

Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten mit Traumafolgestörungen

Von *Lea Flory*

Die Menschenrechtssituation in Syrien, Afghanistan, Somalia, Sudan und vielen weiteren Ländern, aus denen Menschen fliehen, hat sich in den letzten Jahren alarmierend zugespitzt. Es drohen Verfolgung, Inhaftierung, Folter oder Vergewaltigungen als Kriegswaffe, sodass die Flucht oftmals der einzige Weg aus dieser Situation darstellt. Im Jahr 2014 befanden sich weltweit knapp 60 Millionen Menschen auf der Flucht (UNHCR, 2015), was die höchste Zahl ist, die jemals verzeichnet wurde. Dabei nehmen nur wenige den Weg nach Europa auf, die meisten Menschen fliehen innerhalb ihres eigenen Landes oder in benachbarte Länder. Es gibt kaum legale Wege nach Europa, die Flucht ist teuer und gefährlich.

Viele der ankommenden Geflüchteten haben extreme Erfahrungen gemacht, sind durch diese Erlebnisse in ihrer Heimat oder auf der Flucht traumatisiert. Einige von ihnen benötigen dringend spezialisierte Betreuung und Behandlung, damit die psychischen Störungen nicht lebenslange Auswirkungen haben.

Die Medienberichterstattung fokussiert jedoch vor allem steigende Asylantragszahlen, Unterbringungsprobleme und die Überlastung der Kommunen. Durch abstrakte Zahlen rücken oftmals die Menschen, ihre Fluchtgeschichte und ihre psychische Verfassung in den Hintergrund. Und auch in Deutschland befinden sich viele weiterhin in Situationen extremer Unsicherheit u. a. bezüglich des Aufenthaltsstatus aber auch der gesundheitlichen Versorgung.

Das Gesundheitssystem in Deutschland ist für Geflüchtete nur stark eingeschränkt zugänglich. Die psychosoziale Versorgung für Geflüchtete wird fast ausschließlich von den bundesweit vorhandenen 31 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer angeboten, die außerhalb des regulären Gesundheitssystems arbeiten. Wie stark der Versorgungsbedarf der heterogenen Gruppe der Geflüchteten an adäquater Behandlung ist, welche Verpflichtungen hinsichtlich der Versorgung bestehen und wie die realen Versorgungsangebote und -defizite in Deutschland aussehen, wird in diesem Artikel kurz dargestellt.

I. VERSORGENSBEDARF

Menschen müssen ihre Heimat verlassen, weil sie schweren Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt sind, verfolgt werden, Folter erleiden, in Kriegen und Bürgerkriegen Gewalt erleben und ihrer Lebensgrundlagen beraubt werden. Diese enormen Belastungen gelten als Einflussfaktoren auf die physische und psychische Gesundheit und als Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen. Daher bilden Geflüchtete, die in Deutschland Schutz suchen, eine hochvulnerable Population. Auch noch lange Zeit nach der Flucht haben viele Personen mit den psychischen und physischen Folgen traumatischer Erlebnisse zu kämpfen.

Risiko von Traumafolgestörungen

Traumatische Erlebnisse haben oftmals schwerwiegende und langanhaltende Folgen für die Betroffenen. Sie können zu Angstgefühlen bis hin zu schweren psychischen Störungen und Veränderungen der Persönlichkeit führen. Die Reaktionen auf traumatische Erfahrungen sind sehr unterschiedlich und nicht jedes traumatische Ereignis führt mit gleicher Wahrscheinlichkeit zu einer psychischen Störung.

Eine mögliche Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), bei der die Menschen an wiederkehrenden Erinnerungen und ungewollten Gedanken an das Trauma leiden. Häufig haben die Betroffenen nächtliche Alpträume oder auch tagsüber werden sie durch Bilder und filmartige Szenen (Flashbacks) an die Situationen erinnert, meist so intensiv, als würde sich das Ereignis wiederholen. Situationen, die Erinnerungen wachrufen könnten, werden vermieden. Schlaf- und Konzentrationsprobleme, emotionale Taubheit, Angst- und Suizidgedanken treten häufig auf, bei Kindern kommt es zu Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten (Flatten u. a., 2011).

Die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung ist abhängig von der Art des Traumas. So haben von Menschen verursachte Traumatisierungen wie Vergewaltigungen, Gewaltverbrechen, Folter und Kriegshandlungen drastischere Auswirkungen als traumatische Erlebnisse bei Verkehrsunfällen oder Naturkatastrophen. Viele internationale aber auch nationale Studien zeigen, dass die Rate für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht ist. Geflüchtete sind etwa 10 Mal häufiger von einer PTBS betroffen (Fazel, Wheeler, & Danesh, 2005) und laut einer neueren Untersuchung leiden Asylsuchende in Deutschland mit einer Prävalenz¹ von etwa 33,2 % an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Niklewski, Richter, & Leheld, 2012). Traumafolgestörungen gehen über die Diagnose PTBS hinaus und umfassen u. a.

¹ Prävalenz bezeichnet die Krankheitshäufigkeit und gibt Auskunft darüber, welcher Anteil der Menschen einer bestimmten Gruppe zu einem bestimmten Zeitpunkt an einer bestimmten Krankheit erkrankt ist. Die Einmonatsprävalenz zeigt den Anteil der Menschen an, die innerhalb eines Monats an einer bestimmten Erkrankung leiden.

auch depressive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen², Substanzabhängigkeiten oder dissoziative Störungen³. Komorbide Störungen sind sehr häufig, bei etwa 88 % der PTBS-PatientInnen kann mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert werden, bei 76 % mindestens zwei weitere Störungen (Perkonigg, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000). Zudem besteht ein Einfluss von posttraumatischen Belastungen auf körperliche Erkrankungen (z. B. Herz-Kreislauf-Erkrankungen) und eine hohe Chronifizierungsneigung von Traumafolgestörungen. Überlebende von Folter und Gewalt leiden oftmals auch noch Jahrzehnte nach den traumatisierenden Situationen am Wiedererleben von traumatischen Ereignissen, Vermeidungsverhalten und Übererregung (Carlsson, Olsen, Mortensen, & Kastrup, 2006).

Die Flucht aus dem Herkunftsland kann zum einen als eine Entlastung gesehen werden, da somit das Erfahren der traumatisierenden Erlebnisse, die akute Bedrohung beendet werden kann. Andererseits kann Migration auch zur Belastung werden, da die Entwicklung einer psychischen Erkrankung auch davon abhängt, welche Möglichkeiten im Aufnahmeland bestehen, den eigenen Alltag zu gestalten. Stressfaktoren, wie z.B. das Leben im Wohnheim, ein unsicherer Aufenthaltsstatus, finanzielle Unsicherheit, tägliche Diskriminierungen, Probleme bei der Arbeitssuche und die Trennung von Familien und Freunden können auf die Entwicklung psychischer Störungen Einfluss nehmen (Nickerson, Bryant, Silove, & Steel, 2011).

Neben den vielen Risikofaktoren gibt es aber auch Schutzfaktoren, die die Entstehung einer psychischen Erkrankung nach einer Traumatisierung verhindern oder geringer halten können. Darunter fallen z. B. soziale Unterstützung, familiäre Bindungen, äußere Sicherheit (durch einen gesicherten Aufenthaltsstatus), materielle als auch immaterielle Ressourcen. Die Lebensbedingungen traumatisierter Geflüchteter im Aufnahmeland, die maßgeblich durch unsere Politik und Gesellschaft gestaltet werden, haben somit einen maßgeblichen Einfluss darauf, ob es gelingt, die erlebten gewaltvollen Erfahrungen zu verarbeiten und zu integrieren.

Speziell in Kontext von Verfolgung und Gewalt wird von einem psychosozialen Trauma gesprochen, das sich immer auf das Individuum und die gesamte Gesellschaft bezieht, nicht auf ein Ereignis beschränkt bleibt und in Prozessen verläuft. Daher spielt die gesellschaftliche Anerkennung der Leiden, als auch die Inklusion im Sinne eines sozialen und gesellschaftlichen Anschlusses, eine zentrale Rolle. Jedoch steht der vorherrschende institutionalisierte und auch gesellschaftlich etablierte Zweifel an den wahren Asylgründen, der Anerkennung der Leiden und der Möglichkeit, zumindest im Nachhinein Gerechtigkeit zu erfahren, deutlich entgegen. Die Lebensbedingungen, worunter das faktische Arbeitsverbot, das Leben in

² Als *somatoforme Störungen* werden körperliche Symptome bezeichnet, die nicht oder nicht ausreichend körperlich begründbar sind. Wenn somatische Störungen vorhanden sind, erklären sie nicht die Art und das Ausmaß der Symptome und das Leiden des Patienten/der Patientin.

³ Das Kernmerkmal der *dissoziativen Störungen* besteht in dem teilweisen oder völligen Verlust der normalen Integration der Erinnerung an die Vergangenheit, des Identitätsbewusstseins, der Wahrnehmung unmittelbarer Empfindungen sowie der Kontrolle von Körperbewegungen.

marginalisierten Heimen, die eingeschränkte Bewegungsfreiheit fallen, zwingen die Betroffenen zur Passivität und führen zur weiteren gesellschaftlichen Isolation. Ohnmachtsgefühle, Gefühle der Perspektivlosigkeit und Nichtselbstbestimmung werden dadurch verstärkt, anstatt Sicherheit zu geben und Selbstständigkeit zu fördern. Sicherheit, Akzeptanz, soziale und emotionale Unterstützung sind daher grundlegende Elemente der psychosozialen oder psychotherapeutischen Begleitung.

Psychotherapie mit traumatisierten Geflüchteten

Die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung ist unerlässlich, da bei einer Nichtbehandlung die Krankheit meist chronisch verläuft und als fester Bestandteil des Alltags in das Leben der Betroffenen integriert wird. Dabei ist Psychotherapie die Behandlungsmethode der Wahl sowohl bei PTBS als auch bei Depressionen. Symptome können dadurch signifikant reduziert werden (Lambert & Alhassoon, 2015). Eine alleinige medikamentöse Behandlung reicht nicht aus. Sie soll eher als Unterstützung der Symptomkontrolle eingesetzt werden (Flatten u. a., 2011). Es kann nicht alles durch eine Therapie „verarbeitet“ werden. Das Erfahren erniedrigender Behandlung durch Folter, das Erleben von Gewalt und Verlust kann durch eine Therapie nicht kompensiert werden. Die Therapie kann lediglich Unterstützung geben, mit den Erlebnissen umgehen und leben zu lernen. Daher sollte eine Behandlung sowohl den spezifischen Realitäten der Entstehung Rechnung tragen als auch die Realität der Gesellschaft berücksichtigen, in der Zukunftsperspektiven entwickelt werden.

Das heißt, dass für den Therapieerfolg nicht nur bestimmte therapeutische Maßnahmen entscheidend sind, sondern auch der äußere Kontext, stabile Lebensbedingungen, ausreichend soziale Unterstützung und damit die Lebenswirklichkeit, in der sich Geflüchtete befinden.

Besondere Herausforderung in der Therapie mit Geflüchteten ist u. a. die sprachliche Barriere, welche durch die Therapie mit DolmetscherInnen überwunden werden kann. Die dolmetschergestützte Psychotherapie erweist sich dabei als genauso wirksam wie eine Psychotherapie, bei der keine DolmetscherInnen benötigt werden (Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delij aj, & Haasen, 2011). Allerdings sind Dolmetscherleistungen bisher keine Leistungen der Gesetzlichen Krankenkasse und werden entsprechend nicht finanziert.

II. ANSPRUCH AUF VERSORGUNGSLEISTUNGEN

Durch internationale Konventionen und EU-Richtlinien (z. B. Europäische Sozialcharta, Richtlinie 2013/33/EU) werden Versorgungs- und Rehabilitationsleistungen für Geflüchtete formal vorgegeben. Die Bundesrepublik Deutschland (BRD) ist dadurch verpflichtet, allen Menschen, die auf ihrem Staatsgebiet leben, das Recht auf den Schutz ihrer Gesundheit und entsprechende hinreichende Gesundheitsleistungen zu gewähren.

"Jedermann hat das Recht, alle Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, die es ihm ermöglichen, sich des besten Gesundheitszustandes zu erfreuen, den er erreichen kann"

(Europ. Sozialcharta, Art. 11)

"Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung"

(Richtlinie 2013/33/EU, Art.19)

"Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an"

(Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Art.12)

Einschränkungen der Versorgung durch das AsylbLG

Den europa- und völkerrechtlichen Versorgungsverpflichtungen stehen die Regelungen des deutschen Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) gegenüber, in dem ein eingeschränkter Zugang zu gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung festgehalten wird. Der Anspruch der Geflüchteten bleibt auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände beschränkt (§ 4 AsylbLG). „Sonstige Leistungen“ (§ 6 AsylbLG), worunter auch Psychotherapie und DolmetscherInnenkosten fallen, können im Einzelfall gewährt werden und liegen im Ermessen der zuständigen Behörden.

In der Praxis bedeuten diese Regelungen, dass viele Geflüchtete bei gesundheitlichen Beschwerden nicht direkt zu ÄrztInnen gehen können, sondern zuvor der Behandlungsbedarf durch das Sozialamt von nichtmedizinischen Angestellten oder AmtsärztInnen geprüft werden muss und ggf. Krankenbehandlungsscheine ausgestellt werden. Bürokratische Hürden und lange Wartezeiten führen zu verzögerter Behandlung, Verschleppung und Verschlimmerung von Krankheit. Oftmals bleibt es undurchsichtig, ob ein Antrag auf Krankenbehandlung durch die Behörde bewilligt wird oder abgelehnt wird, da es für die Entscheidungsfindung keine festgelegten Kriterien gibt.

Die Praxis treibt auch die Kosten in die Höhe durch die vermehrte Inanspruchnahme von Notdiensten. Häufig wird durch zu spätes Handeln und der damit einhergehenden Chronifizierung somatischer wie psychischer Krankheiten eine stationäre Behandlung nötig, die deutlich teurer ist als ambulante Behandlungsformen. Eine Studie zeigt, dass die Pro-Kopf-Ausgaben für die gesundheitliche Versorgung der Geflüchteten nach AsylbLG 40 % höher waren als bei Geflüchteten mit einer Krankenversorgung mit Krankenkassenkarte (Bozorgmehr

& Razum, 2015). Im Vergleich zu den internationalen Richtlinien ist das AsylbLG somit restriktiver formuliert und schränkt de facto den Anspruch auf Zugang zu gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung von Geflüchteten deutlich ein (Deutsches Institut für Menschenrechte, 2005).

Nicht-Gewährung von Psychotherapie durch AsylbLG mit tödlichen Folgen

Cliff Oase kam aus Uganda nach Neuburg in Bayern. Er wurde mit 14 Jahren von Rebellen entführt und zwangsrekrutiert. Nach 4 Jahren gelang ihm die Flucht.

In Deutschland wurde ihm eine schwere PTBS und depressive Symptomatik diagnostiziert und die Fachklinik legte dem Landratsamt eine ausdrückliche Befürwortung für eine Traumatherapie vor. Dennoch bekam der Mann während seines 10-jährigen Aufenthalts in Deutschland keine therapeutische Behandlung. Im April 2013 sollte seine Abschiebung vorbereitet werden.

Cliff ertrank „vollgepumpt mit Psychopharmaka“ in der Donau. Vieles deutet auf einen Suizid hin.

Berücksichtigung der besonderen Schutzbedürftigkeit durch die EU-Aufnahmerichtlinie

Hinzu kommt, dass nach der EU-Aufnahmerichtlinie vom Juni 2013 alle Aufnahmeländer verpflichtet sind die besondere Situation besonders schutzbedürftiger Personen zu berücksichtigen. Menschen mit schweren körperlichen und psychischen Erkrankungen, Schwangere, Minderjährige, Alleinerziehende sowie Opfer des Menschenhandels, Opfer von Folter, Vergewaltigung oder sonstigen schweren Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt zählen zu dieser Gruppe besonders Schutzbedürftiger. Die EU-Aufnahmerichtlinie fordert die Ermittlung der besonderen Bedürfnisse wie auch die Bereitstellung der notwendigen Hilfen. Die Frist zur Umsetzung dieser Richtlinie in nationales Recht ist im Juli 2015 abgelaufen, das deutsche Gesundheitssystem ist jedoch weiterhin nicht auf die besondere Versorgung oder Erkennen dieser Gruppe ausgerichtet.

Lösungsansätze mit Schwachstellen

Eine Möglichkeit zum Abbau von Zugangsbarrieren und bürokratischen Hürden ist die Einführung der Gesundheitskarte für Asylsuchende in Bremen (seit 2005), Hamburg (seit 2012) und Nordrhein-Westfalen (seit 2015). Die Erfahrungen aus Bremen und Hamburg, wo an alle Berechtigten nach AsylbLG ab dem ersten Tag der Einreise nach Deutschland Gesundheitskarten ausgegeben werden, zeigen, dass dieses Modell zu Einsparungen durch Vorsorge und die rechtzeitige Krankenbehandlung führt (Burmester, 2015).

Doch selbst mit der Einführung der Gesundheitskarte bleibt der Zugang für Geflüchtete zur psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung defizitär, da der Antrag auf Psychotherapie nach wie vor nach den Maßgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes geprüft wird. Zudem sieht der Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung keine DolmetscherInnenkosten vor, ausreichend

muttersprachliche Fachkräfte existieren jedoch – vor allem in ländlichen Regionen - nicht.

Im Bereich der Psychotherapie für Geflüchtete bleibt auch nach Einführung von Gesundheitskarten und der damit einhergehenden Erfolge eine Versorgungslücke bestehen.

III. VERSORGUNGSANGEBOTE

Dem beschriebenen für Geflüchtete eingeschränkt zugänglichen gesundheitlichen Versorgungssystem treten bundesweit verschiedene psychosoziale und psychotherapeutische Behandlungszentren entgegen.

Diese - inzwischen 31 - Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer kompensieren die systemischen Versorgungsdefizite und bieten projekt-, stiftungs- und spendenfinanziert außerhalb des regulären Gesundheitssystems Versorgungsangebote für Geflüchtete an. Das Angebot ist durch speziell qualifizierte, niedrigschwellige und bedarfsorientierte Angebote für Geflüchtete gekennzeichnet. Die Regelversorgung trägt nur marginal bzw. nur in meist vermeidbaren Krisensituation durch kurze stationäre Aufnahmen in die Psychiatrie an der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten bei.

Die spezialisierten Zentren arbeiten mit unterschiedlichen Schwerpunkten, zeichnen sich jedoch vor allem durch ein breites Leistungsspektrum aus, das sowohl Psychotherapie, psychosoziale Beratung wie Hilfen zur sozialen Integration und Rehabilitation beinhaltet. In der Arbeit der Zentren steht vor allem im Vordergrund, auf den Aufenthaltsstatus, die aktuellen Lebensbedingungen und krankmachenden Erfahrungen der Geflüchteten einzugehen und diese in der Versorgung zu berücksichtigen. Für etwa 70 % der KlientInnen-Kontakte wird eine Sprachmittlung benötigt. Hierfür stehen in den Zentren speziell für die Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten geschulte DolmetscherInnen zur Verfügung. Um viele Sprachen abdecken zu können, haben die Zentren Dolmetscherpools von rund 20 DolmetscherInnen pro Zentrum aufbauen können.



Abbildung 1: Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland

Fast alle KlientInnen sind an die Sozialberatung angebunden, etwa ein Drittel der KlientInnen nimmt zusätzlich psychotherapeutische Angebote wahr. Zur direkten Arbeit mit den KlientInnen kommen bei den meisten Zentren noch Beratungen von externen Fachkräften, Supervision und Fortbildungen für weitere AkteurInnen aus der Flüchtlingsarbeit hinzu, sowie Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit, um auch die Öffentlichkeit für die Lebenssituation von Geflüchteten zu sensibilisieren. Für das breite Leistungsangebot ist ein interdisziplinäres Team in den Zentren bestehend aus PsychotherapeutInnen, KreativtherapeutInnen, SozialarbeiterInnen, VerwaltungsmitarbeiterInnen und weiteren Personen für Fundraising, Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit notwendig.

Unterstützung durch Ehrenamtliche

Nicht zu vergessen ist die Unterstützung durch Ehrenamtliche in der Arbeit der Psychosozialen Zentren. Nach Erhebungen der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) aus dem Jahr 2013 engagieren sich in den Zentren durchschnittlich etwa sechs Ehrenamtliche, die KlientInnen im Durchschnitt drei Stunden pro Woche bei Behördengängen, bei der Wohnungssuche, Arbeitssuche oder anderen Herausforderungen im Alltag unterstützen (Baron & Schriefers, 2015). Je nach Zentrum gibt es deutliche Unterschiede bei der Einbindung von Ehrenamtlichen. Vor allem nach dem „Sommer der Solidarität“ im Jahr 2015, ist die Bereitschaft zur Unterstützung von Geflüchteten deutlich angestiegen und die Zentren sind von den Anfragen überwältigt, sodass bis zu 400 Personen auf Wartelisten für die ehrenamtliche Tätigkeit stehen. Bei der ehrenamtlichen Unterstützung hilft geflüchteten Menschen neben den alltäglichen Erfahrungen von Diskriminierungen und Ausgrenzungen, vor allem die freundschaftliche Beziehung zu einem Menschen, der das alltägliche Leben in Deutschland kennt. Die Begegnung und unterstützende Beziehung kann dazu beitragen, neue Lebens- und Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Neben der Begleitung der Geflüchteten werden die Ehrenamtlichen durch die Psychosozialen Zentren geschult und durch Supervision begleitet. Unter anderem werden Informationen über den Umgang mit traumatischen Inhalten, Formen der Stabilisierung (siehe Kasten) und Abgrenzungsstrategien diskutiert.

Dimensionen der Stabilisierung in der Arbeit mit Traumatisierten:

- Beziehung gestalten: zuhören, wertschätzen, ernst nehmen, erklären
- Unterstützung dabei Lebensumstände zu meistern: Tagesstruktur, Sicherheit vermitteln durch Gespräch und Information, begleiten im Asylverfahren/Ausbildung
- Stärkung: Ressourcen finden, Anknüpfen an frühere Fähigkeiten, Erholung/ Ablenkung, Sport
- Gesundheitliche Vorsorge: Symptome/Probleme ernst nehmen, bei Arztsuche helfen

Es wird in der Weiterbildung der Ehrenamtlichen betont, dass in der Arbeit mit Geflüchteten nicht nur der Mensch, mit seinen traumatischen Erfahrungen, sondern insbesondere auch der Mensch, mit seinen Fähigkeiten und Stärken gesehen werden muss. Oftmals tritt die Gefahr auf, Geflüchtete und vor allem traumatisierte Geflüchtete, als diejenigen zu sehen, die schwach und Opfer sind und der Fürsorge bedürfen, was damit verbunden ist, dass ihnen implizit auch die eigene Handlungsfähigkeit abgesprochen wird. Ihnen wird häufig nicht die Gelegenheit gegeben, selbst zu sprechen oder sich zu repräsentieren. Jedoch ist nur dann ein gleichberechtigter Kontakt möglich. Ehrenamtliche Arbeit sollte sich daher existierender Asymmetrien im Kontakt bewusst sein und sich für gleiche Rechte und Autonomie der Geflüchteten einsetzen, um damit auch einen deutlichen Gegenpunkt zu Asylrechtsverschärfungen und Ausgrenzungsmechanismen zu setzen.

IV. VERSORGUNGSDEFIZITE

In den Zentren können mit den vorhandenen Kapazitäten nur rund 3600 Geflüchtete im Jahr 2013 psychotherapeutisch behandelt werden (Baron & Schriefers, 2015). Die Psychosozialen Zentren nehmen damit einen Versorgungsbedarf wahr, dem eigentlich die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger nachkommen müssten. Die 3600 Geflüchteten im Jahr 2013 entsprechen lediglich vier Prozent der psychisch kranken Geflüchteten, was deutlich macht, dass die Versorgungskapazitäten der Zentren bundesweit nirgendwo ausreichen, um auf den hohen Bedarf reagieren zu können. In der Regel kommt es zu Ablehnungen der Nachfragen, zu freien Therapieplätzen, Weitervermittlungen oder das Setzen auf **Wartelisten**. Häufig geraten aber auch Wartelisten an ihre Grenzen und es müssen zeitweise **Aufnahmestopps** eingerichtet werden. Studien zeigen, dass der Anteil der Geflüchteten, denen keine Versorgung zukommen kann, in einem Monat mehr als doppelt so hoch ist, wie die Anzahl der Geflüchteten, die Zugang zur Behandlungen bekommen (Baron & Schriefers, 2015).

Ein weiterer Faktor sind die großen Entfernungen, die die KlientInnen für die Behandlungen zurücklegen und mit denen auch ökonomische Barrieren durch **hohe Fahrtkosten** verbunden sind. Ein Drittel der Zentren behandeln KlientInnen, die Anfahrtswege von 200 bis 300 Kilometern zurücklegen.

Die beschriebenen Kapazitätsprobleme resultieren vor allem aus den **geringen finanziellen Ressourcen**, die den Zentren zur Verfügung stehen. Die Finanzierung erfolgt meist über diverse, Fördertöpfe (Kommunen, Bundesländer, Stiftungen, EU, kirchliche Träger,...), auf die sich die Zentren mit hohem administrativen Aufwand immer neu bewerben müssen. Durch die eigentlich zuständigen Leistungsträger der Regelversorgung werden nur 5 % der Psychotherapien finanziert. Die Ablehnungsquoten für Psychotherapien über das AsylbLG liegen um mehr als das 10fache über denen für Mitglieder der Gesetzlichen Krankenversicherung. Diese hohe Ablehnungsquote der Bewilligung von Psychotherapien durch die Ämter hat dazu geführt, dass nur noch wenige Zentren versuchen, Psychotherapien über die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger abzurechnen.

Auch bei der **Vermittlung in die Regelversorgung** treten deutliche Probleme auf, wie die Unsicherheiten in der Arbeit mit DolmetscherInnen oder die fehlende Expertise bei der Behandlung der Zielgruppe, sowie Vorbehalte und Berührungängste auf Seiten der niedergelassenen PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen. Hinzu kommt ein hoher bürokratischer Aufwand für die Niedergelassenen, u.a. durch die zusätzlich nötige Beantragung von Dolmetscherleistungen, weshalb Vermittlungen aus der gesundheitlichen Regelversorgung an die Psychosozialen Zentren häufiger sind, als anders herum. So können nur etwa 5 % der KlientInnen aus Psychosozialen Zentren an niedergelassene PsychotherapeutInnen vermittelt werden.

HANDLUNGSBEDARF UND FORDERUNGEN

Durch die Bindung an die EU-Richtlinien und an den UN-Sozialpakt besteht formal ein Versorgungsanspruch besonders schutzbedürftiger Geflüchteter, der in der Praxis in Deutschland jedoch nicht umgesetzt werden kann, da eine adäquate Versorgung oftmals nicht zugänglich und verfügbar ist. Es bedarf eines Konzepts der Frühfeststellung besonderer Schutzbedürftigkeit als auch für die Vermittlung und Erbringung der entsprechenden Leistungen, die seit Juli 2015 durch die Vorgaben der EU-Richtlinie (2013/33/EU) gelten sollen.

Notwendig ist ein einheitliches, wirkungsvolles und transparentes Versorgungssystem, das unnötige bürokratische Hürden verringert und allen Menschen in Deutschland, unabhängig von ihrem Aufenthaltsstatus, die notwendigen medizinischen und psychosozialen Leistungen gewährt und das Leistungsspektrum der Gesetzlichen Krankenversicherungen nicht unterschreitet. Verantwortliche Leistungs- und Entscheidungsträger (u. a. Bund, Länder, Kommunen, Krankenkassen) sollten ihre unterschiedlichen Interessen nicht weiter ausspielen und damit die Bedürfnisse der Geflüchteten aus dem Blick verlieren. Es ist eine dauerhaft strukturell verankerte Finanzierung und der Ausbau der Erreichbarkeit der spezialisierten und niedrigschwelligen Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer dringend erforderlich. Nötig ist weiterhin eine geregelte Kostenübernahme der Angebote der Zentren durch die Leistungsträger der Gesundheitsregelversorgung. Damit ein Zugang gewährleistet werden kann, sollten die Fahrtkosten übernommen und DolmetscherInnen zur Verfügung gestellt werden. Die entstehenden Kosten müssen im Rahmen der Gesundheitsversorgung übernommen und im SGB V geregelt werden.

Forderungen der BAfF auf einen Blick:

- Alle Geflüchteten müssen bundesweit unabhängig von Aufenthaltsstatus und Aufenthaltsdauer ab dem ersten Tag ihrer Einreise eine vollwertige Krankenversichertenkarte erhalten. (Entsprechend anzupassen sind § 5, Abs. 1 SGB V oder § 264 Abs. 2 SGB V.)
- Die Finanzierung von notwendigen Dolmetscherleistungen und notwendigen Fahrtkosten - verankert im SGB V.
- Ein sinnvolles Verfahren von Feststellung, Bedarfsermittlung, Erstversorgung und Behandlung. Dieses Verfahren muss die vorhandenen Ressourcen und AkteurInnen berücksichtigen – aber auch neue Ressourcen erschließen und Leistungsträger einbeziehen. Nur so kann eine möglichst effiziente Versorgung sichergestellt werden.
- Eine grundlegende institutionelle Förderung der Komplexleistungen der Psychosozialen- und Behandlungszentren. Die Bundesregierung muss hier endlich politisch gestaltend und steuernd tätig werden.
- Eine Institutsermächtigung für die Psychosozialen- und Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Anlehnung an 118 SGB V oder auch 140 SGB V (integrierte Versorgung). Die Bundesregierung muss durch Gesetzgebung oder unterstützend in Richtung der Gesetzlichen Krankenversicherung tätig werden.
- Eine Regelung für die Abrechnung notwendiger ambulanter Psychotherapie für Geflüchtete, im AsylbLG wie über die Gesetzlichen Krankenversicherung - z.B. durch Sonderbedarfszulassungen für Psychotherapien mit Geflüchteten, wenn nötig mit Dolmetschereinsatz.

Über die BAfF

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) ist der Dachverband der inzwischen 26 Behandlungszentren und Initiativen für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland. Um Geflüchtete beim Aufbau eines gesunden, menschenwürdigen Lebens im Exil zu unterstützen, engagieren wir uns bundesweit für eine bedarfsorientierte, flächendeckende psychosoziale und gesundheitliche Versorgung.

Durch die Projekte und Aktivitäten der BAfF werden die Kräfte der deutschen Behandlungszentren für traumatisierte Folteropfer gebündelt und der Austausch von Erfahrung, Wissen und Informationen koordiniert. Das gemeinsame Anliegen ist der Abbau von Vorbehalten und eine Öffnung des Gesundheitssystems für Geflüchtete. Darüber hinaus soll die Wahrnehmung der Folgen von organisierter Gewalt und des Lebens im Exil in der Öffentlichkeit und den entsprechenden Fachkreisen gefördert werden.

Literatur- und Quellenverzeichnis:

Baron, J./Schriefers, S. (2015): *Versorgungsbericht - Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*, Berlin: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer.

Bozorgmehr, Kayvan/Razum, Oliver (2015): Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994-2013, in: *PloS One*, 10(7).

Brune, M./Eiroá-Orosa, F. J./Fischer-Ortman, J./Delij aj/u.a. (2011): Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees, in: *International Journal of Culture and Mental Health*, 4(2), S. 144-151.

Burmester, Frank (2015): Medizinische Versorgung der Leistungsberechtigten nach §§ 4 und 6 AsylbLG über eine Krankenkasse, in: *Nachrichtendienst d. Dtsch. Vereins f. öff. u. priv. Fürsorge (NDV)*, 3, S. 109-114.

Carlsson, J. M./Olsen, D. R./Mortensen, E. L./u.a. (2006): Mental health and health-related quality of life: a 10-year follow-up of tortured refugees, in: *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(10), S. 725-731.

Deutsches Institut für Menschenrechte (Hrsg.) (2005): *Die „general comments“ zu den VN-Menschenrechtsverträgen: deutsche Übersetzung und Kurzeinführungen*, Baden-Baden: Nomos.

Fazel, M./Wheeler, J./Danesh, J. (2005): Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review, in: *Lancet (London, England)*, 365(9467), S. 1309-1314.

Flatten, G./Gast, U./Hofmann, A./u.a. (2011): S3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung, in: *Trauma & Gewalt* 3, S. 202-210.

Lambert, J. E./Alhassoon, O. M. (2015): Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings, in: *Journal of Counseling Psychology*, 62(1), S. 28-37.

Nickerson, A./Bryant, R. A./Silove, D./u.a. (2011): A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees, in: *Clinical Psychology Review*, 31(3), S. 399-417.

Niklewski, G./Richter, K./Lehfeld, H. (2012): Abschlussbericht im Verfahren Az.: Z2/0272.01-1/14 für „Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerber - Zirndorf“, Nürnberg: Klinikum Nürnberg.

Perkonig, A./Kessler, R. C./Storz, S./u.a. (2000): Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity, in: *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), S. 46-59.

UNHCR (2015): *Global Trends Forced Displacement in 2014*, Geneva.

Über die Autorin

Lea Flory ist Diplom-Psychologin und freie Mitarbeiterin der Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.).