

BPtK-Standpunkt:

Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen

September 2015

BPtK
Klosterstraße 64
10179 Berlin
Tel.: 030 278785-0
Fax: 030 278785-44
info@bptk.de
www.bptk.de

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Viele Flüchtlinge haben Traumatisches erlebt	4
3	Flüchtlinge sind häufig psychisch krank.....	5
3.1	Alpträume, Flashbacks, Schlaf- und Konzentrationsstörungen	5
3.2	PTBS- und Depressionsrate bei Flüchtlingen deutlich erhöht.....	6
3.3	15 Mal höhere PTBS-Rate bei Flüchtlingskindern	7
3.4	Traumatisierte Flüchtlinge häufig suizidal.....	7
3.5	PTBS insbesondere nach „man-made disasters“	7
3.6	Weitere psychische und körperliche Erkrankungen sind möglich	8
3.7	Postmigrationsfaktoren beeinflussen die psychische Gesundheit	9
4	Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge unzureichend	10
4.1	Psychisch kranke Flüchtlinge sind besonders schutzbedürftig	10
4.2	Psychotherapie bei traumatisierten Flüchtlingen unersetzbar	11
4.3	Psychotherapie mit Dolmetschern bei Flüchtlingen wirksam	11
4.4	Zu wenige psychisch kranke Flüchtlinge erhalten eine Behandlung.....	11
5	Politische Forderungen	12
5.1	Notwendige Psychotherapie nach dem AsylbLG gewähren	12
5.2	Ermächtigung von Psychotherapeuten in Flüchtlingszentren/ Privatpraxen.....	15
5.3	Finanzierung von Dolmetscherleistungen	17
6	Zur Verwendung des Begriffs „Flüchtlinge“	20
	Literatur	22

1 Einleitung

Kriege, politische Verfolgung, Terrorismus, organisierte Gewalt und Menschenrechtsverletzung in vielen Ländern der Welt haben dazu geführt, dass sich immer mehr Menschen gezwungen sehen, ihr Heimatland zu verlassen, um in Europa Schutz zu finden. Im Jahr 2014 suchten mehr als 200 000 Menschen Asyl in Deutschland (BAMF, 2015 a). Nach neuesten Prognosen rechnet die Bundesregierung bis zum Ende dieses Jahres mit bis zu 800 000 weiteren Flüchtlingen (BAMF, 2015 b). Viele dieser Flüchtlinge¹ haben traumatische Erfahrungen gemacht und leiden unter psychischen Erkrankungen. Sie benötigen dringend professionelle Hilfe. Das deutsche Gesundheitssystem ist jedoch nicht ausreichend auf die Versorgung psychisch erkrankter Flüchtlinge vorbereitet. Nur ein geringer Teil der Flüchtlinge, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, erhält aktuell eine angemessene Behandlung. Zu diesem Schluss kommen auch die Integrationsminister- sowie die Gesundheitsministerkonferenz, die in ihren Beschlüssen 2015 fordern, die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen mit psychischen Erkrankungen zu verbessern (IntMK, 2015; GMK, 2015).

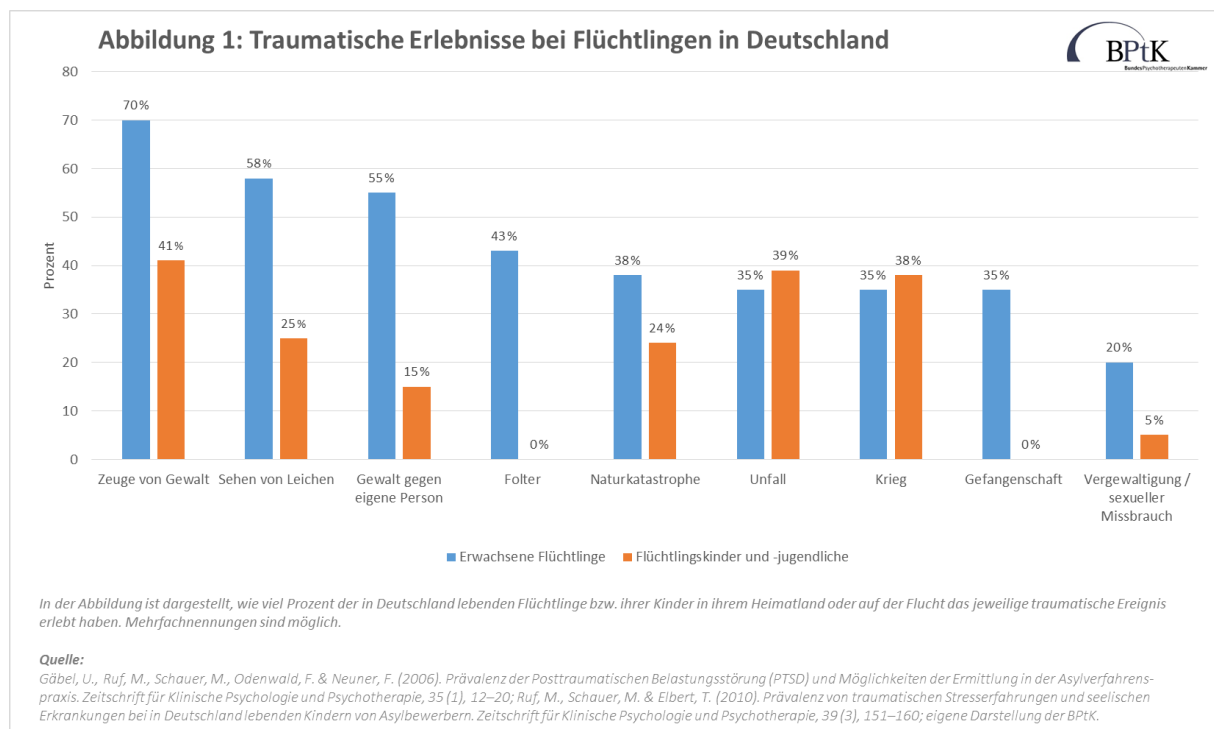
Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) möchte mit diesem Standpunkt über die psychischen Belastungen und Erkrankungen bei Flüchtlingen informieren, auf die Problemfelder und Handlungsbedarfe bei der Gesundheitsversorgung psychisch erkrankter Flüchtlinge aufmerksam machen und Möglichkeiten aufzeigen, wie die Versorgung von Flüchtlingen, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, in Deutschland verbessert werden kann.

¹ Zur Verwendung des Begriffs „Flüchtlinge“ in diesem BPTK-Standpunkt siehe Kapitel 6.

2 Viele Flüchtlinge haben Traumatisches erlebt

Viele der Menschen, die in Deutschland Asyl suchen, haben in ihrem Heimatland und auf der Flucht traumatische Ereignisse erlebt. Die häufigsten traumatischen Erfahrungen bei erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland sind Studienbefunden zufolge, Gewalt gegenüber anderen miterlebt zu haben (70 Prozent), Leichen gesehen zu haben (58 Prozent), Opfer von Gewalt geworden zu sein (55 Prozent) oder gefoltert worden zu sein (43 Prozent) (Abbildung 1).

Das häufigste traumatische Ereignis bei in Deutschland lebenden Flüchtlingskindern und -jugendlichen ist, Zeuge von körperlichen Angriffen auf andere geworden zu sein (41 Prozent). 26 Prozent der Flüchtlingskinder mussten miterleben, wie Gewalt auf Mitglieder ihrer Familie ausgeübt wurde, vor allem durch militante Gruppierungen. Weitere häufige traumatische Ereignisse sind, einen Unfall gehabt zu haben (39 Prozent) und einen Krieg miterlebt zu haben (38 Prozent) (Abbildung 1).

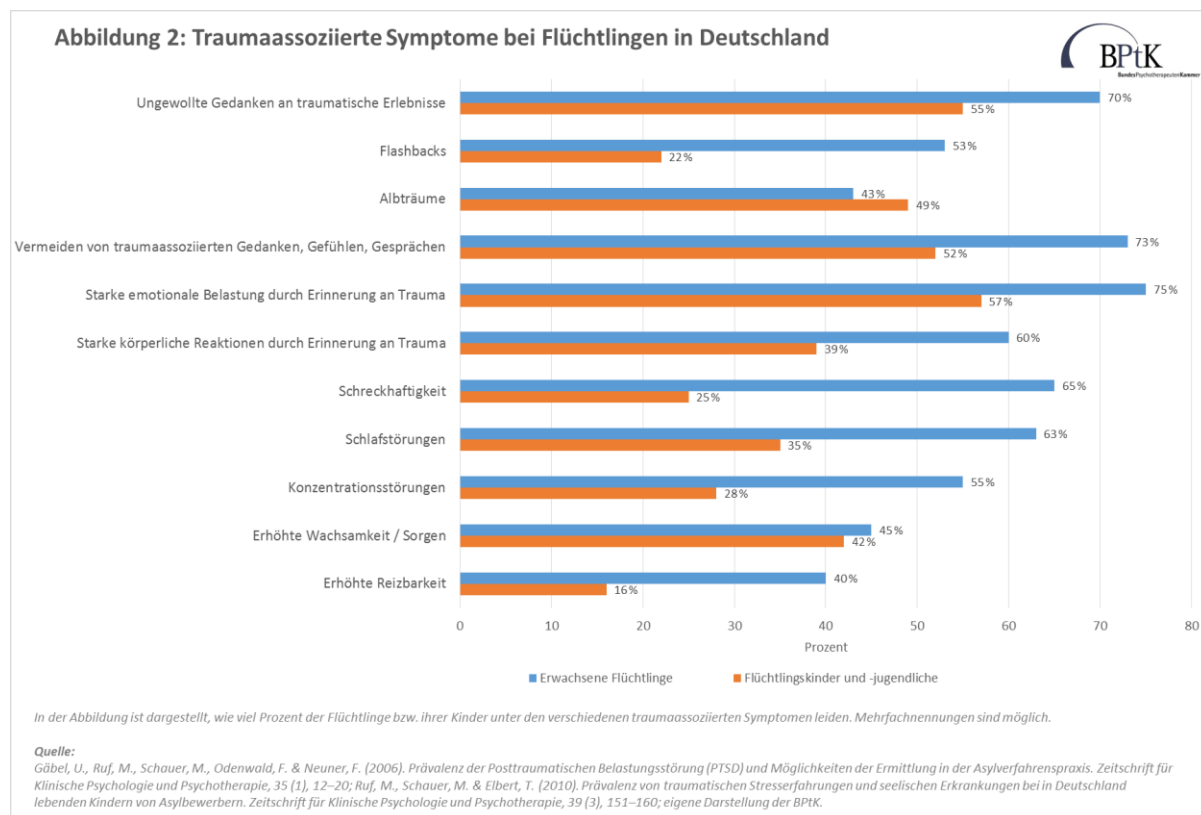


3 Flüchtlinge sind häufig psychisch krank

3.1 Alpträume, Flashbacks, Schlaf- und Konzentrationsstörungen

Traumatische Erlebnisse können zur Entstehung einer posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) führen. Bei dieser psychischen Erkrankung leiden die Betroffenen an wiederkehrenden Erinnerungen, vor allem als nächtliche Alpträume oder auch tagsüber als blitzartige Bilder oder filmartige Szenen (Flashbacks). 70 Prozent der erwachsenen Flüchtlinge haben ungewollte Gedanken an das Trauma, mehr als 40 Prozent leiden unter Alpträumen und rund 50 Prozent unter Flashbacks (Abbildung 2). Die Erinnerungen werden so intensiv erlebt, als ob sich das traumatische Ereignis gerade tatsächlich wieder ereignen würde. Berichten zufolge erlitten zum Beispiel jesidische Frauen, die aus der Gefangenschaft des Islamischen Staates (IS) fliehen konnten, während des Fluges nach Deutschland Flashbacks und Panikattacken mit Herzrasen, Atemnot, Schwindel und Todesängsten, weil sie durch die Enge im Flugzeug an die Gefangenschaft, das Zusammengepferchtsein mit anderen Frauen und das erlittene Leid erinnert wurden und das Gefühl hatten, wieder in dieser furchtbaren Situation zu sein.

Menschen, die unter einer PTBS leiden, meiden Situationen, die Erinnerungen an das traumatische Erlebnis wachrufen könnten. So vermeiden mehr als 70 Prozent der erwachsenen Flüchtlinge und rund die Hälfte der Flüchtlingskinder und -jugendlichen Gefühle, Gedanken und Gespräche, die sie an das Trauma erinnern könnten. Typisch sind auch eine starke Schreckhaftigkeit, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, emotionale Taubheit und Gleichgültigkeit gegenüber anderen Menschen. Schlafstörungen kommen bei fast zwei Dritteln der Erwachsenen und bei rund einem Drittel der Flüchtlingskinder vor (Abbildung 2). Angst und Depressionen sind häufig mit den genannten Symptomen assoziiert und Suizidgedanken sind nicht selten (Dilling et al., 2013). Kinder durchspielen außerdem häufig wiederholt das traumatische Erlebnis und zeigen Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten wie zum Beispiel aggressives Verhalten (Flatten et al., 2011).



3.2 PTBS- und Depressionsrate bei Flüchtlingen deutlich erhöht

Die Mehrzahl der Studien, die in verschiedenen Ländern durchgeführt wurden, zeigt, dass weltweit mindestens 20 Prozent der Flüchtlinge unter Depressionen und mehr als 20 Prozent unter einer PTBS leiden (Lindert et al., 2008). Studien, die in Deutschland durchgeführt wurden, zeigen sogar, dass etwa 40 bis 50 Prozent der erwachsenen Flüchtlinge unter einer PTBS und rund die Hälfte unter einer Depression leiden (Gäbel et al., 2006; von Lersner et al., 2008), wobei die Erkrankungen häufig gemeinsam auftreten (Perkonig et al., 2000; Flatten et al., 2011).

In Deutschland leiden 2,3 Prozent der Allgemeinbevölkerung unter einer PTBS und 7,9 Prozent unter einer Depression (12-Monats-Prävalenz) (Genz & Jacobi, 2014). Damit ist die PTBS bei erwachsenen Flüchtlingen mindestens 8,7 Mal und Depressionen

sind mindestens 2,5 Mal häufiger als in der deutschen Bevölkerung. Legt man Ergebnisse aus Studien mit Flüchtlingen in Deutschland zugrunde, ist die PTBS sogar rund 20 Mal und Depressionen sind rund 6 Mal so häufig.

3.3 15 Mal höhere PTBS-Rate bei Flüchtlingskindern

Studien, die mit Kindern von Flüchtlingen in Deutschland durchgeführt wurden, zeigen, dass fast die Hälfte dieser Flüchtlingskinder deutlich psychisch belastet ist (Gavranidou et al., 2008). Rund 40 Prozent sind durch das Erlebte in wichtigen Lebensbereichen wie zum Beispiel dem schulischen Lernen und den zwischenmenschlichen Beziehungen deutlich eingeschränkt. Jedes fünfte Kind erfüllt das Vollbild einer PTBS (19 Prozent). Das ist 15 Mal häufiger als bei in Deutschland geborenen Kindern (Ruf et al., 2010). In Deutschland sind 1,2 Prozent der Kinder und Jugendlichen von einer PTBS betroffen (Essau et al., 1999).

3.4 Traumatisierte Flüchtlinge häufig suizidal

Flüchtlinge, die an einer PTBS erkrankt sind, denken häufig darüber nach, sich das Leben zu nehmen. 40 Prozent der erwachsenen traumatisierten Flüchtlinge hatten oder haben Suizidpläne oder haben sogar schon einmal versucht, sich das Leben zu nehmen (Neuner et al., 2009). Von den Flüchtlingskindern und -jugendlichen mit PTBS war rund ein Drittel schon einmal suizidal (Ruf et al., 2010).

3.5 PTBS insbesondere nach „man-made disasters“

In ihrem Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen definiert die Weltgesundheitsorganisation ein traumatisches Erlebnis als eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophentypigen Ausmaßes, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde (Dilling et al., 2013). Die PTBS tritt am häufigsten nach Traumatisierungen durch andere Menschen auf („man-made disasters“), seltener bei schicksalhaften Ereignissen wie Naturkatastrophen oder Verkehrsunfällen. Etwa die Hälfte der Vergewaltigungs-, Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfer leidet unter einer PTBS. Bei Opfern von Verkehrsunfällen sind es hingegen nur 10 Prozent (Flatten et al., 2011).

Zu den häufigsten „man-made disasters“, die von Flüchtlingen berichtet werden, gehören Beschuss durch Handfeuerwaffen oder Granaten, Hunger und Durst über eine längere Zeit (zum Beispiel während der Haft), Inhaftierung in Arbeits- oder Konzentrationslagern (zum Beispiel bei Kriegsflüchtlingen aus Bosnien), seelische und körperliche Gewalt wie Todesdrohungen und Scheinexekutionen, körperliche Folter, Nahrungsentzug, Stromschläge und systematische Schläge, sexuelle Erniedrigung und Vergewaltigung sowie das Beobachten von Hinrichtungen und Vergewaltigungen (LÄK & LPtK BaWü, 2011).

3.6 Weitere psychische und körperliche Erkrankungen sind möglich

Die PTBS ist aber keineswegs die einzige Traumafolgestörung. Andere psychische Erkrankungen, die infolge eines Traumas auftreten können, sind unter anderem Anpassungsstörungen, Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung, dissoziative Störungsbilder und die emotional instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline) (Flatten et al., 2011). Gerade bei chronischem Verlauf können bei Menschen, die unter einer PTBS leiden, weitere Erkrankungen auftreten. 7 von 10 der PTBS-Betroffenen leiden unter einer weiteren psychischen Erkrankung. Dazu gehören unter anderem Angststörungen, Depressionen, Somatisierungsstörungen und Suchterkrankungen. Auch körperliche Erkrankungen wie Lungenerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen und Krebserkrankungen kommen bei traumatisierten Menschen häufiger vor (Frommberger et al., 2014).

Aber nicht alle Flüchtlinge, die traumatische Ereignisse erlebt haben, entwickeln eine PTBS oder eine andere Traumafolgestörung. Es gibt Schutzfaktoren, die die Entstehung einer psychischen Erkrankung nach einer Traumatisierung verhindern können. Hierzu gehören unter anderem soziale Unterstützung und die soziale Anerkennung als Opfer. Es gibt jedoch auch Faktoren, die das Risiko für eine Traumafolgestörung erhöhen. Hierzu zählen unter anderem das Erleben mehrerer traumatischer Ereignisse, das Erleben von Todesangst während der Traumatisierung, vorhergehende psychische Erkrankungen und zusätzlicher Stress in der Lebensführung (Boos & Müller, 2006).

3.7 Postmigrationsfaktoren beeinflussen die psychische Gesundheit

Auch die gesellschaftlichen und familiären Bedingungen im Exil gehen mit anhaltenden psychischen Belastungen einher (Gavranidou et al., 2008; Silove et al., 1997). Vor allem Hürden und Verzögerungen im Asylverfahren, die Angst, abgeschoben zu werden, das Fehlen einer Arbeitserlaubnis, Hindernisse bei der Gesundheits- und Sozialversorgung, Sprachbarrieren und Diskriminierungserfahrungen beeinflussen, wie stark ein Flüchtling unter posttraumatischen Belastungssymptomen leidet (Steel et al., 1999). Bei Kindern von Flüchtlingen sind zum Beispiel das häufige Dolmetschen für die Eltern sowie Veränderungen der Familienstrukturen, wie die Umkehr traditioneller Rollenmuster, mit psychischer Belastung verbunden. Die Bedingungen im Exil können bei Kindern und Jugendlichen vor dem Hintergrund früherer Traumatisierungen zu Verhaltensstörungen und Auffälligkeiten führen (Gavranidou et al., 2008).

4 Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge unzureichend

4.1 Psychisch kranke Flüchtlinge sind besonders schutzbedürftig

Nach der EU-Aufnahmerichtlinie vom Juni 2013² müssen alle Aufnahmeländer, so auch Deutschland, die spezielle Situation schutzbedürftiger Personen berücksichtigen. Zu diesen schutzbedürftigen Personen zählen auch Menschen mit psychischen Erkrankungen und Menschen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. Die Frist für die Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie in nationales Recht ist im Juli dieses Jahres abgelaufen. Das deutsche Gesundheitssystem ist jedoch weiterhin nicht ausreichend auf eine angemessene Versorgung von psychisch erkrankten und traumatisierten Flüchtlingen vorbereitet (GMK, 2015). Auch ist es nicht darauf vorbereitet, eine besondere Schutzbedürftigkeit überhaupt zu erkennen, um dann entsprechende Versorgungsmaßnahmen einzuleiten (BAfF, 2015 a). Die seit März dieses Jahres wirksamen Änderungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (§ 6 Abs. 2 AsylbLG) haben hinsichtlich der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge keine Verbesserung gebracht.

Besonders schutzbedürftig sind entsprechend der EU-Aufnahmerichtlinie³ auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Diese Kinder müssen alleine flüchten, manche verlassen ihr Heimatland nach dem Tod der Eltern oder werden auf der Flucht von ihnen getrennt. Allein unterwegs, ohne die Unterstützung erwachsener Bezugspersonen, sind sie häufig gefährlichen Situationen und Übergriffen ausgesetzt (Vogel, 2003). Schätzungen zufolge gab es 2014 in Deutschland über 10 000 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF, 2015). Diese Kinder und Jugendlichen sind häufig schwer traumatisiert. Ihnen fehlt die familiäre Unterstützung, um mit den traumatischen Erlebnissen umzugehen und sich in Deutschland zurechtzufinden. Sie benötigen besondere Begleitung und professionelle Unterstützung, auch durch Psychotherapeuten (Fegert et al., 2015).

² Vgl. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF>.

³ Vgl. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF>.

4.2 Psychotherapie bei traumatisierten Flüchtlingen unersetzbar

Eine Behandlung der PTBS ist unerlässlich. Wird eine PTBS nicht behandelt, wird sie häufig chronisch. Psychotherapie ist Leitlinien zufolge bei PTBS die Behandlungsmethode erster Wahl. Eine rein medikamentöse Behandlung reicht nicht aus, um die PTBS zu behandeln (Flatten et al., 2011). Auch bei den meisten anderen psychischen Erkrankungen, die bei Flüchtlingen häufig auftreten – vor allem Depressionen –, ist Psychotherapie eine oder die Behandlungsmethode der Wahl (DGPPN, 2009).

4.3 Psychotherapie mit Dolmetschern bei Flüchtlingen wirksam

Bei traumatisierten Flüchtlingen ist Psychotherapie die bevorzugte Behandlungsmethode, selbst dann, wenn sie mithilfe von Dolmetschern durchgeführt wird. Studien belegen, dass Psychotherapie mit Dolmetschern bei traumatisierten Flüchtlingen genauso wirksam ist wie Psychotherapie, in der kein Dolmetscher benötigt wird (Brune et al., 2011; d' Ardenne et al., 2007).

4.4 Zu wenige psychisch kranke Flüchtlinge erhalten eine Behandlung

2014 haben mehr als 200 000 Menschen Asyl in Deutschland gesucht (2015 a). Mindestens die Hälfte davon, das heißt rund 100 000 Flüchtlinge sind psychisch krank. Aktuell – und wie auch schon seit 30 Jahren – übernehmen in Deutschland die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer den größten Teil der psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen. In diesen Zentren können jedoch nur rund 3 600 Flüchtlinge im Jahr psychotherapeutisch behandelt werden (BAfF, 2015 b). Das waren 2014 lediglich vier Prozent der psychisch kranken Flüchtlinge. Wenn sich an der Versorgungssituation psychisch kranker Flüchtlinge nicht schnell etwas ändert, wird bei den zu erwartenden 800 000 neuen Flüchtlingen im Jahr 2015 der Anteil der psychisch erkrankten Flüchtlinge, die eine psychotherapeutische Behandlung erhalten, auf unter ein Prozent fallen.

5 Politische Forderungen

Viele Flüchtlinge haben Schreckliches erlebt, sie sind traumatisiert und leiden unter einer psychischen Erkrankung. Die EU-Aufnahmerichtlinie⁴ verpflichtet die Aufnahmestaaten, der besonderen Schutzbedürftigkeit von psychisch kranken und traumatisierten Flüchtlingen Rechnung zu tragen. Psychisch kranke Flüchtlinge werden jedoch aktuell in Deutschland nur unzureichend versorgt. Kaum ein Flüchtling, der unter einer psychischen Erkrankung leidet, erhält zeitnah eine angemessene Behandlung.

Die BPtK fordert dringend, die Versorgung von psychisch kranken und traumatisierten Flüchtlingen sicherzustellen. Ziel muss es sein, dass Flüchtlinge, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, zeitnah eine notwendige, ausreichende und zweckmäßige Behandlung erhalten – das heißt in der Regel eine Psychotherapie mit Dolmetschern. Um dies zu erreichen, bedarf es vor allem Veränderungen in folgenden Bereichen:

- Qualifizierte Begutachtung und zeitnahe Gewährung von Psychotherapie nach Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)
- Ermächtigung von Psychotherapeuten in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sowie in Privatpraxen
- Finanzierung von Dolmetscherleistungen

5.1 Notwendige Psychotherapie nach dem AsylbLG gewähren

In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts erhalten Menschen, die in Deutschland Asyl suchen, medizinische Leistungen nach dem AsylbLG. Entsprechend den gesetzlichen Regelungen im AsylbLG ist der Umfang der gewährten Gesundheitsleistungen für Flüchtlinge in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland im Vergleich zur regulären Gesundheitsversorgung eingeschränkt. Eine Behandlung wird ihnen in der Regel nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen gewährt (§ 4 AsylbLG). In Einzelfällen ist darüber hinaus eine Behandlung auch möglich, wenn sie

⁴ Vgl. <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2013:180:0096:0116:DE:PDF>.

zur Sicherung des Lebensunterhalts und der Gesundheit unerlässlich ist (§ 6 AsylbLG). In der Praxis werden manchmal rechtswidrig entgegen dem Gesetzeswortlaut nur „unabweisbare“ oder „lebensnotwendige“ Behandlungen gewährt. Häufig wird nicht geprüft, ob die Behandlung „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ ist und nach § 6 AsylbLG beansprucht werden kann (Classen, 2011).

Die Entscheidung, ob bei einem psychisch kranken Flüchtling in den ersten 15 Monaten seines Aufenthalts in Deutschland nach dem AsylbLG eine Psychotherapie gewährt wird, wird in den zuständigen Sozialbehörden sehr unterschiedlich gehandhabt. Die Antragsbearbeitung dauert häufig mehrere Monate und ist mit großen Hürden verbunden. Oft werden Behandlungen durch langwierige Begutachtungsverfahren verschleppt (Classen, 2011). Den für die Genehmigung einer Psychotherapie zuständigen Sachbearbeitern und Amtsärzten in den Sozialämtern fehlt außerdem häufig die Qualifikation, um einen psychotherapeutischen Behandlungsbedarf und seine Dringlichkeit einzuschätzen (Weber, 2003; Traumanetz seelische Gesundheit München, 2012). Dies führt häufig zu Fehleinschätzungen. Psychische Erkrankungen werden fälschlicherweise als nicht akut beurteilt oder es wird auf eine medikamentöse Behandlung verwiesen, die häufig nicht ausreicht. Dies führt dazu, dass notwendige Psychotherapien bei Flüchtlingen in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts kaum gewährt werden (Classen, 2011).

■ **Psychische Erkrankungen sind akut behandlungsbedürftig**

Die Behauptung, ausschließlich akute Erkrankungen seien nach dem AsylbLG zu behandeln, ist falsch. Eine strenge Unterscheidung zwischen chronischer und akuter Krankheit ist häufig nicht möglich. Maßstab kann immer nur ein „akuter Behandlungsbedarf“ sein (§ 4 AsylbLG). Psychische Erkrankungen sind – wie die meisten körperlichen Erkrankungen auch – in der Regel dringend behandlungsbedürftig. Darüber hinaus ist die Behandlung chronischer Krankheiten meist zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich (§ 6 AsylbLG; Classen, 2011). Schon aus menschenrechtlichen Gründen muss psychisch kranken Flüchtlingen daher eine notwendige, ausreichende und zweckmäßige Behandlung ihrer Erkrankung ohne vermeidbaren Aufschub gewährt werden.

■ **Begutachtung durch qualifizierte Gutachter**

Damit psychisch kranke Flüchtlinge eine angemessene Behandlung erhalten können, fordert die BPTK, dass die Begutachtung, ob eine Psychotherapie notwendig ist, in den Sozialbehörden von dafür qualifizierten Gutachtern durchgeführt wird. Die Gutachter sollten eine Approbation als Psychologischer Psychotherapeut bzw. als Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut oder die Gebietsbezeichnung als Facharzt für Psychotherapeutische Medizin oder Psychosomatische Medizin und Psychotherapie oder Psychiatrie und Psychotherapie bzw. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie vorweisen. Wenn ein Gutachter eine Psychotherapie als notwendig erachtet, sollten die Sachbearbeiter in den Sozialbehörden verpflichtet sein, diese unverzüglich – und wenn notwendig inklusive der Dolmetscherleistungen – zu genehmigen.

■ **Zeitnahe Gewährung notwendiger Psychotherapien**

Darüber hinaus sollten Anträge auf Psychotherapie von den Sachbearbeitern in den Sozialbehörden zeitnah bearbeitet werden. Es darf nicht sein, dass die Antragsbearbeitung monatelang verschleppt wird und notwendige Psychotherapien – wenn überhaupt – erst nach vielen Monaten gewährt werden. Psychische Erkrankungen sind – wie die meisten körperlichen Erkrankungen auch – in der Regel akut behandlungsbedürftig. Eine verzögerte Behandlung erhöht das Risiko einer Chronifizierung und langfristigen Beeinträchtigung.

■ **Aufhebung der Einschränkungen nach dem AsylbLG**

Die qualifizierte Begutachtung und zeitnahe Gewährung notwendiger Psychotherapien nach dem AsylbLG ist eine Möglichkeit, um kurzfristig mehr psychisch kranken Flüchtlingen eine angemessene Behandlung zu ermöglichen. Dies löst jedoch nicht das Problem der eingeschränkten Gesundheitsleistungen nach dem AsylbLG.

Auch das Bremer Modell löst dieses Problem nicht. Als Bremer Modell wird eine Vereinbarung der Länder Bremen und Hamburg mit der AOK bezeichnet, nach der die Krankenkasse die Verwaltungspraxis für die Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge übernimmt. Die Flüchtlinge erhalten schon zu Beginn ihres Aufenthalts in Deutschland eine Gesundheitskarte, mit der sie direkt einen Arzt aufsuchen können, ohne vorher

einen Behandlungsschein in der Sozialbehörde beantragen zu müssen. Die Krankenkasse übernimmt initial die Behandlungskosten und rechnet diese anschließend mit dem Land ab. Es gibt jedoch auch im Bremer Modell Leistungsvorbehalte, bei denen weiterhin das Sozialamt entscheidet. Dies betrifft auch die psychotherapeutische Versorgung. Hier gibt es besondere Bewilligungsverfahren (Classen, 2012).

Insgesamt stellt das Bremer Modell eine Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen dar. Es ermöglicht ihnen einen schnelleren und unbürokratischeren Zugang zur medizinischen Versorgung. Es basiert jedoch weiterhin auf den gesetzlichen Regelungen im AsylbLG inklusive der beschriebenen Einschränkungen in der Gesundheitsversorgung, auch bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung.

Aus Sicht der BPTK ist es nicht akzeptabel, dass Flüchtlinge nicht grundsätzlich die medizinische Versorgung erhalten, die in Deutschland als notwendig erachtet wird, um kranke Menschen zu behandeln. Langfristig muss es daher darum gehen, die Einschränkungen bei der medizinischen Versorgung für Flüchtlinge nach dem AsylbLG grundsätzlich aufzuheben und Flüchtlingen – wie jedem anderen Menschen in Deutschland auch – unabhängig von Aufenthaltsstatus und Aufenthaltsdauer eine angemessene Behandlung zu ermöglichen.

5.2 Ermächtigung von Psychotherapeuten in Flüchtlingszentren/Privatpraxen

Asylsuchende, die ohne wesentliche Unterbrechung länger als 15 Monate in Deutschland leben, haben nach § 264 Abs. 2 S. 1 und Abs. 4 S. 1 SGB V Anspruch auf das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV). Sie werden ab diesem Zeitpunkt wie Empfänger von Leistungen nach SGB XII (Sozialhilfe) behandelt. Sie sind dann bezüglich der Genehmigung von Gesundheitsleistungen nicht mehr von den Einschränkungen, die sich aus dem AsylbLG ergeben, betroffen. Damit haben psychisch erkrankte Flüchtlinge in der Regel nach 15 Monaten Aufenthalt in Deutschland auch regulär Anspruch auf eine psychotherapeutische Behandlung. Dies stellt prinzipiell eine Verbesserung für die Gesundheitsversorgung psychisch erkrankter Flüchtlinge dar. Die Krankenbehandlung wird von den Krankenkassen übernommen, die die entstehenden Aufwendungen vom zuständigen Sozialhilfeträger erstattet bekommen.

Die meisten Psychotherapien bei psychisch erkrankten Flüchtlingen werden aktuell von Psychotherapeuten in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer durchgeführt. Die Psychotherapeuten, die in den Psychosozialen Zentren arbeiten, sind jedoch in der Regel nicht zur GKV-Versorgung zugelassen, sie haben also keinen Kassensitz. Nur ein Teil der Krankenkassen ermöglicht die Durchführung von Psychotherapie im Kostenerstattungsverfahren (§ 13 Abs. 3 SGB V). Daher werden Psychotherapien in den Psychosozialen Zentren bei Flüchtlingen, die länger als 15 Monate in Deutschland leben, in der Regel nicht mehr finanziert und können daher nicht mehr durchgeführt werden. Auch müssen begonnene Psychotherapien abgebrochen werden (BAfF, 2015c).

Niedergelassene Psychotherapeuten allein können diese Versorgungslücke nicht schließen. Die Wartezeiten auf einen Psychotherapieplatz betragen bundesweit durchschnittlich etwa 6 Monate (BPtK, 2011). Vertragspsychotherapeuten haben demnach keine ausreichenden Kapazitäten, um psychisch kranke Flüchtlinge zeitnah zu behandeln. Dadurch bleiben Flüchtlinge auch nach den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland praktisch ohne Behandlung.

Die BPtK fordert daher, Psychotherapeuten, die in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer oder in Privatpraxen tätig sind, dazu zu ermächtigen, Flüchtlinge im Rahmen der GKV-Versorgung zu behandeln. Eine Möglichkeit hierfür bieten die Regelungen in der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte (Ärzte-ZV). Nach § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV können die Zulassungsausschüsse über den Kreis der zugelassenen Vertragspsychotherapeuten hinaus weitere Psychotherapeuten zur Teilnahme an der vertragsärztlichen Versorgung ermächtigen, sofern dies notwendig ist, um einen begrenzten Personenkreis zu versorgen. Diese Regelung bezieht sich insbesondere auf Ärzte und Psychotherapeuten in Einrichtungen der Krankenbehandlung, Rehabilitation und Pflege. Es handelt sich aber nicht um eine abschließende Aufzählung. Von der Ermächtigungsmöglichkeit erfasst werden daher auch Psychotherapeuten in Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer und in Privatpraxen.

5.3 Finanzierung von Dolmetscherleistungen

Diese Ermächtigungen allein werden das Problem der psychotherapeutischen Unterversorgung bei psychisch erkrankten Flüchtlingen, die länger als 15 Monate in Deutschland leben, jedoch nicht lösen können, denn die GKV finanziert keine Dolmetscherleistungen für die Krankenbehandlung. Diese sind aber bei den meisten Flüchtlingen notwendig, um eine Psychotherapie durchführen zu können. Die erforderliche Vertraulichkeit und Kontinuität und die belastenden Inhalte der Psychotherapie machen ein professionelles Dolmetschen nötig und schließen die Hilfe Ehrenamtlicher oder Angehöriger aus (Classen, 2011).

Parallel zum Antrag auf Psychotherapie bei der GKV kann die Übernahme von Dolmetscherkosten nach § 73 SGB XII, gegebenenfalls auch nach § 53 SGB XII, beantragt oder bei Leistungsbezug durch das Job-Center ein Antrag auf Mehrbedarf gestellt werden. Die Möglichkeit der Übernahme durch die Sozialbehörden ist jedoch nicht praktikabel, da die Beantragung sehr aufwendig ist, die Bearbeitungsdauer mehrere Monate beträgt und die Anträge häufig abgelehnt werden, da es sich um Ermessensleistungen handelt. Faktisch können somit Psychotherapien bei Flüchtlingen, die von der GKV genehmigt wurden, meist nicht durchgeführt werden, da die dafür notwendigen Dolmetscherkosten nicht übernommen werden (BAfF, 2015 c). Vertragspsychotherapeuten mit einschlägigen Sprachkenntnissen gibt es kaum. Die BPtK fordert daher die Sicherstellung einer zeitnahen und unbürokratischen Kostenübernahme für Dolmetscherleistungen, wenn diese für die Durchführung einer Psychotherapie notwendig sind.

■ *Dolmetscherkosten als GKV-Leistung*

Gesetzliche Krankenkassen sind verpflichtet, die Kosten für Gebärdensprachdolmetscher zu tragen, wenn hörbehinderte Menschen im Rahmen der medizinischen Versorgung die Hilfe von Gebärdensprachdolmetscher benötigen (§ 17 Abs. 2 SGB I i. V. m. § 19 Abs. 2, S. 4 SGB X). Analog dazu könnten die gesetzlichen Krankenkassen Dolmetscherkosten übernehmen, wenn keine ausreichende sprachliche Verständigung zwischen dem fremdsprachigen Patienten und dem Behandelnden möglich ist.

Eine spezifische Regelung bezüglich einer GKV-Finanzierung von Dolmetscherleistungen zur Versorgung von Flüchtlingen ist jedoch kaum umsetzbar und eine generelle gesetzliche Regelung zur Finanzierung von Dolmetscherleistungen durch die GKV bei *allen* Versicherten, die nicht ausreichend Deutsch sprechen, stößt aktuell auf große politische Widerstände.⁵

■ **Anspruch auf Dolmetscher für alle Flüchtlinge im AsylbLG**

Die BPtK schlägt daher vor, das AsylbLG dahingehend zu verändern, dass *alle* Flüchtlinge – auch diejenigen, die länger als 15 Monate in Deutschland leben – Anspruch auf die Finanzierung von Dolmetscherleistungen nach dem AsylbLG haben, wenn diese für die medizinische Versorgung notwendig sind. Eine entsprechende Regelung im AsylbLG sollte so formuliert sein, dass der zuständige Leistungsträger verpflichtet ist, die Kosten für Dolmetscherleistungen bei Flüchtlingen zu übernehmen, wenn eine angemessene medizinische Versorgung ohne Dolmetscher nicht möglich ist. Durch die Gesetzesformulierung sollte sichergestellt werden, dass der Leistungsträger in diesem Fall keinen Ermessensspielraum bei der Gewährung der Kostenübernahme hat und diese zeitnah bewilligen muss. Die zuständigen Leistungsträger wären – wie bei den medizinischen Versorgungsleistungen auch – in den ersten 15 Monaten die Sozialämter und danach die Krankenkassen. Die Kosten der Krankenkassen für die Dolmetscherleistungen müssten anschließend – wie bereits die Kosten für die Psychotherapie selbst – gemäß § 264 Abs. 7 SGB V durch die zuständigen Sozialhilfeträger erstattet werden. So kann eine bürokratische Antragstellung bei mehreren Leistungsträgern verhindert werden.

■ **GMK und IntMK fordern Regelungen zur Finanzierung von Dolmetschern**

Die Forderung nach einer gesicherten Finanzierung von Dolmetschern für die Versorgung psychisch erkrankter und traumatisierter Flüchtlinge wird auch von der Integrationsministerkonferenz (IntMK) und der Gesundheitsministerkonferenz (GMK) geteilt. Sowohl die IntMK als auch die GMK haben in ihren Beschlüssen 2015 die mangelhafte

⁵ Die BPtK fordert grundsätzlich die Aufnahme der Leistungen von Dolmetschern sowie Sprach- und Integrationsmittlern in den Leistungskatalog der GKV (vgl. auch www.gesundheit-adhoc.de/initiative-fuer-sprachmittlung-im-gesundheitswesen-gegruendet.html).

Versorgung psychisch erkrankter und traumatisierter Flüchtlinge aufgegriffen und insbesondere auf die fehlende Finanzierung von Dolmetschern hingewiesen (IntMK, 2015; GMK, 2015). Sie bitten deshalb „das Bundesministerium für Gesundheit (BMG) unter Einbeziehung des Bundesministeriums für Inneres (BMI) und des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales (BMAS), in einem ersten Schritt auf die Bundespsychotherapeutenkammer und Bundesärztekammer zuzugehen und ein Modellprojekt an mehreren Standorten zu konzipieren, das die Stellung und Finanzierung von Dolmetscherleistungen für die psychotherapeutische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen aus Bundesmitteln erprobt und evaluiert“ (GMK, 2015). In einem zweiten Schritt bittet die GMK die Bundesregierung, durch eine Änderung der §§ 4 und 6 AsylbLG und gegebenenfalls anderer Rechtsgrundlagen die gesetzlichen Voraussetzungen zu schaffen, wonach notwendige Aufwendungen für Dolmetscherkosten für die psychotherapeutische Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen übernommen werden (GMK, 2015).

6 Zur Verwendung des Begriffs „Flüchtlinge“

Neben Flüchtlingen im engeren Sinne, das heißt Menschen, die nach der Genfer Flüchtlingskonvention als Flüchtlinge anerkannt sind (GFK-Flüchtlinge⁶), werden in der öffentlichen Diskussion in Deutschland alle Menschen, die aus Not nach Deutschland kommen, also auch Asylsuchende und Geduldete als Flüchtlinge bezeichnet. Asylsuchende sind Personen, die in Deutschland einen Antrag auf Asyl gestellt haben und damit um Aufnahme und Schutz vor Verfolgung ersuchen und deren Asylverfahren noch nicht abgeschlossen ist. Geduldete sind Menschen, die nach deutschem Recht nicht asylberechtigt sind und Deutschland verlassen müssen, aber deren Abschiebung vorerst nicht vollzogen wird, da sie zum Beispiel aus tatsächlichen oder rechtlichen Gründen nicht möglich oder ein weiterer Aufenthalt in Deutschland aus dringenden humanitären oder persönlichen Gründen erforderlich ist.⁷ Gründe können beispielsweise sein, dass die Ausreisepflichtigen keinen Pass haben oder weil es keinen Weg gibt, eine Kriegsregion anzufliiegen.⁸

In dem vorliegenden BPtK-Standpunkt werden unter dem Begriff „Flüchtlinge“ nicht nur in Deutschland anerkannte Flüchtlinge, sondern alle Asylsuchenden sowie auch geduldete Ausländer verstanden (Leistungsberechtigte nach § 1 AsylbLG). Diese Flüchtlingsdefinition, die vom Aufenthaltsstatus und der Aufenthaltsdauer des Flüchtlings unabhängig ist, wird verwendet, weil sie der Tatsache Rechnung trägt, dass Menschen aus einer Vielzahl politischer, wirtschaftlicher und sozialer Gründe gezwungen sind, ihr Heimatland zu verlassen.⁹

Die Studien, die im vorliegenden Standpunkt zitiert werden, verwenden verschiedene Begriffe für die untersuchte Personengruppen: Asylsuchende, Asylbewerber, Flüchtlinge, Geflüchtete. Welche Definition diesen Begriffen jeweils genau zugrunde liegt und

⁶ Als GFK-Flüchtlinge gelten Menschen, die „sich aus begründeter Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung außerhalb des Landes befinden, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen“ (Vereinte Nationen, 1951, Art. 1 Abs. 2 GFK).

⁷ Vgl. § 60 a Aufenthaltsgesetz.

⁸ Vgl. auch www.proasyl.de/de/themen/basics/glossar.

⁹ Zur Diskussion des Begriffs „Flüchtlinge“ siehe etwa Hemmerling, 2003.

ob sie der oben beschriebenen und in diesem Standpunkt verwendeten Flüchtlingsdefinition entspricht, geht nicht immer eindeutig aus den Studien hervor. Zur sprachlichen Vereinfachung verwenden wir in diesem Standpunkt trotzdem auch bei der Darstellung der Studienergebnisse den Begriff „Flüchtlinge“.

Literatur

- BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2015 a). Deutschland versäumt Umsetzung der EU-Richtlinie: Kaum gesundheitliche Versorgung für schutzbedürftige Flüchtlinge. Abrufbar unter: [www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/07/PM-Deutschland-vers%C3%A4umt-Umsetzung-der-EU-Aufnahmerichtlinie .pdf](http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/07/PM-Deutschland-vers%C3%A4umt-Umsetzung-der-EU-Aufnahmerichtlinie.pdf).
- BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2015 b). Aufforderung zur Sicherstellung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung Geflüchteter in Deutschland. Abrufbar unter: www.baff-zentren.org.
- BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2015 c). Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter durch die Konsequenzen der AsylbLG-Novelle. Abrufbar unter: www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Gef%C3%A4hrdung-der-psychotherapeutischen-Versorgung-Gefl%C3%BChteter-durch-AsylbLG_Novelle.pdf.
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015 a). Aktuelle Zahlen zu Asyl – Ausgabe Juni 2015. Abrufbar unter: www.bamf.de.
- BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2015 b). Bis zu 800.000 Asylbewerber erwartet. Abrufbar unter: www.bamf.de.
- Boos, A. & Müller, J. (2006). Posttraumatische Belastungsstörungen. In: H.-U. Wittchen & J. Hoyer (Hrsg.), Klinische Psychologie und Psychotherapie (S. 823–839). Heidelberg: Springer.
- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2011). BPtK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung – Umfrage der Landespsychotherapeutenkammern und der BPtK. Abrufbar unter: www.bptk.de.
- 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.
- Classen, G. (2011). Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge. Abrufbar unter: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/arbeitshilfen/Psychotherapie_fuer_Fluechtlinge.pdf.
- Classen, G. (2012). Das Bremer Modellprojekt Krankenversicherten-Chipkarten zur medizinischen Versorgung nach §§ 4 und 6 AsylbLG. Abrufbar unter: www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/Bremer_Modell_Medizin_AsylbLG.pdf.
- d' Ardenne, P., Ruaro, L., Cestari, L., Fakhoury, W., & Priebe, S. (2007). Does interpreter-mediated CBT with traumatized refugee people work? A comparison of patient outcomes in east London. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35 (3), 293–301.

- DGPPN – Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (Hrsg., 2009). S3-Leitlinie/Nationale Versorgungsleitlinie Unipolare Depression. Abrufbar unter: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005l_Unipolare_Depression-2015-07_verlaengert.pdf.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg., 2013). Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V (F) Klinisch-diagnostische Leitlinien. München: Huber.
- Essau, C. A., Conradt, J. & Petermann, F. (1999). Häufigkeit der Posttraumatischen Belastungsstörung bei Jugendlichen: Ergebnisse der Bremer Jugendstudie. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 27 (1), 37–45.
- Fegert, J., Ludolph, A. & Wiebels, K. (2015). Gemeinsame Stellungnahme der kinder- und jugendpsychiatrischen Fachgesellschaft und der Fachverbände DGKJP, BAG KJPP, BKJPP zur Perspektive unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge (UMF) bei Erlangung der Volljährigkeit. Abrufbar unter: www.kinderpsychiater.org.
- 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.
- Frommberger, U., Angenendt, J. & Berger, M. (2014). Posttraumatische Belastungsstörung – eine diagnostische und therapeutische Herausforderung. Deutsches Ärzteblatt, 11 (5), 59–66.
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M. & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35 (1), 12–20.
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B. & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. Kindheit und Entwicklung, 17 (4), 224–231.
- Genz, A. & Jacobi, F. (2014). Neuer Behandlungsbedarf – Epidemiologie psychischer Erkrankungen. In: J. Klein-Heßling & D. Krause (Hrsg.), Psychische Gesundheit in der Arbeitswelt (S. 9–20). Heidelberg: medhochzwei Verlag.
- GMK – Gesundheitsministerkonferenz (2015). Beschlüsse der 88. GMK (2015). TOP 8.4 Finanzierung von Dolmetscherleistungen aus Bundesmitteln. Abrufbar unter: <https://www.gmkonline.de/Beschluesse.html?id=304&jahr>.
- Hemmerling, U. (2003). Von der Schwierigkeit, mit dem Begriff „Flüchtling“ zu operieren. In: Projektutorien „Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin“/„Behörden und Migration“ (Hrsg.). Veraltet, entrechtet, abgestempelt – wo bleiben die Menschen? Einblicke in das Leben von Flüchtlingen in Berlin (S. 9–16). Abrufbar unter: www.behandeln-statt-verwalten.de/fileadmin/user_upload/pdfs/veraltet-entrechtet-abgestempelt.pdf.

- IntMK – Integrationsministerkonferenz (2015). Ergebnisprotokoll der 10. Integrationsministerkonferenz der Länder am 25./26. März 2015 in Kiel. TOP 7 Psychotherapeutische Behandlung für Migrantinnen und Migranten, Asylsuchende und Flüchtlinge ausbauen und ermöglichen. Abrufbar unter: www.schleswig-holstein.de/DE/Fachinhalte//integration/IntMK/Ergebnisse/DownloadLinks/konf_10.pdf?__blob=publicationFile&v=2.
- LÄK & LPtK BaWü – Landesärztekammer & Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (Hrsg., 2011) Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg. Abrufbar unter: www.lpk-bw.de.
- Lindert, J., Brähler, E., Wittig, U., Mielck, A. & Priebe, S. (2008). Depressivität, Angst und Posttraumatische Belastungsstörung bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen – Systematische Übersichtsarbeit zu Originalstudien. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 48, 109–122.
- Neuner, F., Kurreck, S., Ruf, M., Odenwald, M., Elbert, T. & Schauer, M. (2009). Can Asylum-Seekers with Posttraumatic Stress Disorder Be Successfully Treated? A Randomized Controlled Pilot Study. *Cognitive Behaviour*, 38, 4, 1–11.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and posttraumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 46–59.
- Ruf, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (3), 151–160.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *British Journal of Psychiatry*, 170, 351–357.
- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P. & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 12 (3), 421–435.
- Traumanetz seelische Gesundheit München (2012). Therapeutische Behandlung traumatisierter Flüchtlinge im Großraum München – Offener Brief. Abrufbar unter: www.refugio-muenchen.de/pdf/pm/2012-03-27--offener-Brief--Traumanetz.pdf.
- UMF – Bundesfachverband Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (2015). Vorläufige Auswertung der Inobhutnahmezahlen 2014. Abrufbar unter: www.b-umf.de.

- Vogel, R. (2003). Minderjährig und unbegleitet – Kinderflüchtlinge in Berlin. In: Projekt tutorien „Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin“/„Behörden und Migration“ (Hrsg.), Verwaltet, entrechtet, abgestempelt – wo bleiben die Menschen? Einblicke in das Leben von Flüchtlingen in Berlin (S. 55–59). Abrufbar unter:
www.behandeln-statt-verwalten.de/fileadmin/user_upload/pdfs/verwaltet-entrechtet-abgestempelt.pdf.
- von Lersner, U., Rieder, H. & Elbert, T. (2008). Psychische Gesundheit und Rückkehrvorstellungen am Beispiel von Flüchtlingen aus dem ehemaligen Jugoslawien. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 37, 2, 112–121.
- Weber, K. (2003). Recht auf medizinische Behandlung? In: Projekt tutorien „Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin“/„Behörden und Migration“ (Hrsg.), Verwaltet, entrechtet, abgestempelt – wo bleiben die Menschen? Einblicke in das Leben von Flüchtlingen in Berlin (S. 45–53). Abrufbar unter:
www.behandeln-statt-verwalten.de/fileadmin/user_upload/pdfs/verwaltet-entrechtet-abgestempelt.pdf.