (.) wo auch kein kompletter Checkup gemacht wird, was betrifft denn jetzt überhaupt den, ähm

25 (.) oder welches Krankheitsbild, welche Krankheitsgeschichte hat der Asylsuchende, dass das eigentlich gar nicht erhoben wird, sondern symptomatisch behandelt wird. Es gibt dieses und jenes Problem, ähm (.) und das wird halt behandelt. Ähm Grundsätzlich ist es aber halt so, dass die Zuständigkeit >Zuggeräusche im Hintergrund< wie

30 gesagt in den einzelnen Behörden liegt. Es ist jetzt nicht so, dass ähm irgendwie eine Krankenkarte vorliegt, letztlich nur bei Langzeitgeduldeten, die die Möglichkeit haben, das irgendwann mal zu beantragen, (.) ähm die müssen noch, also zumindest in Dresden haben sie ja jetzt beschlossen, dass die Gesundheitskarte kommen

35 wird, die Frage ist nur wann. ähh Ansonsten sieht es so aus, dass die Asylsuchenden, wenn sie eine Beschwerde haben (.) zur Ausländerbehörde oder zum Sozialamt gehen, sich einen Krankenbehandlungsschein holen, dann geht es zum Allgemeinmediziner in der Regel, wobei es dort auch eine Unterscheidung gibt. Also in der

40 Regel sind die Sozialämter oder Ausländerbehörden (.) relativ kulant, ähh was es betrifft äh (.) mit, also mit Krankenbehandlungsschein Ausgabe, dass man eine, ohne Überweisungsschein, eine braucht für den Allgemeinmediziner, für den Zahnarzt, für den Frauen- und für den Kinderarzt. Für alle anderen Spezialärzte, sei

45 es HNO, sei es Gynäkologie, ähh quatsch Urologie, sei es der Haut-
arzt, Augenarzt solche Sachen, die werden (..) also nur durch Vor-
lage des Überweisungsscheins ähm (.) ausgehändigt. Das heißt in
der Praxis, wenn ich jetzt eine schwere Mittelohrentzündung habe
gehe ich zum Allgemeinmediziner oder besser gesagt erst zum So-
50 zialamt, dann zum Allgemeinmediziner. Der schreibt mir eine Über-
weisung, mit der gehe ich zum Sozialamt und hole mir einen neuen
Krankenbehandlungsschein für den HNO Arzt. Das heißt natürlich
in der Praxis, dass die Gesundheitsversorgung erstmal sehr büro-
kratisiert wird und hohe Hürden aufgenommen werden müssen. In
55 der Regel findet halt dort auch keine sprachliche ähm (..) oder die
Abdeckung von sprachlichen Kompetenzen von Seiten der Ärzte
statt. Kann man von den Ärzten so auch nicht erwarten, aber man
kann erwarten, dass Dolmetscher gestellt werden, von Seiten des
Sozialamts. (.) Und das ist natürlich, gerade im ländlichen Raum
60 schwierig.

I: (..) Ähm zwei Fragen werfen sich dazu gleichzeitig bei mir auf. Als
allererstes einmal, wie ist es denn zugänglich? Also wenn der Be-
handlungsschein abgeholt wird, beim Sozialamt, (..) welche Öff-
nungszeiten, von denen wir sprechen, haben die denn? Oder wann
65 sind denn die überhaupt erreichbar, für die Asylbewerber?

B2: Also grundsätzlich täglich, ähm (..) allerdings von zehn bis zwölf,
14 bis 16. Das ist letztlich von Landkreis zu Landkreis auch unter-
schiedlich. Ähm manche haben Freitag auch komplett zu, äh (.) im
ländlichen Raum gestaltet sich das natürlich, für die, für die Abho-
70 lung des Krankenbehandlungsscheins schwierig, weil ähm (.) mei-
netwegen sitzen die in, in Glauchau fest und müssen mit dem Zug
erst nach Zwickau fahren. Das mag mal noch gehen, (..) aber wenn
ich dann eher schon in das Erzgebirge gucke, was ja noch Struk-
turschwacher ist, wird das schon wieder schwierig oder nach Mit-
75 telsachsen, da ist man eigentlich den ganzen Tag unterwegs. Ge-
fühlt um erstmal, meinetwegen von, von Leisnig >lacht< oder der
Weitsch nach Döbeln zu kommen, ähh wartet dann dort durchaus

auch eine Stunde, zwei Stunden um den Krankenbehandlungsschein zu bekommen und ähh (.) fährt dann wieder nach Hause,
80 um einen Arzttermin zu machen. Der Möglicherweise das Quartal überschreitet, dann fängt der ganze Spaß wieder von an. Also die Hürden sind halt schon relativ groß. Ähm (..) und das nächste Problem ist halt letztlich, dass ähh, ähh, was wollte ich jetzt sagen (..) genau! Also wie gesagt, diese Wege im Prinzip dafür sorgen, dass
85 viele diese, (.) diesen Schritt halt auch nicht gehen und die Krankheiten dann auch aussetzen, so. Also gerade wenn ich jetzt mal eine Erkältung oder Kopfschmerzen oder Migräneanfälle oder so was sind. Ähm (..) Es gibt in letzter Zeit, eine positive Entwicklung, dass vor allen Dingen in den Asylunterkünften, Kooperationen mit
90 den Sozialämtern oder Ausländerbehörden bestehen, ähh dass diese berechtigt sind Krankenbehandlungsscheine auszustellen. Dass gilt in der Regel aber nur für den Allgemeinmediziner. Oder eben für den Kinderarzt, Frauenarzt, Zahnarzt. Ähh diese speziellen Geschichten müssen dann in der Regel schon halt über das Sozialamt laufen, das betrifft auch nicht alle, >Motorengeräusche< ja
95 ähm Asylheime wenn man so will, sondern tatsächlich nur punktuell in einzelnen Landkreisen, wo es diese Vereinbarungen gibt.

I: (...) Ähm gibt es dabei Einschränkungen? Die, also die, sage ich jetzt mal in Anführungsstrichen >Geste<, die Leistungserbringer,
100 Ärzte irgendwie (.) haben? Also wenn ein Behandlungsschein ausgestellt wird, gibt es bestimmte Leistungen, die gar nicht gewährt werden würden?

B2: (..) Naja, die gibt es. Also die decken halt letztlich nur eine Notfallbehandlung ab, (Mmh) per Gesetz, also so lange wie sie halt
105 asylsuchend beziehungsweise dann auch geduldet sind. Ähm (.) und es ist halt natürlich so, dass jetzt wenn es darum geht eine Folgebehandlung zu machen oder eine Traumabehandlung oder sowas, dass es dort durchaus auch Schwierigkeiten geben könnte. Also es gibt halt zwei Kategorien von Krankenbehandlungsscheinen,
110 die einen sind terminiert auf einen Tag, das heißt die sind auch

nur da gültig und die Anderen betreffen das gesamte Quartal. Im ungünstigsten Fall >Geräusch durch Wasserglas Abstellen auf dem Glastisch< kann es quasi dem Asylsuchenden mit der Mittelohrentzündung so passieren, dass er einen Krankenbehandlungsschein für das ganze Quartal für den Allgemeinmediziner bekommt, was auch Sinn macht, also (.) es ist ja auch ein Verwaltungsaufwand wenn der ähnm, ja (.) alle paar Tage im Prinzip zum Sozialamt geht und sich dort dann einen Neuen für den Allgemeinmediziner abholt >lachen<. Es ist auch eine Abrechnungssache, wo die Ärzte dann irgendwann sagen: hier es reicht. Aber spätestens dann, wenn er beim HNO Arzt ist und dieser Krankenbehandlungsschein terminiert auf ein oder zwei Tage ist, (.) dann ähh (.) gestaltet sich das auch mit der Nachbehandlung schwierig. Also du wirst nur an dem Tag, der als Abrechnungsfähig von Seiten des Arztes, alles was darüber hinaus geht nicht. (Okay) Und er bräuchte dann dafür einen neuen Schein. Und ganz dramatisch ist das natürlich bei ähh Traumabehandlungen, ääh (.) wo es so, und da gibt es viele Fälle, also gerade unter den Asylsuchenden die hochtraumatisiert sind und eine psychotherapeutische oder psychosoziale Behandlung bräuchten, dort ist es dann halt letztlich so, dass die Termine sowieso über Quartalsgrenzen gehen, das ist so schon das erste Problem >Motorengeräusch< und dass die ausgestellten Krankenbehandlungsscheine für den Psychothe-, ähh für die psychosoziale Arbeit oder den Psychotherapeuten, ähm nicht ausreichen um alle Termine abzudecken, so. (.) Und dort gibt es dann in der Regel ein Prüfverfahren, (..) ähm wo, wo die Behandlung als notwendig eingestuft wird, um eben beispielsweise eine Selbst- oder Fremdgefährdung zu vermeiden. (Okay) Ähm, dann wird auch erst, also wenn da ein Attest vorliegt, was die zuständige Behörde beantragen kann, bei dem, also das Sozialamt beantragt >Motorengeräusch< oder beauftragt besser gesagt, den Arzt zur Erstellung eines Attestes. Erst dann darf der das auch ausstellen, also von sich also darf der das gar nicht, damit er das auch abgerechnet be-

kommt. Das muss sonst der Asylsuchende selber bezahlen und sel-
biges trifft natürlich auf, (.) auf bestimmte Medikamente zu. Also ge-
145 rade bei Patienten, die HIV positiv sind (.) stellt sich natürlich schon
die Frage, inwieweit (.) >Zuggeräusche< ähh werden Medikamente
bereitgestellt? Grundsätzlich erstmal nicht, sondern nur nach Prü-
fung durch das Sozialamt. (Okay) Und an dem Punkt wird dann
150 meistens auch der Amtsarzt eingeschaltet, der dann die Atteste, der
behandelnden Ärzte noch einmal überprüft.

I: (...) Okay. Ähm, zur Psychotherapie komme ich nachher noch
einmal. Ich (..) war gerade am Überlegen, aber ich würde es noch
ein bisschen nach hinten (Ja) verschieben (ist gut), als große Über-
155 schrift. Ähm (.) Ich würde eigentlich noch mal weiter machen, bei
der Organisation im Allgemeinen. Man kriegt es ja jetzt auch immer
mehr auch mit, ehrenamtliches Engagement und andere subsidiäre
Organisationen, wie DRK oder ähnliches. Inwieweit ist denn eigent-
lich die Gesundheitsversorgung, die ja eigentlich staatlicher Für-
160 sorge entspricht, ääh auf solche Organisationen angewiesen? Da-
mit das überhaupt funktioniert? (Also auf ehrenamtliche Struktu-
ren?) Ja. (Sozusagen)

B2: (..) Ha >lacht<. Das ist eine gute Frage, ähm. (..) Also wenn
man knallhart nach dem Asylbewerberleistungsgesetz geht, gar
165 nicht! (Mmh) Weil es natürlich so ist, dass dort die Rechte festgelegt
sind und die sind, ähm ja, eher Lowlevel (Mmh) sodass es dort kei-
nen Bedarf gibt. Wenn man mit einem gewissen humanistischen
Anspruch ran geht, ähm und ähm (.) eben nicht nur eine Notfallbe-
handlung anbieten will, (.) also und da kommen wir dann später
170 wahrscheinlich auch wieder darauf zu sprechen, also gerade im Be-
reich Trauma ist es halt immer wieder Thema, dass ähm Psycho-
therapeuten (.) ehrenamtlich zum Teil ihre Unterstützung anbieten,
weil der Bedarf einfach so groß ist und die Behörden es letztlich
nicht ihren, ihren gesetzlichen Pflichten in dem Moment hinkommen
175 oder eben dieses Prüfverfahren nicht einleiten. Es ist so, dass es

ähm natürlich Zielgruppen gibt, die von den Asylbewerberleistungen weitestgehend ausgenommen sind, das sind vor allen Dingen Staatenlose. >Motorengeräusche< Die (.) keinerlei Anspruch letztlich auf irgendeine Art von Betreuung haben, also es ist für sie wirklich sehr schwer in die gesundheitliche Versorgung rein zu kommen. In dem Fall greift das Medinetz, was ja recht gut verzweigt ist. Es gibt noch nicht überall so Ausgangspunkte das sind dann so meistens Medizinstudenten oder Ärzte, die in ihrer Freizeit ehrenamtlich letztlich dort Strukturen aufbauen. Da würde sich sicherlich auch gerade mit dem Medinetz auch noch mal ein Interview lohnen. (..) Ähm, weil die letztlich dann aus der praktischen Arbeit dann auch nochmal auf Fallstricke hinweisen können, (.) was ich jetzt so nicht kann. Ähm, wenn man sich die Situation anschaut ist es aber schon (.) also,(.) ist eigentlich die äh, vor allen Dingen die soziale Betreuung sehr auf ehrenamtliche angewiesen, das fängt damit an, dass man nicht, als Sozialarbeiter der noch 100 andere Fälle oder 150 nach dem Regelschlüssel betreuen muss, ähm ist man darauf angewiesen, weil nicht mit jedem zum Arzt gehen kann, das funktioniert nicht! Da ist Ruckzuck die Wochenarbeitszeit voll und damit bleiben die Anderen auf der Strecke, sodass was Arztbegleitung anbetrifft und auch Dolmetschertätigkeiten betrifft, ähm dort im Wesentlichen halt der, der Punkt sind. Und was ja mit zu einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung halt zählt, dass der auch aufgeklärt wird, dass er weiß was dort passiert, dass er eben letztlich halt auch, zum Teil den überforderten Ärzten, ähh nicht willkürlich ausgeliefert ist. Also da kommen wir dann auch zu dem Punkt: wie leicht ist der Zugang zu Ärzten? Ne, (.) aufgrund der hohen Fallzahlen, aufgrund der hohen Patientenzahlen, gibt es vor allen Dingen in den Großstädten, ähm (.) relativ viele Ärzte, die voll sind und die auch gar keine Asylsuchenden mehr aufnehmen. A: weil es bequemer ist, wenn man die Sprache nicht spricht und B2: weil man tatsächlich voll ist. Also das ist so, oftmals auch eine Mischung aus Beidem, darüber hinaus gibt es aber wie gesagt auch eine ganze

Reihe von Ärzten, die ähh (.) sich ehrenamtlich dann dort engagieren und dann auch mehr machen als sie eigentlich müssten, (Okay) >Sirenen im Hintergrund< per Gesetz. Und das ist eher eine positive Entwicklung. (Auf jeden Fall.)

I: (.) Ähm, Medinetz haben Sie jetzt schon angesprochen, was für andere Netzwerke, Kooperationen, >Sirenen im Hintergrund< ähm gibt es denn die Ihnen sonst noch bekannt sind, für die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern? Also die jetzt gerade Arbeit leisten?

B2: >Räuspern< (..) Naja, im Wesentlichen ist es halt schon das Medinetz, die eine, die auch organisatorisch gut aufgestellt sind, (.) auch ähh Materialtechnisch. Es gibt darüber hinaus natürlich eine ganze Reihe von ehrenamtlichen Initiativen, vor allen Dingen aus Studentenkreisen. (Mmh) So, also meistens auch an das Medinetz gebunden, aber nicht nur, also in Leipzig beispielsweise, ähh, gibt es über den Fachschaftsrat der Medizinstudenten. Ähm (.) also es fängt an, bei Spendensammlungen, es fängt an bei, ähh, ja unregelmäßigen zwar, aber immer hin auch gesundheitlichen Beratungen. Das Problem an dieser Stelle ist natürlich, es sind Studenten. So, sie sind keine ausgebildeten Ärzte und gesetzt den Fall: es geht irgendwas schief! So, oder es ist eine falsche Diagnostik dann da, dann geht das natürlich nach hinten los. So, sodass letztlich eine wirklich tiefgreifende gesundheitliche Versorgung dort nicht stattfinden kann. (Okay) Ähm, das ist beim Medinetz selber ein bisschen anders. Es formiert sich gerade ein Unterstützerkreis um die Uniklinik hier in Dresden, (.) die eine sehr gute Arbeit machen. Einerseits in Richtung Ehrenamtsakquise aber auch Geldakquise, dass einfach auch finanzielle Mittel durch öffentlichkeitswirksame Aktionen, (.) eingeworben werden und mit denen letztlich auch Strukturen aufgebaut werden sollen, künftig. (..) Ähm, im Gespräch ist damit eine Flüchtlings- ähh, ambulanz und eine Flüchtlingstraumaambulanz, ähm weil das tatsächlich gerade so das, das Problemfeld Nummer eins ist in Sachsen. Ähm, es gibt darüber hinaus aber gerade im

Bereich Trauma, da kommen wir schon wieder hin >lachen<, auch zwei Vereine in Leipzig, die sich sachsenweit da sehr engagieren. Das ist Mosaik und und äh, äh Cactus. Ähm (.) die in Kooperation mit Psychotherapeuten stehen und das dann letztlich halt auch über ehrenamtliche Strukturen, zum Teil abzudecken. Und die aber auch den Diskussionsprozess, um eine Institutionalisierung, ähh einer (.) Flüchtlingstraumabehandlung weiter vorantreiben. Also es findet nicht nur die praktische Arbeit statt, sondern zum Teil auch wirklich die Politische, das man auf diese Missstände dann halt drauf hinweist.

I: Wie ist da der Einfluss? Also wie schätzen Sie den ein?

B2: Relativ gering. (..) (Okay) (...)

I: Ähm und allgemein die Zusammenarbeit zwischen, sag ich mal, zuständigen Behörden und solchen ehrenamtlichen Kooperationen, findet da was statt? Oder wie wird

B2: Das kommt auch immer auf den Landkreis drauf an. In Dresden ist das alles ein bisschen schwierig, ähh in Leipzig funktioniert das ganz gut. (...) Ähm, das kann mal pauschal so wirklich nicht sagen. Also zum Teil hängt das wirklich auch dann in den Landkreisen, von den einzelnen Kommunen ab, die halt ähm (..). Also beispielsweise ist es jetzt in der Diskussion, dass im Landkreis Zwickau auch Glauchau Krankenbehandlungsscheine dann eben ausstellen kann. Zum Teil wird das auch schon gemacht. Ähh (.) Wie das dann letztlich halt umgesetzt ist, das kann man jetzt im Einzelfall auch nicht sagen. Ich weiß es im Fall von Glauchau, dass die aber sehr eng mit den Unterstützernetzwerken zusammen arbeiten, um einfach auch Ressourcen zu schonen. Also die Kommunen begreifen langsam, dass es Sinn macht, ähh, zu kommunizieren und darüber dann natürlich auch die, ähh, die Arbeit für die Asylsuchenden effizienter zu machen.

I (..) Wären da, wären da größere Potenziale zu erwarten in so einer Zusammenarbeit? Also, sag ich mal oder bessere Leistungen für die Asylbewerber?

275 B2: Wenn die auf Augenhöhe stattfindet: ja! Wenn es darum geht, ähm (...) dass letztlich ein Ehrenamt, das Hauptamt ersetzen soll, dann nicht. So (..) ähm, also das ist ja eben genau diese Entwicklung mit ähh, irgendwelchen Studentengruppen. Ich will ihre Arbeit nicht kleinreden, um Gottes Willen, die machen eine super Arbeit!

280 Aber wenn natürlich die zuständige Behörde ihrer Aufgabe nicht nachkommt, ähm (..) verschiebt sich die, die (..) die Arbeit von einer professionellen auf eine ehrenamtliche Schiene. Und das ist letztlich, ähh (..) für die Zukunft hinderlich. Es müssen letztlich in dem Rahmen auch Konzeptpapiere entwickelt werden, die gibt es nicht.

285 (Ja) Also, sächsische Flüchtlingsrat hat zur ehrenamtlichen Arbeit, im Allgemeinen, ein Positionspapier (..) veröffentlicht und formuliert, die klare Abtrennungslinien ziehen zwischen, ähh Ehrenamt und Hauptamt (..) ähm darlegen. Das betrifft in unserem Fall zunächst natürlich die, die Beratung so zum, zum Asylverfahren, Beratung

290 zur sozialen Betreuung und so weiter. Das lässt sich aber letztlich genauso auf den medizinischen Bereich übertragen. Also ein Ehrenamt kann nicht das Hauptamt ersetzen. Und, äh wenn es allerdings in diese Richtung geht, dass das Ehrenamt unterstützend tätig ist, zum Beispiel in Form von Begleitung (..) so, in Form von einer

295 (..) von, von der Möglichkeit den Asylsuchenden eben auch zu erklären, was hier passiert, dann sehe ich dort durchaus Chancen, weil ich nicht sehe, dass es sich etablieren wird flächendeckende Dolmetscherstrukturen aufzubauen. Das ist aber eher ein strukturelles Problem und eine politische Frage. (Okay)

300 I: (..) Wir haben es schon ein paarmal angesprochen, ich ziehe es jetzt dann doch noch mal ein bisschen vor, die Psychotherapie. Ein bisschen was haben Sie ja schon gesagt. >Zuggeräusche< (...) Im Großen (..) Gesamten, sag ich mal, der Asylbewerber, die hier an-

kommen oder die jetzt auch gerade in einer Erstaufnahmeeinrichtung aufgenommen werden oder ähnliches. Also gerade ihren Antrag auch erst stellen. Wie viele davon, würden Sie ungefähr schätzen, zeigen davon auffällige psychische Probleme oder Symptomatik?

B2: (..) Das ist schwer. Das ist wirklich schwer zu beurteilen, alleine aus der Tatsache heraus, dass wir in die Erstaufnahmeeinrichtung nicht rein kommen. (Mmh) (..) Oder halt nur, ja, (.) bedingte Zugriffs- und Zutrittsrechte haben und wir als Beratungsstelle zunächst auch keine Psychotherapeuten oder, oder ja, (...) sind. Ähh, (..) lässt sich schwer sagen. Also was festzustellen ist, ist das die Fallzahlen zunehmen. (Mmh) Gefühlt, ohne dass die Zahl jetzt stimmen muss, würde ich sagen das über die, knapp über die Hälfte solche Auffälligkeiten aufweisen, dass sie tatsächlich in eine regelmäßige Behandlung müssten. Das hängt einerseits mit der Fluchterfahrung zusammen, das hängt aber auch mit einer Retraumatisierung zusammen, wie die Leute hier untergebracht sind. Also so dieser Flashback dieser Unterbringung in Lagern, (.) der dann wieder hochkommt. Das kann auch später wieder ausbrechen, also wir haben zahlreiche Fälle, die dann im, im Rahmen des Asylverfahrens oder eben meinetwegen auch nach der Anerkennung, anhand der bürokratischen Hürden, ähh (..) wieder zusammenklappen und sagen: okay ich, ich weiß nicht wie ich hier damit klar kommen soll. Ich dachte ich wäre jetzt angekommen und in Sicherheit. (Mmh) Und äh, hat eigentlich nur mit neuen Problemen zu kämpfen, was dann wieder solche Triggerpunkte sind, die da wieder auslösen. Also ich glaube, dass es ganz schwer zu messen ist und ähm, genau aus diesem Grund fordern wir ja auch schon seit Jahren, dass es A: eine Clearing-Stelle in den Erstaufnahmeeinrichtungen gibt. (Mmh) Das heißt es wird geschaut, ähh wo sind Auffälligkeiten? Das betrifft im Übrigen nicht nur die Traumabehandlung, sondern eben auch das geschaut wird, äh gibt es unbegleitete, minderjährige Flüchtlinge, die in einer Erstaufnahmeeinrichtung sind, gibt es besondere Schutzbefohlene ähh und dergleichen, ne. Das gibt es

derzeit nicht. Es würde die Arbeit wesentlich erleichtern und letztlich auch die, die Erstellung einer Statistik, diesbezüglich (ja) erleichtern und es gibt auch nicht sowas wie, wie ein ähh Traumazentrum hier in Sachsen. Dass gesagt wird, okay an einer koordinierenden Stelle werden Standards festgelegt für die Traumabehandlung Asylsuchender in Sachsen. (Okay) So. Und das wäre unserer Ansicht nach dringend erforderlich, um eben auch diese hohe Dunkelziffer, diese gefühlte hohe Dunkelziffer, ähm, einfach auch mal erfassen zu können. So. Und dann aber adäquat behandeln zu können, denn auch wenn es erkannt ist, heißt das nicht, dass da eine Behandlung stattfindet. Das ist letztlich der Entscheidung des Sozialamtes, oftmals in Kooperation mit den zuständigen Amtsärzten, überlassen. Und, also ich meine der Amtsarzt prüft die, die Atteste der behandelnden Ärzte, ähm (..) und (..) schreibt dann eine Stellungnahme und selbst wenn die positiv für den Asylsuchenden ist, heißt das noch lange nicht, dass das Sozialamt oder die Ausländerbehörde das anerkennen muss.

I: (..) Aus welchen Gründen? Normalerweise?

B2: (..) Also normalerweise halten die sich daran. Es könnte aber ein Ablehnung, äh stattfinden beispielsweise äh, aufgrund von, von, von angekündigten Abschiebeandrohungen, aufgrund von äh, ja haushaltspolitischen Erwägungen, aufgrund von, äh ja, aufgrund der Vorgeschichte des Asylsuchenden, also der hat meinetwegen schon drei Behandlungen. Hat noch nichts gebracht, dann stellen wir das jetzt ein. (Okay) (..) Also solche Möglichkeiten gibt es dann halt schon für die Ausländer- und, und Sozialbehörden, also Sozial- und Ausländerbehörde. >Glas abstellen< (..) Ähm, es ist, also, diese wirklichen Kriterien kann man so nicht festlegen und auch das (..) variiert von Landkreis zu Landkreis und von kreisfreier Stadt zu kreisfreier Stadt.

I: (..) Ähm, Ihre Forderungen nach der Clearing- (..) Clearing-Center hatten Sie gesagt, wann haben Sie die gestellt? Sie sagten vor einigen Jahren?

B2: Das geht schon recht lange, also im Prinzip seitdem, äh (..) es den Flüchtlingsrat gibt, plädieren wir immer wieder dafür, zu schauen wer besonders schutzbedürftig ist. (Okay) In den letzten, ja (..) zwei drei Jahren hat sich das natürlich nochmal verdichtet mit
375 der >Zuggeräusche< Ausweitung der Erstaufnahmeeinrichtungen. Ähm, (..) und wir hatten im vergangenen Jahr, ein, ja (..) Antrag über europäische Mittel, über ESF Mittel gestellt, um ebenso eine Trauma, (..) ein Traumazentrum in Sachsen etablieren zu können, was dann auch mobil in die Landkreise reinarbeiten kann mit Ko-
380 operationspartnern vor Ort. Leider wurde der Antrag nicht genehmigt, wir versuchen es jetzt weiter, (..) momentan auf einer Low-budget Variante, aber es ist wenigstens erstmal etwas und äh, (..) man muss halt sehen, dass wir auch auf der politischen Ebene diese, diese Sachen halt weiterbringen. (Mmh) Die Clearing-Stelle
385 an sich, (..) betrifft halt wie gesagt nicht nur die gesundheitliche Versorgung, sondern tatsächlich auch äh (..) eine Erfassung der Asylsuchenden mit besonderem Schutzbedarf. >Zuggeräusche< Dass die eben auch, so schnell wie möglich, aus der, ja (..) äh aus der Erstaufnahmeeinrichtung rauskommen. Und dann sind wir auch
390 wieder bei den, bei den ja, Kranken oder Notleidenden. (...) Oder Schwangeren, das ist ja auch so ein Ding. (..)

I: Ja, Sie hatten vorhin Mosaik genannt und Cactus in Leipzig. (Mmh) Reichen denn die Angebote, die die stellen können, in irgendeiner Art und Weise aus oder die Verfahrensweisen, die angeboten werden?
395

B2: (..) Ähm, also wie gesagt die machen eine gute Arbeit aber die handeln halt auch wie wir hier in der Beratungsstelle nur punktuell. Bei den 15.000 Asylsuchenden die wir in Sachsen haben, ähm können wir mit unseren Partnern in den Regionen, (..) niemals alle erreichen. Das kann auch Mosaik und Cactus nicht. Egal ob das jetzt soziale Beratung ist oder Asylverfahrensberatung, ähm oder eben die gesundheitliche Versorgung oder Traumabehandlung. Es ist schlichtweg nicht möglich. In erster Linie scheitert das eben auch
400

an den finanziellen Ressourcen die da sind und dann sind wir wie-
405 der bei der Frage: Ehrenamt oder Hauptamt? Und, äh aus unserer
Perspektive muss es eine Haupt-, mindestens eine Hauptamtliche
Koordinierungsstelle geben, wo auch Psychotherapeuten mit, äh, in
das Boot geholt werden. Ähm, und dann eben auch die Partnerver-
eine in den Landkreisen vor Ort, dass man dort Psychotherapeuten
410 mit einbindet in die Arbeit und dass frühzeitig. Und dass muss halt
letztlich auch monetär vergütet werden. Und es kann nicht sein,
dass man dort alles auf das Ehrenamt schiebt. (Ja) Also die mo-
mentanen finanziellen Ressourcen >Motorrad Geräusch< die letzt-
lich bereitgestellt werden, sind der Grund dafür, dass die gute Arbeit
415 nicht bei allen ankommt. (Mmh)

I:(..) Gibt es denn Therapien, die einem Asylbewerber angeboten
werden, der besonders Auffällig oder auffällige Symptomaten
hat? Also zum Beispiel (..) vollkommen verschlossen, irgendwie
leichte Form von Hospitalismus (..) ähnliches (..) irgendwie so. Wenn
420 man wirklich merkt, da ist ein starkes Trauma vorhanden und ei-
gentlich bräuchte dieser Mensch dringend (..) Hilfe in der Beratung?

B2: Naja. (Gibt es da jemand?) Es ist halt die Frage, (..) ob es er-
kannt wird und wie es erkannt wird. (Aha) Wenn er durch irgendeine
Art und Weise beim Allgemeinmediziner, ähm darauf auch ange-
425 sprochen wird und er dann auch sieht: okay, hier gibt es eigentlich
Handlungsbedarf, äh (..) dann hat er schon noch die Möglichkeit,
das > Straßenlärm< [...]. Wenn dann allerdings der Asylsuchende
mit dem Überweisungsschein mit dem Kostenvoranschlag nicht auf
das Sozialamt geht, (..) weil er es einfach nicht versteht (..) was hier
430 vor sich geht oder weil es einfach nur eine zu große Hürde für ihn
ist, dann passiert dort nichts. (Mmh) (..) Oftmals ist es so, dass da
wo es eine gute soziale Betreuung gibt, die auch dort mit begleitet,
(ja) so, was ja eigentlich auch Sinn und Zweck ist, aber ähm, eben
aufgrund des hohen Betreuungsschlüssels ist es momentan auch
435 schwer möglich, alle Asylsuchenden dort auch mitzunehmen.
(Okay) (..) Also das stellt tatsächlich auch noch ein Problem dar. Es

ist aber schon so, dass wenn es starke Hospitalisierungserscheinungen gibt oder tatsächlich eine Selbst- oder Fremdgefährdung vorliegt, meinetwegen auch, dass der Notarzt schon kam und abgeholt hat, äh (.) dann ist es relativ einfach auch die Genehmigung für eine Erstbehandlung >Zuggeräusche< halt zu bekommen, Also für eine erste Therapie. Wie es dann weiter geht, das steht dann nochmal auf einem anderen Blatt. (okay) (.....)

I: Ich würde nochmal zurückkommen in Richtung Organisation, nochmal im Allgemeinen. Das ist vielleicht auch nochmal eine etwas wiederholende Frage. (...) Aber ich würde eigentlich gerne wissen: Wie wird denn entschieden ob ein Asylbewerber gesundheitsfördernde oder medizinische Leistungen erhält? Also zum Beispiel beim Sozialamt beziehungsweise wer entscheidet das?

B2: Also jetzt abgesehen von der Notfallversorgung? (Abgesehen von der Notfallversorgung.) Ähm, (..) naja wie ich halt schon gesagt hatte, also (..) es wird ab einem gewissen Punkt ein Amtsarzt eingeschaltet, der vor allen Dingen, also wir, wir hatten jetzt den Fall von einer Georgierin, die eine Skoliose hat, Bauch- Rückenschmerzen und ähm. (..) Es ging nun darum, dass sie so eine, so eine (.) Bandage (.) für den Bauch halt bekommt, die sie dort ein bisschen stützt und entlastet. Das musste erst geprüft werden und hat sage und (.) sage und schreibe drei Monate gedauert. >Zuggeräusche< Ähm, da können natürlich auch Folgeschäden dann entstehen (ja klar) so und äh diese Prüfung lag beim Amtsarzt. Und das geht immer zuerst zum Amtsarzt, der schreibt sein, sein Gutachten dazu, anhand der Dokumente, die er vom behandelnden Arzt oder, oder von der rezeptausstellenden Stelle sozusagen ähm (..) bekommt und gibt dann diese Stellungnahme an das Sozialamt weiter. Und gerade bei solchen Sachen, die jetzt wirklich auch akut sind, gibt es in der Regel auch keine Probleme.

I: Mmh. (..) Aber wenn ich das richtig verstanden habe, ist es nicht immer notwendig den Amtsarzt einzuschalten? Und (..) das einer

der Mitarbeiter vor Ort der Sozialbehörde auch entscheiden kann?

470 (Nein!) So ist es nicht?

B2: Also es sind keine Mediziner, ne. Es wird immer ein Amtsarzt eingeschaltet, egal ob das jetzt Medikamente sind, oder ob das eine Physiotherapie ist, oder weiß der Geier was. (Okay) Ähm, zuerst guckt der Amtsarzt drauf und schreibt seine Empfehlung oder eben
475 auch nicht. (Okay) Also er beurteilt die Notwendigkeit und ähm (.) da gibt es Gute, da gibt es weniger Gute. Ähm, (.) und das nimmt das Sozialamt letztlich als Grundlage, um dann die Entscheidung zu treffen. Und (.) die letzte Entscheidungsgewalt liegt natürlich beim Sozialamt, aber also der, es gibt auch einen hohen Stellungswert beim Amtsarzt. Ähh, meistens wird das auch so umgesetzt, wie er das schreibt, aber eben nicht immer. So. (Okay)

I: (..) Dann noch was anderes. Im Gesetz steht ja eigentlich bei einer akuten Erkrankung, einem akuten Schmerzzustand, (.) dass da eine Behandlung erfolgt. Gibt es da einen besonderen Maßstab oder ist das immer eine individuelle Entscheidung?
485

B2: (..) Das müsste man eigentlich einen Mediziner fragen, ne. (Okay) (.) Also ich kann da relativ wenig da zu sagen, also ähm (.....) weiß ich nicht. Also ich habe es bei einem Asylsuchenden gehabt, der ähm (.) an Epilepsien leidet und da ist es eigentlich auf der Hand, der hatte einen Anfall, wurde mit in das Krankenhaus genommen und die Behandlung findet statt, auch ohne Krankenbehandlungsschein, ähm (.) der wird dann halt nachgereicht, beziehungsweise wird diese Notfallbehandlung an das Sozialamt weitergegeben, das geht dann auch relativ Problemlos. Also er bleibt
490 dann auf den Behandlungskosten nicht sitzen. (.) (Okay) Ähm, (.) was jetzt, ob es da jetzt einen Maßstab gibt, das weiß ich nicht. Ich weiß es von Ärzten aus der Uniklinik, die vor allen Dingen an der Notfallambulanz arbeiten, dass ähh (..) viele Asylsuchenden von dort weggeschickt werden. Weil (.) sie eben bestimmte Kriterien
495 nicht erfüllen. Welche das sind, weiß ich nicht. (Okay) (..) Aber ge-

rade die Meldung Asylsuchender in dem, in dem Notfall, (.) Entschuldigung. >Handy klingeln< So ist das lautlos? (.....) ja, (..) aber gerade die, ähm (..) was wollte ich sagen? (..) Genau die ähh, >Zuggeräusche< wenn die jetzt in die Notfallaufnahme kommen, (.) dann
505 (.) werden relativ viele Abgewiesen. Und das (.) ist halt schon schwierig, also wir hatten halt einen Fall auch, der hatte eine relativ tiefe Schnittwunde am Arm, der hat halt eine kurze Bandage drüber bekommen und dann ist er wieder Heim geschickt worden, ohne halt wirklich zu schauen, äh was ist da jetzt los? Müsste das vielleicht genäht werden? (Mmh) Oder sonst was? Das ist dann natürlich schon auch schwierig, wenn man dann auch mal nachfragen sollte: okay, welche Möglichkeiten hat denn der jetzt auch? Äh, (.) die Notfallaufnahme in erster Linie, um das auch abzudecken. (Okay)

515 I: (..) Ähm, (....) nächste Sache. Kommen wir zu so einer Art Erstaufnahmeanamnese. Wie und wann wird denn da eigentlich der gesundheitliche Status eines Asylbewerbers erfasst? Der zum Beispiel gerade erst Asyl beantragt hat.

B2: Wann und wie oder erst mal nur wann?

520 I: >Ausatmen< Von mir aus auch >beidseitiges Lachen< erst einmal wann.

B2: Also zuerst in der Erstaufnahmeeinrichtung. Wenn die auf die Bundesländer zugewiesen werden, gibt es ja nun eine ganze Reihe von Erstaufnahmeeinrichtungen. Es funktioniert mal gut mal weniger gut. (..) In Chemnitz, wo es nur Chemnitz und Schneeberg gab,
525 hat das relativ unproblematisch funktioniert. Jetzt in Dresden mit der Zeltstadt funktioniert das (.) katastrophal. (..) Ähm dort findet praktisch keine, äh ja (..) keine Aufnahme im Prinzip, äh >Autogeräusche< der Krankenhistorie statt, wo dann auch geschaut wird was
530 bringt den der mit oder nicht. (..) Ähm, die Frage nach dem wie lässt sich ebenfalls relativ schnell beantworten, nämlich schlecht. Äh, denn es wird gefragt, äh (.) gab es diese oder jene Krankheit, das

schon. Ähm, aber mehr jetzt auch nicht, also ein ausführliches Blut-
bild oder ein, ein (..) dass regelmäßig der Blutdruck überprüft wird
535 oder was weiß der Geier was, das findet so nicht statt. (Mmh) Also
es wird in der Regel gefragt: gibt es was? Es werden so die, die (.)
ähh (..) die äußerlichen Anzeichen jetzt, also wenn jetzt eine Frau
mit einem, mit einem Bauch ist, dann wird natürlich dort schon auch
kontrolliert, wie geht es dem Kind? Also das schon. Aber aufgrund
540 der, der hohen Fallzahlen und der geringen Besetzung, vor allem
der, der Amtsärzte in dem Fall, ähh ist das gar nicht anders möglich.

I: Aber wenn es ein Abfragen ist, dann setzt das ja eigentlich voraus,
dass die Person ja auch Kenntnis von dieser Erkrankung haben
muss. (Richtig) >Autogeräusche< Wenn ja aber eine verschleppte
545 Krankheit oder bakterielle Infektion jetzt nicht unbedingt (das) ha-
ben (das).

B2: Das ist richtig. Also besonders deutlich wird das bei denen, ähh
ja, Asylsuchenden die wir, die wir mit betreuen, die dann irgend-
wann mal, (.) wo die Ärzte dann irgendwann mal auf den Trichter
550 kommen: der hat HIV. (Mmh) (..) Und da, (.) ja ist das durchaus ein
Problem. Also es wird jetzt keine Datenerfassung gemacht, was
steckt denn jetzt eigentlich noch im Blut drin (Mmh) oder sonst ir-
gendwo. Vereinzelt schon, wenn es Anhaltspunkte dafür gibt, dass
dann auch Blutentnahmen gemacht werden (Okay), aber (..) im Mo-
555 ment ist das eher eine rückläufige Tendenz, was die Qualität betrifft.
(Okay) (..) Also aus meiner oder unserer Wahrnehmung. Viele, viele
Krankheiten, die mit Sicherheit nicht sich in Deutschland zugezogen
wurden, (.) äh die wurden einfach nicht erkannt. >Autogeräusche<
(Okay)

I: Und wie läuft das dann ab? Findet das dann eine Behandlung
560 sofort statt, also wenn erkannt wird ein Asylbewerber ist bei Auf-
nahme schon krank, wie wird dann weiter verfahren? gibt es dann
direkt einen Krankenschein oder?

B2: (..) Ja in der Erstaufnahme läuft das ja alles relativ zentral. Da
565 ist ja die Landesdirektion dafür zuständig, das geht schon. Also es

kommt dann glaube ich wieder auf, äh auf die Frage nach den Kriterien an. Sind es halt jetzt, ähm (..) Kopfschmerzen, die über Wochen dauern? (..) Und, Und, er ist jetzt aber so nicht in seinem Alltag eingeschränkt, dann wird da auch erstmal nichts getan, außer er meldet sich halt wieder. Wenn es jetzt, also bei den Schwangeren dort, dort wird unmittelbar gehandelt. (Mmh) Also zumindest hoffe ich das. (Okay) Die Erfahrung in Dresden zeigt jetzt, dass es das nicht ist, also dass es dort nicht unmittelbar gehandelt wird, >Trinkglas abstellen< sondern die schwangeren Frauen bei 45 Grad im Zelt, ähh (..) bleiben müssen.

I: Aber eigentlich gibt es da eine bevorzugte Leistung oder bevorzugte Behandlung bei Schwangeren und Kindern vielleicht auch?

B2: Ähh >Ausatmen< (..) ja schon. Grundsätzlich schon, die, die Frage ist halt nur: wie konsequent die durchgesetzt wird? (MmH) >Motorengeräusche< Und da haben wir, was die Erstaufnahmeeinrichtungen betrifft halt wirklich keinen guten Überblick, weil wir einfach nicht drinnen sind. So, wir kriegen das halt immer nur dann mit, wenn die Leute rauskommen, zugewiesen werden und es schon Akten gibt. Also zum Beispiel der Asylsuchende mit der Epilepsie, (..) ähm dort wurde er schon in der Erstaufnahmeeinrichtung dann auch behandelt. (Ja) Er ist ins das Uniklinikum gekommen und das war, es wurde dort der Sache schon nachgegangen auch medikamentös eingestellt. Aber auch nur, weil er dort drinnen einen Anfall hatte. Hätte er den nicht gehabt, wären wir der Sache nicht weiter nachgegangen. (Mmh) (..) Das muss man einfach so sagen. Also es ist glaub ich immer von denen: wie akut ist jetzt ähm (..) die Äußerung (Ja) der Krankheit momentan? Und dementsprechend wird gehandelt. Das betrifft aber nicht nur die Erstaufnahmeeinrichtungen, sondern dann auch äh, nach der Zuweisung in die Landkreise, das Vorgehen der Ärzte. (Mmh)

I: (..) Ähm, warum kriegen Sie keinen Zugang zur Erstaufnahmeeinrichtung? Also so als Beratungsstelle?

B2: (.) Ja, das hängt einfach damit zusammen, also (.) eingeschränkte Zugriffe haben wir. (Okay) Aber wirklich sehr eingeschränkt, ähm (.) und es kommt auch von Standort zu Standort darauf an. Es gibt ja nun eine ganze Reihe von Erstaufnahmeeinrichtungen. (.) In der Regel gibt es Kooperationsvereinbarungen mit den Betreibern. Die Verantwortlichkeiten liegen alle bei dem Innenministerium, die Landesdirektion und die sind natürlich bestrebt, äh (.) zunächst das Asylverfahren einzuleiten. (..) Ähm, ich vermute dahinter eine klare politische, ja ähm, äh (.) Vorgehensweise, dass natürlich eine Erstberatung äh vor Befragung der Assylsuchenden so ohne weiteres äh (.) vermieden wir dadurch. Ähm (..) das macht es für uns relativ schwierig, weil dann schon ganz viel im Asylverfahrensprozess gelaufen ist, was man dann auch nicht mehr abholen kann. (..) Und es ist natürlich halt, wie gesagt, auch eine politische Frage: inwieweit bin ich bereit die Zustände die in den Erstaufnahmeeinrichtungen herrschen nach außen zu tragen? Und da mögen die umbauten Erstaufnahmeeinrichtungen noch einen relativ guten Standard haben. (Ja) (..) Oder was heißt (..) das muss man eigentlich revidieren, also äh (.) äh nur weil es ein bisschen besser ist wie ein Feld, heißt das noch lange nicht, das es gut ist. Aber (.) es ist halt besser als ein Zelt und ähm, (..) >Sireengeräusch< solche Zustände kommen dann halt auch mehr nach außen. Und das ist aus Sicht der Landesregierung verständlich, aus unserer Sicht natürlich schwierig, weil wir die Situation der Assylsuchenden verbessern wollen und in dem Moment auch parteiisch sind. (Mmh)

I: (..) Also ist das in dem Moment auch ein Art Interessenkonflikt, der da herrscht? Würden Sie das so

B (..) Naja, jetzt sind wir halt tatsächlich auf der politischen Ebene. >Lachen< Ähm [...] Welche, welche Rolle spielen denn Assylsuchende hier in der Bundesrepublik und wie wird mit denen umgegangen? Und, ähm Momentan ist die Asylpolitik keine unterstützende und helfende, so wie es eigentlich sein sollte, sondern eine restriktiv und ausschließende. Und äh, (.) dass sieht man einfach

635 daran, äh dass dreimonatige Residenzpflicht, dreimonatiges Arbeitsverbot, danach noch ein Jahr Vorrangs Prüfung. (..) Das macht es natürlich alles unheimlich schwierig, also für den Asylsuchenden sich ja letztlich auch zu integrieren und Zugang zu Sprachkursen und so weiter. Es wird halt sehr viel schwer gemacht. Alleine die Sache mit den Krankenbehandlungsschein (..) ist ein bürokratischer Aufwand, der unheimlich viel Geld kostet. Das könnte man mit einer Krankenversicherung für die Leute angegliedert an das Sozialamt minimieren, weil die Verwaltungskosten beispielsweise
640 wegfallen. (Mmh) Oder der, der Sachbearbeiter und das sind einige. >Zuggeräusche< (.) Und es würde sich die Situation verbessern. Die Frage ist: warum tut man das nicht? (..) Also eher restriktiv abschottend und das ist dann natürlich halt auch die Politik, die die Landesdirektion fährt wenn die uns halt nicht in die, in die Erstaufnahmeeinrichtungen lässt und uns den Zugang auch verwehrt, einfach auch um Missstände dort ein Stückweit selber zu verwalten und nicht öffentlich werden zu lassen. (Okay)

I: (..) Zu den Erstaufnahmeeinrichtungen, gibt es da Qualitätsvorgaben sag ich mal, die (..) fördern, dass bestimmte Intervention oder medizinische Interventionen überhaupt nicht mehr nötig werden? Also, zum Beispiel (.) schimmelfreier Wohnraum oder >lachen< was jetzt irgendwie die Zeltstadt angeht, dass da irgendwie beachtet wird, dass da irgendwie eine Kühlung oder eine Klimatisierung in den Zelten herrscht. Gibt es sowas überhaupt?

655 B2: Nein, Sie haben das ja schon angesprochen. Also, (.) offiziell gilt natürlich schon das, also gewissen Standards des Baurechts, jetzt nicht unbedingt bei der Zeltstadt, aber zumindest bei den Unterkünften. (Mmh) Also, eine schimmelverseuchte Wohnung darf eigentlich nicht sein. Also da gilt das Recht für Asylsuchende genauso wie für Deutsche. Äh, Inwieweit die Praxis aussieht (.) ist eine andere Frage. (..) Da gibt es große Qualitätsunterschiede in den einzelnen Erstaufnahmeeinrichtungen. (.) Aber nicht nur da, sondern auch in den, in den (.) ja Zuweisungen in den Landkreisen.

Also wir hatten jetzt hier, gar nicht weit weg, zwei Straßen weiter,
665 hatten wir eine Wohnung, die war komplett verschimmelt. Dort hat
eine Familie mit drei kleinen Kindern drinnen gelebt, (Mmh) und
letztlich haben wir die dort rausnehmen müssen. (Mmh) Weil es ein-
fach auch nicht mehr haltbar war. Es wurde aber auch über Monate
670 hinweg, nichts getan um die Situation in der Wohnung zu verbesser-
n. Mittlerweile ist das Problem gelöst, aber das ist halt ein langer
Kampf und da stellt sich natürlich auch die Frage, nach Zuständig-
keiten, nach äh, also ist es letztlich ein kommunales Eigentum, das
Gebäude oder ist es eine Kooperation (Mmh) mit beispielsweise der
675 DAGFA hier in Dresden. Da gibt es keine kommunalen Gebäude,
wo die untergebracht sind. Also Sozialwohnungen, Gewährleis-
tungswohnungen in dem Fall. (.) Das ist natürlich schwierig und ja,
was diese Notunterkünfte betrifft, (..) ist ein Stück weit auch ein pro-
voziertes, eine provozierte Art der Unterbringung. Aber dort werden
natürlich überhaupt gar keine Standards eingehalten. Also gerade
680 bei den Temperaturen, man hört es immer wieder, der Herr Ehnin-
ger vom Uniklinikum hat die Zustände ganz schön beschrieben.
(Mmh) Ich weiß nicht ob Sie das in der Tagesschau mit verfolgt ha-
ben? Ähm, es ist katastrophal und dort wird letztlich, das DRK hat
es schön formuliert: Wir beschränken uns auf die äh (.) auf die Auf-
685 rechterhaltung der Vitalfunktionen. (Mmh) (.) So. (.) Und (...) da ha-
ben wir unsere Standards. (Mmh) (...)

I: Ich nehme an, sowas wie, ich sag mal in Anführungsstrichen,
menschliche Grundbedürfnisse oder individuelle Grundbedürfnisse,
was ja eigentlich Teil einer Gesundheitsversorgung sein sollte, also
690 zum Beispiel (..) ausreichend Flüssigkeitszufuhr, Schlaf etc. pp also
solche, solche grundlegenden Sachen werden, wird darauf geach-
tet in irgendeiner Art und Weise? Gibt es da irgendwelche Vorga-
ben, vielleicht auch innerhalb der Einrichtung?

B2: Innerhalb der Erstaufnahmeeinrichtungen? (Ja, zum Beispiel.)
695 Ja also ähm. (..) Ja also man muss schon immer den Unterschied
machen zwischen Erstaufnahme und dann nach der Zuweisung. In

der Erstaufnahme ist es so, dass es in der Regel (..) >Husten< (..) also in der Regel, das heißt nicht, dass es immer so, ach verdammt, was ist denn jetzt los? >Hustenreiz< >trinkt< (...) Freital sticht zum
700 Beispiel ein bisschen raus. (..) Es ist ein ehemaliges Hotel, das bietet sich aufgrund der räumlichen Aufteilung an. (..) Äh, (..) die ist, sind allerdings auch keine Hotelstandards, dennoch ist aufgrund des Schnitts in einigen (..) äh (..) Wohnräumen, ein eigenes Bad beispielsweise. (..) Das ist schon mal super. (Mmh) In der Regel sind
705 das Gemeinschaftsbäder und Gemeinschaftsküchen, wo man sich dann natürlich auch arrangieren muss, wo die Erfüllung der eigenen Grundbedürfnisse natürlich auch ein Stück weit relativiert wird. Also ich habe auch keinen uneingeschränkten Zugriff. Ähm, das kann ich ein Stück weit auch nachvollziehen, also man, man kann sich dort
710 auch arrangieren. Das Problem ist nur dann, wenn es zu wenig >Glas abstellen< vor allen Dingen sanitäre Einrichtungen, für zu viele Leute gibt. (Ja) Das Problem hatten wir jetzt auch in Dresden und das Problem hatten wir auch in Chemnitz. Ähm (..) das gestaltet sich relativ schwierig in Dresden jetzt, gerade in Bezug auf die Zeltstadt, hatten wir den absoluten Worstcase (..) zu wenig Toiletten,
715 am Anfang halt auch diese Chemietoiletten, Dixi Klos. Nicht genügend Wasseranschlüsse, sodass halt auch die Versorgung mit Trinkwasser tatsächlich schwierig war. (..) Die Essensausgabe hat bis zu sechs Stunden gedauert. (..) Da stand man halt sechs Stunden in der Sonne, in der Schlange. Hat sich nun mittlerweile so auf drei bis vier Stunden reduziert. Das ist immer noch, also katastrophal. (..) Wenn sich auch vieles verbessert hat gibt es noch einen Haufen Mängel, (..) wo, wo man im Prinzip ansetzen müsste (..) und letztlich dort auch und jetzt, will ich noch mal kurz zurückkommen
720 (Mmh) auf die ehrenamtlichen Strukturen, die man auch mit einbinden könnte. (ja) Und zwar einen Kommunikationsprozess. Ja, nicht das gefordert wird: ihr macht jetzt das und das, sondern ihr bringt euch dort auch mit ein. Wobei das natürlich auch immer wieder mit einer politischen Forderung untersetzt werden muss, dass solche
725 Arten der Unterbringung im Vorfeld eigentlich schon vermieden

werden müssten. Das ist eigentlich die Bedingung dieser Kooperation. Also auch in Kooperation mit Medinetz, also da komme ich wirklich noch mal kurz zurück, weil ich das vorhin vergessen habe. Medinetz macht das super, weil die betreuen die Asylsuchenden und stellen gleichzeitig eine politische Forderung, dass sich die Zustände im Allgemeinen ändern müssen. Und damit hat man glaube ich auch so diese Spannungsfeld zwischen Ehrenamt und Hauptamt, (.) also nicht komplett aufgelöst, aber es zumindest thematisiert. (..) Ähm, (..) auf das Schlafproblem will ich noch eingehen, denn (..) in der Regel gibt es kein Einzelzimmer für einen Asylsuchenden. Es sind immer mehrere Menschen im Zimmer, sodass es dort natürlich auch (..) durchaus zu Einschränkungen so des normalen >lacht< Schlafs kommt. Also (..) wenn halt noch drei andere Leute mit im Zimmer sind, die ich überhaupt nicht kenne, dessen

735
740
745

I: (...) Okay. (..) Welche allgemeinen Unterschiede gibt es denn in der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern, im Vergleich zu Personen mit deutscher Staatsbürgerschaft?

750

B2: (..) Unterschiede? (..) (Ja, gibt es da große Unterschiede? Mal abgesehen von der Beantragung mit, mit den Behandlungsscheinen. Die haben wir ja sozusagen schon ausreichend) Ja genau, also wie gesagt. Einerseits diese, dieser erschwerte Zugang eben zu, damit das dann eben auch bezahlt wird die Leistung. Zum anderen aber ganz normale, also (..) wenn ich mich nicht wohlfühle gehe ich zum Arzt und werde untersucht. So. Und dann wird das abgecheckt und wenn nichts gefunden wird, werde ich (..) möglicherweise zu einem anderen Arzt geschickt. Das findet da nicht wirklich statt. Also es ist halt tatsächlich so, dass nur Symptombehandlung, wenn er halt Schmerzen hat, dann kriegt er Schmerzmittel, so nach dem Motto. Und es wird den Schmerzen in den seltensten

755
760

Fällen auf den Grund gegangen. Wenn er dann das zehnte mal da
765 war und sagt ich habe immer noch Schmerzen, okay dann wird viel-
leicht mal näher geschaut. Jetzt wollen wir vielleicht mal ein Rönt-
gen beantragen, was erst genehmigt werden muss. (Okay) Und das
sind eigentlich diese, die eklatanten Unterschiede. Würde es eben,
so eine, so eine allgemeine Versicherungskarte für Asylsuchende
770 geben, dann würde das wegfallen. Und (.) es würde halt letztlich
auch zu einer Gleichbehandlung in dem Moment beitragen, ohne
dass die Kosten steigen. Also Studien und auch die Praxis haben
gezeigt, dass die Kosten sinken, für die Kommunen.

I: Das wäre dann ja sozusagen das Bremer Modell. (Genau) Und
775 ich nehme an, Sie bewerten das dann positiv? Eigentlich, die, die
Implementierung?

B2: Auf jeden Fall. Auf jeden Fall. Also es bietet erst einmal nur
Vorteile. Erstmal gibt es keine Ungleichbehandlung zwischen Deut-
schen und Asylsuchenden in der gesundheitlichen Versorgung, (Ja)
780 der Zugang ist gewährleistet und die Hürden (.) sind abgebaut. Also
inwieweit tatsächlich eine Gleichbehandlung stattfindet, das steht
noch einmal auf einem anderen Blatt, weil das natürlich zum Teil
auch von Ärzten abhängt. Inwieweit die sich dann auch. >Motorrad-
geräusch< (.) Inwieweit die dann auch die sprachliche Hürde über-
785 winden wollen, inwieweit die dann auch ihren ärztlichen Auftrag
nachgehen. Da gibt es solche und solche Ärzte. Das kann man da
jetzt nicht pauschalisieren, aber im Grunde genommen ist das der
richtige Schritt.

I: (...) Wie würden Sie den Bedarf und die Inanspruchnahme von
790 Gesundheitsleistungen, nach dem Bremer Modell einschätzen?
Also wird der, oder werden die Gesundheitsleistungen der, die In-
anspruchnahme steigen? Bei gleichbleibender Zahl von Asylbewer-
bern?

B2: >Räuspern< (...) Das glaube ich nicht. Am Anfang vielleicht ein
795 bisschen, auf jeden Fall wird die Qualität steigen, so der (.) der Un-
tersuchung. Wobei da auch wieder von den Ärzten abhängt, aber

okay. Man müsste jetzt mal mit den, den ähh (..) Bremer Flüchtlingsrat jetzt mal anfragen, was Sie für Erfahrungen damit gemacht haben. Wir können dazu keine Aussagen treffen, weil es das bisher
800 in Sachsen noch nicht gibt. Ich glaube aber und auch von dem, von dem Austausch mit unseren Kollegen. Es führt nicht zwangsläufig zu einer ansteigenden Zahl, (Mmh) (..) denn (.) der Asylsuchende selber geht ja auch nicht aus Jux und Tollerei zum Arzt. Also genauso wie wir das nicht tun und wir haben allerdings auch ein Recht
805 drauf, dass bestimmte Sachen kontrolliert werden. (..) Die Frau mit den Rückenschmerzen, das ist natürlich die Sache, wenn sie zehnmal zum Arzt geht und immer findet eine Behandlung statt und es kommt nichts dabei raus (.) und sie geht mit der Krankenbehandlungskarte und einem guten Arzt, einmal zum Arzt und es kommt
810 etwas heraus, (.) ist es letztlich eine Kostensenkung. (...) Und das ist eben der Vorteil >räuspern< (.) an diesem Modell, das man eben auch mit dieser Gleichbehandlung (.) diese Unterschiede auch auflösen kann und damit aber letztlich halt auch die Kosten für die Kommunen senkt. Weil Versicherungsnehmer ist ja in dem Fall die
815 Kommune. >räuspern< (Das ist richtig.)

I: (..) Welche Veränderungen müssten präventiv erfolgen, damit das Bremer Modell umgesetzt werden kann?

B2: Ja, es muss auf die Situation Asylsuchender sensibilisiert werden und es muss ein Umdenken her. Es kann, es kann nicht sein,
820 dass (.) weiter diese Abschottungspolitik gefahren wird. Ich meine jetzt mit ähm (.) mit dem neuen Stadtrat in Dresden wurde eben ähm (.) wurden eben Ansätze des Bremer Modells übernommen. Die Krankenkarte wird kommen und wie gesagt, die Frage ist wann. Sodass es dort auf einer politischen Ebene im Prinzip einen Ruck gab. (..) Man muss halt sehen, dass (..) ja in erster Linie ist es tatsächlich Aufklärung und Sensibilisierung in den >Autogeräusch< wenn man sich den wirklich mit den Menschen auseinandersetzt und ihre alltäglichen Probleme sieht und auch sieht >Zuggeräusch< wie sie in ihrem Alltag zurechtkommen, (.) ist es eine unhaltbare

830 Situation dieses, dieses Krankenbehandlungsscheinsystem weiter
zu fahren. Und äh (.) das Beispiel Dresden hat gezeigt, dass da ein
Umdenken möglich ist, auch mit einer veränderten politischen
Mehrheit und wenn sich das durchsetzt, sehe ich dort durchaus
auch Perspektiven, dass das auch auf die anderen Landkreise sich
835 übertragen lässt. Man (.) darf allerdings nicht von dem ersten Jahr
der Implementierung ausgehen, vielleicht auch nicht von dem Zwei-
ten, das kostet Geld und es wird erstmal mehr Kosten verursachen.
Langfristig, also schon alleine die Umstellungsprozesse kosten
Geld. Man kann nicht von jetzt auf gleich alle Sachbearbeiter ähh
840 (.) in dem Bereich zusammenkürzen, so. (..) Man kann aber ähh (..) also diese
Strukturen beibehalten und gleichzeitig die Gesundheits-
karte der Krankenkassen, (.) Krankenkarten Mensch! einführen >lächeln<.
Das muss ein, ein Stückweit auch ein fließender Übergang
sein, dass der Zugang in der Zwischenzeit zur medizinischen Ver-
sorgung auch gewährt ist, (..) aber wenn sich das ab dem dritten,
845 vierten Jahr rechnet, ist das durchaus auch ein Anreiz für die Kom-
munen, die langfristig denken, um Kosten zu senken. (Mmh)

I: (...) Was erwarten Sie für Reaktionen darauf oder für Konsequenzen, wenn das eingeführt wird?

850 B2: Ja die Diskussion in Dresden hat es ja gezeigt, die war sehr
kontrovers. Die haben halt gesagt: okay die Kosten, die werden
steigen. (..) Wider jeglicher Erfahrungen aus anderen Städten, aber
die Kosten, die werden steigen. (..) Es wird letztlich nicht nach dem
Asylsuchenden gefragt, das finde ich ein bisschen schade, (..) dass
855 nicht geschaut wird: wie verbessert sich seine Lage in dem Mo-
ment? (..) Und es ist zunächst erstmal, zumindest aus unserer
Wahrnehmung jetzt hier in Dresden eher eine Ablehnende. Ich
hoffe, dass wenn sich das Modell etabliert wird und auch rum-
spricht, in die anderen Regionen Sachsens (..) Ja (...) Dort ein Um-
denkprozess eingeleitet wird. Allerdings muss man eben halt auch
860 sagen, auch im, im Speckgürtel von Bremen (.) hat sich das noch
nicht so wirklich durchgesetzt. Also auch da ist es halt letztlich ganz

viel mit der Überzeugungsarbeit zu leisten, dass man, dass man (..) Leute dafür sensibilisiert und über die Missstände aufklärt. Inwie-
865 weit das fruchtbar ist und ob in einer gewissen, politischen Konstel-
lation, das steht auf einem anderen Blatt Papier.

I: (..) Ich hatte jetzt mitbekommen, dass es ähh (..) angeblich so sein soll, dass eigentlich nach einer bundesweiten Lösung gesucht wird und nicht nach einer landesweiten Lösung. (Mmh) Was halten
870 sie von dieser, also es soll glaube ich im, beim Flüchtlingsgipfel im Juni (Mmh) besprochen worden sein. Halten Sie das für realistisch?

B2: Kommt drauf an wie die Lösung aussieht. (..) Wenn sie sich restriktiv äußert ähm (..) bin ich immer noch froh, dass es ein paar Landkreise gibt, die das äh (..) moderat halten und eher für die Asyl-
875 suchenden agieren, weil sie begriffen haben, dass das auch Potenzial für die Kommune ist, wenn es also den Asylsuchenden gut geht. (..) Wenn es eine restriktive ist und danach schaut es ja >Glas abstellen< gerade bei dem Asylgipfel aus, (..) bin ich da eher dagegen. (..) Also der Asylgipfel an sich, ja, da werden ganz wichtige Sachen
880 besprochen, wie zum Beispiel die Abschiebelager und Co. Solche bundesweiten Lösungen können nie eine Lösung sein. Das ist ein, (..) ein politischer Populismus der dort gefahren wird, den wir dann auch nicht mittragen können. Der Asylsuchende sollte im Mittelpunkt der Diskussion stehen (...) und ringsherum sollten auch Asyl-
885 suchende stehen. Also man muss die in dem Prozess mit einbinden, um wirklich auch mal zu erfahren: (..) wo liegen denn die Probleme und die Schwerpunkte? Im Moment wird das verwaltet, das sogenannte Asylproblem, also schon die Bezeichnung ist absurd, (..) aber nicht wirklich gemeinsam mit ihnen, um dann eine Lösung zu
890 finden. Und genauso sollte es letztlich halt auch, sollte es zu einer bundesweiten Lösung bezüglich dieser ganzen medizinischen und gesundheitlichen Versorgung geben, dann muss man A mit den Beratungsstellen, die die Arbeit schon lange machen, reden. (..) Da will ich nicht unbedingt nur den sächsischen Flüchtlingsrat und die

895 anderen Flüchtlingsräte mit einbeziehen, sondern auch ehrenamtliche Strukturen, die über Jahre hinweg eine super Arbeit für Asylsuchende machen und Hauptamt ablösen. Da gehört genauso das Medinetz mit rein, da gehören die Universitäten mit rein, also die Unikliniken, die in weiten Teilen dort auch eine super Arbeit leisten.

900 I: Glauben Sie, dass Sie da irgendwie gefragt werden? (Ach) Oder in irgendeiner Art und Weise Einfluss haben?

B2: (..) Nein. (..) Nein, also (..) vereinzelt schon. Man kann es halt immer wieder über öffentliche Debatten anstoßen, die Entscheidungen werden aber an anderer Stelle getroffen. (Mmh) In dem Moment sieht die politische Konstellation, in der Bundesrepublik, eher
905 so aus, dass es sehr schwierig werden wird.

I: (..) Nochmal zum Bremer Modell. Gibt es da Alternativen, die Sie sich da vorstellen könnten oder die Ihrer Ansicht nach sinnvoll wären? Oder vielleicht auch eine Abwandlung des Bremer Modells?

910 B2: (..) Naja man könnte es auf jeden Fall öffnen. (..) Soweit wie ich informiert bin, ist es immer noch sehr schwierig vor Allem für Staatenlose, in diesen Genuss zu kommen. (..) Das wäre halt schon noch so ein Punkt, dass man die auch als Zielgruppe mit aufnimmt. (..) >Motorengeräusch< (..) Wie das jetzt im Detail, welche Alternativvorschläge dazu noch denkbar wären, ich glaube, (..) dass A und O muss in dem Moment sein, dass es >Zuggeräusche< eine annähernde Gleichbehandlung oder im Idealfall eine Gleichbehandlung (..) der Mehrheitsdeutschen und der Asyl-, dem Asylsuchenden gibt, um einfach (..) ja, der Artikel 1 und der Artikel 3 des Grundgesetzes
920 zu gewährleisten. (...) Also, warum sollten sie andere Recht haben, als wir. Und ich finde einfach, (..) dass (..) also sie haben Anspruch auf Asylbewerberleistung, sie sind ein Stückweit auch an die Sozialgesetzgebung angegliedert und warum (..) sollen da jetzt auf einmal andere Regelungen gelten, als für uns Deutsche? Und ich finde
925 das halt, (..) ein ziemlich abstruse Vorstellung jetzt noch einmal zu überlegen: Okay, >Zuggeräusche< (..) was kann man da jetzt noch einmal verändern? Das A und O, was verändert werden muss, ist

(.) und das ist auch im Bremer Modell der Fall, dass es mehr Sprachmittler geben muss. Damit neben der (.) also die Gesundheitskarte ist ja letztlich nur eine finanzielle Abdeckung, (.) so, dass neben der auch die Aufklärungsarbeit gewährleistet wird. Dass der Patient in weiten Teilen auch selber entscheiden kann: was möchte ich denn jetzt? (Mmh) Und da hapert >Glas abstellen< es auch in Bremen, weil es einfach (.) Momentan schwer ist eine gewisse Anzahl an Dolmetschern halt bereit zu stellen. (Okay)

I: (...) Wir haben es schon mal zwischendurch gehabt. Steigende Asylbewerberzahlen haben wir zumindest ein bisschen angesprochen nebenbei. (.) Da würde ich gerne noch einmal wissen, welche Zusammenhänge sind denn da zu erkennen, zwischen der steigenden Anzahl von Asylanträgen (.) und dem Bedarf der Gesundheitsversorgung? Oder der flächendeckenden Gesundheitsversorgung?

B2: (...) >Räuspern< Naja die Bedingungen der ersten Unterbringung verschlechtern sich auf jeden Fall. (...) Brandaktuell: Dresden. Das ist ein Beispiel von vielen. (..) Da ist aber nichts, also nicht in erster Linie die gesundheitliche Versorgung mit Schuld oder die medizinische Versorgung, sondern die Art und Weise der Unterbringungskonzepte, die faktisch nicht existent ist. Also es werden prekäre Verhältnisse konstruiert, (.) in dem Rahmen dann natürlich auch gesundheitliche Beeinträchtigungen eher hervortreten, so. Also wenn, wenn in der Zeltstadt und nicht vorher und nicht nachher, sondern in der Zeltstadt, die Krätze ausbricht und es Tuberkulose Fälle gibt, (.) dann ist das nicht in erster Linie >Zuggeräusche< ein Problem der medizinischen Standards, sondern ein Problem der Unterbringung. Und es ist jetzt natürlich die Frage: wie gehe ich damit um? Und wenn man dann argumentiert, die steigende Anzahl der Flüchtlingszahlen provozieren eine Mehrbelastung für unser Gesundheitssystem, dann finde ich einen ganz wesentlichen Aspekt nämlich den, der Unterbringung (.) vernachlässigt. Also der ist letztlich die Ursache, (.) für das Auftreten von Krankheiten.

960 I: (..) Problematische Regionen haben wir ja jetzt Dresden angesprochen, gibt es denn Regionen in denen es unheimlich gut funktioniert? Also jetzt Unterbringung (..) und Gesundheitsversorgung? (...) Sozusagen ein Vorbild für andere?

B2: Kann man pauschal auch nicht sagen. Also auch in Dresden, abseits der Erstaufnahmeeinrichtungen gibt es sehr positive Beispiele, was auch Unterbringung betrifft. Viele Privatpersonen, die Wohnraum zur Verfügung stellen, die Zahl wächst stetig. Die Bedingung, in den Wohnungen, ist natürlich besser. (..) So gibt es eine ganze Reihe von Patenschaftsprojekten, wo eben einer (..) ja auch qualitativ höherwertigen Ausstattung. Also es ist immer spartanisch, aber man kann sich wohlfühlen in den Wohnungen, dass es dann halt auch Betreuungen gibt. Ne, durch Ehrenamtliche, durch Familien, die in der Nachbarschaft wohnen, als weg von dem Konzept der zentralen, hin zur dezentralen Unterbringung, dass einfach auch Kontakte geschmiedet werden können und einfach nicht die Asylsuchenden alle auf einen Haufen sind und dort (..) ja, auch nur einen geringen Zugang zur Nachbarn haben, zu Unterstützernetzwerken und so weiter und so fort. (...) Das sehe ich im Prinzip so als, als einen positiven Aspekt auch hier in Dresden. Es gibt eigentlich in ganz Sachsen in jeder Stadt, sowohl negative und positive Beispiele. Ich glaube, dass das so immer diese Sache ist. Da wo es, (..) also das ist tatsächlich so, da es wo es mehr dezentrale Unterbringungsmöglichkeiten gibt, also mir fällt (..) im Moment da tatsächlich halt auch Döbeln ein. >Motorengeräusch< Die haben zwar auch zwei große zentrale (..) Wohnheime, aber dort funktioniert das ganz gut. >Zuggeräusche< Dort bilden sich super Unterstützerstrukturen, in Glauchau dasselbe, Leipzig (..) hat ja auch einige große Wohnheime und es werden auch in Zukunft mehr, mittlerweile auch eine Erstaufnahmeeinrichtung. Wie es dort drinnen ist, weiß ich nicht. Ich war da jetzt noch nicht dort, aber (..) Leipzig war eigentlich immer dafür bekannt, dass es dort relativ viele dezentrale Wohnungen hatte und mittlerweile hat sich halt dort dann auch ein

995 Patenschaftssystem entwickelt, was über 2.000 Leute, also Ehren-
amtliche, beschäftigt, die sich um Asylsuchende kümmern und das
vers-, also das verbessert halt letztlich die Situation der Geflüchte-
ten auf allen Bereichen. Also nicht nur die Medizinischen, sondern
eben im, im Kompetenzerwerb, was Sprache betrifft. So, was den
Kontakt, was die Integration betrifft und so weiter. (..) (Ja, okay)
Also darin sehe ich wirklich eine Chance.

1000 I: (..) Wenn man jetzt davon ausgeht, also und ich denke davon
muss man ja auch ausgehen, dass die Asylbewerberzahlen weiter-
hin steigen. Also wir haben ja Anfang des Jahres von 300.000 ge-
sprochen, (Mmh) dann von 450 vor glaub ich einem Monat noch
oder sowas, also 450.000 und mittlerweile wird ja auch gesagt,
1005 diese Zahl kann unter Umständen auch noch gesprengt werden.
Gesetzt den Fall, die Zahlen steigen weiterhin so und es findet, sag
ich mal, nicht unbedingt eine schnelle Handlung statt oder eine,
eine Veränderung des Gesundheitssystems für Asylbewerber. Was
meinen Sie, wie das dann die nächsten Jahre dann noch gewähr-
1010 leistet wird, überhaupt noch die Gesundheitsversorgung aufrecht zu
erhalten?

B(..) (Oder kann das) Schwer, weil noch ein anderer Aspekt dazu
kommt, nämlich der: gerade in den ländlichen Regionen, dass es
relativ wenig Ärzte momentan gibt. Also, generell. Das hat jetzt
1015 nichts unbedingt mit den Asylsuchenden zu tun. Der Betreuung-
aufwand bei Asylsuchenden ist aber höher. Und ähh (..) also schon
alleine wegen dieser Verständigungsschwierigkeiten und (..) ich
glaube tatsächlich, dass wenn man nicht an den Strukturen arbeitet
und es auch lukrativ macht für Ärzte in diesem Bereich, ja auch über
1020 das eigentlich hinaus zu gehen, die auch als Zielgruppe, als gleich-
berechtigte Zielgruppe zu sehen, (..) es den Asylsuchenden wesent-
lich schlechter gehen wird. Aber auch das ist eben eine politische
Entscheidung, (..) inwieweit (..) man diese Strukturen dann auch ver-
ändern will und dort dann auch tatsächlich dann erstmal Geld in die
1025 Hand nimmt, (..) um dort etwas zu tun. Letztlich wäre die Investition

günstiger, als das Nichtstun. Denn, (.) wenn es prekäre Verhältnisse sind und es den Leuten immer schlechter geht verschärfen sich auch die Krankheitsbilder. Also, da muss man kein Arzt dafür sein, um das irgendwie ähm (.) oder die Kausalität halt abzuleiten.
1030 Und das ist halt schon so ein Problempunkt in dem Fall, aber damit haben in erster Linie nicht die steigenden Zahlen etwas zu tun, sondern tatsächlich der Umgang damit, von Seiten der Politik.

I: (.....) Dann eine andere, also in Bezug zu den steigenden Zahlen der Asylbewerber. Inwieweit hat denn zum Beispiel die positive Erteilung eines Behandlungsscheins, Auswirkungen oder, nein Moment. (.) Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Gesamtanzahl der Asylbewerber, die zum Beispiel einen Antrag auf Behandlung stellen (.) und der positiven oder Ablehnung, dieses Antrags oder des Behandlungsscheins?
1035

B2: >Einatmen< (.) Wiederrum, äh (.) abseits der Notfallbehandlung? (Abseits der Notfallbehandlung.) Ja, also es ist schon so, dass es weniger Anerkennungen geworden sind. Also gerade in den Landkreisen ist das schon so, die sowieso klamme Kassen haben. Es findet dort halt eben ein Abwägung statt, also oftmals geht
1040 dann auch erst der zweite oder dritte (.) Kostenplan durch und nicht gleich der Erste, also das kriegt man schon auch mit. (..) (Okay) (...)
1045 Also sprich, (..) wo letztes Jahr es noch relativ einfach war, in Dresden, (.) eine, eine Physiotherapie für einen Asylsuchenden zu erhalten, ist es jetzt nahezu unmöglich. (Mmh) Also da müssen schon
1050 (.) zig Atteste und Gutachten und Stellungnahmen von Ärzten her und erst der dritte oder vierte Antrag geht dann durch und dann ist natürlich die Frage: bringen die sechs Behandlungen, die es dann da gibt, bringen die überhaupt noch was? Weil sich das mittlerweile über ein Jahr hingezogen hat.

I: Okay. (..) Also eigentlich ist es dann der Zeitraum zwischen Antragstellung und zwischen, zwischen Bedarf und zwischen der (Der ist schon zu lang.). Okay. (..) (Genau) (....) Welchen Stellenwert
1055

würden Sie der präventiv, der Prävention an sich, eigentlich beimessen?

1060 I: (..) Einen sehr hohen, wenn man davon natürlich, also (.) aus Sicht der Kommune argumentiert könnte man halt damit sagen, man spart damit Kosten. (..) Außerdem ist halt auch einfach eine menschenwürdigere Behandlung und Gleichbehandlung. Und von daher. (..) Es gibt das in vereinzelt Fällen, also, also ich meine

1065 auch die Asylsuchenden haben Anspruch auf (.) eine, eine Vorsorgeuntersuchung bei (..) bei bestimmten Krebsarten, das ist schon so, aber es ist im geringeren Intervall, wie, wie für die Deutschen. Also es ist wie so (.) eine Zweiklassengesellschaft in dem Moment. (..) Grundsätzlich ist es aber total wichtig und zwar, auf demselben

1070 Standards, die wir al, als Mehrheitsbevölkerung haben. (Mmh) (..) Ne, also warum, es sind Menschen, warum soll das denen schlechter gehen als uns? Oder warum sollen wir privilegiert werden und die nicht? (...) (Okay) (.)

I: Im Großen und Ganzen haben wir dann eigentlich alles das, was

1075 ich jetzt (.) gefragt hätte.(..) Eine letzte Frage von mir eigentlich, wenn man jetzt das Ganze mal summiert, was Sie gesagt haben. Inwieweit ist die Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern ausreichend oder gewährleistet?

B2: (....) Es ist schon so, dass eine (.) so wie es formuliert wird

1080 Notfallversorgung (...) in Ansätzen gewährleistet ist. Die Frage ist ob das ausreicht? (..) Und da sagen wir, ganz klar: Nein. Also es muss weiter verbessert werden, es müssen Zugänge geschaffen werden und auch die Notfallversorgung müsste weiter ausgebaut werden, dass es tatsächlich auch in akuten Fällen weitergeht. Also

1085 ich glaube nicht, dass sich da langfristig was ändert, was über die Notfall- und Akutversorgung hinausgeht. Dazu ist das (.) Asylsystem einfach zu festgefahren und zu restriktiv im Moment. (..) Ich glaube auch, dass es halt absolut notwendig ist und (.) schon alleine aus ökonomischer Sicht heraus. Also die Landkreise, die wissen

1090 zum Teil nicht mehr, wie sie im Prinzip dann auch diese Sachen

bezahlen sollen. Und (..) ich finde letztlich die, die (...) im Vordergrund sollte tatsächlich diese Gleichbehandlung stehen. Und das fasst das Ganze eigentlich noch einmal ein Stückweit zusammen, >Zuggeräusche< die ist eigentlich überhaupt nicht gewährleistet und (.) an dem Punkt muss nachgebessert werden. (.) Eindeutig. (.....)

I: Gut, also ich bin da jetzt mit meinen Fragen soweit durch. Ich würde Ihnen jetzt aber gerne noch die Möglichkeit geben, wenn jetzt Ihnen noch wichtig ist, etwas Besonderes dazu zu sagen oder ähnliches >Motorengeräusche<.

B2: (.) Im Wesentlichen wurde ja alles dazu gesagt, also die (..)man kann das glaube ich auch nicht losgelöst voneinander betrachten. Also, (..) die, die medizinische oder gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden kann man nicht losgelöst betrachten von der sozialen Betreuung. Vom, vom Zugang zu Beratungsstellen. (..) Weil natürlich auch Unsicherheiten, die im Prinzip hochkommen, aufgrund der aktuellen Lebensbedingungen mit dazu führen, dass sich mein Gesundheitszustand verschlechtert. (...) Bei dem Einen mehr, bei dem Anderen weniger. (...) Man muss ja das Gesamtpaket sehen und dass die, (..) dass die Leistungen für Asylsuchende einerseits angepasst werden, an, an Standards. Auch an deutsche Standards. Und man muss halt weiter auch schauen, dass (..) dass es in dem Rahmen auch eine Willkommenskultur gibt. Denn ansonsten ist das überhaupt nicht machbar und auch politisch nicht machbar. Das sieht man ja auch gerade ganz aktuell und da, bedarf es sehr viel Aufklärungsarbeit, denn (...) der erste Grundsatz der Bundesrepublik Deutschland, ist Artikel eins und (.) der sollte auch für Asylsuchende gelten. Und (.) die aktuelle Situation lässt ganz stark daran zweifeln, wie viel denn die Würde des Menschen eigentlich wert ist und (.) an dem Punkt müssen wir halt einfach nachregulieren, dass nicht nur in der gesundheitlichen Versorgung, sondern im Komplettpaket wenn wir, den Menschen der vor uns sitzt, endlich auch mal als Menschen betrachten und nicht nur als, meinetwegen

Wirtschaftsflüchtling oder Sozialschmarotzer oder sonst irgendwas.

1125 Und das ist eigentlich das Hauptproblem an dieser Stelle. (..) Es muss ein Umdenken her, hin zu einer unterstützenden Asylpolitik (.) und weg von dieser Restriktiven. (Okay) (...) Ne. (..)

I: Alles klar. Dann beenden wir einmal die Aufnahme.

Ende des Interviews. Länge 1:11:52 Stunden

Direkt nach beenden der Tonaufnahme, wurde dem Befragten der Dank für die Stellungnahmen ausgesprochen. Die weitere Nachbereitung des Interviews führte zu einem Gespräch. Inhaltlich wurden einige Punkte der Asylpolitik erörtert, die jedoch nicht im Zusammenhang mit der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern standen. Für den Befragten war auch von Interesse welche Motivation, von Seiten des Interviewführenden, zu dem Forschungsprojekt geführt haben. Eine kurze Erklärung wurde gegeben, woraufhin angeboten wurde weiterhin in Kontakt zu bleiben, bezogen auf einen professionelle Austausch. Interesse wurde auch an der fertig gestellten Bachelorthesis bekundet und geäußert, dass die Möglichkeit zur Publikation bestehen würde, insofern die Ergebnisse auch nutzbar für die Organisation seien. Das Angebot wurde gerne angenommen, jedoch wurde betont, dass die Datenerhebung und Auswertung Ergebnisoffen weitergeführt wird und trotz Sympathien keinerlei Einfluss auf die Ergebnisse möglich sei. Auch die Möglichkeit zur Publikation sollte keinerlei Einfluss auf die Auswertung haben, was vom Befragten begrüßt wurde.

Eigenständigkeitserklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorliegende Bachelorthesis selbständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt habe, alle Ausführungen (und bildlichen Darstellungen), die anderen Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, kenntlich gemacht sind und die Arbeit in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer Prüfungsleistung war.

Ort, Datum, Unterschrift Claas Mummenthey