

19. Wahlperiode

Schriftliche Anfrage

der Abgeordneten Jian Omar und Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE)

vom 18. August 2023 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 22. August 2023)

zum Thema:

Medizinische Versorgung aus der Ukraine geflüchteter Menschen in Berlin

und **Antwort** vom 08. September 2023 (Eingang beim Abgeordnetenhaus am 11. Sep. 2023)

Herrn Abgeordneten Jian Omar und Frau Abgeordnete Catherina Pieroth-Manelli (GRÜNE)

über
die Präsidentin des Abgeordnetenhauses von Berlin

über Senatskanzlei – G Sen –

Antwort
auf die Schriftliche Anfrage Nr. 19/16451
vom 18.08.2023
über Medizinische Versorgung aus der Ukraine geflüchteter Menschen in Berlin

Im Namen des Senats von Berlin beantworte ich Ihre Schriftliche Anfrage wie folgt:

1. Welche Kenntnisse hat der Senat über Lücken in der medizinischen Versorgung von kriegsgeflüchteten Menschen aus der Ukraine, die
 - a. im UA TXL
 - b. in anderen Unterkünften oder privaten Wohnungen leben?

Zu 1 a und b.: Auf Grund eines Systems aus Sondervereinbarungen zur ambulanten und stationären medizinischen Versorgung sowie der Möglichkeit der Beantragung von Leistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und SGB II bzw. XII ist für bedürftige kriegsgeflüchtete Menschen aus der Ukraine vom ersten Tag ihres Aufenthalts in Berlin an, die medizinische Versorgung, unabhängig von der Unterbringungsform, formal gewährleistet.

2. Wie wird verfahren, wenn Geflüchtete aus der Ukraine, die noch nicht beim Sozialamt oder Jobcenter als Leistungsberechtigte registriert sind oder deren Antrag auf Leistungen dort noch geprüft wird und die folglich noch nicht bei einer Krankenkasse angemeldet wurden,

- a. zur Aufrechterhaltung ihrer Gesundheit dringend eine qualifizierte medizinische Versorgung benötigen, es sich aber nicht um einen Notfall handelt, bei dem mit Hilfe eines Rettungswagens bzw. der Notaufnahme eines Krankenhauses der Zugang zur erforderlichen Behandlung gewährleistet werden kann?

Zu 2 a.: Auf die Ausführungen unter 1. wird verwiesen. Im Ankunftszentrum Tegel (AkuZ TXL) wird die medizinische Versorgung durch Ärztinnen und Ärzte vor Ort sichergestellt. Bis die Geflüchteten eine gesetzliche Krankenversicherung (GKV) über das Jobcenter erhalten haben, erfolgt die Versorgung durch die DRK-Praxis. Zur Überbrückung haben sie die Möglichkeit beim Sozialamt Leistungen nach dem AsylbLG zu beantragen und werden dann in der Übergangszeit von den Vertragskrankenkassen betreut und erhalten eine eGK für Geflüchtete.

- b. Wie wird verfahren, wenn akut eine dringend fachärztliche Versorgung (z.B. Gynäkologie, Onkologie, Ophthalmologie, Psychiatrie usw.) erforderlich ist?

Zu 2 b.: Nach der Bedarfsfeststellung im AkuZ TXL werden die Patientinnen und Patienten an die entsprechenden Fachärztinnen und -ärzte vermittelt. In Notfällen werden die Patientinnen und Patienten durch die TXL-Praxis an die Notaufnahme weitergeleitet.

- c. Wie wird insoweit im UA TXL verfahren, wenn dort nur Allgemeinmediziner*innen und Pädiater*innen verfügbar sind?

Zu 2 c.: Vom medizinischen Personal der genannten Fachbereiche können die Bedarfe der Schutzsuchenden festgestellt werden. Falls andere Fachbereiche hinzugezogen werden müssen, wird dies durch die TXL-Praxis organisiert.

- d. Wie wird insoweit verfahren (d.h. wie kann die Versorgung sichergestellt werden und wie erfolgt die Kostenübernahme), wenn Personen z.B. dringend eine Chemotherapie, Zahnbehandlung, Dialyse, Suchtmittelsubstitution, verpflichtende Vorsorgeuntersuchung für Kinder oder Schwangerenvorsorge benötigen?

Zu 2 d.: Nach der Bedarfsfeststellung werden die Patientinnen und Patienten an die entsprechenden Fachärztinnen und -ärzte vermittelt. Die Terminvereinbarung erfolgt durch die TXL-Praxis.

- e. Wie wird verfahren, wenn die Menschen dringend Pflegeleistungen benötigen?

Zu 2 e.: Im Rahmen der Erstversorgung sind im AkuZ TXL Pflegefachkräfte tätig. Das AkuZ TXL ist allerdings nur bedingt für die Versorgung von pflegebedürftigen Personen geeignet. Auf Grundlage einer individuellen Bedarfsfeststellung wird die Erstversorgung gesichert. Darüber hinaus ist es nicht die Aufgabe des LAF die Pflege von Geflüchteten auf Dauer zu gewährleisten. Darunter fallen auch die Begutachtungen. Zuständig ist die zuständige Leistungsbehörde (BA / JC). Im Rahmen der Möglichkeiten wird den Pflegebedürftigen in TXL bestmöglich geholfen. Dazu wurden durch das LAF in der Vergangenheit die Begutachtungen koordiniert und Antragstellung (z. B. Hilfe zur Pflege) unterstützt.

f. Welche Behörde(n) ist/sind in den oben genannten Fällen für die Kostenübernahme zuständig?

Zu 2 f.: Im Rahmen der Erstversorgung ist zunächst das Landesamt für Flüchtlingsangelegenheiten (LAF) verantwortlich, anschließend die leistungsrechtlich zuständige Behörde gemäß Rundschreiben „Soz Nr. 01/2022 zur Umsetzung des Asylbewerberleistungsgesetzes; Leistungen an Personen, die wegen des Krieges aus der Ukraine geflüchtet sind“.

Die Kostenübernahmen im SGB II sind erst ab Leistungsbezug Bürgergeld möglich. Dieser kann ab Monatsersten des Monats der Antragstellung beginnen. Es kommt daher auf die konkrete Fallkonstellation an.

3. Nachfrage zu Drs. 19/15846, Antwort 4 <https://pardok.parlament-berlin.de/starweb/adis/citat/VT/19/SchrAnfr/S19-15846.pdf>: Mit welchen Institutionen (Krankenhäuser, Apotheken, Ärzte- und Zahnärzteverbände, Sanitätshäuser, Pflegeeinrichtungen usw.) hat der Senat Übergangsverträge zur ambulanten und stationären medizinischen und pflegerischen Versorgung von kriegsgeflüchteten Menschen aus der Ukraine, die noch keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) bzw. Nachweis über eine Krankenkassenzugehörigkeit erhalten konnten, geschlossen?

- a. Was genau beinhalten die Verträge (teilnehmende Praxen, Apotheken, Krankenhäuser, Sanitätshäusern, Pflegeeinrichtungen, Fachrichtungen, Leistungsumfang, Kostenerstattung usw.) und bis wann sind sie jeweils gültig? Bitte für jeden Vertrag einzeln beantworten!
- b. Für welche Personengruppen genau sind sie anwendbar?
- c. Gelten die Regelungen auch für vor dem Krieg geflohene in der Ukraine aufenthaltsberechtigte Drittstaatsangehörige?
- d. Wie gestaltet sich die Umsetzung in der Praxis, z.B. welche Dokumente müssen Geflüchtete in den Arztpraxen, Krankenhäusern, Apotheken vorzeigen?
- e. Welche Kenntnisse hat der Senat, dass kriegsgeflüchtete Menschen aus der Ukraine von den Krankenhäusern/Arztpraxen abgewiesen werden, wenn es sich um keinen akuten Notfall handelt?
- f. Wie erfolgt die Kommunikation an die kriegsgeflüchteten Menschen über ihre Leistungsansprüche und Versorgungszugänge nach den genannten Vereinbarungen? Wie erfolgt die Kommunikation gegenüber den medizinischen Leistungserbringern?
- g. Welche Möglichkeiten der Kostenübernahme bestehen für Sprachmittlung bei Arztbesuchen in den in der Frage beschriebenen Fällen?

Zu 3 a-g.: Es handelt sich um Übergangsvereinbarungen bzw. -verträge zur Überbrückung des Zeitraums, bis die ‚bedürftige‘ geflüchtete Person aus der Ukraine den Zugang in den Leistungsbezug nach AsylbLG bzw. SGB II/ XII formal durchführen konnte. Sie dienen der Behandlung von akuten medizinischen Bedarfen. Die Vereinbarungen sind befristet und sollen nicht die etablierten Verfahren ersetzen.

Für die Prüfung und Abrechnung der Leistungen wurden wie folgt Verträge bzw. Vereinbarungen geschlossen: für die ambulante medizinische Versorgung mit der a) Kassenärztlichen Vereinigung (KV) und der b) Kassenzahnärztlichen Vereinigung (KZV), von stationären Behandlungsmaßnahmen mit der c) AOK, für die Versorgung mit Arzneimitteln mit dem d) Berliner Apotheker Verein und für die Versorgung mit Heil- und Hilfsmitteln mit der e) Innung für Orthopädietechnik Berlin Brandenburg. Die Verträge dienen der Prüfung und Abrechnung der Leistungen der medizinischen Leistungserbringer gegenüber dem Land Berlin. Die Identifizierung des Geflüchteten beim Leistungserbringer wurde niedrigschwellig gestaltet. Es genügt ein Dokument, aus dem die Identität des Geflüchteten ersichtlich ist. Die Verträge umfassen alle kriegsgeflüchteten Menschen aus der Ukraine, die nach dem 24.02.2022 in Berlin schutzsuchend eingereist sind und unter die Ukraine-Aufenthalts-Übergangsverordnung fallen.

Die Information an die Leistungserbringer erfolgt über ihre Berufsverbände. Eine separate Sprachmittlung ist in diesem Rahmen nicht vorgesehen, wurde jedoch auch nicht explizit ausgeschlossen.

4. Wie viel Zeit vergeht nach Kenntnis des Senats durchschnittlich, bis neu in Berlin angekommene Geflüchtete aus der Ukraine, die im UA TXL untergebracht werden
 - a. einen Nachweis des Sozialamts über die Anmeldung zur elektronischen Gesundheitskarte nach § 264 Abs. 1 SGB V nach dem AsylbLG erhalten?
 - b. eine vorläufige Betreuungsbescheinigung einer Krankenkasse nach dem AsylbLG erhalten?
 - c. die elektronische Gesundheitskarte nach dem AsylbLG erhalten?

Zu 4 a-c.: Dazu liegen keine belastbaren statistischen Daten vor.

- d. Welche Kenntnisse liegen dem Senat zu eventuellen Problemen vor?

Zu 4 d.: Sofern Leistungen nach dem AsylbLG bzw. SGB II oder XII beantragt wurden, kann es aus verschiedenen Gründen zu Wartezeiten bei der Versendung von eGK´s und der Bearbeitung von Anträgen kommen.

5. Wie viel Zeit vergeht nach Kenntnis des Senats durchschnittlich, bis neu in Berlin angekommene Geflüchtete aus der Ukraine, die im UA TXL untergebracht werden und deren Leistungen nach AsylbLG eingestellt werden, weil sie vom LEA ihren Aufenthaltstitel erhalten haben und die deshalb Leistungen nach dem SGB II beim Jobcenter beantragen müssen,
- a. einen Nachweis über die Anmeldung zur elektronischen Gesundheitskarte nach § 5 Abs. 2a SGB V iVm dem SGB II erhalten?

Zu 5 a.: Das Jobcenter (JC) Mitte hat darüber informiert, dass die Anmeldung zur Krankenversicherung unverzüglich mit der Leistungsbewilligung nach dem SGB II erfolgen würde.: „Sofern [im Antrag] keine Krankenkasse angegeben wird und bei den Antragstellerinnen und Antragstellern auch nicht ermittelt werden kann, bei welcher Kasse sie versichert werden wollen, ist durch die Jobcenter die Wahl der Krankenkasse selbst vorzunehmen (vorgezogene Ersatzwahl).“ (Quelle Fachliche Weisungen der Bundesagentur für Arbeit zu § 74 SGB II)

Die Anmeldung ist im Bewilligungsbescheid ersichtlich. Die Gesundheitskarte wird dann nach der Bearbeitungszeit durch die Krankenkassen erstellt und versandt. Über diese Laufzeit hat das Jobcenter keine Informationen.

Zur Sicherstellung der rechtmäßigen Leistungsgewährung werden Personen mit dem Status „nicht versichert“ bzw. „Personen ohne bekannte Rentenversicherungsnummer“ monatlich per Arbeitsliste nachgehalten. Diese Listen beinhalteten im Jahr 2022 eine Vielzahl von Rechtskreiswechslern nach § 74 SGB II aus zwei Gründen:

1. Es wurde ein Antrag auf SGB II-Leistungen gestellt aber zurückgenommen, abgelehnt oder versagt, daher existieren nur Rumpfdatensätze.
2. Leistungen wurden bereits bewilligt, aber die Anmeldung zur Krankenversicherung greift erst, wenn auch die beantragte Rentenversicherungsnummer vergeben wurde.

- b. eine vorläufige Betreuungsbescheinigung einer Krankenkasse § 5 Abs. 2a SGB V erhalten?
- c. die elektronische Gesundheitskarte § 5 Abs. 2a SGB V erhalten?

Zu 5 b und c.: Das JC Friedrichshain-Kreuzberg hat ausgeführt, dass es umgehend nach Erhalt des Antrags auf Bürgergeld von Geflüchteten aus der Ukraine prüft, ob eine Mitgliedschaft in einer gesetzlichen Krankenversicherung vorliegt. Dies gilt auch beim Wechsel vom AsylbLG (§ 2 Absatz 1 AsylbLG) in das SGB II. Aufgrund des Status als „Quasi-Versicherte“ in der gesetzlichen Krankenversicherung kann davon ausgegangen werden, dass die Leistungsberechtigten bereits eine Krankenkasse gewählt haben (§ 264 Absatz 2 i. V. m. Absatz 3 Satz 1 SGB V) oder einer Krankenkasse zugewiesen wurden. Diese Personen sind in der Regel im Besitz einer elektronischen Gesundheitskarte (eGK).

Liegt keine nachgewiesene Krankenkassenzuordnung vor, dann wird der Antragstellende aufgefordert, die Mitgliedschaft in der gesetzlichen Krankenkasse innerhalb von 2 Wochen zu beantragen.

Bis die Meldung bei der Krankenkasse verarbeitet wird, kann bei Bedarf unter Vorlage des Bescheides des Jobcenters bei der Krankenkasse eine vorläufige Mitgliedsbescheinigung beantragt werden. Die Krankenkasse stellt nach Prüfung die Mitgliedsbescheinigung aus, die Antragstellende im Jobcenter einreichen.

Ein Großteil der ukrainischen Geflüchteten hätten bereits eine Bescheinigung der Krankenkasse zur Antragstellung bei der Vorsprache im JC dabei und hätten ebenfalls auch bereits eine eGK erhalten, die bei Antragstellung im JC berücksichtigt werden kann.

d. Welche Kenntnisse liegen dem Senat zu eventuellen Problemen vor?

Zu 5 d.: Vom Amt für Soziales werden die Leistungen bis zum Ablauf des Monats gewährt, in dem die Aufenthaltserlaubnis ausgestellt wurde. Spätestens mit dem Einstellungsbescheid erfolgt die Vorsprache beim Jobcenter. Bis zum 31.08.2022 gab es gemäß § 18 AsylbLG noch eine Übergangsregelung zum Rechtskreiswechsel.

Die Regionaldirektion Berlin Brandenburg teilte mit, dass die Jobcenter ab Datum der Leistungsberechtigung auf Bürgergeld grundsätzlich zuständig seien. Problemlagen hinsichtlich lückenhafter Krankenversorgung im SGB II-Bezug seien dort nicht bekannt. Ebenso wenig wären Beratungsdefizite im Vorfeld erkennbar. Die Menschen finden den Weg in die Jobcenter und damit auch in das System Bürgergeld.

Diese Auskunft wird von einzelnen bezirklichen JC bestätigt. So wird ausgeführt, dass für hilfebedürftige Geflüchtete aus der Ukraine mit ausgestellter Fiktionsbescheinigung bzw. mit erteilter Aufenthaltserlaubnis nach § 24 Aufenthaltsgesetz (AufenthG) mit dem Bezug von Bürgergeld grundsätzlich eine Versicherungspflicht in der gesetzlichen Krankenversicherung und in der sozialen Pflegeversicherung eintritt.

Soweit Leistungsberechtigte bereits vor dem Wechsel in das SGB II leistungsberechtigt nach dem AsylbLG waren und diese im Besitz einer elektronischen Gesundheitskarte oder Ersatzbescheinigung sind, erfolgt die Anmeldung bei der jeweiligen Krankenkasse.

Die Bearbeitungszeit für SGB-II-Erstanträge nach Vorlage der antragsbegründenden Unterlagen beträgt aktuell durchschnittlich etwa 7 Tage. Bei Anträgen geflüchteter Ukrainerinnen bzw. Ukrainer handelt es sich oftmals um Fallgestaltungen mit niedriger Komplexität, wodurch die Bearbeitung zumeist schneller als im Durchschnitt erfolgt.

Seit dem 01.01.2023 erfolgt die Bestätigung über die Krankenkassenmitgliedschaft sowie die Nichtbestätigung der Krankenkassenmitgliedschaft in elektronischer Form - nach Anmeldung bei der im Antrag angegebenen Krankenkasse. Sofern hilfebedürftige Geflüchtete keine Krankenkasse gewählt haben, werden die Antragstellerinnen und

Antragsteller über ihr diesbezügliches Wahlrecht beraten und müssen sich innerhalb von 14 Tagen entscheiden. Kann keine Krankenkasse ermittelt werden, hat das Jobcenter den Betroffenen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden und diesen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten.

Personen sind krankenversichert ab dem Tag, an dem sie einen Antrag auf Bürgergeld gestellt haben. Voraussetzung ist, dass der Antrag bewilligt wurde. Es kann vorkommen, dass medizinische Hilfe benötigt, der Antrag auf Bürgergeld aber noch nicht bewilligt wurde. In diesem Fall müssen sich die Betroffenen an ihre Krankenkasse wenden.

6. Sind dem Senat Probleme bei der medizinischen Versorgung von kriegsgeflüchteten Menschen aus der Ukraine bekannt, die durch den Übergang vom AsylbLG/Sozialamt zum ALG II/Jobcenter entstehen?

Zu 6.: Auf die Antwort zu Frage 5 wird verwiesen

7. Ist es zutreffend, dass die Berliner Sozialämter die Krankenkassenkarten nach AsylbLG unverzüglich sperren, sobald durch Erteilung des Aufenthaltstitels die Leistungsberechtigung nach dem AsylbLG endet, und dass die Menschen dann in der Praxis in der z.B. zwei Monate dauernden Bearbeitungszeit beim Jobcenter keinerlei Nachweis über ihr Recht auf Krankenbehandlung besitzen?

8. Was gedenkt der Senat zu unternehmen, um diese Versorgungslücken (Nachweislücken) aus den Fragen 6+7 zu schließen?

Zu 7. und 8.: Nach § 3 Abs. 1 S. 1 AsylbLG endet die Leistungsberechtigung mit der Ausreise oder mit Ablauf des Monats, in dem die Leistungsvoraussetzung entfällt. Dies wird im Amt für Soziales entsprechend umgesetzt. Durch die Erteilung des Aufenthaltstitels nach § 24 AufenthG erlischt die Berechtigung der medizinischen Versorgung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zum Ende des Leistungsbezugs durch das Amt für Soziales. Es besteht nach dem Ende der Leistungsberechtigung nach dem AsylbLG auch kein Anspruch auf Leistungen der Gesundheitsfürsorge nach dem AsylbLG. Hierüber ist die jeweilig zuständige betreuende Krankenkasse unverzüglich zu unterrichten. Eine Weiterführung ohne entsprechende gesetzliche Grundlage ist nicht zulässig.

Entsprechend der Rückmeldung einiger JC betrug die durchschnittliche Bearbeitungszeit von Neuanträgen vom Antrag bis zur Entscheidung 22,4 Tage im Juni 2022– nicht zwei Monate. Die Bearbeitungsdauer hängt neben der Bearbeitungsgeschwindigkeit im Jobcenter auch maßgeblich von der Komplexität des Einzelfalles, den erforderlichen Nachweisen und damit der Mitwirkung der Antragsteller*innen ab. Die Übergabeprozesse zwischen Bezirksamt und Jobcenter wären gut aufeinander abgestimmt und ermöglichen so im Sinne der ukrainischen Geflüchteten eine schnelle und lückenlose Betreuung. Tatsächlich sei es oft so, dass in der Praxis der Auszahlungsanspruch seitens der Asylbewerberleistungen noch für eine bis zwei Wochen parallel weiterlief während das Jobcenter bereits Leistungen

bewilligt hat (diese parallelen Leistungen hat das Jobcenter entsprechend vor Auszahlung in Abzug gebracht).

Seit dem 01.01.2023 erfolgt die Bestätigung über die Krankenkassenmitgliedschaft sowie die Nichtbestätigung der Krankenkassenmitgliedschaft in elektronischer Form - nach Anmeldung bei der im Antrag angegebenen Krankenkasse. Sofern hilfebedürftige Geflüchtete keine Krankenkasse gewählt haben, werden die Antragstellerinnen und Antragsteller über ihr diesbezügliches Wahlrecht beraten und müssen sich innerhalb von 14 Tagen entscheiden. Kann keine Krankenkasse ermittelt werden, hat das Jobcenter den Betroffenen ab Eintritt der Versicherungspflicht bei einer nach § 173 SGB V wählbaren Krankenkasse anzumelden und diesen unverzüglich über die gewählte Krankenkasse zu unterrichten.

Personen sind krankenversichert ab dem Tag, an dem sie einen Antrag auf Bürgergeld gestellt haben. Voraussetzung ist, dass der Antrag bewilligt wurde.

9. Gehört es zum vertraglich vereinbarten Leistungsumfang des Betreibers des UA TXL, Geflüchtete durch soziale Beratung, Hilfe und Sprachmittlung auch beim Ausfüllen der nötigen Formulare bei der Antragsstellung beim Sozialamt/Jobcenter und der für den Anspruch nach dem SGB II ggf. nötigen weiteren Anträge (Kindergeld, Unterhaltsvorschuss) und Nachweise zu unterstützen? Wenn nein, wie wird sichergestellt, dass die Geflüchteten schnell in die (medizinische) Regelversorgung kommen?

Zu 9.: Die Ankommenden werden vom Betreiber des AkuZ TXL an das für sie zuständige Bezirksamt verwiesen und gebeten dort einen Antrag zu stellen, weitere Beratungspflichten obliegen nach dem SGB I den bezirklichen Sozialleistungsbehörden.

10. Gehört es zum vertraglich vereinbarten Leistungsumfang des Betreibers des UA TXL, die Geflüchteten durch soziale Beratung, durch soziale Beratung, Hilfe und Sprachmittlung bei der Vereinbarung von Arztterminen und beim Zugang zu stationärer medizinischer Versorgung zu unterstützen? Wenn nein, wie wird sichergestellt, dass die Menschen die erforderliche Gesundheitsversorgung trotz Barrieren wie fehlender Sprachkenntnisse/fehlender Krankenversichertenkarte/fehlender Kenntnis über Zuständigkeiten und Leistungsansprüche erhalten?

Zu 10.: Die Sprachmittlung des AkuZ TXL kann bei der Vereinbarung von Arztterminen und beim Zugang zu medizinischer Versorgung nur bedingt unterstützen. Dazu braucht es entsprechend ausgebildete Dolmetscherinnen und Dolmetscher, die über spezielles medizinisches Fachvokabular verfügen. Dies fällt in die Zuständigkeit der Bezirke. Die Mediziner vor Ort haben die Möglichkeit das Angebot der Firma Sprint zu nutzen dort ggf. jemanden für die sprachliche Unterstützung während eines Arztbesuches zu buchen.

11. Wie wird im UA TXL die Schwangerenvor- und -nachsorge sichergestellt? Wie erfolgt die Hebammenversorgung? Gibt es im UA TXL spezielle Unterbringungsbereiche für Frauen im Wochenbett und ihre Familien? Wenn nicht, wie erfolgt die Unterbringung?

Zu 11.: Es gibt im AkuZ TXL eigene Bereiche für besonders Schutzbedürftige. Die Vor- und Nachsorge erfolgt durch niedergelassene Gynäkologinnen und Gynäkologen.

12. Wie wird durch die Vollverpflegung im UA TXL den medizinisch notwendigen besonderen Ernährungsbedarfen von Schwangeren und Stillenden Rechnung getragen? Wie wird der Zugang zu ausgewogenen Mahlzeiten in ausreichender Menge und zu selbstgewählten Zeiten gewährleistet? Wie wird der rund-um-die-Uhr Zugang zur hygienischen Herstellung von Flaschennahrung gesichert?

Zu 12.: Für Säuglinge stehen Milchersatzpulver mit Fläschchen und Sterilisationsgeräten, sowie Babynahrung in Gläsern zur Verfügung. Für eine individuelle Zubereitung steht an den Ausgabestationen rund um die Uhr Heißwasser zur Verfügung. Für medizinische Sondernahrungsbedarfe kann die pädiatrische Sprechstunde in der Praxis aufgesucht werden.

13. Wie werden die besonderen Bedarfe von Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen sowie Babys und Kleinkindern bei der Unterbringung und dem Zugang zu sanitären Einrichtungen und Waschmöglichkeiten im UA TXL berücksichtigt?

Zu 13.: Das LAF ist bestrebt, die Schutzbedürftigen zeitnah in kleinere Einrichtungen zu verlegen. Bis zum Zeitpunkt der Verlegung stehen Bereiche für vulnerable Gruppen zur Verfügung.

14. Wie ist gewährleistet, dass z.B. im Falle von noch nicht bei der Krankenkasse gemeldeten Schwangeren, die über akute Schwangerschaftsbeschwerden/Schmerzen im Unterleib klagen, eine sofortige gynäkologische Vorstellung veranlassen können? Welche konkreten Schritte zu einer umgehenden fachärztlichen Versorgung sind hier vorgesehen?

Zu 14.: Bei Notfällen erfolgt dies über die Vorstellung in Rettungsstellen. Bei einer ambulanten Vorstellung in Praxen erfolgt die Versorgung bis zum Eintritt in die GKV über das Land Berlin.

15. Sind dem Senat Fälle bekannt, wo das Ausbleiben einer Notversorgung für Schwangere zu gesundheitlichen Schäden?

Zu 15.: Nein, Fälle des Ausbleibens der Notversorgung für Schwangere sind nicht bekannt. Es kam allerdings zu Fällen, in denen es aus anderen Gründen zum Ausbleiben der medizinischen Versorgung kam, beispielsweise, weil diese von der betroffenen Person abgelehnt wurde.

Berlin, den 08. September 2023

In Vertretung

Aziz B o z k u r t

Senatsverwaltung für Arbeit, Soziales, Gleichstellung,
Integration, Vielfalt und Antidiskriminierung