

Flüchtlinge in unserer Praxis

Informationen
für ÄrztInnen und
PsychotherapeutInnen



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

Impressum & Kontakt



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen
Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.)

Paulsenstr. 55-56

12163 Berlin

Tel.: 030 - 31 01 24 63

E-Mail: info@baff-zentren.org

Web: www.baff-zentren.org

Informationsstand: Januar 2016

Autorinnen: Esther Kleefeldt, Barbara Wolff, Lotta de Carlo

Layout: Daniela Krebs

Die Publikation kann über den Online-Shop der BAfF e.V. bestellt
werden: www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/shop/

Die Erstellung der Broschüre wurde gefördert durch die
Bundespsychotherapeutenkammer, PRO ASYL und medico international.



Flüchtlinge in unserer Praxis

Informationen für ÄrztInnen und
PsychotherapeutInnen

Eine Broschüre der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft
der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
(BAfF e.V.)

Inhaltsverzeichnis

1. An wen richtet sich die Broschüre?	4
2. Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen in Deutschland	6
2.1 Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG	6
2.2 Die elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge	9
2.3 Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge ohne legalen Aufenthalt	11
3. Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen	12
3.1 Sprachbarrieren	14
3.2 Kulturelle Barrieren	15
3.3 Emotionale und kontextuelle Barrieren	17
4. Trauma bei Flüchtlingen	18
4.1 Der Traumbegriff	19
4.2 Differenzierung traumatischer Lebensereignisse	19
4.3 Folter und „man-made disasters“	21
5. Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen	22
5.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)	24
5.1.1 Symptomatik und Diagnose (nach ICD-10)	24
5.1.2 Epidemiologischer Hintergrund	26
5.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung	27
5.3 Weitere Traumafolgestörungen und komorbide Störungen	28
6. Gestaltung der Behandlung und Kommunikation	30
6.1 Beziehungsgestaltung und Frühintervention	31
6.2 Stabilisierung und Psychoedukation	33
6.3 Retraumatisierung: Vermeidung der Reaktivierung traumatischer Sequenzen	34
6.4 Grenzen auf Seiten der Behandelnden	35

7. Therapeutische Ansätze	36
7.1 Psychotherapie	37
7.2 Psychopharmakotherapie	39
7.3 Ganzheitliche und multidisziplinäre Behandlungs- und Versorgungsangebote	40
8. Begutachtung und Dokumentation	42
8.1 Das Istanbul-Protokoll	43
8.2 Bescheinigungen und Atteste	44
9. Krisen und Suizidalität	46
9.1 Krisen und Krisenintervention	47
9.2 Vorgehen bei Suizidalität	48
10. Arbeiten mit DolmetscherInnen und SprachmittlerInnen	50
10.1 Sprachliche Verständigung in der Versorgung von Flüchtlingen	51
10.2 Hindernisse in der Arbeit mit DolmetscherInnen	53
10.3 Kostenübernahme von Dolmetscherleistungen	53
10.4 Dolmetscher- und Sprachmittlerdienste	55
Weiterführende Links	56
Erläuterungen & Literatur	58
Bildnachweise	60

Kapitel 1

An wen richtet sich die Broschüre?



Mehr als eine Million Flüchtlingeⁱ sind im Jahr 2015 in Deutschland angekommen. Was vor der sogenannten „Flüchtlingskrise“ noch ein randständiges Phänomen war, das nur wenige professionelle HelferInnen und ehrenamtliche UnterstützerInnen berührte, das betrifft uns nun alle. Die Präsenz der Flüchtlinge ist allgegenwärtig – zumindest in Medienberichten. Wir begegnen Flüchtlingen aber mehr und mehr auch direkt in unserem Alltag, weil ein neues Wohnheim in der Nähe eröffnet wurde, wir im Zug ein Abteil mit ihnen teilen oder sie in unsere Praxis kommen.

Die Behandlung von Flüchtlingen ist mit besonderen Anforderungen verbunden, da ihre körperlichen und psychischen Erkrankungen durch viele und komplexe Faktoren beeinflusst sind. Diese sind beispielsweise ihre Herkunftskultur, die Erlebnisse, die sie zur Flucht veranlasst haben, ihre Fluchtgeschichte und ihre aufenthaltsrechtliche Situation im Exilland Deutschland.

Diese Broschüre der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) richtet sich an ÄrztInnen aller Fachrichtungen, Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnenⁱⁱ, die in ihrer Praxis Flüchtlinge behandeln oder behandeln wollen. Sie informiert über die Situation von Flüchtlingen in Deutschland und die Besonderheiten, die es zu beachten gilt, wenn Flüchtlinge medizinische oder psychotherapeutische Hilfe suchen. Sie beantwortet einige häufig gestellte Fragen wie z. B. zur Rolle des Aufenthaltsstatus und zur Kostenträgerschaft für ärztliche, psychotherapeutische und auch Dolmetscherleistungenⁱⁱⁱ.

Die Broschüre zeigt ausgehend von allgemeingültigen Informationen zu Trauma und dessen Folgen darüber hinausgehende flüchtlingspezifische Problematiken und Erfordernisse auf. Zudem liefert sie Informationen und Denkanstöße zum besseren Verständnis, wie sich traumatische Erlebnisse bei Flüchtlingen auf die Gesundheit und das alltägliche Leben auswirken können, und wie dies auch die ärztlichen und psychotherapeutischen Beziehungen beeinflussen kann. Im Anhang findet sich eine Zusammenstellung weiterführender Links zu ausführlichen und teilweise mehrsprachigen Informationsmaterialien und spezialisierten Beratungs- und Informationsstellen.

Kapitel 2

Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen in Deutschland



Im deutschen Gesundheitssystem sollen PatientInnen ohne Ansehen der Person und der eigenen finanziellen Mittel medizinisch angemessen versorgt werden. Für Flüchtlinge gilt das aber nur eingeschränkt. Während des meist Jahre andauernden Asylverfahrens, aber auch mit dem Aufenthaltsstatus der Duldung, ergeben sich für Flüchtlinge in Deutschland nicht nur bezogen auf den Zugang zum Gesundheitssystem, sondern auch in weiteren Lebensbereichen eine Vielzahl an besonderen Einschränkungen ihrer Rechte, ihrer Autonomie und Selbstbestimmung. Die Grundlagen dieser Einschränkungen sind im Asylverfahrensgesetz (AsylVfG), im Aufenthaltsgesetz (AufenthG) sowie im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) mit ihren Bestimmungen zur Erstverteilung, zur Wohnverpflichtung, zur Residenzpflicht, zum Arbeitsverbot sowie zu Einschränkungen der Sozialleistungen und der medizinischen Versorgung festgeschrieben.

Weitere Informationen zu den Rahmenbedingungen und Abrechnungsmodalitäten, insbesondere der ärztlichen Behandlung, finden Sie beispielsweise bei der Landesärztekammer Hessen¹.

2.1 Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG

Nach §4 AsylbLG haben Asylsuchende in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland nur einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Sie haben in der Regel nur dann einen Kostenübernahmeanspruch, wenn es sich um eine „erforderliche“ Behandlung „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ handelt. Dies schließt die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln und die Kostenübernahme für übliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, empfohlene Vorsorgeuntersuchungen (Zahnvorsorge, Kinderuntersuchungen, Krebsvorsorge, Gesundheitsuntersuchung) und Schutzimpfungen mit ein. Verschreibungspflichtige Arzneimittel sind auf Rezept zu leisten und behandelnde ÄrztInnen müssen auf dem Rezept vermerken, dass das Rezept mit dem Sozialamt abzurechnen ist. Die Zahlung von Behandlungen wird unmittelbar von den Sozialämtern übernommen, wenn aufgrund akuter Erkrankung konkreter Behandlungsbedarf

besteht. Über die Vergabe von Krankenscheinen entscheidet fachfremdes Personal der Sozialämter.

Der §6 AsylbLG beinhaltet die Gewährung sonstiger Leistungen – insbesondere, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich sind. Hierbei handelt es sich jedoch um eine „Kann“-Formulierung. Dies bedeutet, dass die Gewährleistung im Ermessensspielraum der zuständigen Behörde liegt. Es besteht auch hier die Problematik, dass wichtige Entscheidungen, beispielsweise über die Notwendigkeit von medizinischen Heil- und Hilfsmitteln wie Brillen, Rollstühlen, Hörgeräten aber auch über die Gewährung von Psychotherapie oder die Durchführung einer MRT, von in der Regel fachfremdem Verwaltungspersonal getroffen werden.

GESUNDHEITSVERSORGUNG VON FLÜCHTLINGEN

In den ersten 15 Monaten des Aufenthaltes:

§4AsylbLG: Asylsuchende haben einen Anspruch auf die „**erforderliche Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände**“. Kostenträger ist i.d.R. das zuständige Sozialamt.

§6AsylbLG: Sonstige, zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässliche Leistungen können gewährt werden.

Es obliegt den Bundesländern, die **elektronische Gesundheitskarte** bereits in den ersten 15 Monaten des Aufenthaltes zu vergeben oder am Bezug von Krankenscheinen über das Sozialamt festzuhalten.

Nach 15 Monaten des Aufenthaltes:

Es besteht Anspruch auf das Leistungsspektrum der GKV, über die auch die Abrechnung erfolgt. Kostenträger ist nach wie vor das Sozialamt.

Ohne legalen Aufenthalt:

Flüchtlinge, die sich „illegal“ in Deutschland aufhalten sind von der Gesundheitsversorgung weitgehend ausgeschlossen und auf ehrenamtliche Hilfe angewiesen.

Zudem variiert das Vorgehen sehr zwischen den Sozialämtern und teilweise auch zwischen den SachbearbeiterInnen eines Sozialamtes. Beispielsweise können Krankenscheine problemlos jedes Quartal ausgestellt werden, ohne dass hierzu eine gesonderte Vorsprache notwendig ist, sie können jedoch auch ausschließlich nach einer persönlichen Anhörung der Beschwerden ausgehändigt werden. Im Regelfall müssen sich Flüchtlinge einen Krankenschein besorgen, bevor sie eine ärztliche oder psychotherapeutische Praxis aufsuchen. Im Notfall kann allerdings auch ohne Vorliegen eines Krankenscheins mit dem Sozialamt abgerechnet werden.

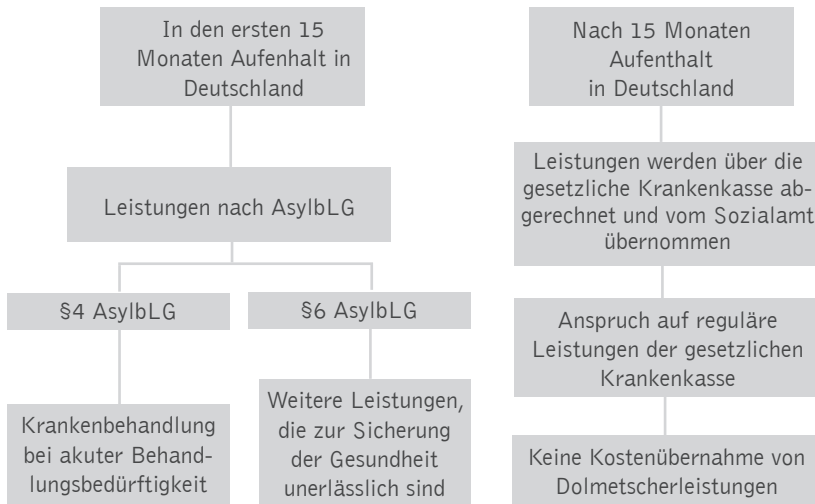
Diese Situation ändert sich für Flüchtlinge mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung, wenn sie sich seit 15 oder mehr Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufgehalten haben. Sie werden dann wie SozialhilfeempfängerInnen behandelt und haben Anspruch auf das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenkasse.

2.2 Die elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge

Im Rahmen des im Herbst 2015 verabschiedeten Asylverfahrensbeschleunigungs-Gesetzes hat der Bundestag den rechtlichen Rahmen für die elektronische Gesundheitskarte für Flüchtlinge geschaffen. Die Karte ermöglicht auch Flüchtlingen mit einer Aufenthaltsdauer unter 15 Monaten ärztliche Versorgung direkt und ohne bürokratischen Aufwand in Anspruch zu nehmen. Die Behandlungsmöglichkeiten unterliegen jedoch weiterhin dem AsylbLG (siehe 2.1) und beschränken sich auf akut zu behandelnde Krankheiten. Die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen bleibt daher von dieser positiven Entwicklung tendenziell unberührt. Formal können Flüchtlinge mit der Gesundheitskarte zwar PsychotherapeutInnen aufsuchen, jedoch wird der Antrag auf Psychotherapie nach wie vor nach den Maßgaben des AsylbLG geprüft. Bei dieser Prüfung werden psychische Erkrankungen häufig fälschlicherweise nicht als akut behandlungsbedürftig beurteilt oder es wird auf eine nicht leitliniengerechte alleinige psychopharmakologische Behandlung verwiesen.

Es obliegt den einzelnen Bundesländern, ob die Gesundheitskarte eingeführt wird. Das Modell wurde schon im Jahr 2005 mit großem Erfolg in Bremen („Bremer Modell“) und 2012 in Hamburg eingeführt, gefolgt von Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein im Jahr 2015. In NRW wurde die Einführung der Gesundheitskarte bisher jedoch nicht flächendeckend, sondern nur in einigen Kommunen umgesetzt. In Berlin sollen ab 2016 neu ankommende Flüchtlinge die Gesundheitskarte sofort erhalten, später soll sie für alle in Berlin registrierten Flüchtlinge verfügbar sein. Weitere Bundesländer haben zugestimmt, die Gesundheitskarte für Flüchtlinge im Jahr 2016 einzuführen. In einigen Bundesländern ist es den einzelnen Landkreisen oder Kommunen freigestellt, ob sie die Gesundheitskarte einführen wollen. In der Summe führt dies zu einem undurchsichtigen Flickenteppich unterschiedlicher Regelungen.

Kostenübernahme von Behandlungen



2.3 Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge ohne legalen Aufenthalt

Flüchtlinge, die sich illegal in Deutschland aufhalten, sind vom Zugang zur Gesundheitsversorgung so gut wie ausgeschlossen. Werden sie krank, sind sie meist auf ehrenamtliche Hilfe angewiesen. Rein rechtlich gesehen fallen auch Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus unter das AsylbLG. Für eine Behandlung muss jedoch im Vorfeld ein Krankenschein beim zuständigen Sozialamt beantragt werden. Das Sozialamt ist verpflichtet, die personenbezogenen Daten an die Ausländerbehörde zu übermitteln. Dies kann eine Abschiebung zur Folge haben. Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus verzichten daher oft auf eine Behandlung oder gehen erst zum Arzt oder zur Ärztin, wenn bereits ein medizinischer Notfall vorliegt. Weitergehende Information zur Behandlung von Menschen ohne legalen Aufenthaltsstatus finden Sie im Anhang.

Kapitel 3

Barrieren in der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen



Wenn Flüchtlinge in unsere Praxis kommen und Hilfe suchen, treffen sie auf eine Reihe von Barrieren, die es zu überwinden gilt. Dies zu verstehen ist unabdingbare Voraussetzung, um ein Verständnis dafür zu erlangen, unter welcher Symptomatik unser Gegenüber leidet und welche Behandlung benötigt wird.

Barrieren in Kommunikation, Sprache und Kultur lassen sich überwinden, wenn man sich darüber bewusst ist, dass das eigene Wissen und die eigene Erfahrung im interkulturellen Kontext nur eingeschränkt tauglich sind. Eine Haltung des „Wissens vom eigenen Nicht-Wissen“ und demzufolge eines „Erfragen-Müssens“ ersetzt die Unmöglichkeit, ExpertIn für jede der unterschiedlichen Kulturen und Sprachen werden zu müssen, denen wir in unserer Praxis begegnen. Wissen und Information hilft viel, aber es kann uns auch dazu verleiten, bewährte Kategorien und Vorgehensweisen zu ausschließlich anzuwenden. Stattdessen können wir von unseren PatientInnen lernen: Indem wir die eigenen Ursachentheorien der PatientIn, kulturell bedingte Gepflogenheiten, Heilungsmethoden, usw. erfragen. Durch die Vermittlung von Offenheit, Wertschätzung und Respekt entsteht der Raum für einen gemeinsamen Verstehens- und Heilungsprozess.

BARRIEREN IN DER BEHANDLUNG VON FLÜCHTLINGEN

Sprachbarrieren: Nicht nur unterschiedliche Muttersprachen, auch Traumafolgesymptome können die Verständigung zwischen PatientInnen und Behandelnden erschweren.

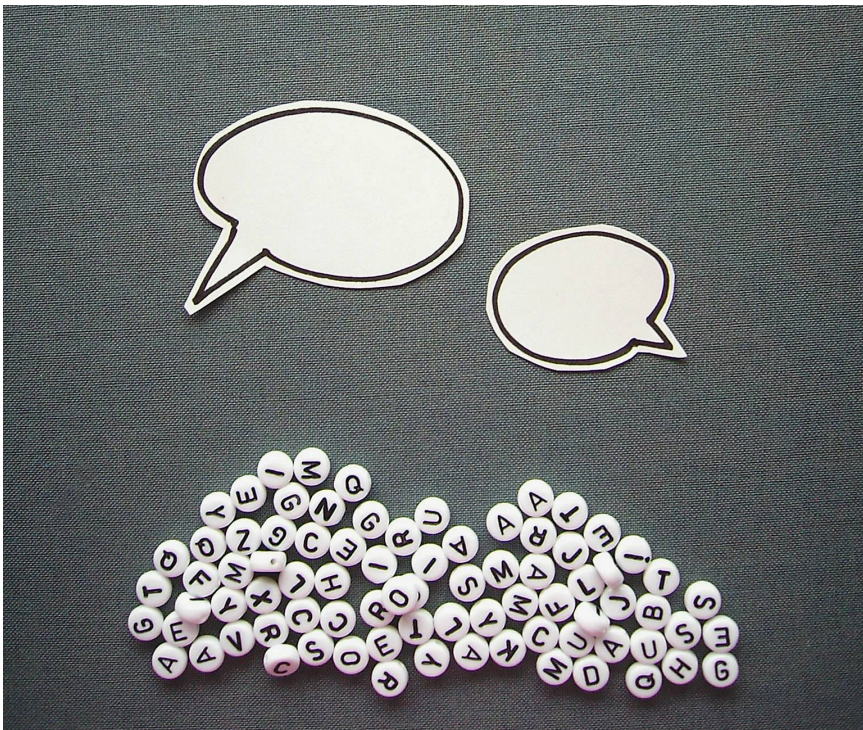
Kulturelle Barrieren: Besonders in Bezug auf das Verständnis von Krankheit und Heilungsprozess kann es große Unterschiede zwischen PatientInnen und Behandelnden geben, die eine Behandlung erschweren

Emotionale & Kontextuelle Barrieren: Schuld- und Schamgefühle, traumabedingte Gedächtnis- und Beziehungsstörungen können Barrieren für den Zugang zu Behandlung darstellen.

3.1 Sprachbarrieren

In den allermeisten Fällen sprechen Flüchtling und BehandlerIn verschiedene Muttersprachen. Wenn Kommunikation in einer gemeinsamen Sprache wie Englisch oder Französisch möglich ist, erfolgt sie oft genug nur sehr rudimentär auf einem insbesondere für eine Psychotherapie nicht ausreichenden Niveau. Hier braucht es eine Sprachmittlung. Kapitel 10 geht ausführlich auf die Frage des Dolmetschens ein.

Unabhängig von einer gemeinsamen Sprache ist das Sprechen über das Erlebte für Traumatisierte häufig sehr schwer, weil das Vertrauen in menschliche Kontakte erschüttert oder vernichtet ist. Eine „Sprachbarriere“ im Sinne von Schwierigkeiten, die eigenen Symptome und deren Ursachen in Worte zu fassen und sich verbal mitzuteilen, kann aber auch in den Traumafolgesymptomen selbst begründet sein. Das Sprechen



über das Erlittene ist schwer, weil es Erinnerungen wach ruft, die kaum aushaltbar sind. Häufig können traumatische Erlebnisse gar nicht, nur teilweise und bruchstückhaft oder nicht in ihrer chronologischen Abfolge erinnert werden, weil bei einem Trauma das Erlebte nicht kohärent wie andere Erinnerungen im Gedächtnis abgespeichert worden ist.

3.2 Kulturelle Barrieren

Flüchtlinge kommen aus anderen Kulturkreisen, haben unter Umständen andere Vorstellungen von Krankheit und Heilung. Insbesondere psychische Störungen sind in vielen Kulturen tabuisiert und schambesetzt, mehr noch als in Deutschland. Vielfach werden Reaktionen auf traumatische Erlebnisse gar nicht als „Krankheitssymptome“ im Sinne einer westlichen Medizin begriffen. Ein Mann, der 20 Jahre die Misshandlungen und Folterungen in einem türkischen Gefängnis erdulden musste, beantwortete die Frage, warum er sich nicht psychotherapeutische Hilfe gesucht hatte, wie folgt: „Ich wusste gar nicht, dass ich an etwas leide, das man behandeln kann“. Ein unterschiedliches Verständnis von Krankheit und Heilung, eine unterschiedliche Symbolik, eine andere Art, Beschwerden zu beschreiben ebenso wie unterschiedliche Rollenerwartungen erschweren es, eine gemeinsame Sprache zu finden. Dabei müssen wir uns auch selbst fragen, wie unser eigener Begriff von Krankheit und Gesundheitsstörung ist und welche Erwartungen und „Vor“-Urteile gegenüber dem Anderen wir in diesen Kommunikationsprozess mit einbringen.

Auch das Geschlecht des Behandelnden und der PatientInnen kann eine Barriere darstellen. Männern, die aus eher patriarchalisch geprägten Kulturen stammen, fällt es oft leichter, mit einer Frau zu sprechen, da diese für das persönliche Gespräch „zuständig“ sind. Frauen, die eine erlebte Vergewaltigung als Scham und „Entehrung“ empfinden, möchten darüber u.U. nicht mit einem Mann sprechen.

Manchmal bestehen idealisierte Vorstellungen von den Möglichkeiten der westlichen Medizin und die Erwartung, dass ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen die körperlichen und psychischen Beschwerden sofort heilen können.

Respektvolles Nachfragen ermöglicht es uns, unsere PatientInnen besser zu verstehen, Aufklärung und Transparenz unserer Handlungen und Möglichkeiten baut Misstrauen ab.

Nicht zuletzt können DolmetscherInnen in der Überwindung nicht nur der sprachlichen sondern auch der kulturellen Barrieren hilfreich sein. Sie sind neben Sprach- auch KulturvermittlerInnen.



3.3 Emotionale und kontextuelle Barrieren

Die Gewalt gegen verfolgte Menschen in totalitären Regimen und kriegserischen Auseinandersetzungen zielt darauf ab, die Verfolgten und mit ihnen die Gruppe, der sie angehören, zu erniedrigen, zu unterwerfen und ihre Identität zu zerstören. Auch die Vergewaltigung von Frauen durch Milizen wird als ein Mittel der Kriegsführung genutzt.

Die massivste Ausprägung der Gewalt findet sich in der systematischen Folter. Denjenigen, die diese überleben, fällt das Sprechen darüber schwer – aus Scham und Schuldgefühlen und weil man das Vertrauen in sich selbst und andere verloren hat. Schuldgefühle, weil man vielleicht Informationen preisgegeben hat, weil man selbst überlebt hat und andere nicht (Überlebensschuld). Schamgefühle, weil man eine Erniedrigung durchlebt hat, die einen völlig reduziert hat auf sich selbst, ohne Selbstwert- und ohne Selbstgefühl.

Menschen, die jahrelang unter widrigsten Bedingungen auf der Flucht waren, dabei manchmal nur überleben konnten, wenn sie selbst kriminell geworden sind, die sich nur auf sich selbst verlassen konnten, haben sehr häufig Schwierigkeiten, sich an unseren organisierten Alltag anzupassen. Wir begegnen Menschen, die hochambivalent zwischen Hilfsbedürfnis und Misstrauen schwanken, unsere Strukturen und Gepflogenheiten nicht kennen. Hier bedarf es auch manchmal viel Geduld, aber auch einer klaren Haltung und Transparenz von unserer Seite, damit ein Vertrauensaufbau möglich ist. Anfängliches Misstrauen ist häufig nicht auf die Person der Behandelnden sondern auf frühere negative Erfahrungen zurückzuführen und ist im Sinne eines Schutzmechanismus zu verstehen.

Kapitel 4

Trauma bei Flüchtlingen



4.1 Der Traumabegriff

Der Begriff Psychotrauma wird nicht einheitlich verwendet und kann sowohl das auslösende Ereignis selbst als auch die Folgesymptome bezeichnen. Wir verstehen Trauma hier als „vitales Diskrepanzerleben zwischen bedrohlichen Situationsfaktoren und den individuellen Bewältigungsmöglichkeiten, das mit Gefühlen von Hilflosigkeit und schutzloser Preisgabe einhergeht und so eine dauerhafte Erschütterung von Selbst- und Weltverständnis bewirkt“². Ausschlaggebend ist die subjektive Wahrnehmung der Bedrohung, der zur Verfügung stehenden Bewältigungsmöglichkeiten und des Verlustes. Daher gibt es einen objektiven Maßstab, um zu beurteilen, wie sich traumatische Lebensereignisse auf einen Menschen auswirken oder wie diesem geholfen werden kann, diese traumatischen Erfahrungen zu überwinden und mit ihnen leben zu lernen.

4.2 Differenzierung traumatischer Lebensereignisse

Unter die Diagnose „posttraumatische Belastungsstörung“ nach DSM und ICD (siehe Kapitel 5) werden alle Arten der psychischen Traumatisierung gefasst. Auch mit der Neuauflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-V) im Jahr 2013 hält die Debatte darüber an, was ein traumatisches Ereignis ausmacht, das eine PTBS auslöst.

In der wissenschaftlichen Diskussion ist jedoch unbestritten, dass es einen wesentlichen Unterschied in Schwere und Ausprägung der psychischen Traumatisierung konstituiert, ob es sich um ein sogenanntes Trauma I oder II³ handelt.

Bei einem Typ I Trauma handelt es sich um ein einmaliges, zeitlich begrenztes Ereignis wie beispielsweise einen Unfall oder eine Naturkatastrophe. Unter Typ II Trauma versteht man komplexe über lange Zeit und wiederholt stattfindende traumatische Erfahrungen, deren Verlauf nicht

TRAUMATISCHE EREIGNISSE

Trauma Typ I: Einmaliges, zeitlich begrenztes Ereignis (z.B. Naturkatastrophen, Unfälle)

Trauma Typ II: Komplexe und wiederholte traumatische Erfahrungen, die durch Menschen herbeigeführt wurden („man-made-disasters“), z.B. Gewalt, Misshandlungen und Folter

vorhersehbar ist. Es handelt sich in der Regel um Erfahrungen von Gewalt, Misshandlung oder Folter, die durch andere Menschen zugefügt werden, sogenannte „man-made disasters“. Diese wirken in der Regel deutlich tiefgreifender auf die menschliche Psyche ein, als „schicksalhafte“ Ereignisse wie Naturkatastrophen. Sie werden psychisch immer als besonders schwerwiegend erlebt, da sie an den Grundfesten der menschlichen Existenz rütteln. Der ungeschriebene oder geschriebene Pakt im menschlichen Miteinander, der den physischen Bestand des Anderen garantiert, wird außer Kraft gesetzt. Ehemalige Nachbarn werden zu Verfolgern und Mördern. Der Mensch, der im Gefängnis gefoltert wird, erlebt ein Ausmaß an Hilflosigkeit und Ausgeliefertsein, ein Ausmaß an Gewalt, das menschliches Vorstellungsvermögen übersteigt.

Die Dauer und Frequenz traumatischer Ereignisse wirkt sich kumulativ auf die Entwicklung von Traumafolgestörungen aus. Bevor Flüchtlinge in Deutschland ankommen, leiden sie oft jahrelang unter Bedrohung, Verfolgung und Misshandlungen. Sie haben Hab und Gut, ihre Heimat, häufig auch Angehörige verloren. In vielen Fällen waren sie von Hunger und Obdachlosigkeit betroffen.

4.3 Folter und „man-made disasters“

Folter ist das gezielte Zufügen von psychischem oder physischem Leid an Menschen durch andere Menschen, meist als Mittel für einen zielgerichteten Zweck, beispielsweise um eine Aussage, ein Geständnis, einen Widerruf oder eine wichtige Information zu einem bestimmten Sachverhalt zu erhalten oder um den Willen und Widerstand der Folteropfer zu brechen.

Es wird unterschieden zwischen physischer und psychischer Folter, wobei Formen der psychischen Folter immer häufiger zur Anwendung kommen, nicht zuletzt, da sie schwerer nachweisbar sind. Psychische Folter zielt auf die totale Zerstörung der Persönlichkeit des Folteropfers ab. Den Opfern werden der freie Wille und das Vertrauen in andere Menschen beispielsweise durch Scheinhinrichtungen, Isolation, Schlafentzug und Demütigungen jeglicher Art gebrochen. Bei Folter sind sexuelle Übergriffe sehr häufig. Daraus können nicht nur körperliche Probleme sondern auch schwere psychische Störungen resultieren wie z. B. die posttraumatische Belastungsstörung, andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung und andere Traumafolgestörungen (siehe Kapitel 5). Im Jahr 2014 dokumentierte Amnesty International Fälle von Folter oder Misshandlung in 131 von 160 Staaten (82%)⁴.

Das Erleben von „man-made disasters“, insbesondere Folter, wirkt sich ganz wesentlich auf die Beziehungsfähigkeit aus. Nicht selten führt es zu schwerwiegenden Problemen, überhaupt wieder Vertrauen zu anderen Menschen – aber auch in das eigene Urteilsvermögen – und zu professionellen HelferInnen wie ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen zu fassen.

Kapitel 5

Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen



Viele der Flüchtlinge, die nach Deutschland kommen, leiden unter den seelischen Folgen von Krieg, Verfolgung, Misshandlung, Folter oder anderen schweren Menschenrechtsverletzungen und entwickeln psychische Traumafolgestörungen. Ein psychisches Trauma hat oft schwerwiegende Folgen für die Traumatisierten, die dadurch in ihrer Erlebnisfähigkeit und in der Beziehungsfähigkeit zu ihren Angehörigen und Mitmenschen beeinträchtigt sind, bis hin dazu, dass ihr Vermögen, ihren Alltag zu gestalten, ihren Beruf auszuüben oder zu lernen, wesentlich beeinträchtigt sind.

Nicht alle Flüchtlinge, die traumatischen Situationen ausgesetzt waren, entwickeln Traumafolgestörungen. Diese entstehen stets in Abhängigkeit von Vulnerabilitäts- und protektiven Faktoren, die prä-, peri- und posttraumatisch vorliegen können. Ob es zu einer Traumafolgestörung kommt und ob ein Mensch dauerhaft unter dieser Störung leidet oder aus eigener Kraft genesen oder zumindest die Symptome kompensieren kann, ist von der Art, der Schwere und der Häufigkeit der traumatischen Erfahrungen abhängig, aber vor allem von den Umständen direkt im Anschluss und in der Zeit nach den traumatischen Erlebnissen. So spielen Ressourcen und Lebensbedingungen traumatisierter Flüchtlinge im Exil eine Schlüsselrolle für deren Genesung und Wohlergehen. Als protektive Faktoren zählen familiäre Bindungen und Beziehungen, soziale Unterstützung, Aufenthaltssicherheit sowie materielle Ressourcen.

TRAUMAFOLGESTÖRUNGEN BEI FLÜCHTLINGEN...

... entwickeln sich in Abhängigkeit von **prä-, peri- und posttraumatischen Vulnerabilitäts- und protektiven Faktoren**, beispielsweise Fluchtgeschichte und Aufenthaltsstatus in Deutschland.

... umfassen die **posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)** oder komplexe PTBS, andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, depressive Störungen, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Angststörungen, die Borderline Persönlichkeitsstörung und Suchterkrankungen. Hinzu kommen **körperliche Erkrankungen**, insbesondere Herz-Kreislauf-Erkrankungen.

Psychische Traumatisierungen können zu verschiedenen Traumafolgestörungen führen, die einzeln oder gemeinsam auftreten können. Im Wesentlichen sind dies die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) oder komplexe PTBS, andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, depressive Störungen, die Borderline Persönlichkeitsstörung, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Angststörungen und Suchterkrankungen.

Äußere Belastungen wie unsicherer Aufenthaltsstatus, fehlende Zukunftsperspektive, störungsimmanente Faktoren wie generalisiertes Misstrauen gegenüber anderen Menschen und fehlende psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen können zu einer Chronifizierung von Traumafolgestörungen führen bzw. diese begünstigen. Die psychische Störung und ihre Symptome werden dann fest in das Leben des oder der Betroffenen integriert, beziehungsweise das Leben wird um die Störung herum organisiert. Derartige Systeme, die insbesondere Vermeidungsverhalten beinhalten, werden in der Regel im weiteren Verlauf immer komplexer, sie entfalten eine Eigendynamik, die nach vielen Jahren immer schwerer zu durchbrechen ist. Die Betroffenen vermeiden Gedanken, Gefühle, Situationen und Gespräche, die sie an das traumatische Ereignis erinnern könnten, häufig erfolgt ein ausgeprägter sozialer Rückzug.

5.1 Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)

5.1.1 Symptomatik und Diagnose nach ICD-10

Um eine PTBS nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der WHO zu diagnostizieren, muss der Betroffene einem schwerwiegenden und belastenden Ereignis mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß ausgesetzt gewesen sein, das bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde.

Die im Folgenden aufgeführten Symptome müssen in der Regel innerhalb von sechs Monaten nach dem traumatischen Ereignis oder nach dem Ende einer Belastungsperiode auftreten (ein späterer Beginn ist jedoch möglich) und mindestens vier Wochen anhalten.

Ein typisches Merkmal der PTBS ist das unerwartete, intensive und für die Betroffenen nicht kontrollierbare Wiedererleben traumatischer Ereignisse (Nachhallerinnerungen, Intrusionen, Flashbacks). Dieses Wiedererleben geschieht in Form von Bildern, filmartigen Szenen oder Albträumen, aber auch Körperempfindungen und Gerüchen. Häufige Symptome sind Gefühlstaubheit und emotionale Abschottung bis hin zur Entfremdung gegenüber der eigenen Familie und Freunden. Ferner finden sich Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen, Teilnahmslosigkeit, Freudlosigkeit sowie Vermeidung von Aktivitäten und Situationen, die Erinnerungen an das Trauma wachrufen könnten. Meist tritt ein Zustand von vegetativer Übererregtheit mit Vigilanzsteigerung, übermäßiger Schreckhaftigkeit, Konzentrationsstörungen, vermehrter Reizbarkeit und starken Schlafstörungen auf.

Weitere typische Reaktionen auf traumatische Lebensereignisse, die häufig bei Flüchtlingen auftreten, allerdings nicht in den ICD-10-Diagnoseschemata enthalten sind, sind u. a. Scham- und Schuldgefühle (Überlebensschuld), „Dauertrauer“, Gefühle der Verzweiflung und Niedergeschlagenheit, labiles Selbstwertgefühl, hohe Kränkbarkeit und eingeschränkte Impulskontrolle. Je nach Schwere der Symptomatik können selbstverletzendes Verhalten und Suizidalität auftreten.

Sehr häufig treten zusätzlich körperliche Symptome wie Herzrasen, Kopf-, Bauch-, Herz- und Rückenschmerzen, Zittern, Schwitzen, Übelkeit, Schwindel und Atemnot auf.

SYMPTOME DER PTBS

Wiedererleben: ungewollte „Erinnerungsattacken“, Flashbacks, Alpträume

Vermeidungsverhalten: Vermeidung von Gedanken, Gefühlen, Situationen und Gesprächen, die den Betroffenen an das traumatische Erlebnis erinnern, emotionale Abschottung, Gefühlstaubheit, Entfremdung

Überregung: Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, Reizbarkeit, Konzentrationsschwierigkeiten

Weitere Symptome: Ärger, Wut, Traurigkeit, Scham, Schuldgefühle

Besteht der Verdacht auf eine posttraumatische Symptomatik können Screening- und Symptomfragebögen, wie der Refugee Health Screener-15 (RHS-15)⁵, der Harvard Trauma Questionnaire und die Posttraumatic Stress Diagnostic Scale, genutzt werden, die speziell für die Population der Flüchtlinge entwickelt bzw. für diese validiert wurden und wichtige Anhaltspunkte bezüglich Art und Schwere der traumatischen Erkrankung liefern können. Sie können jedoch nicht die Diagnostik durch eingehende Untersuchung und Exploration durch ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen ersetzen.

5.1.2 Epidemiologischer Hintergrund

In der deutschen Allgemeinbevölkerung liegt der Anteil der Menschen, die an einer posttraumatischen Belastungsstörung leiden, zwischen 1 und 3,5% (1-Monats-Prävalenz)⁶. Durch die Akkumulierung traumatisierender Ereignisse wie Gefangenschaft, Folter und Flucht ist die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer posttraumatischen Belastungsstörung bei Flüchtlingen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um etwa das Zehnfache erhöht⁷. Das Risiko, nach Krieg, Vergewaltigung oder Folter eine PTBS zu entwickeln, liegt bei 50 Prozent (S3Leitlinie PTBS)⁸. Studien mit Asylsuchenden in Deutschland zeigen, dass die Prävalenz einer PTBS bei ca. 40 Prozent liegt⁹. Die Prävalenz subsyndromaler Störungsbilder ist wesentlich höher. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung, in Abhängigkeit von den posttraumatischen Bedingungen. Unbehandelt verlaufen posttraumatische Belastungsstörungen bei etwa einem Drittel der Erkrankten chronisch.¹⁰ In vielen Fällen

HÄUFIGKEIT PSYCHISCHER ERKRANKUNGEN BEI FLÜCHTLINGEN

Die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer PTBS ist bei Flüchtlingen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ca. zehnfach höher. Die Prävalenz liegt bei ca. 40%. Häufig leiden traumatisierte Flüchtlinge auch unter komorbiden Störungen. Bei 87,5% der PTBS-PatientInnen liegt mindestens eine weitere psychische Störung, bei 77,5% liegen mindestens zwei weitere Störungen vor.

leiden Opfer von Folter und Gewalt noch Jahrzehnte nach dem traumatischen Ereignis an Intrusionen, Vermeidungsverhalten und Übererregung.

5.2 Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung und Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung

Vielfach wird diskutiert, dass die bisherige Klassifikation der PTBS im ICD-10 und dem im US-amerikanischen Raum etablierten Diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM) der American Psychiatric Association (APA) der Komplexität und Heterogenität der Posttraumatischen Belastungsstörung nicht gerecht werden. Insbesondere in Bezug auf die Diagnostik bei Flüchtlingen ist u.a. der „westliche“ Traumbegriff als individuelles Problem unter Vernachlässigung prä-, peri- und posttraumatischer sowie gesellschaftlicher Bedingungen kritisch zu betrachten.¹¹

Posttraumatische Belastungsstörungen nach wiederholten und kumulativ wirkenden traumatischen Erlebnissen, wie sie bei den meisten Flüchtlingen vorliegen, weisen meist ein komplexeres Symptombild auf. J. Herman hat hierfür 1992¹² den Begriff der „komplexen posttraumatischen Belastungsstörung“ geprägt und das Störungsbild wie folgt beschrieben: Die Symptomatik ist komplexer und hartnäckiger als bei einer einfachen posttraumatischen Belastungsstörung (nach singulärem Ereignis). Es bestehen Störungen der Affektregulation mit überdauernden depressiven Symptomen, Unfähigkeit, Wut und Ärger zu modulieren, so dass es entweder zu Blockierungen oder explosiven Ausbrüchen kommt, sowie Störungen in der Modulation sexuellen Verhaltens oder der Verlust von Sexualität. Es kommt zu dissoziativen Störungen in Form von Erinnerungsverlusten sowie auch Abspaltung von Gefühlen, Erleben, Selbstentfremdung (Depersonalisation). Die Betroffenen entwickeln typische Persönlichkeitsveränderungen, die sich in anhaltenden Kontaktstörungen zu Mitmenschen und Störungen der Selbstidentität mit chronischen Schuldgefühlen oder Selbstvorwürfen oder Gefühlen, fortgesetzt geschädigt zu werden, äußern. Tiefgreifend gestört ist außerdem häufig die Fähigkeit, Mitmenschen zu vertrauen und Beziehungen einzugehen

und aufrechtzuerhalten, ist tiefgehend gestört. Die Betroffenen entwickeln eine Tendenz zu Selbstviktimsierung oder Viktimisierung anderer in Beziehungen.

Die komplexe posttraumatische Belastungsstörung (KPTBS) wird voraussichtlich als eigenständige Diagnose in die ICD-11 (vorgesehene Veröffentlichung 2018) aufgenommen werden. Sie schließt eine oft kritisierte diagnostische Lücke und könnte insbesondere für die Population der Flüchtlinge von einiger Bedeutung sein. Mit der Neuauflage des DSM-V im Jahr 2013 wurde ein neues übergreifendes Kapitel „Trauma- and Stressor-Related Disorders“ etabliert. Eine zusätzliche Diagnose entsprechend der komplexen Posttraumatischen Belastungsstörung ist nicht enthalten. Die Kriterien für eine PTBS wurden jedoch erweitert und beinhalten nun auch Dysregulationen verschiedener emotionaler Zustände, u.a. Angst, Wut, Schuld und Scham sowie Dissoziation und emotionale Taubheit.

Für die Störungsbilder bei Überlebenden von Extrembelastungen wie Konzentrationslager, Folter und anhaltenden lebensbedrohlichen Situationen, die eine daraus resultierende Persönlichkeitsänderung entwickeln, sieht die ICD 10 die Diagnose F 62.0 „andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung“ vor. Als Symptome werden vor allem Kontaktstörungen zu Umwelt und Mitmenschen mit Misstrauen, Rückzugshaltung sowie anhaltende Gefühle der Leere und Hoffnungslosigkeit, der Bedrohung und Anspannung sowie ein langer zeitlicher Verlauf genannt.

5.3 Weitere Traumafolgestörungen und komorbide Störungen

Die PTBS ist die häufigste Traumafolgestörung und wird in der öffentlichen Diskussion häufig als „die“ Traumafolgestörung betrachtet. Darüber wird oft vernachlässigt, dass es noch eine Reihe weiterer psychischer und körperlicher Erkrankungen gibt, die als Folge psychischer Traumatisierungen auftreten können – als komorbide Störungen zu einer PTBS oder auch als alleinige Folge. Die Reaktionsformen auf ein Trauma sind

heterogen, so dass sich neben den Traumafolgestörungen im engeren Sinn weitere psychische und auch körperliche Erkrankungen entwickeln können.

Häufig leiden traumatisierte Flüchtlinge unter depressiven Störungen, Angststörungen, somatoformen Störungen, dissoziativen Störungen oder Substanzabhängigkeiten. Oft kommt es zur Entwicklung mehrerer Störungen.¹³ Eine deutsche Studie fand heraus, dass bei 87,5% der PTBS-PatientInnen mindestens eine weitere psychische Störung vorlag, bei 77,5% lagen mindestens zwei weitere Störungen vor.¹⁴ Komorbide Störungen sind somit eher die Regel als die Ausnahme.

Posttraumatische Belastungsstörungen können zudem das Risiko für körperliche Erkrankungen erhöhen. Dies ist insbesondere für Herz-Kreislauf-Erkrankungen wie Herzinfarkt und Schlaganfall belegt. In einer neuen Studie aus Dänemark konnte ein deutlich höheres Risiko, eine der genannten kardiovaskulären Erkrankung zu erleiden, für Personen nachgewiesen werden, die nach traumatischen oder belastenden Lebensereignissen an einer PTBS oder Anpassungsstörung leiden. Dies wurde auch unabhängig von zusätzlichen Belastungsfaktoren wie Alkohol oder Rauchen¹⁵ belegt, wobei diese als zusätzliche Risikofaktoren gelten müssen und vermehrt bei Personen mit PTBS auftreten. Zusammenhänge wurden auch gefunden für immunologische Erkrankungen wie Arthritis, Asthma und Ekzeme¹⁶, für chronisch-obstruktive Lungenerkrankung (COPD) und rheumatische Erkrankungen.

Die zugrundeliegenden Prozesse sind bis heute nicht eindeutig geklärt. Wahrscheinlich spielt ein chronisch erhöhtes Stressniveau mit seinen multiplen biologischen Folgen eine wichtige Rolle. Diskutiert wird hier eine Dysfunktion der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse.¹⁷ Als weiterer Risikofaktor gilt eine stressbedingte chronische Entzündungssituation.

Kapitel 6

Gestaltung der Behandlung und Kommunikation



6.1 Beziehungsgestaltung und Frühintervention

Traumatisierungen durch Menschenhand sind immer ein Angriff auf die menschliche Würde. Die eigenen Grenzen des Traumaopfers wurden massiv missachtet, das Selbstbild ist nachhaltig erschüttert.

Dies gilt es im Kontakt mit traumatisierten Flüchtlingen stets zu bedenken. Auch wenn die Heilung körperlicher oder psychischer Erkrankungen das direkte Anliegen ist, spielen individuelle Geschichte und Lebenskontext eine wichtige Rolle.

Im Erstkontakt sollte zunächst ein Gefühl der Sicherheit, Orientierung und Kontrolle vermittelt werden. Erst auf dieser Grundlage kann eine wirksame Behandlung stattfinden. Die Behandelnden sollten Information bzw. Aufklärung bezüglich Personen und Setting geben. Die Rolle und Handlungsmöglichkeiten der ÄrztInnen bzw. der PsychotherapeutInnen sollte ge- und erklärt werden. Dies beugt Missverständnissen vor, die sich negativ auf den Behandlungserfolg auswirken können und fördert die „compliance“. Die PatientInnen sollten in alle Überlegungen mit einbezogen werden.

In diesem Zusammenhang sollten auch die Grenzen des eigenen Handelns klar benannt werden. Dieses transparente Vorgehen macht die Behandlung für die PatientInnen einschätzbar und ermöglicht ihnen, die

GESTALTUNG DER BEHANDLUNG / FRÜHINTERVENTION

Im Erstkontakt sollten **Orientierung** und **Information** vermittelt werden. Transparentes Vorgehen und **Kontrolle** des Prozesses durch den/ die PatientIn sind Grundlagen einer erfolgreichen **Beziehungsgestaltung**. Hierbei gilt es **eigene Grenzen** zu wahren.

Wichtige Bausteine des Behandlungsprozesses sind **Stabilisierung** zur Wiedergewinnung der Kontrolle über Emotionen, Kognitionen und Verhalten, u.a. durch **Ressourcenaktivierung** und **Psychoedukation** bezüglich der Entstehung und Symptomatik von Traumafolgestörungen.

Um eine ungewollte **Reaktivierung** traumatischer Erlebnisse zu vermeiden sollte zunächst keine vertiefte Exploration stattfinden.

Kontrolle zu behalten. Es setzt den möglicherweise vorliegenden Erfahrungen der Hilflosigkeit und des Kontrollverlusts positive Beziehungserfahrungen entgegen. Die Kommunikation sollte auf Augenhöhe erfolgen und das Angebot zuverlässiger Unterstützung beinhalten. Eine respektvolle und wertschätzende Haltung sind von grundlegender Bedeutung, um eine effektive Behandlung zu ermöglichen und den Heilungsprozess zu initiieren.

Wichtige Bausteine der erfolgreichen Beziehungsgestaltung sind aktives Zuhören sowie eine wertschätzende Grundhaltung, die Partei ergreift gegenüber dem erlittenen Unrecht.

Als unterstützend in der Frühintervention können sich auch Informationsbroschüren und Selbsthilferatgeber erweisen, die speziell für Flüchtlinge entwickelt und teilweise in verschiedenen Sprachen übersetzt wurden. Informationen hierzu finden Sie im Anhang.



6.2 Stabilisierung und Psychoedukation

Im Kontakt mit Flüchtlingen steht zunächst das Schaffen einer sicheren Umgebung und vertrauensvollen Therapeut-Patient-Beziehung im Vordergrund. Diese sollen Sicherheit, Ruhe und Struktur vermittelt bekommen. Die benannten Symptome und Probleme sollten stets ernst genommen werden, auch wenn sie auf eine unübliche oder befremdliche Art und Weise beschrieben werden.

Im Sinne einer „Hilfe zur Selbsthilfe“ sollten alle vorhandenen Ressourcen mobilisiert sowie neue Ressourcen erschlossen werden. Nach Möglichkeit werden weitere Unterstützungsmöglichkeiten wie das soziale Netzwerk oder spezialisierte Einrichtungen mit einbezogen.

Psychoedukation bedeutet Erklärungen für die oft unerklärlichen Symptome geben. Häufig ist traumatisierten Flüchtlingen nicht bewusst, dass fast jeder, der ähnlichen Erlebnissen ausgesetzt war, eine vergleichbare Symptomatik entwickelt und dass es einen Begriff und eine Diagnose dafür gibt. Dies zu erfahren kann sehr entlastend wirken. Hilfreich ist zudem die Erklärung, dass die Symptome eine normale Reaktion auf abnormale Ereignisse sind (Normalisierung).

Das Verständnis der Tatsache, dass es eine Erklärung für die Symptome gibt und man nicht „verrückt“ ist, baut Ängste ab. Auch kann den PatientInnen Verständnis für die Symptome vermittelt werden: Symptome wie Vermeidungsverhalten und Übererregung sind in akuten Gefahrensituationen ein Schutz- und Überlebensmechanismus und daher sinnvoll. Nur im aktuellen Kontext der (relativen) Sicherheit schränken diese das Leben ein und sind nicht mehr notwendig.

6.3 Retraumatisierung: Vermeidung der Reaktivierung traumatischer Sequenzen

Im Kontakt mit traumatisierten Flüchtlingen muss im Sinne des „do no harm“-Ansatzes¹⁸ stets das Wohl der PatientInnen oberste Priorität haben. Transparentes Vorgehen und Kontrolle von Inhalt und Ablauf des Gesprächs durch die PatientInnen sind unabdingbare Voraussetzungen, um nicht ungewollt traumatische Erlebnisse zu „triggern“. Auch eine vertiefte Exploration der traumatischen Erlebnisse ist im Erstkontakt kontraindiziert, da noch zu wenig Wissen bezüglich des Grades der Belastung und möglicher Auslösereize vorliegt.

Dies gilt auch dann, wenn die PatientInnen von sich aus ein intensives Mitteilungsbedürfnis haben. Selbstverständlich darf das Erlebte erzählt werden (muss aber nicht), die Behandelnden sollten es jedoch vermeiden, im Erstkontakt über die bloßen Daten („cold memory“) hinaus die begleitenden Emotionen, Kognitionen und Körperempfindungen („hotmemory“) aktiv zu explorieren. Diese sind Bestandteile einer traumatherapeutischen Behandlung (siehe 7.1), die eine sichere Umgebung und ein Vertrauensverhältnis zu den Behandelnden voraussetzt.

Daher gilt es zunächst, nicht ausschließlich auf die traumatischen Inhalte zu fokussieren, sondern Informationen in alle Richtungen zu sammeln, nicht nur eine „Traumaanamnese“, sondern auch eine soziale und eine biographische Anamnese durchzuführen und hierbei den Menschen in seiner Ganzheit mit seinen Fähigkeiten zu sehen.

6.4 Grenzen auf Seiten der Behandelnden

In einer an den Bedürfnissen der PatientInnen orientierten Behandlung müssen dessen Grenzen stets gewahrt werden, wie in den vorangegangenen Abschnitten beschrieben wurde.

Ebenso wichtig ist es aber, die eigenen Grenzen zu erkennen und zu beachten. Der Bericht von schweren und wiederholten traumatischen Erlebnissen durch die PatientInnen kann bei den Behandelnden emotionale Reaktionen auslösen, die ein professionelles Vorgehen erschweren. Die Konfrontation mit traumatischen Erlebnissen – auch wenn sie nicht am eigenen Leib, sondern nur durch einen Bericht geschieht – kann die eigenen Reaktionen auf den Patienten in eine nicht hilfreiche Richtung verändern. Der angemessene Grad der Identifizierung mit dem Schicksal der PatientInnen ist eine besondere Herausforderung. Es ist beides erforderlich: Grenzziehung und empathisches Verständnis. Einseitigkeit führt entweder zu Ablehnung und Zynismus oder zu Überengagement und Erschöpfung.

Dies muss erkannt und reflektiert werden, da es sonst die Beziehung sehr belasten und den Heilungsprozess behindern kann.



Kapitel 7

Therapeutische Ansätze



7.1 Psychotherapie

Liegen Symptome vor, die auf eine posttraumatische Störung hindeuten und auch nach mehreren Wochen nicht rückläufig sind, so sollten die Möglichkeiten einer psychotherapeutischen Behandlung erörtert werden. Eine Indikation liegt insbesondere auch dann vor, wenn Symptome im Verlauf zunehmen. In der Regel können Traumatherapien mit Flüchtlingen ambulant durchgeführt werden. Eine stationäre Behandlung ist zu erwägen, wenn Schweregrad und Komplexität der Symptomatik die ambulanten Möglichkeiten überschreiten, zum Beispiel bei akuter Suizidalität oder schwerem selbstverletzendem Verhalten.

Die Wirksamkeit verschiedener psychotherapeutischer, insbesondere traumaspezifischer Verfahren, bei Traumafolgestörungen konnte in verschiedenen Studien mit Flüchtlingen gezeigt werden.¹⁹

Psychotherapie kann die traumatisierenden Erlebnisse von Flüchtlingen nicht ausradieren. Sie hat zum Ziel, dass diese Erlebnisse im Gedächtnis kohärent und chronologisch räumlich und zeitlich (ein)geordnet werden können und somit eine Integration sowohl der körperlichen als auch der gefühlsmäßigen Anteile erreicht wird. Unwillkürliche Erinnerungen und Trigger (Schlüsselreize) sollen beherrschbar werden, das Gefühl der Kontrolle und das Vertrauen in die eigene Handlungskompetenz sollen zurückgewonnen werden. Das Trauma soll als ein Teil der individuellen Geschichte einordenbar werden, allerdings als ein Teil, der der Vergangenheit angehört.

Die idealtypische Traumatherapie gliedert sich entsprechend der S3-Leitlinie für PTBS in drei Phasen: (1) Abklärung der Stabilität und ggf. Stabilisierung, (2) Traumabearbeitung und (3) Psychosoziale Reintegration. Bei schwer und komplex traumatisierten Menschen nehmen Stabilisierung und Ressourcenarbeit viel Raum ein. Zu frühe Konfrontation ohne ausreichende Stabilisierung kann zu Destabilisierung und psychischer Dekompensation führen. Eine Traumabearbeitung ist nur bei ausreichender Stabilität und mit der Einwilligung des/der PatientIn indiziert.²⁰

Bei Flüchtlingen sollten die spezifische Lebenslage und die möglicherweise nicht vorhandene externe Stabilität und Sicherheit beachtet werden. Dies betrifft insbesondere aufenthaltsrechtliche Bedingungen, wie die Androhung einer zwangsweisen Rückführung in das Herkunftsland.

THERAPEUTISCHE ANSÄTZE BEI DER PTBS

Psychotherapie: Psychotherapie hat sich als bevorzugte Behandlungsmethode traumatisierter Flüchtlinge erwiesen.

Psychopharmakotherapie: Ist als alleinige Therapie der PTBS nicht wirksam, sondern nur begleitend zur Psychotherapie. Wirksamkeitsnachweise liegen insbesondere für SSRI vor. In Deutschland zugelassen sind Paroxetin und Sertralin.

Ganzheitliche Versorgung: Die berufsgruppenübergreifende Integration bzw. Vernetzung verschiedener Ansätze (psychotherapeutisch, sozialarbeiterisch, medizinisch, etc.) sollte angestrebt werden.

Es gilt therapeutische Methoden flexibel anzuwenden und im Sinne einer Individualisierung der Psychotherapie auf die jeweiligen Bedürfnisse der PatientInnen anzupassen. Häufig müssen verschiedene Therapieziele parallel verfolgt, Ereignisse außerhalb der Therapie (Änderung des Aufenthaltsstatus, Abschiebungsandrohung, Veränderung der Wohnsituation, Familiennachzug, etc.) und die damit einhergehenden sich verändernden Bedürfnisse der PatientInnen flexibel in die Therapieplanung und -durchführung eingebunden werden. Um nicht an den Bedarfen der PatientInnen vorbei zu arbeiten, sollten migrationsspezifische Belastungsfaktoren wie Entwurzelung, der Verlust des sozialen Netzwerks und des sozialen Status und die unsichere Zukunftsperspektive berücksichtigt werden²¹ oder es sollte sichergestellt werden, dass dies durch externe Unterstützungsangebote abgedeckt wird (siehe 7.3).

Die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge stellt daher besonders hohe Ansprüche an PsychotherapeutInnen. Ein Merkblatt für niedergelassene PsychotherapeutInnen zur Behandlung traumatisierter Flüchtlinge ist derzeit in Arbeit und wird ab März 2016 über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung zu beziehen sein (siehe Anhang).

7.2 Psychopharmakotherapie

Im Sinne einer Frühintervention liegen hinsichtlich der Vorbeugung oder Verhinderung von Traumfolgestörungen keine Nachweise für die Wirksamkeit einer alleinigen medikamentösen Behandlung vor. Medikamente können symptomorientiert zur Behandlung von z.B. Schlafstörungen und zur Reduktion innerer Anspannung angewandt werden. Hierbei ist unbedingt die Abhängigkeitsgefahr bei Benzodiazepinen zu beachten.

Liegt das Vollbild der PTBS bereits vor, so sollte Psychopharmakotherapie nach den Leitlinienempfehlungen nicht als alleinige Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt werden (Leitlinienempfehlung Nr. 6). Im Vordergrund sollte immer eine traumaspezifische Psychotherapie stehen. Diese ist allerdings häufig bei Flüchtlingen aus den verschiedensten Gründen zunächst nicht möglich, z.B. da kein Therapieplatz zur Verfügung steht oder die Sprachmittlung nicht gewährleistet ist. Zudem ist oft eine begleitende symptomorientierte Psychopharmakotherapie notwendig oder sinnvoll.

Verschiedene Studien belegen eine gewisse Wirksamkeit von Psychopharmaka in der Behandlung von Symptomen einer PTBS, hier vor allem für Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs)²² wie Paroxetin und Sertralin sowie den Noradrenalin-Serotonin-Wiederaufnahmehemmer Venlafaxin. Berichtet wird auch in einzelnen Studien ein positiver Effekt anderer Wirkstoffgruppen wie Neuroleptika (Olanzapin oder Risperidon) oder Antikonvulsiva (z. B. Topiramat). In Deutschland zugelassen für die Indikation „Posttraumatische Belastungsstörung“ sind lediglich Paroxetin und Sertralin.

Beim Einsatz von SSRIs oder Venlafaxin sollte jedoch unbedingt die Gefahr einer Verstärkung einer latenten Suizidalität beachtet werden sowie die mögliche Verschlimmerung von bereits bestehenden Schlafstörungen, innerer Unruhe und unzureichender Impulskontrolle.

Der Einsatz von Psychopharmaka ist in der Regel sinnvoll zur Reduktion einzelner Symptome oder Behandlung komorbider Erkrankungen. Da häufig Unruhezustände und Schlafstörungen im Vordergrund

stehen, kommen hier Mirtazapin oder trizyklische Antidepressiva wie z. B. Amitriptylin oder Doxepin infrage, ggf. bei Unruhezuständen auch niederpotente sedierende Neuroleptika wie Promethazin. Bei starker Reizbarkeit und Störungen der Impulskontrolle kann auch auf Neuroleptika wie Risperidon oder Quetiapin zurückgegriffen werden. Tranquilizer und Schlafmittel vom Benzodiazepintyp sollten wegen der Gefahr der Abhängigkeitsentwicklung, die bei posttraumatischen Belastungsstörungen besonders zu beachten ist, nur mit Vorsicht angewandt werden.

7.3 Ganzheitliche und multidisziplinäre Behandlungs- und Versorgungsangebote

Die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen ist nicht nur abhängig von den Bedingungen innerhalb des spezifischen Settings bei der Behandlung von Flüchtlingen. Der Gesamtrahmen, der äußere Kontext und damit die Lebenswirklichkeit, die Flüchtlinge tagtäglich umgibt, sind von maßgeblichem Einfluss auf den Gesundheitszustand. Ohne soziale und ökonomische Stabilisierung kann keine nachhaltige psychische Stabilisierung gelingen. Die Lebenssituation von Flüchtlingen ist von vielen Herausforderungen und Schwierigkeiten geprägt, die die Kompetenzen von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen in der Regel überschreiten. Eine ganzheitliche Unterstützung sollte die besonderen gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und rechtlichen Restriktionen der PatientIn berücksichtigen und einen berufsgruppenübergreifenden Ansatz, der SozialarbeiterInnen, RechtsanwältInnen, FachärztInnen, Physio- und ErgotherapeutInnen und in zunehmendem Maße auch Ehrenamtliche mit einbezieht, verfolgen.

Die Psychosozialen Zentren, die auf die Versorgung von Flüchtlingen spezialisiert sind, verfolgen einen derartigen Ansatz: Neben Psychotherapie bieten sie Beratung zur Absicherung des Aufenthalts und Verbesserung der Unterbringungssituation, Unterstützung bei der Tagesstrukturierung (Ausbildung, Arbeitserlaubnis, etc.), Sprachkurse und Begleitung durch Ehrenamtliche. Alle Angebote erfolgen bei Bedarf mit Hilfe professioneller DolmetscherInnen. Aufgrund mangelnder Ressour-

cen besteht jedoch nur für eine kleine Minderheit der Betroffenen eine gute Zugangsmöglichkeit zum Behandlungsangebot der Psychosozialen Zentren (siehe Versorgungsbericht der BAfF).²³

PSYCHOSOZIALE ZENTREN

Die BAfF e.V. zählt derzeit bundesweit 32 psychosoziale Mitgliedszentren (Stand Dez. 2015), welche auf die psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen spezialisiert und ganzheitlich ausgerichtet sind.

Auch außerhalb der Psychosozialen Zentren bestehen Möglichkeiten, sich dem oben beschriebenen Ideal der bestmöglichen individuellen Versorgung anzunähern. Hierzu bedarf es der interdisziplinären Zusammenarbeit und Vernetzung von ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen mit SozialarbeiterInnen, DolmetscherInnen, RechtsanwältInnen, usw.

Durch ein gestuftes Vorgehen bei der Behandlung, angelehnt an die sogenannten „stepped care“ Modelle, können angemessene Interventionen gewählt und umgesetzt werden. Je nach Schwere der Störung können auch innovative niedrigschwellige Versorgungsangebote durch multidisziplinäre professionelle und in speziellen Fällen auch ehrenamtliche Helfer als alternative oder zusätzliche Behandlungsansätze oder Unterstützung einbezogen werden. Regional bestehen und entstehen unterschiedlichste Angebote wie Selbsthilfeprogramme, aufsuchende Hilfen und gemeindezentrierte Aktivitäten. Ehrenamtliches Engagement kann jedoch die professionelle Versorgung von Flüchtlingen – und ihre Finanzierung – nicht ersetzen. Informationen über regionale Angebote erhalten Sie beispielsweise über ein Psychosoziales Zentrum in Ihrer Nähe²⁴ oder ihren jeweiligen Landesflüchtlingsrat²⁵.

Kapitel 8

Begutachtung und Dokumentation



Die sorgfältige Dokumentation von Spuren erlebter Gewalt und Folter ist u.a. aus forensischen Gründen wichtig. Im Rahmen ihrer aufenthaltsrechtlichen Verfahren ist es für Asylsuchende oft essentiell, wenn sie gut dokumentierte Nachweise erbringen können, dass sie Opfer von Folter und schwerer Gewalt geworden sind und dies ggf. zu anhaltenden Gesundheitsstörungen geführt hat. In manchen Fällen können auch zu einem späteren Zeitpunkt Dokumente über Folter- und Gewaltfolgen in internationalen Prozessen gegen die TäterInnen relevant werden.

Körperliche Spuren erlebter Folter und Gewalt sind nicht immer sofort sichtbar. Hier sollte man, wenn es entsprechende Hinweise (durch Andeutungen, durch die Fluchtursachen, etc.) gibt, gezielt die Betroffenen danach fragen, ob sie Misshandlungen erlebt haben, die körperliche Spuren hinterlassen haben, die es zu erfassen und ggf. auch zu behandeln gilt. Dies setzt ein gewisses Vertrauensverhältnis voraus. Nicht selten reagieren die Betroffenen jedoch sehr positiv darauf, wenn ihnen ein entsprechendes Interesse von ärztlicher Seite entgegen gebracht wird.

8.1 Das Istanbul-Protokoll

Das „Istanbul-Protokoll“, das „Handbuch für die wirksame Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung oder Strafe“²⁶, beschäftigt sich eingehend u. a. mit der Erfassung sowohl körperlicher als auch seelischer Folgen von Folter. Es ist der „Standard der Vereinten Nationen für die Begutachtung von Personen, die den Vorwurf erheben, gefoltert oder misshandelt worden zu sein, für die Untersuchung von Fällen mutmaßlicher Folter und für die Meldung solcher Erkenntnisse an die Justiz und andere Ermittlungsbehörden“. Es liegt auch in Deutsch vor.²⁷

8.2 Bescheinigungen und Atteste

Psychische Traumafolgestörungen bei Geflüchteten sind, wie bereits in den vorangegangenen Kapiteln dargestellt, vielfältig und nicht immer leicht und sofort zu erkennen. Gerade ihre fachärztliche oder psychotherapeutische Dokumentation ist in Asylverfahren von erheblicher Bedeutung. Häufig werden Behandelnde angefragt, entsprechende Atteste zu schreiben oder auch Gutachten, bzw. Stellungnahmen zu erstellen.

Grundsätzlich ist hier zu beachten, dass eine Begutachtung und die Erstellung eines Gutachtens nicht durch die Behandelnden geschehen kann.

Als Arzt/Ärztin oder PsychotherapeutIn kann man jedoch ein entsprechendes Attest oder auch eine ausführlichere Stellungnahme ausstellen, was oft sinnvoll ist, da man die Betroffenen über einen längeren Behandlungszeitraum hinweg kennt.

Solche Atteste oder Stellungnahmen müssen gewisse Voraussetzungen erfüllen, um in den aufenthaltsrechtlichen Verfahren Bestand zu haben. Sie sollten folgende Informationen enthalten:

- Seit wann sind die Betroffenen in Behandlung, wann wurden sie untersucht?
- Welche Angaben machten sie selbst zu Fluchtgründen/Gewalterlebnissen? (Wichtig ist, immer die Aussagen der PatientInnen von fremdanamnestischen Angaben und eigenen Eindrücken zu trennen)
- Liegen ggf. fremdanamnestische Daten oder Dokumente vor?
- Beschwerdeschilderung der Betroffenen
- Eigener Befund
- Diagnose, ggf. Differentialdiagnose
- Eigene durchgeführte Behandlung
- Weitere Behandlungsbedürftigkeit und Prognose
- Ggf. welche Anforderungen an die Gestaltung der Lebensumstände (Nähe der Familie o. ä.) ergeben sich aus dem Krankheitsbild?
- Sofern erforderlich und gefragt: prognostische Einschätzung, wie sich eine (erzwungene) Rückkehr in das Herkunftsland auf die gesundheitlichen Störungen auswirken würde.

In einem Attest kann dies relativ kurz abgehandelt werden, Stellungnahmen sind entsprechend länger und können den Umfang eines Gutachtens erreichen. Wichtig ist, dass die Quellen der dargelegten Informationen (Angaben der Betroffenen, Fremangaben, Vorbefunde, eigene Befunde) immer ersichtlich sind und nicht vermischt werden. Aus forensischen Gründen ist auch die Dokumentation in den eigenen Unterlagen, d.h. der Patientenakte notwendig.

Zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgestörungen wurden von der Projektgruppe „Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen“ Fortbildungsstandards entwickelt. Von den meisten Landeskammern für ÄrztInnen und Psychologische PsychotherapeutInnen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten wurden entsprechende Curricula erstellt und es werden darauf basierende Fortbildungen angeboten.

Auf der Website der genannten Projektgruppe www.sbpn.de finden sich hilfreiche Anleitungen zur Erstellung von Bescheinigungen und Stellungnahmen sowie weitere Arbeitshilfen und Literaturhinweise.



Kapitel 9

Krisen und Suizidalität



Trotz der engen thematischen Verwandtschaft wird in den folgenden Abschnitten zwischen Krise und akuter Suizidalität unterschieden. Liegt eine psychische Krise vor, so muss Suizidalität immer erfragt und entsprechend vorgegangen werden.

9.1 Krisen und Krisenintervention

Es existiert eine Vielzahl von Definitionen einer psychischen Krise. Der Begriff wird hier verwendet als „der Verlust des seelischen Gleichgewichts, den ein Mensch verspürt, wenn er mit Ereignissen und Lebensumständen konfrontiert wird, die er im Augenblick nicht bewältigen kann, weil sie von Art und Ausmaß her seine durch frühere Erfahrungen erworbenen Fähigkeiten und erprobten Hilfsmittel zur Erreichung wichtiger Lebensziele oder zur Bewältigung seiner Lebenssituation überfordern“.²⁸

Eine Krise ist somit gekennzeichnet durch das wahrgenommene Ungleichgewicht zwischen Anforderungen und den eigenen Ressourcen.

Psychische Krisensituationen bei Flüchtlingen können z. B. durch äußere Belastungssituationen ausgelöst werden, wie Belastungen im aufenthaltsrechtlichen Verfahren, Bedrohung oder Tod der im Herkunftsland zurückgebliebenen Angehörigen oder auch eine Unterbrechung des Kontaktes durch Kriegswirren. Es können aber auch andere Rahmenbedingungen zu Krisensituationen führen, z. B. Wegfall äußerer stabilisierender Faktoren, Ablösung der heranwachsenden Kinder, familiäre Konflikte. Wichtig ist es, zu verstehen, was zu der aktuell verschärften Belastung geführt hat.

Ein weiterer häufiger Auslöser psychischer akuter Krisensituationen bei Flüchtlingen ist das Erleben von bestimmten Schlüsselreizen, welche die Erinnerung an das zurückliegende Trauma erneut wachrufen („Trigger“). Dies kann zu Flashbacks („das fühlt sich an, als sei ich wieder in der Situation wie damals“) oder zu dissoziativen Zuständen führen, in denen die Selbstwahrnehmung und die Wahrnehmung der Umwelt gestört sind und dementsprechend Handlungen u. U. nicht mehr realitätsbezogen sind. Zunächst sollte die Verankerung

im „Hier und Jetzt“ sichergestellt werden. Dafür eignen sich insbesondere Achtsamkeits- und Atemübungen oder direkte Fragen, die auf die Verortung des Körpers im Raum zielen (z.B. „Können Sie spüren, wie Ihre Füße den Boden berühren?“).

Wenn eine akute Krisensituation besteht, dient eine Krisenintervention meist vorrangig der Stabilisierung und der Gefahrenabwehr, d.h. der Abwehr von Eigen- oder Fremdgefährdung und der Neuorientierung. Sie ist zeitlich auf die akute Krise begrenzt.

In der unmittelbaren Intervention sollten konkrete Ziele für die unmittelbare Zukunft und die hierfür nötige Strukturen zusammen erarbeitet werden. Beispielsweise können kleinteilige Schritte für die nächsten Tage geplant werden, die der Stabilisierung dienen. Hierzu ist es notwendig, klare Vereinbarungen zu treffen und sicherzustellen, dass darüber beidseitiges Einvernehmen besteht.

9.2 Vorgehen bei Suizidalität

Traumata führen zu Störungen des Selbstgefühls und des Glaubens an die Sinnhaftigkeit des Lebens. Flüchtlinge weisen daher im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung ein erhöhtes Risiko für Suizide und Suizidversuche auf. Suizidgedanken und die Äußerung von Suizidabsichten sollten prioritär behandelt werden. Häufig hören wir den Satz „wenn sie mich zurückschicken, bringe ich mich lieber selber um, als dass meine Verfolger nochmal Hand an mich legen können“. Auch wenn solche Äußerungen nicht selten in den Verdacht geraten, aus aufenthaltsrechtlichen Gründen vorgebracht zu werden, müssen sie immer ernst genommen werden.

Nach Lindner²⁹ sind folgende Faktoren als Risikofaktoren für eine erhöhte Suizidalität zu bewerten:

- Psychische Erkrankung mit starker Angst, andauernder Schlaflosigkeit, Hilf- und Hoffnungslosigkeit und gesteigerter Impulsivität,
- psychosoziale Krisen, in denen sich die Betroffenen inneren oder äußeren Ereignissen gegenübersehen, die sie mit den ihnen zur Verfügung stehenden Mitteln nicht bewältigen können,

- konkrete Suizid-Vorbereitungen, vorhergehende Suizidversuche, Suizide in der Familie,
- bevorstehende oder zurückliegende schwere Trennungserfahrungen.

Behandelnde sollten keine Scheu davor zeigen, Suizidalität explizit anzusprechen und Verständnis für die Suizidalität vor dem Hintergrund der Erlebnisse und der derzeitigen Lebensbedingungen zu signalisieren. Hierdurch wird die Beziehung gestärkt und Raum für emotionale Entlastung geschaffen.

Wichtig ist es zunächst im Gespräch zu bleiben und verschiedene Handlungsalternativen gemeinsam zu eruieren. Da der Suizid bisher nicht erfolgt ist, sondern der/die PatientIn stattdessen in Ihre Praxis gekommen ist, bestehen aller Wahrscheinlichkeit nach Ambivalenzen und widersprüchliche Handlungstendenzen, die sich herausarbeiten lassen. Hieraus lassen sich möglicherweise Alternativen zum Suizid ableiten und der Handlungsraum erweitern. Hilfreich ist es, Ressourcen zu finden, zu aktivieren und diese in die Generierung von Lösungsmöglichkeiten mit einzubeziehen.

In jedem Fall müssen vor der Verabschiedung die Distanzierung von Suizidgedanken und -absichten und die Absprachefähigkeit überprüft werden. Dies kann mit Hilfe eines Antisuizidvertrags (mündlich oder schriftlich) geschehen, der individuell formuliert werden sollte. Zudem sollte ein Krisenplan erstellt werden, der Namen und Kontaktdaten für den Notfall enthält und stets griffbereit mitgeführt wird. Eine ausführliche Dokumentation in der Patientenakte ist notwendig.

Kann sich der Patient/die Patientin nicht glaubhaft von ihren Suizidabsichten distanzieren, so muss eine stationäre psychiatrische Unterbringung eingeleitet werden, im Notfall auch gegen den Willen der Betroffenen zur Abwendung einer Eigengefährdung.

Kapitel 10

Arbeiten mit DolmetscherInnen



10.1 Sprachliche Verständigung in der Versorgung von Flüchtlingen

Die Sprachbarriere ist eines der wichtigsten Hemmnisse für die frühzeitige Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen. Es gibt in Deutschland nicht genügend muttersprachliche qualifizierte ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen, die den Zugang zum Gesundheitswesen sicherstellen und den Bedarf decken könnten. Ohne Kommunikation können keine Informationen an die Betroffenen gegeben werden, noch können bei ihnen deren besonderen Bedürfnisse diagnostiziert und entsprechend erfüllt werden. Deshalb erreichen die bestehenden Behandlungsangebote diese Menschen entweder überhaupt nicht oder erst sehr spät. Die Folge ist eine Fehlversorgung und nicht selten teurere „Übermedikalisierung“, z. B. bei somatoformen Begleitsymptomen, meist aus Hilflosigkeit. Diese mündet häufig in einer Chronifizierung des Leidens und belastet nicht nur die Betroffenen, sondern letztlich auch das Gesundheitswesen unnötig.

Entscheidend für den Behandlungserfolg insbesondere in der Psychotherapie ist die Begleitung durch qualifizierte und geschulte DolmetscherInnen. Die Sprache ist ein wesentliches Therapiemittel – eine der Voraussetzungen für eine gelingende Psychotherapie ist sprachliche Verständigung. Dennoch ist die Erstattung von Dolmetscherkosten keine Leistung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Daher müssen PatientInnen und BehandlerInnen oft auf mitgebrachte FreundInnen oder Bekannte zurückgreifen, wenn professionelle DolmetscherInnen nicht zur Verfügung stehen. Manchmal – wenn die Familie schon länger da ist – übersetzen die Kinder. All dies sind sehr schlechte Lösungen. Vieles kann aus Scham nicht gesagt werden. Beispielsweise kann eine Frau, die vergewaltigt wurde, in Anwesenheit ihrer Familie nicht darüber sprechen, da niemand davon erfahren darf, auch nicht der Ehemann und schon gar nicht die Kinder oder Community der Landsleute.

DOLMETSCHERINNEN IN DER BEHANDLUNG

Notwendigkeit: Zur Überwindung von Sprachbarrieren sind professionelle DolmetscherInnen meist unerlässlich. Um den Behandlungserfolg nicht zu gefährden, sollten diese nicht durch Verwandte oder Bekannte ersetzt werden.

Kostenübernahme: Erfolgt die Gesundheitsversorgung nach AsylbLG, so können die Kosten vom zuständigen Sozialamt übernommen werden. Beim Bezug von Leistungen der GKV ist eine Übernahme von Dolmetscherkosten nicht vorgesehen.

Verfügbarkeit: Es existieren regionale und bundesweite Dolmetscherdienste. Verfügbarkeit und Modalitäten müssen fallspezifisch erfragt werden.

Aber auch in der somatischen Medizin ist es oft schwierig, wenn Landsleute oder Kinder übersetzen – so z. B. bei der Mitteilung einer schwerwiegenden Diagnose (die dann manchmal gar nicht übersetzt wird, um die PatientInnen zu schonen). Vieles ginge einfacher, wenn DolmetscherInnen von der gesetzlichen Krankenversicherung finanziert würden.

Eine Psychotherapie ist ohne Übersetzung überhaupt nicht möglich, wenn PsychotherapeutIn und PatientIn nicht die gleiche Sprache sprechen.

Es gibt deshalb inzwischen einige Initiativen, die mehrsprachige Personen, die als LaiendolmetscherInnen arbeiten wollen, speziell für das Übersetzen im Gesundheitswesen ausbilden. Eine Auflistung einiger solcher Dolmetscherdienste findet sich in Kapitel 10.4.

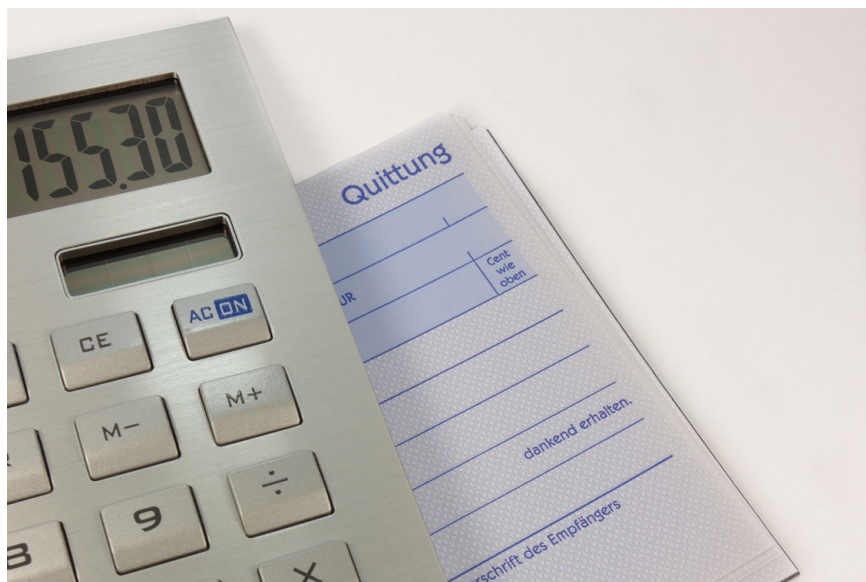
10.2 Hindernisse in der Arbeit mit DolmetscherInnen

Oftmals wird an der Effektivität von Psychotherapie mit DolmetscherInnen gezweifelt. Psychotherapie mit DolmetscherInnen bei traumatisierten Flüchtlingen ist jedoch genauso wirksam wie muttersprachliche Psychotherapie.³⁰ Auch die Arbeit im interkulturellen Setting ist nicht allen KollegInnen vertraut. Doch selbst wenn die Bereitschaft zur Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen besteht, sind oft keine für das psychotherapeutische Setting geschulten DolmetscherInnen verfügbar oder die Abrechnung der Dolmetscherkosten ist nicht möglich.

Die Kostenübernahme der notwendigen qualifizierten Sprachmittlung ist bisher im Gesundheitswesen nicht vorgesehen und keine Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Für die Gruppe der besonders vulnerablen Flüchtlinge ist sie aber zwingend notwendig. Es müssen Finanzierungsmodelle gefunden werden, die unabhängig von ungewissen Drittmitteln (Spenden, Sponsoring, Projektgelder, private Fonds) diese notwendige Leistung sicherstellen, z.B. staatliche oder kommunale, steuerfinanzierte Fonds, Leistungen im Rahmen der GKV.

10.3 Kostenübernahme von Dolmetscherleistungen

Sofern das Herbeiziehen eines Dolmetschers oder einer Dolmetscherin für eine Behandlung erforderlich ist, können die Kosten für Dolmetscherleistungen innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthaltes von Flüchtlingen in Deutschland, bzw. für Leistungsberechtigte nach AsylbLG, von den zuständigen Sozialbehörden übernommen werden. Die Beantragung ist jedoch sehr aufwendig und die Leistung wird – da sie im Ermessenspielraum der Sachbearbeiter der Sozialämtern liegt – nicht immer oder nur nach langen Bearbeitungszeiten gewährt.



Flüchtlinge, die berechtigt sind Leistungen der GKV zu beziehen, d.h. in der Regel nach 15 Monaten Aufenthalt in Deutschland, haben jedoch keinen Anspruch auf Kostenübernahme von Dolmetscherleistungen nach dem AsylbLG. Die Übernahme der Kosten kann beim Sozialamt bzw. beim Jobcenter beantragt werden. Hierbei können folgende gesetzliche Regelungen angeführt werden: Kosten für Dolmetscherleistungen können als atypischer Bedarf nach § 73 SGB XI abgerechnet werden. Unter Umständen ist die Übernahme der Kosten für Dolmetscher auch im Rahmen der Eingliederungshilfe nach §§ 53 ff. SGB XII möglich. Bei Leistungsbezug durch das Jobcenter kann im Einzelfall ein Antrag auf Mehrbedarf nach §21 SGB II gestellt werden. Musteranträge und Vorlagen finden Sie als weiterführende Links im Anhang.

Im Einzelfall muss geprüft werden, welche der Rechtsgrundlagen im spezifischen Fall Anwendung findet. Hierfür kann es sinnvoll sein, sich mit einem nahegelegenen Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge in Verbindung zu setzen, das sich mit den Gegebenheiten vor Ort auskennt.

10.4 Dolmetscher- und Sprachmittlerdienste

Deutschlandweit gibt es eine Reihe von Dolmetscherdiensten. Häufig handelt es sich um kleinere regionale Anbieter von Dolmetscherleistungen; auch einige der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge vermitteln Dolmetscher aus ihrem Dolmetscherpool weiter.

Die folgenden vier Dienste sind überregional und stellen Dolmetscher zur Verfügung, die speziell für den gesundheitlich-medizinischen Bereich geschult sind:

SprInt – Bundesweite Sprach- und Integrationsmittlung:

DolmetscherInnen mit Qualifizierung für u.A. kultursensibles Dolmetschen in der Gesundheitsversorgung: www.sprachundintegrationsmittler.org/index.php/sprint-buchen

Telefondolmetschen:

70 verschiedene Sprachen in unterschiedlichen Fachgebieten, spontan und flexibel über das Telefon: www.lingoking.com/telefon-dolmetschen/

Bundesverband der Dolmetscher und Übersetzer e.V. (BDÜ):

Eine Datenbank mit 7500 qualifizierten DolmetscherInnen für mehr als 80 Sprachen in verschiedenen Fachgebieten: <http://suche.bdue.de/>

Videodolmetschen:

Einen Pool von über 500 DolmetscherInnen in verschiedenen Fachgebieten: www.videodolmetschen.com

Weiterführende Links

BEHANDLUNG VON FLÜCHTLINGEN

Medibüros - Bundesweite Übersicht der Büros für medizinische Flüchtlingshilfe und Medinetz-Initiativen: www.medibueros.org
PatientInnen ohne legalen Aufenthaltsstatus in Krankenhaus und Praxis (BÄK): www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/Faltblatt_Patienten-ohne-Aufenthaltsstatus_30112013.pdf

Medizinische Versorgung von Flüchtlingen in den einzelnen Bundesländern – Weiterführende Links (BÄK):

www.bundesaerztekammer.de/aerzte/versorgung/fluechtlinge/
www.laekh.de/fluechtlinge/faqs-haeufig-gestellte-fragen

Merkblatt zur Behandlung von Flüchtlingen für niedergelassene PsychotherapeutInnen

www.bzga.de (vsl. ab 03/2016)

DOLMETSCHEN

Qualitätssicherung beim Dolmetschen im Gesundheitswesen (Bundesverband für Dolmetscher und Übersetzer e.V.): www.bdue.de/fileadmin/files/PDF/Publikationen/BDUe_Gesundheitswesen.pdf

Übernahme von Therapie- und Dolmetscherkosten (mit Musteranträgen, Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.):

www.ntfn.de/infomaterial/therapiekosten/

BEGUTACHTUNG (ISTANBUL-PROTOKOLL)

Curriculum Begutachtung reaktiver psychischer Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren (Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie): www.degpt.de/DeGPT-Dateien/DeGPT-Curriculum%20Begutachtung%20in%20aufenthaltsrechtlichen%20Verfahren.pdf

Wie beantrage ich eine Ermächtigung zur vertrags-psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen?

www.bptk.de/uploads/media/20151022_BPtK_Ratgeber_Ermaechtigung_Fluechtlinge_sichtbar.pdf

Kontakte zu bundesweiten psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.):

www.baff-zentren.org/mitgliedszentren-und-foerdermitglieder/

Akutbehandlungsbedürftige, für Deutschland ungewöhnliche Infektionskrankheiten, die bei Asylsuchenden auftreten können (Robert Koch-Institut, Stand Sept. 2015): www.rki.de/DE/Content/Infekt/EpidBull/Archiv/2015/Ausgaben/38_15_Artikel_Asylsuchende.pdf?__blob=publicationFile

Asylsuchende und Impfungen (Robert Koch-Institut): www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/Stichwortliste/A/Asylsuchende_und_Impfen.html

Wie kann dolmetschergestützte Psychotherapie im interkulturellen Kontext gelingen? (mit Musteranträgen, IN TERRA Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge): http://typo3cms01.rlp.de/fileadmin/mifkjf/Integration/Leitfaden_Therapie_zu_dritt.pdf

Informationsmaterial zur Anwendung des Istanbul-Protokolls, Ausbildungsmaßnahmen und E-Learning-Möglichkeiten für Fachleute:

www.istanbulprotocol.info

LEISTUNGEN NACH ASYLBLG

Überblick zu den Änderungen im AsylbLG zum 1. März 2015 mit Beispielen und Hinweisen für die Beratungspraxis (Der Paritätische Gesamtverband):

www.harald-thome.de/media/files/Arbeitshilfe_Aenderungen_Asylobwerberleistungsgesetz_2015_pdf_Version_Stand_Maerz_2015.pdf

Medizinische Versorgung nach AsylbLG (Flüchtlingsrat Niedersachsen):

www.nds-fluerat.org/leitfaden/12-fluechtlinge-mit-aufenthaltslaubnis-nach-25-abs-4/105-medizinische-versorgung/

PSYCHISCHE GESUNDHEIT VON FLÜCHTLINGEN

Psychische Erkrankungen bei

Flüchtlingen (BPTK): [www.bptk.de/](http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPTK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf)

[uploads/media/20150916_BPTK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf](http://www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPTK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf)

S3 – LEITLINIE Posttraumatische

Belastungsstörung (Guido Flatten et al.):

www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-010.html

Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgestörungen bei

Flüchtlingen: www.sbpn.de

INFORMATIONEN FÜR PATIENTINNEN UND HELFERINNEN

Filme für Betroffene und Helfer– Traumafolgen und

Behandlungsmöglichkeiten: www.edietrich-stiftung.de/das-filmprojekt.html

TraumatherapeutInnen Suche:

www.degpt.de/therapeutinnen-suche

Psychoedukation bei PTBS –

Informationsblätter zum Ausdrucken für

PatientInnen: www.schattauer.de/de/book/unser-service/fuer-leser/zusatzmaterial/psychoedukation-bei-posttraumatischen-stoerungen-liedl-schaefer-knaevelsrud/zusatzmaterial.html

MEHRSPRACHIGE (GESUNDHEITS-) INFORMATIONEN

Mehrsprachige Informationen für

PatientInnen: www.medical-tribune.de/home/praxis-und-geld/praxisfuehrung/artikeldetail/patienteninformationen-zum-download-mehrsprachig.html

Hilfe für Kinder und Jugendliche bei seelischen Problemen (deutsch, engl., franz., arab., persisch): www.ntfn.de/infomaterial/ntfn-flyer-4/

Mehrsprachige Therapiepläne & Anamnesebögen von Tip Doc (über 20 Sprachen): www.tipdoc.de/hauptseiten/download.html

Mehrsprachige Trauma-Informationen für Flüchtlinge und ihre

AnsprechpartnerInnen: www.refugee-trauma.help/index.html

Schweigepflichtsentbindung (arabisch):

www.hausaerzteverband-niedersachsen.de/files/schweigepflichtsentbindung_hocharabisch.pdf

Orientierungshilfe für Flüchtlinge in

Deutschland www.refugeeguide.de/de/

Piktobuch: <http://piktobuch.kollektivdesign.com/>

„Trauma-Buch“ für Eltern und Kinder aus Kriegsgebieten: www.susannestein.de/VIA-online/traumabilderbuch.html

Zeigewörterbuch: http://static.apotheken-umschau.de/media/gp/article_506373/bildwoerterbuch.pdf

Erläuterungen

ⁱ Der Begriff „Flüchtlinge“ bezeichnet in der vorliegenden Broschüre Menschen, die ihre Heimat vorübergehend oder auf Dauer verlassen mussten, weil ihre Freiheit, Sicherheit, körperliche Unversehrtheit oder Existenz bedroht war. Somit umfasst der Begriff „nicht nur in Deutschland anerkannte Flüchtlinge, sondern alle Asylsuchenden sowie auch geduldete Ausländer“ und ist „vom Aufenthaltsstatus und der Aufenthaltsdauer des Flüchtlings unabhängig“ (zitiert aus www.bptk.de/uploads/media/20150916_BPtK-Standpunkt_psychische_Erkrankungen_bei_Fluechtlingen.pdf).

ⁱⁱ Die Inhalte der vorliegenden Broschüre sind in großen Teilen auch für die Behandlung geflüchteter Kinder und Jugendlicher relevant. Es bestehen jedoch Unterschiede,

beispielsweise in Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen. Diese im Detail abzubilden würde den Rahmen der Broschüre sprengen. Weitere Informationen, insbesondere zu Trauma bei Kindern, finden Sie unter <http://www.t-i-z.de/trauma-info/betroffene-%C3%BCberblick/kinder/>

ⁱⁱⁱ Der besseren Lesbarkeit halber wird in der vorliegenden Broschüre der Begriff „DolmetscherInnen“ verwendet. Gemeint sind hiermit professionelle, qualifizierte DolmetscherInnen sowie Sprach- und IntegrationsmittlerInnen. Siehe hierzu auch die Initiative für Sprachmittlung im Gesundheitswesen: www.bikup.de/2015/07/17/initiative-fuer-sprachmittlung-im-gesundheitswesen-gegruendet-2/

Literatur

¹ www.laekh.de/fluechtlinge/faqs-haeufig-gestellte-fragen

² Fischer, G. & Riedesser, P. (2009). Lehrbuch der Psychotraumatologie, 84.

³ Terr, L. (1991). Childhood trauma: An outline and overview. *American Journal of Psychiatry*, 148, 10-20.

⁴ Amnesty International (2015). Human Rights Facts & Figures for 2014: www.amnesty.org/en/latest/news/2015/02/annual-report-201415-facts-and-figures/

⁵ Refugee Health Screener-15: www.refugeehealthta.org/files/2012/09/RHS15_Packet_PathwaysToWellness.pdf

⁶ Maercker, A., Forstmeier, S., Wagner, B., Glaesmer, H. & Brähler, E. (2008). ‚Post-traumatische Belastungsstörung in Deutschland‘. *Nervenarzt*, 79: 577-586.

⁷ Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467): 1309 – 1314.

⁸ Flatten, G., Gast, U., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1. Trauma & Gewalt, 3, 202–201.

⁹ Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2005). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12-20.

¹⁰ Falk, B., Hersen, M., & Van Hasselt, V.B. (1994). Assessment of Post-Traumatic Stress Disorder in Older Adults: A Critical Review. *Clinical Psychology Review*, 14(5): 383 - 415.

¹¹ Rosen, G., Lilienfeld, S.: Posttraumatic stress disorder: an empirical evaluation of core assumptions. *ClinPsychology Review* 2008; 5, 837–68; Becker, D. (2006). Die Erfindung des Traumas – verflochtene Geschichten. Freiburg: EditionFreitag.

- ¹² J. Herman, J. :Complex PTSD: A Syndrome of Survivors of Prolonged and Repeated Trauma. *Journal of Traumatic Stress* 5(3), 377-391.
- ¹³ Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., Nelson, C.B. (1995): Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Arch. Gen. Psychiatry*, 52 (12): 1048-1060.
- ¹⁴ Perkonig, A., Kessler, RC, Storz, S., & Wittchen, HU (2000). 'Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity'. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1): 46-59.
- ¹⁵ Gradus, J. L., Farkas, D.K., Svensson, E., Ehrenstein, V., Lash, T.L., Milstein, A., Adler, N., Sørensen, H.T. (2015): Associations between stress disorders and cardiovascular events in the Danish population. *BMJ Open* 2015 www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4679888/
- ¹⁶ Qureshi, S.U., Pyne, J.M., Magruder, K.M., Schulz, P.E., Kunik, M.E. (2009): The link between posttraumatic stress disorder and physical comorbidities: a systematic review *Psychiatr. Q*, 80 (2): 87-97.
- ¹⁷ Edmondson, D., Cohen, B.E. (2013): Post-traumatic stress Disorder and Cardiovascular Disease. *Prog. Cardiovasc Dis.* 55(6) 548-556. www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3639489/
- ¹⁸ Anderson, M. (2004). The „Do No Harm“ Framework for Analyzing the Impact of Assistance on Conflict: A Handbook. CDA Collaborative Learning Projects: www.cdacollaborative.org/media/52500/Do-No-Harm-Handbook.pdf
- ¹⁹ McFarlane, C. A. & Kaplan, I. (2012). 'Evidence-based psychological interventions for adult survivors of torture and trauma: a 30-year review'. *Transcultural psychiatry*, 49(3-4): 539-567; Slobodin, O. & de Jong, JT (2014). 'Mental Health Interventions for Traumatized Asylum Seekers and Refugees: What do we know about their efficacy?' *International Journal of Social Psychiatry*, 61(1): 17-26; Lambert, JE., & Alhassoon, OM. (2015). 'Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings'. *Journal of Counseling Psychology*, 62(1): 28-37.
- ²⁰ www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-010.html
- ²¹ Strijk, P., van Meijel, B., & Gamel, CJ. (2011). 'Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study.' *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(1): 48-55.
- ²² Jonas et al: Psychological and Pharmacological 'Treatments for Adults with Posttraumatic Stress Disorder (PTSD). Comparative Effectiveness Review No. 92 April 2013 www.effectivehealthcare.ahrq.gov/reports/final.cfm.
- ²³ Versorgungsbericht der BÄF: www.baff-zentren.org/news/versorgungsbericht-2/
- ²⁴ Überblick über die bundesweiten PSZ: www.baff-zentren.org/mitgliedszentren-und-foerdermitglieder
- ²⁵ www.fluechtlingsrat.de
- ²⁶ www.istanbulprotocol.info
- ²⁷ Frewer, A., Furtmayr, H., Kräsa, K., Wenzel, Th. (2015): Istanbul-Protokoll: Untersuchung und Dokumentation von Folter und Menschenrechtsverletzungen. V&R unipress 2012. www.v-r.de/_uploads_media/files/9783737000307_frewer_oa_wz_010746.pdf
- ²⁸ Zitiert aus Sonneck, G. (2000.) *Krisenintervention und Suizidverhütung*. Facultas, Wien.
- ²⁹ Lindner, R., Fiedler, G., Götze, P. (2003): Diagnostik der Suizidalität *Deutsches Ärzteblatt* 100 (15), A1004-A1009: www.aerzteblatt.de/pdf.asp?id=36424
- ³⁰ Brune, M., Eiroá-Orosa, F. J., Fischer-Ortman, J., Delijaj, B. & Haasen, C. (2011). Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4 (2), 144-151.

Bildnachweis

Titelbild: © cydonna / photocase.de

S. 4: Caruso Pinguin, CC BY-NC 2.0
(<https://www.flickr.com/photos/110931166@N08/>)

S. 6: Caruso Pinguin, CC BY-NC 2.0
(<https://www.flickr.com/photos/110931166@N08/>)

S. 12: © Benjamin Kummer

S. 14: © knallgrün / photocase.de

S. 16: © Francesca Schellhaas / photocase.de

S. 18: © kallejipp / photocase.de

S. 22: PDPics, CC0 Public Domain
(<https://pixabay.com/en/users/PDPics-44804/>)

S. 30: Counselling, CC0 Public Domain
(<https://pixabay.com/en/users/Counselling-440107/>)

S. 32: © Pausenclown / photocase.de

S. 35: © lkpro / photocase.de

S. 36: © Benjamin Kummer

S. 42: © die*Mel* / photocase.de

S. 45: © elke / photocase.de

S. 46: © madochab / photocase.de

S. 50: Metropolitico.org, CC BY-SA 2.0
(<https://www.flickr.com/photos/95213174@N08/>)

S. 54: blickpixel, CC0 Public Domain
(<https://pixabay.com/en/users/blickpixel-52945/>)

Unterstützen Sie die BAfF e.V.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF) ist der Dachverband der Behandlungszentren für Opfer von Menschenrechtsverletzungen und politischer Verfolgung. Zu uns kommen Folterüberlebende, Kriegsoffer und Kindsoldaten. Viele sind schwer traumatisiert und leiden unter ihren schrecklichen Erlebnissen. Sie brauchen Unterstützung, Schutz – und manche auch Zugang zu medizinischen und psychologischen Behandlungen.

Die BAfF arbeitet gemeinnützig und ist auf Spenden angewiesen. Unterstützen Sie uns, damit wir Flüchtlingen helfen können.

Wir fördern die Wahrnehmung der Folgen von Flucht, organisierter Gewalt und unfreiwilligen Exils in der Öffentlichkeit und in den entsprechenden Fachkreisen. Wir arbeiten zusammen mit Wohlfahrtsverbänden, Ärzte- und Psychotherapeutenkammern, sowie Entscheidungsträgern im Gesundheits- und Sozialwesen für eine Verbesserung der Lebenssituation von in Deutschland lebenden Flüchtlingen. Wir stärken damit den Schutz und die Achtung für die Opfer von organisierter Gewalt und unterstützen die Wahrung der Menschenrechte.

Derzeit sind in der BAfF 32 psychosoziale Behandlungszentren, Initiativen und Einrichtungen vernetzt, die sich für die medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung und Rehabilitation von Opfern von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen einsetzen. Die BAfF vertritt gegenüber der Öffentlichkeit und politischen Entscheidungsträgern die gemeinsamen Anliegen der Behandlungszentren auf lokaler, regionaler, bundesweiter und internationaler Ebene. Mit dieser Lobbyarbeit wirken wir auch auf eine rechtliche Verbesserung der Lebensbedingungen von Flüchtlingen ein und verdeutlichen den steigenden Behandlungsbedarf in Psychosozialen Zentren. Darüber hinaus entwickeln und dokumentieren wir ethische und professionelle Standards für eine angemessene Behandlung traumatisierter Flüchtlinge.

Spendenkonto:

BAfF e.V.

Bank für Sozialwirtschaft

IBAN: DE86 100 205 000 003 096 00

BIC: BFSWDE33BER

Diese Broschüre richtet sich an ÄrztInnen aller Fachrichtungen, Psychologische PsychotherapeutInnen und Kinder- und JugendlichenpsychotherapeutInnen, die in ihrer Praxis Flüchtlinge behandeln oder behandeln wollen. Sie informiert über die Situation von Flüchtlingen in Deutschland, darüber, wie sich traumatische Erlebnisse bei Flüchtlingen auf die Gesundheit und das alltägliche Leben auswirken können und wie dies die ärztlichen und psychotherapeutischen Beziehungen beeinflussen kann. Sie liefert Informationen zu Rahmenbedingungen der Behandlung, die es zu berücksichtigen gilt, wie den Aufenthaltsstatus und die damit einhergehende Kostenträgerschaft für ärztliche, psychotherapeutische und auch Dolmetscherleistungen. Zudem enthält sie weiterführende Links zu Informationsmaterialien für BehandlerInnen und PatientInnen sowie zu spezialisierten Beratungs- und Informationsstellen.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) ist der Dachverband der Zentren, Einrichtungen und Initiativen, die sich die psychotherapeutische, soziale und medizinische Behandlung und Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland zur Aufgabe gemacht haben.

Weitere Informationen unter www.baff-zentren.org