

Gesundheitsforum der Landesgesundheitskonferenz Berlin am 13.07.2015
„Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen – Herausforderungen
und Perspektiven für gemeinsames Handeln“

Zur psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen in Berlin

Vortrag von Dipl.-Psych. Dorothee Hillenbrand
Vizepräsidentin der Psychotherapeutenkammer Berlin

Flüchtlinge, die ihre Heimat aufgrund von Gewalt, Verfolgung, Vertreibung oder Krieg verlassen, entkommen durch ihre Flucht der unmittelbaren Bedrohung, die psychische Belastung hält jedoch an, es besteht eine höhere Prävalenz von psychischen Störungen, insbesondere Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Depressionen und Angststörungen. Für Deutschland werden in aktuellen Untersuchungen 40% PTBS-Prävalenz für erwachsene Flüchtlinge¹ und 50% für die Entwicklung von Ängsten, Depressionen und PTBS bei Kindern und Jugendlichen mit Fluchthintergrund² angegeben. Retraumatisierungen im Aufnahmeland verstärken den Behandlungsbedarf – jedoch nur 26 % erhalten eine Behandlung, ein Großteil, ca. 3.600 Patienten in den psychosozialen und psychotherapeutischen Behandlungszentren. Gründe für diese unzureichende Versorgung sind sicher in der Struktur des Gesundheitssystems zu sehen, das nicht auf die besonderen Bedarfe psychisch erkrankter Flüchtlinge ausgerichtet scheint und in vielen Bereichen ergänzt werden müsste, um notwendige Behandlungen durchführen zu können und die Gesundheit und Integration (wieder-) herzustellen.³ Für die Beratung und Behandlung dieser Personen-/Patientengruppe müssen dieselben Behandlungsstandards gelten wie für alle anderen, d.h. u.a. dass die Schweigepflicht und die berufsethischen Standards Grundlage einer Behandlung sein müssen.

Für den Bereich der psychotherapeutischen Versorgung sind dies insbesondere:

- Durchführung von **Gesundheitsscreenings** auch unter Einbeziehung psychischer Störungen und Probleme (5 Stunden) zur Abklärung und zur Erfassung von besonders schutzwürdigen Gruppen (Minderjährige, unbegleitete Minderjährige, behinderte Menschen, Schwangere, Alleinerziehende, ältere Menschen, Menschen, die Folter oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexualisierter Gewalt erlitten haben) damit diese die erforderliche medizinische und psychosoziale Unterstützung schnell und zuverlässig erhalten. Falls notwendig, sollen die gesundheitlichen/psychischen Symptome in Stellungnahmen für die Ausländerbehörden durch qualifizierte PsychotherapeutInnen zur Sicherung des Aufenthaltes und Ermöglichung der notwendigen Behandlungen bestätigt werden. Frauen müssen (auch in den Heimen und Einrichtungen) vor Gewalt geschützt werden

→ **in den Erstaufnahmeeinrichtungen**

- Koordinierung der Hilfen durch **Zusammenarbeit und Vernetzung** multiprofessionell, ambulant – stationär, Regelversorgung – Komplementärbereich,

- zur Erweiterung der nicht ausreichenden Behandlungsmöglichkeiten im Rahmen der GKV sollten **Ermächtigungen zur Durchführung ambulanten Behandlungen für PsychotherapeutInnen in Beratungs- und Behandlungszentren** (§ 31,1 Ärzte-Zulassungsordnung) auf Antrag ermöglicht werden, ebenso sollten alle **Krankenkassen** im Rahmen von **Kostenerstattungen** (§ 13,3, SGB V) dazu beitragen, dass die Anzahl der Behandlungsplätze für Flüchtlinge erhöht werden kann – durch spezielle Fortbildungsangebote

und begleitende Supervision wird die Qualität der Behandlungen auf der Grundlage von Berufs- und Fortbildungsordnungen gesichert. Durch die Ermöglichung von **Sonderbedarfszulassungen** für die Arbeit mit Flüchtlingen durch muttersprachliche PsychotherapeutInnen könnten weitere Behandlungsplätze geschaffen werden – die Qualitätssicherung ist für approbierte BehandlerInnen durch die jeweiligen Kammern gesichert.

- für die besonderen Problemlagen von **Kindern, Jugendlichen, insbesondere unbegleiteten Jugendlichen** sollten Gruppen- und Einzelbehandlungen möglichst zeitnah angeboten werden. Für Beratungs- und Behandlungsangebote für **Familien** sollten neben den vorhandenen Strukturen auch weitere Anlaufstellen vor Ort genutzt oder neu geschaffen werden, um präventiv tätig werden zu können – die **Einrichtung von multiprofessionellen Modellprojekten** sollte ermöglicht werden, interkulturelle Öffnung und interkulturelle Kompetenzen sind für diese Arbeit Voraussetzung.

Wichtige Grundlage für die psychotherapeutische Arbeit ist die Hinzuziehung professioneller Sprachmittler, entweder vor Ort oder durch einen telefonischen Hintergrunddienst wie in GB eine „language line“ oder bei Berliner Beratungsstellen. Die Kostenübernahme sollte geregelt sein, durch Fortbildungen kann die Arbeit mit Dolmetschern erlernt und erprobt werden.

- die Finanzierung der Gesundheitsleistungen **durch eine „Gesundheitskarte“** nach dem „Bremer bzw. Hamburger Modell“ weist aufgrund der guten Erfahrungen auf die Notwendigkeit einer Erprobung auch in Berlin hin

Literaturhinweise:

¹ Gäbel, U, Ruf, M., Schauer, M., Odenwald M. & Neuner, F. (2006):

„Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis“ in: Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (1), 12-20

² Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B. & Rosner, R. (2008):

„Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastungen junger Flüchtlinge“ in: Kindheit und Entwicklung 17 (4), 224-231

³ Butullo, W., Maragkos, M. (2012)

„Abschlussbericht der Gutachterstelle zur Erkennung psychischer Störungen bei Asylbewerbern“, Lehrstuhl der Klinischen Psychologie und Psychotherapie, MaximiliansUniversität München, S. 61