





---

**Inhalt**

1.	<b>Begrüßung</b> Ulrike Lubek	4
2.	<b>Grußwort der UNO-Flüchtlingshilfe</b> Bernhard von Grünberg	8
3.	<b>Die Situation psychisch kranker Flüchtlinge aus Sicht der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM)</b> Arif Ünal und Martin Vedder	10
4.	<b>Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge - Schlaglichter aus der Sicht des PSZ Düsseldorf</b> Eva van Keuk	24
5.	<b>Trauma, Traumafolgestörungen und Traumatherapie bei Flüchtlingen aus der Sicht einer Traumaambulanz</b> Dr. Andrea Möllering	37
6.	<b>Situation psychisch kranker Flüchtlinge aus Sicht der klinischen psychiatrischen Versorgung</b> Dr. Jaroslav Malevani	42
7.	<b>Situation psychisch kranker Flüchtlinge aus Sicht der klinischen psychiatrischen Versorgung</b> Marlis Bredehorst	49
8.	<b>Wer zahlt was? – Gesetzliche Grundlagen zur Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge</b> Prof. Dr. Dorothee Frings	53
	<b>Referentinnen und Referenten</b>	64

## Begrüßung

### Ulrike Lubek

Sehr geehrten Damen und Herren,  
lieber Bernhard von Grünberg,

mit unserer heutigen Veranstaltung wenden wir uns einer sehr besonderen Gruppe von Menschen in unserer Gesellschaft zu, Menschen, auf die sich nur selten der Focus der öffentlichen Aufmerksamkeit richtet: Es geht um psychisch kranke Flüchtlinge!

Auch im Namen unserer Kooperationspartner, der UNO-Flüchtlingshilfe e. V. und der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration begrüße ich Sie – verehrte Damen und Herren – ganz herzlich hier beim Landschaftsverband Rheinland in Köln.

2007 waren nach Angaben der Menschenrechtskommission der Vereinten Nationen weltweit 42 Mio. Menschen auf der Flucht. Sie flohen vor den bürgerkriegsähnlichen Verhältnissen im eigenen Herkunftsland, vor politischer, ethnischer oder religiöser Verfolgung, vor Menschenrechtsverletzungen, aber auch angesichts sozioökonomischer Not und den Folgen des globalen Klimawandels.

Die meisten dieser Menschen sind so genannte Binnenflüchtlinge, ihre Flucht führt sie in Nachbarländer oder andere Regionen des eigenen Herkunftslandes.

Nur ein kleiner Teil der Flüchtlinge versucht nach Europa zu kommen – und von diesen wiederum schaffen es nicht viele.

Dies liegt zum einen an den enormen Gefahren und Risiken, die mit einer Flucht verbunden sind.

Wirkungsvoll sind zum anderen die Maßnahmen zur Sicherung der EU-Außengrenzen. Sie sorgen dafür, dass etliche Flüchtlinge nach ihrer Ankunft in einem der Mittelmeerländer durch rasche Asylverfahren in ein als sicher geltendes Drittland abgeschoben werden.

Diejenigen, die dann in Deutschland ankommen und hier Asyl beantragen, sind in vielen Fällen von den Fluchtursachen, aber auch von den gefährvollen und lebensbedrohlichen Erlebnissen auf der Flucht gezeichnet und leiden langfristig sowohl psychisch als auch körperlich unter deren Auswirkungen. Nicht wenige sind traumatisiert und/oder in sonstiger Weise erheblich psychisch erkrankt.

Das Asylantragsverfahren und die Lebensbedingungen, die das Asylbewerberleistungsgesetz Flüchtlingen hier ermöglicht, berücksichtigen diese besondere Situation kaum.

So wirkt das mit einer erkennungsdienstlichen Behandlung und einer Anhörung verbundene Asylantragsverfahren auf viele Flüchtlinge ängstigend und einschüchternd. Der oft jahrelang unsichere Aufenthaltsstatus, der mit dem Asylantragsverfahren einhergeht, und die stets präsente Angst abgeschoben zu werden, verstärken Gefühle von Ohnmacht, Unsicherheit und Ausgeliefertsein.

Die Tatsache nicht arbeiten zu dürfen, in der Wahl des Aufenthaltsortes nicht frei zu sein und in Gemeinschaftsunterkünften zu leben, schränkt die Möglichkeiten zur Lebensgestaltung extrem ein.

Für psychisch kranke Menschen ist dies eine noch ungleich stärkere Belastung als für gesunde Menschen. Darauf hinzuweisen ist uns wichtig. Nach Wegen zu suchen, hier Hilfen zu geben und im Rahmen unserer Einflussmöglichkeiten bessere Lebensbedingungen zu gestalten, betrachten wir als unsere Verpflichtung.

Der Anteil der Flüchtlinge in unserer Gesellschaft ist insgesamt gesehen eher gering. Im Rheinland erhielten gemäß dem Landesamt für Datenverarbeitung und Statistik NRW am 31.12.2007 fast 20.000 Asylbewerber Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz.

Von diesen Menschen haben ca. 50 – 70 % Symptome unterschiedlicher Ausprägung, die auf eine posttraumatische Belastungsstörung schließen lassen. Internationale Statistiken gehen davon aus, dass 30 % aller Flüchtlinge unter schwersten posttraumatischen Belastungsstörungen leiden. Psychiatrische Hilfen brauchen darüber hinaus natürlich auch die Flüchtlinge, die an anderen psychischen Krankheiten leiden.

Psychiatrische Behandlung kann nur dann erfolgreich sein, wenn sie bedürfnis- und damit individuumorientiert ist. Psychiatrie braucht Begegnung, Beziehung und Vertrauen. Dies sind Voraussetzungen, die bei Flüchtlingen besonders schwer zu realisieren sind.

Unverzichtbar ist die persönliche Biographie und insbesondere sind die

Fluchtgründe und -erfahrungen therapeutisch zu integrieren.

Psychisch kranke Flüchtlinge sind zudem natürlich ebenso wie viele andere psychisch kranke Menschen mit einer Migrationsgeschichte durch ihren kulturellen, sprachlichen, religiösen und ethnischen Hintergrund geprägt.

Die Behandlung erschwert zudem, dass sie sich meist noch in einer ungeklärten Aufenthaltssituation befinden, von Abschiebung bedroht sind und eine Übernahme der Behandlungskosten – über die akute Versorgung hinaus – nicht gesichert ist.

Zur Weiterentwicklung der Versorgung psychisch kranker Migrantinnen und Migranten fördern wir schon seit vielen Jahren aus Mitteln der Sozial- und Kulturstiftung des Landschaftsverbandes Rheinland Maßnahmen sowohl in den LVR-Kliniken als auch in den sonstigen gemeindepsychiatrischen Versorgungsbereichen, die gerade auch psychisch kranke Flüchtlinge für eine wirkungsvolle Behandlung und Versorgung benötigen.

Der in der Psychiatrie unverzichtbaren Einbeziehung der Migrationsgeschichte in den therapeutischen Prozess versuchen wir im LVR-Klinikverbund u. a. dadurch gerecht zu werden, dass es in unseren Kliniken sog. „Integrationsbeauftragte“ gibt. Deren Aufgabe ist es, auf die Anliegen und therapeutischen / pflegerischen Besonderheiten psychisch kranker Migrantinnen und Migranten im Bereich der klinischen Behandlung hinzuweisen und deren Berücksichtigung sicherzustellen.

Zudem gibt es in den LVR-Kliniken, je nach den jeweiligen regionalen Versorgungsbedarfen, Angebote für bestimmte Migrantengruppen, z.B.

türkisch- oder russischsprachige Ambulanzsprechstunden oder muttersprachliche Psychotherapiegruppen. Außerdem bieten die LVR-Kliniken spezielle Behandlungsangebote bei Traumastörungen an.

Im außerklinischen Bereich fördert der LVR seit über 10 Jahren die Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration – wir kürzen sie als „SPKoM“ ab, die die Leistungsanbieter in ihrer jeweiligen Versorgungsregion darin unterstützen, ihre Angebote interkulturell zu öffnen und kultursensibel zu gestalten. Aktuell gibt es vier SPKoM, die in den Regionen Köln, Duisburg/Niederrhein, Bergisches Land und Südliches Rheinland tätig sind. Die Forderung ist für das Haushaltsjahr 2009 sogar erweitert worden.

Gemäß dem Auftrag unserer politischen Vertretung können wir 2009 eine weitere Region in die Förderung aufnehmen. Das Interesse unserer politischen Vertretung an dem Thema zeigt auch die zahlreiche Teilnahme der anwesenden Mitglieder der Landschaftsversammlung, die ich herzlich begrüße.

Gestalten wir unsere Versorgungsangebote interkulturell offen und kultursensibel, dann können psychisch kranke Migrantinnen und Migranten mit einem geklärten Aufenthaltsstatus dieses differenzierte Angebot bei uns nutzen. Auf psychisch kranke Flüchtlinge trifft dies aber allzu oft nicht zu. Unabhängig von interkulturellen Aspekten ist ihre Versorgung häufig schon deshalb nicht gewährleistet, weil die Finanzierung der nötigen Hilfen nicht gesichert ist - oder anders ausgedrückt: Es herrscht nicht immer Klarheit darüber „Wer zahlt was wann in welchem Umfang?“

Bei der Konzeption dieser Veranstaltung haben wir uns von daher entschlossen, den heutigen Hauptvortrag eben dieser Frage zu widmen. Ich freue mich sehr, dass Frau Prof. Dr. Frings von der Hochschule Niederrhein Zeit gefunden hat, am Nachmittag zu diesem Thema zu sprechen.

Heute Vormittag wird – nach der Begrüßung von Herrn von Grünberg von der UNO-Flüchtlingshilfe e.V. – die problematische Situation der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge aus verschiedenen Perspektiven geschildert: Aus der Perspektive der Gemeindepsychiatrie, einer psychiatrischen Versorgungsklinik, einer Trauma-Ambulanz, eines Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge sowie aus Sicht der Stadt Köln.

Wunsch aller an dieser Veranstaltung beteiligter Partner ist es, dass wir einen realistischen Einblick bekommen, wie es mit den Hilfen für psychisch kranke Flüchtlinge hier bei uns im Rheinland bestellt ist. Wir versuchen zu identifizieren, wo es Probleme gibt, wo dringende Bedarfe bestehen und wollen Antworten dazu finden, wie bestehende Lösungsansätze weiterentwickelt oder gesichert werden können.

Bevor ich schließe, möchte ich mich bei unseren nun schon mehrfach erwähnten Kooperationspartnern für die konstruktive Zusammenarbeit im Vorfeld dieses Forums bedanken. Dank sagen möchte ich auch den Referentinnen und Referenten – ohne Ihre Unterstützung und Ihre Beiträge wäre diese Veranstaltung gar nicht möglich geworden.

Und ich bedanke mich bei Frau Kubny-Lüke, die uns in bekannt bewährter Art als Moderatorin durch das Veranstaltungsprogramm navigieren wird.

Die weltweite Flüchtlingsproblematik gehört zu den großen Herausforderungen unserer Zeit. Es handelt sich um ein globales Problem, für das Lösungen auf internationaler und auch bundespolitischer Ebene gefunden werden müssen.

Wir möchten mit dieser Veranstaltung einen – wenn auch kleinen - Beitrag dazu leisten, die Situation für psychisch kranke Flüchtlinge und ihre Familien im Rheinland zu verbessern. Sie brauchen ebenso wie alle anderen psychisch kranken Menschen einen Zugang zur Behandlung und Versorgung, damit sie trotz ihres

schweren Schicksals wieder innere Stabilität, Mut und Hoffnung finden können.

In diesem Sinne wünsche ich uns eine erfolgreiche Veranstaltung.

**Kontakt:**

Ulrike Lubek  
Landschaftsverband Rheinland  
Dezernat Klinikverbund und  
Heilpädagogische Hilfen  
Tel.: +049(0)221/809-6617/-6619  
E-Mail: [ulrike.lubek@lvr.de](mailto:ulrike.lubek@lvr.de)

## Grußwort der UNO-Flüchtlingshilfe e.V.

### Bernhard von Grünberg

Ich bin sehr froh, dass diese Tagung zustande gekommen ist, weil ich sowohl stellvertretender Vorsitzender der UNO-Flüchtlingshilfe e.V. als auch Mitglied der Landschaftsversammlung bin. Es ist mir ein besonderes Anliegen, dass sowohl die Flüchtlingsberatungsstellen als auch der Landschaftsverband Rheinland gemeinsam überlegen, wie psychisch kranken Flüchtlingen geholfen werden kann.

Der UNO-Flüchtlingshilfe e.V. werden pro Jahr nicht unwesentliche Beträge gespendet. Mit diesen Spenden finanzieren wir u. a. in Deutschland die Behandlungszentren für traumatisierte Flüchtlinge.

Eigentlich halte ich es für problematisch, dass hierfür Spendengelder verwendet werden. Weltweit leben Flüchtlinge in katastrophalen Unterkünften. Um deren Lebensverhältnisse zu verbessern, sammeln wir Spenden. Die Bundesrepublik Deutschland ist ein so reiches Land, dass die Hilfen für Flüchtlinge auch vollständig vom Staat bzw. den Trägern der Gesundheitshilfe übernommen werden sollten.

Es ist sehr ärgerlich, dass nach dem Asylbewerberleistungsgesetz nur die „notwendigen“ Gesundheitshilfen gewährt werden. Die Aufarbeitung von schrecklichen, traumatischen Erlebnisse gehört hierzu offensichtlich nicht. Wir Deutschen sollten allerdings Verständnis dafür haben, dass die Aufarbeitung dieser Traumata ganz entscheidend für die Ge-

sundheit eines Menschen ist. Viele Deutsche haben unter Kriegstraumata gelitten. Durch den von uns angefangenen 2. Weltkrieg, sind nicht nur viele Millionen Menschen umgekommen, viele Millionen haben auch schwere Traumata erleben müssen.

Die Traumabehandlung von Flüchtlingen kann zwar nicht vom Staat übernommen werden, allerdings wurde bis vor einiger Zeit die Tatsache, dass ein Trauma vorliegt, als Abschiebehindernis angesehen. Voraussetzung für die Nichtabschiebung war aber, dass eine fachgerechte Behandlung erfolgte. Wie der Flüchtling die Behandlungskosten übernehmen sollte, wurde völlig offen gelassen. Hier mussten die Wohlfahrtsverbände und Initiativen einspringen. Leider ist dieses Abschiebehindernis inzwischen aufgehoben worden, weil man davon ausgeht, dass solche Behandlungen auch in den Herkunftsländern angeboten werden. Ob ein Flüchtling je die finanziellen Voraussetzung haben wird, im Herkunftsland die Kosten hierfür auch bezahlen zu können, ist nicht entscheidend.

Diese Behandlungen werden sich dort nur die reicheren Bürgerinnen und Bürger leisten können, zu denen ehemalige verarmte Flüchtlinge in der Regel nicht zählen. Das Ziel dieser Veranstaltung ist auch, dass es eine intensivere Zusammenarbeit zwischen den Traumazentren und dem LVR geben sollte, der für die psychiatrische Versorgung der Be-



völkerung im Rheinland mit zuständig ist.

Zu hoffen ist, dass der eine oder andere Fall tatsächlich vom LVR übernommen werden kann und damit auch eine öffentliche Finanzierung stattfindet.

Unabhängig von diesen Fragen scheint mir die Zusammenarbeit zwischen dem Landschaftsverband Rheinland und den Traumazentren auch deswegen wichtig zu sein, um die Erfahrungen im Rahmen der Traumabehandlung austauschen zu können.

Nach meiner Beobachtung gibt es noch einen ganz erheblichen Aufholbedarf in den LVR-Kliniken bei der Behandlung von Migrantinnen und Migranten. Die Zahl der Migrantinnen und Migranten in der Bundesrepublik ist hoch. Es ist davon auszugehen, dass bei ihnen eine große Zahl von psychischen Erkrankungen vorhanden sind, schon aufgrund ihrer Lebensverhältnisse und dem Gefühl in Deutschland doch nicht richtig akzeptiert zu sein.

Die Behandlung von psychisch Kranken setzt Sprachkompetenz bei den Ärztinnen und Ärzten voraus. Der

Landschaftsverband Rheinland muss von daher sehr darum bemüht sein, die Sprachkompetenz seiner Ärztinnen und Ärzte zu vergrößern bzw. entsprechend ausgebildete Dolmetscher einzusetzen, die in der Lage sind, auch ein Therapiegespräch zu übersetzen. Diese müssen bei den Patientinnen und Patienten so viel Vertrauen genießen, dass diese ihnen wie auch dem Arzt oder der Ärztin höchstpersönliche Dinge anvertrauen. Ob dieses Vertrauen tatsächlich bei Dolmetscherinnen und Dolmetschern vorliegt, muss im Einzelfall hinterfragt werden, erst recht, wenn diese/r aus demselben Land kommt und vielleicht auch in Krieg oder Bürgerkrieg verwickelt war.

Ich hoffe, dass diese Tagung auch dazu beiträgt, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Zentren und des Landschaftsverbandes Rheinland sich besser kennen lernen, sich im Einzelfall gegenseitig helfen, angeregt werden regelmäßig Erfahrungen austauschen und gemeinsam die politische Forderung stellen, dass es eine umfangreiche staatliche Finanzierung für die Traumabehandlung geben muss.

Ich danke Ihnen für die Aufmerksamkeit!

**Kontakt:**

Bernhard von Grünberg  
UNO-Flüchtlingshilfe e. V., Bonn  
Wilhelmstr. 42  
53111 Bonn  
Tel.: +49(0)228/62986-0  
E-Mail:  
info@uno-fluechtlingshilfe.de

# Die Situation psychisch kranker Flüchtlinge aus Sicht der Sozialpsychiatrischen Kompetenzzentren Migration (SPKoM)

Arif Ünal, Martin Vedder

Psychisch kranke Flüchtlinge gehören - selbstverständlich - zur Zielgruppe gemeindepsychiatrischer Hilfeangebote. Diese Klarstellung scheint notwendig, da der Aufenthaltsstatus vieler Flüchtlinge eine Finanzierung von Leistungen auf Basis des Sozialgesetzbuches nicht vorsehen.

Wir möchten mit diesem Beitrag nicht nur die gemeindepsychiatrisch Tätigen, sondern auch Trägervertreter und Kostenträger auf die dringliche Notwendigkeit aufmerksam machen, Hilfen für Menschen, die mit schweren psychischen Beeinträchtigungen zum Teil seit vielen Jahren nahezu unversorgt in Flüchtlingsheimen leben, zu leisten. Die bestehende Versorgungslücke stellt einen Skandal dar. Dabei zeigen viele beteiligte Akteure guten Willen, Hilfen zu leisten. Dem stehen *aber* vielfältige Schwierigkeiten gegenüber, Hilfen auf den Weg zu bringen und den komplexen Problemlagen angemessene fachliche Antworten geben zu können.

Mit bestehenden Ansätzen zu Problemlösungen und einzelnen Beispielen möchten wir in diesem Beitrag aber auch zeigen, dass es sinnvoll und möglich ist, das gemeindepsychiatrische Hilfesystem in die Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge einzubeziehen.

## Zahlen der Flüchtlinge

Nach Daten der BAMF haben von 1990 bis Ende 2007 in Deutschland über 2,25 Millionen Menschen um politisches Asyl nachgesucht (Erstantragszahlen). Für die Jahre ab 1995 wurden in den vorliegenden Statistiken jeweils die Zahlen der Erstanträge aus Europa berücksichtigt, einschließlich der Türkei, wobei ab dem Jahr 2000 jeweils mehr Antragsteller aus asiatischen Herkunftsstaaten als aus europäischen einen Asylantrag in Deutschland stellten.

2007 stammten 53,5 % aller Antragsteller aus Asien (2006: 42,8 %) gegenüber 25,7 % aus Europa (2006: 35,4 %) und 18,2 % aus Afrika (2006: 18,3 %). Der Anstieg des Anteils von Asylbewerbern aus Asien gegenüber 2006 ist vor allem auf die Verdoppelung der Antragstellerzahlen aus dem Irak zurückzuführen.

Wenn man sich vergegenwärtigt, dass die meisten Asylbewerber/innen aus den Kriegsgebieten kommen, liegt der Schluss nahe, dass darunter sehr viele traumatisierte Asylbewerber/innen sind.

## Psychisch kranke Flüchtlinge

Asylsuchende, die aufgrund von politischer Verfolgung, Folter oder Krieg fliehen mussten, sind besonders gefährdet, in Folge des traumatischen Erlebnisses psychische Erkrankungen

zu entwickeln. Folter, Flucht und Leben im Exil führen zu unüberschaubaren Störungen im emotionalen, seelischen, sozialen und familiären Bereich.

Ein sinnloses, trostloses Leben versehen mit unvorstellbaren Einschränkungen und Grenzen finden viele Flüchtlinge kurz nach ihrer Ankunft durch eine Unterkunft in Zwangsgemeinschaften. Sie haben keinen Privatbereich, fühlen sich ständig beobachtet und es fehlen emotionale Beziehungen und Eingliederungsmöglichkeiten. Die fehlende Möglichkeit, sich selbst zu versorgen, verstärkt die Gefühle von Ohnmacht und Ausgeliefertsein und schwächt jede mögliche Eigeninitiative. In der Folge werden Ängste, Unsicherheiten, Frustrationen sowie Aggressionen reaktiviert bzw. entstehen neu. Die Konfrontation mit einem völlig neuen und unüberschaubaren System, die damit verbundenen Schwierigkeiten sowie die z.T. traumatischen Erlebnisse sind für die Entstehung bzw. Fortsetzung von psychosozialen und seelischen sowie somatischen Störungen mitverantwortlich. Die Betroffenen haben keine Ansprechpartner, mit denen sie über ihre Probleme reden könnten. Dadurch haben sie keine Möglichkeiten, ihre Traumata zu bewältigen.

Zu den vielfältigen Problemen, die Flüchtlinge aufgrund ihrer traumatischen Erlebnisse im Herkunftsland haben, kommen bei der Ankunft am Fluchtziel weitere hinzu. In unseren Gesprächen sind im Sinne eines kumulativen Traumas weitere Schädigungen bei den Flüchtlingen festzustellen. Adam (S.3, 1993) ist der Auffassung, dass die Flüchtlingsbiographie mit der Ankunft im Aufnahmeland nicht abgeschlossen ist. Die weitere Persönlichkeitsentwicklung wird durch die vorgefundenen Umstände und Strukturen maßgeblich

beeinflusst. Die Angst, die eigenen Erwartungen nicht erfüllt sehen zu können, abhängig zu sein und die Angst vor Retraumatisierung kennzeichnen die Befindlichkeit der Geflohenen während der Warteperiode des Asylverfahrens. Wissenschaftliche Untersuchungen bestätigen, dass vorhandene bzw. langsam verheilte seelische Wunden in schwierigen, psychischen Situationen und auch im Alter wieder aufbrechen können. Leben im Exil heißt, mit den psychischen und physischen Problemen vor, während und nach der Flucht fertig werden zu müssen.

Epidemiologische Studien zeigen, dass posttraumatische Belastungsstörungen zu einem ernstem Problem in der Welt geworden sind. Die psychologische Forschung versucht seit langem, die durch massive Traumata entstehende Veränderungen diagnostisch in Kriterien zu erfassen. Nach den beiden Klassifikationssystemen (DSM IV und ICD10) ist PTSD eine lang anhaltende Störung infolge eines massiv belastenden Ereignisses, das außerhalb der üblichen menschlichen Erfahrungen liegt. Zu den charakteristischen Symptomen gehören: Konzentrations- und Gedächtnisstörungen, Unfähigkeit sich zu entspannen, Schreckhaftigkeit, Erregbarkeit, Angst, Depression, psychische Erstarrung. Häufig ist das Erlebte nicht aus der Erinnerung zu verbannen. Das Ereignis wird in Alpträumen und Tagträumen eindringlich, wiederkehrend und schmerzlich wiedererlebt. Die posttraumatische Belastungsreaktion kann akut und chronisch oder verzögert auftreten. Diese ist schwerer und anhaltender, wenn das Trauma die Folge eines menschlichen Handelns ist (Foa, Rotbaum 1996).

Nach beiden Diagnoseschlüsseln ist Vermeidungsverhalten ein Hauptmerkmal der posttraumatischen Be-

lastungsreaktion. Damit geht eine erhöhte Stressbelastung mit verschiedenen Symptomen wie der Verwirrung, der psychischer Unruhe und der völligen Erinnerungsvermeidung einher.

### **Störungsbilder nach Traumatisierung:**

Infolge solcher Erfahrungen können Menschen klinische Beschwerdebilder entwickeln, die sich nach der Internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD-10) der Kategorie „Reaktionen auf schwere Belastungsstörungen und Anpassungsstörungen“ zuordnen lassen.

1. Akute Belastungsreaktion (F.43.0): Diese geht einher mit Betäubung, Bewusstseinsbeeinträchtigung, eingeschränkter Aufmerksamkeit, einer Unfähigkeit, Reize zu verarbeiten, Desorientiertheit und Erinnerungslücken.
2. Posttraumatische Belastungsstörung (F 43.1): Diese setzt sich zusammen aus sich aufdrängenden belastenden Gedanken und Erinnerungen an das Trauma sowie Erregungssymptomen wie Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrter Reizbarkeit und Konzentrationsstörungen, Vermeidungsverhalten gegenüber Situationen, die an die traumatische Erfahrung erinnern, emotionale Taubheit mit allgemeinem Rückzug, Interesseverlust und innerer Teilnahmslosigkeit.
3. Eine andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastung: Darunter fallen Folter und anhaltende lebensbedrohliche Situationen. Als Ausdruck der psychischen Traumatisierung resultiert eine andauernde feindliche oder misstrauische Haltung gegenüber der Welt, sozialer Rück-

zug, andauerndes Gefühl von Leere und Hoffnungslosigkeit, gesteigerte Wachsamkeit und Reizbarkeit, das Gefühl verändert und anders als die anderen zu sein, was vor dem Ereignis nicht bestand. Die Persönlichkeitsveränderung nach psychischer Traumatisierung muss mindestens zwei Jahre bestehen. Es kann sich dabei um den chronischen Verlauf einer posttraumatischen Belastungsstörung nach psychischer Traumatisierung handeln.

Hinzu kommen weitere häufig auftretende spezifische Störungen, die zusätzlich auftreten können:

4. Depressive Störungen
5. Angststörungen
6. Schmerzsymptomen
7. Psychosomatischen Organerkrankungen
8. Suchterkrankungen
9. Störungen der Persönlichkeit
10. Sexualstörungen.

### **Häufigkeit**

- Bei der Untersuchung von Frauen nach Vergewaltigung fanden Studien eine Häufigkeit der posttraumatischen Belastungsstörung zwischen 57 % und 80 %.
- Bei Kriegstraumata und nach politischer Verfolgung treten Symptome der psychischen Traumatisierung bis zu 70 % auf.
- Nach früherer psychischer Traumatisierung wie Vernachlässigung, Misshandlung und sexueller Traumatisierung wurden Symptome der posttraumatischen Belastungsstörung bis zu 80 % beschrieben.

## **Besondere Probleme bei der Behandlung der Flüchtlinge mit psychischen Erkrankungen**

### **Fehlende therapeutische Angebote**

Herr K. Weber, Beauftragter der Ärztekammer Hamburg für Migration, wies daraufhin, dass die Behandlung von traumatisierten Menschen meist unvollständig bleibt. Und zwar einerseits aufgrund bestehender restriktiver Vorschriften des AsylBLG und andererseits wegen fehlender Kapazitäten bei der Behandlung traumatisierter Menschen. Die medizinische und psychosoziale Versorgung gibt es für Menschen ohne Aufenthaltstatus offiziell überhaupt nicht. So können sie sich nicht rechtzeitig an ärztliches und anderes Personal im Gesundheitssystem wenden.

### **Notwendigkeit hoher Spezialisierung in der Behandlung (störungsbezogen und sprach- und kulturbezogen)**

Zahlreiche Beobachtungen und Berichte aus der Flüchtlingsarbeit weisen darauf hin, dass viele Flüchtlinge wegen ihrer psychischen und somatischen Beschwerden viele verschiedene Krankenhäuser und Ärzte/innen aufsuchen. Wegen mangelnder Verständigungsmöglichkeiten einerseits, der Unkenntnis über die Lebenssituation von Traumatisierten in Deutschland und der kulturellen Hintergründe und der ausgeprägten Vermeidungsstrategie andererseits werden jedoch nicht selten ungenaue Diagnosen gestellt. Das führt zur Chronifizierung sämtlicher Beschwerden und Traumatisierungen. Es können keine passenden Behandlungsmöglichkeiten gefunden werden, was neben dem menschlichen Leid auch hohe Kosten verursachen kann (Zeiler 1997).

Nicht selten werden sie aufgrund der Sprachbarrieren nicht ausreichend über die Art ihrer Störung und über die beabsichtigte Behandlung und Medikamente aufgeklärt. Viele bleiben bei der somatischen Medizin, sei es Allgemeinarzt, Internisten, Orthopäden, Gynäkologen oder bei anderen Ärzten, wie z.B. bei Heilern hängen, da vielen die Möglichkeiten psychotherapeutischer Unterstützung nicht bekannt sind.

### **Zentrale Verteilung der Flüchtlinge**

Bei der Verteilung der Flüchtlinge werden die Traumatisierung und psychische Erkrankungen nicht berücksichtigt (meistens bleiben sie unbekannt). So kann ein traumatisierter Flüchtling, der dringend psychiatrische und psychotherapeutische Hilfe benötigt und in einer ländlichen Region lebt, keine Hilfe bekommen.

### **Interkulturelle Öffnung der Regelversorgung**

Nach dem Leiter des Instituts für Migrationsforschung und interkulturelle Studien, Herrn Marschalck, stellen die Flüchtlinge für das öffentliche Gesundheitswesen die größte und dringlichste Problemgruppe dar. Er fügt hinzu, dass die Strukturen im Gesundheitswesen zu wenig auf den spezifischen Bedürfnissen von Flüchtlingen ausgerichtet sind (2006).

Unsichere Kostenübernahme der Behandlungen und evtl. Nachsorgemaßnahmen halten auch die Einrichtungen, die entsprechende Hilfen anbieten können davon ab.

## Kettenduldungen und Altfallregelung

Für die Flüchtlinge, die seit Jahren mit den Kettenduldungen leben, wurde August 2007 so genannte Altfallregelung erlassen. Um davon profitieren zu können ist es erforderlich, dass die Menschen, die in Deutschland nur geduldet sind, sich jedoch bereits seit acht bzw. als Familie seit sechs Jahren hier aufhalten, am Stichtag, dem 31.12.2009, nachweisen können, dass sie in den letzten 30 Monaten überwiegend bzw. mindestens seit dem 01. April 2009 ohne öffentliche Sozialleistungen durch Erwerbstätigkeit ihren Lebensunterhalt bestreiten können. Dies ist für viele jedoch wegen struktureller Barrieren unmöglich.

Nach der Veröffentlichung der EKD haben nur 6.500 Personen eine dauerhafte Aufenthaltserlaubnis erhalten. Und nur die Hälfte der rund 100.000 Menschen hat eine vorläufige (Probe) Aufenthaltsgenehmigung bekommen.

Es zeichnet sich ab, dass bei einem Großteil der langjährig hier lebenden geduldeten Menschen die Altfallregelung nicht dazu führt, dass sie ein wirksames Bleiberecht erhalten. Alle, die zum Stichtag die Kriterien nicht erfüllen, bleiben weiter nur geduldet. Neue Geduldete werden hinzukommen und können von vornherein nicht von der Regelung profitieren. Damit wird es wieder zu Kettenduldungen kommen.

Deshalb ist eine Nachfolgeregelung zur jetzigen Bleiberechtsregelung ohne Stichtagsregelung sinnvoll. Damit möglichst viele geduldete Menschen von der jetzigen Bleiberechtsregelung profitieren können, muss sie kurzfristig nachgebessert werden. Auch für die über 100.000 Menschen, die nicht unter die Altfall-

regelung fallen, muss eine Lösung gefunden werden. Deshalb muss eine kurzfristige Nachbesserung der Bleiberechtsregelung erreicht werden und der Zeitraum der Altfallregelung muss **sofort** deutlich verlängert werden!

Die Gründe für das Nichtgreifen der Regelung sind vielfältig (Zeiträume und zeitliche Bedingungen sind zu kurz, strenge Ausschlusskriterien, Bewilligungspraxis). Die Kommunen müssen die ESF-Bundesprogramme (Kölner Netzwerk „Flüchtlinge und Arbeit“ und Netzwerk „Bunt in die Zukunft“) zur Unterstützung auf dem Arbeitsmarkt für Bleibeberechtigte und Flüchtlinge mit Zugang zum Arbeitsmarkt stärker als bisher unterstützen.

## Zum aktuellen Stand der gemeindepsychiatrischen Versorgung von Flüchtlingen

Die Arbeit mit Flüchtlingen ist im Feld gemeindepsychiatrischer Hilfen nach unserem Eindruck zum gegenwärtigen Zeitpunkt die Ausnahme.<sup>1</sup> Grund für diesen Missstand ist zunächst einmal die fehlende Finanzierungsgrundlage. Das Ausländerrecht, das alle Leistungen für Menschen im Duldungsstatus regelt, sieht nur Hilfen für Akuterkrankungen, nicht aber rehabilitative Leistungen vor.<sup>2</sup>

---

1 Unsere Nachfragen aus Anlass der Vorbereitung dieser Tagung bei etlichen Sozialpsychiatrischen Zentren im Rheinland bestätigte diese Einschätzung. Eine besondere Situation findet sich in einzelnen Großstädten, in denen eine sehr enge personelle Vernetzung von Sozialpsychiatrischem Dienst und Ausländerbehörde und eine sehr gut organisierte Flüchtlingshilfe für eine umfassendere auch fallbezogene psychosoziale Unterstützung von psychisch erkrankten Flüchtlingen unter Einbezug der Gemeindepsychiatrie sorgen.

2 s. dazu genauer der Aufsatz von Frau Prof. Frings in dieser Tagungsdokumentation

Aber auch von Seiten der Anbieter wird anscheinend zögerlich auf Hilfeanfragen reagiert. Verschiedene Faktoren tragen zu dieser Haltung bei: große Wissensmängel über fachspezifische Fragen und Hilfemöglichkeiten, kaum zu bewältigende Sprachhürden, Angst vor Überforderung und, angesichts von existierenden Abschiebedrohungen, die Ungewissheit über die Dauer und Perspektive der Hilfen.

Die spezifischen Strukturen der Flüchtlingshilfe, die zum erheblichen Teil einem eher politisch-caritativen Feld entstammen und sich bislang überwiegend aus Projektmitteln und kommunalen Zuschüssen, kaum aber aus Regelleistungen finanzieren, tragen sicher dazu bei, dass entsprechende Hilfeanfragen vergleichsweise selten an die Gemeindepsychiatrie herangetragen werden.

Fälle, in denen Flüchtlinge in einer sozialpsychiatrischen Beratung ankommen, haben ihrerseits häufig nur kurze Verläufe, da angesichts der hohen Komplexität eine Lösung von Einzelproblemen, eine Verständigung über Ziele und damit über den Sinn der Hilfen nicht geleistet werden kann.

### **Fallbeispiel 1: Herr M.**

Die Kontaktaufnahme mit Herrn M., 52 Jahre, geschieht über dessen rechtlichen Betreuer. Er stammt aus dem Kongo und war dort Mathematiklehrer. Von Seiten des Arztes als „Anpassungsstörung nach sozialer Entwurzelung“ diagnostiziert zeigt er eine deutlich depressive Symptomatik. Außerdem wurde von erheblichem Alkohol- und Cannabiskonsum berichtet. In der Vergangenheit war er häufiger durch kleinere Delikte wie Schwarzfahren und Ladendiebstähle polizeilich aufgefallen und hatte als Folge eines Strafverfahrens

wegen Cannabisbesitzes seinen Aufenthaltstitel verloren. Die letzten drei Jahre wurden die Duldungen jeweils nur für drei Monate verlängert. Aufgrund fehlender Reisefähigkeit fand keine Abschiebung statt. Symptomatisch zeigte er sich leicht irritierbar und psychisch instabil, längere Beobachtung ließen auf psychotische Symptome und Erregungszustände aufgrund von Flashbacks vermuten. Eine genauere Einschätzung war aber aufgrund erheblicher Verständigungsschwierigkeiten nicht möglich. Der Versuch, Hilfen für Herrn M. als gesundheitliche Akutleistungen genehmigen zu lassen, zog sich über Monate hin, in denen niederfrequent Hausbesuche stattfanden und erste Unterstützungsangebote entwickelt wurden. Als Herr M. schließlich im Zuge der Bleiberechtsregelung einen Aufenthaltstitel erhielt und damit psychosoziale Hilfen zugesichert werden konnten, war sein Glaube in die Zuverlässigkeit der Hilfen des SPZ stark beschädigt, zumal er gegenüber den Hilfen sehr ambivalent war und vor allem seinen Wunsch, arbeiten gehen zu können, im Blick hatte. Im folgenden Jahr versuchte der zuständige Betreuer des Betreuten Wohnens dennoch, konstante Hilfen zu installieren. Herr M. ließ sich auf diese Hilfen kaum ein und wurde immer unzuverlässiger in der Termineinhaltung. Schließlich wurden die Hilfen eingestellt.

### **Aufgaben**

Dennoch können und müssen bei näherem Hinsehen eine Reihe durchaus realisierbare Aufträge für gemeindepsychiatrische Hilfeanbieter formuliert werden:

Flüchtlinge bringen in sehr hohem Maß traumatisierende Erfahrungen mit – entweder waren sie Anlass zur Flucht – in Form von Folter, Gewalterfahrungen, Drohungen – oder die

Flucht selbst war mit schweren Traumatisierungen verbunden. Die darauf folgenden Lebensumstände in Massenunterkünften und jahrelange permanente Abschiebedrohung haben vielfach zu ständiger Retraumatisierung und zur Verstärkung und Chronifizierung bestehender Symptomatik beigetragen. Dazu gehören starke suizidale Tendenzen, minimale Stresstoleranz, Dissoziieren, Phobien, Psychosesymptome, schwere depressive Symptome.

Neben ärztlichen und psychotherapeutischen Hilfen, wie sie schwerpunktmäßig in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer geleistet werden, können gemeindepsychiatrische Hilfen einen wichtigen Beitrag zur Stabilisierung leisten. Wo psychotherapeutische Hilfen die Fähigkeiten des Einzelnen stärken, aus sich heraus die Kompetenz zur Selbststabilisierung zu entwickeln, kann psychosoziale Hilfe, wie Gemeindepsychiatrie sie klassischerweise erbringt, zur Minderung von Alltagsstress und zum Abfangen von permanenter Krisensymptomatik beitragen. Minderung des Alltagsstress kann zunächst Unterstützung bei der Regelung finanzieller, behördlicher oder ähnlicher Aufgaben bedeuten. Eine Stressminderung erfolgt aber auch durch kontinuierliche Begleitung, regelmäßige Termine und den Aufbau einer verlässlichen Betreuungsbeziehung. Auf diesem Weg kann für die Betroffenen das Gefühl zurückkehren, die anstehenden Schwierigkeiten überwinden zu können. Gespräche mit vertrauten psychosozialen Fachleuten geben die Möglichkeit, über Angstgefühle, unsichere Zukunftsaussichten, Konflikte etc. zu reden und sich aktuell zu entlasten. Beratung durch eine verlässliche Bezugsperson gibt ein Stück Sicherheit und Halt und eröffnet die Möglichkeit, wieder Prioritäten im Leben setzen zu können.

Insbesondere *die* spezifische Kompetenz sozialpsychiatrischer Helfer, mit wenig rationalem, manchmal selbstschädigendem, unangepasstem Verhalten umzugehen, Prioritäten zu setzen und im Rahmen von Empowerment realisierbare Zukunftsprojekte und damit die Erwartung einer besseren Zukunft vermitteln zu können, sind hier gefragt.

Im Grundsatz geht es darum, diesen Menschen Orientierung auf Ziele und Umsetzungsschritte zu geben, in denen komplexe rechtliche, soziale und psychische Belastungen permanente Überforderung mit sich bringen.

Gemeindepsychiatrie kann ihre Rolle an dieser Stelle allerdings nur unter sehr spezifischen Voraussetzungen erfüllen: Auf einzelne Personen bezogene Hilfen müssen refinanzierbar sein. Für die Kostenübernahme für Personen im Duldungsstatus sind die Ausländerbehörden zuständig. Dies setzt eine entsprechende amtsärztliche Begutachtung durch den sozialpsychiatrischen Dienst voraus. Daraus muss hervorgehen, dass es sich bei der beabsichtigten Hilfe um eine Maßnahme im Sinne einer Akutbehandlung oder Unterstützung derselben handelt.

Diese Klärungsschritte benötigen mitunter viel Zeit. Wer gemeindepsychiatrische Hilfen für diese Personengruppe auf den Weg bringen will, muss Beharrlichkeit zeigen und Überzeugungsarbeit leisten, um entsprechende Stellungnahmen möglichst zügig zu erhalten. Da es letztlich eine Ermessensentscheidung der Behörde bleibt, Art und Umfang der Hilfen zu finanzieren, empfiehlt sich zudem ein geschicktes, diplomatisches Vorgehen, um Verzögerungen bei der Bearbeitung der Anträge auf Kostenübernahme, rigide Entscheidungen in Folgefällen und mögliche negative Folgen für weitere Ermes-



sensentscheidungen der Behörden (bis hin zur Umsetzung einer Abschiebung) zu vermeiden.

Weitere Schwierigkeiten bei der Durchführung der Hilfen kommen hinzu: Die Sprachkompetenzen der Flüchtlinge sind oft sehr mangelhaft, weil zu wenig Sprachkurse angeboten wurden oder die Lernfähigkeit durch psychische Belastungen und Lebensumstände eingeschränkt war oder die Lernmotivation der Flüchtlinge nicht ausreichte. Unklar ist, wie notwendige Dolmetscherdienste z.T. in selten vorkommenden Sprachen, schon in der Clearingphase finanziert werden können. In vielen Regionen gibt es zwar mittlerweile kommunal oder in Institutionen organisierte halbbehrenamtliche Dolmetscherdienste. Allerdings fehlt hier die notwendige fachliche Qualifikation für Übersetzungen im therapeutischen Feld – in der Arbeit mit traumatisierten Personen im Grunde eine unverzichtbare Voraussetzung. Schließlich ist die mögliche Dauer der Hilfen angesichts drohender, ggf. unmittelbar bevorstehender Abschiebung vollkommen unklar.

Kaum verwunderlich ist es daher, dass Hilfeanbieter es sich nur ungern zumuten, für diese Personengruppe aufwändige Hilfeplanverfahren durchzuführen, wenn die Perspektive der Hilfen vollkommen unklar bleibt.

### **Fallbeispiel 2: Frau F.**

Nach langer Flucht kommt Frau F. aus dem Kamerun vor ca. 10 Jahren als junge Frau mit 23 Jahren in Deutschland an. Im Asylverfahren macht sie widersprüchliche Angaben. Unter anderem verschweigt sie im ersten Gespräch traumatisierende Erfahrungen. Außerdem gibt sie ein falsches Herkunftsland an. Ihr Asylantrag wird daraufhin abgelehnt. Aufgrund ihrer psychischen Instabili-

tät, insbesondere andauernder Suizidalität, gilt sie als nicht reisefähig und wird von einer Abschiebung verschont.

Mit dem örtlichen SPZ kommt sie durch ihren Freund in Kontakt, der die Einrichtung bereits kennt. In einer akuten Krise seiner Freundin wendet er sich an den Krisendienst des SPZ-Trägerverein. Im ersten Kontakt ist Frau F. äußerst misstrauisch. Das Krisengespräch findet in einem Schnellrestaurant statt, da sie niemanden in ihrer Wohnung treffen und sich nur im öffentlichen Raum bewegen will. Sie berichtet über massive Schlafstörungen, optische Halluzinationen und drängende Suizidgedanken. Die Nacht will sie zunächst bei ihrem Freund verbringen und kann sich auf eine tragfähige Vereinbarung einlassen. Von der Ärztin der Institutsambulanz des Vereins, zu der sie der Krisendienst am nächsten Tag verabredungsgemäß begleitet, nimmt sie eine Schlafmedikation an und zeigt sich etwas stabilisiert, ohne weitere Hilfen akzeptieren zu können.

Weitere Kontakte zum SPZ kommen erst wenige Wochen später zustande, als die Bewilligungsfrist ihrer „Duldung“ abläuft, sie eine Abschiebung befürchtet und eine erneute schwere suizidale Krise ausgelöst wird. In der Folgezeit finden weitere Beratungsgespräche und Begleitungen zur Ärztin statt, die zu einer gewissen psychischen Stabilisierung führen. Symptomatisch weist bei Frau F. viel auf eine Posttraumatische Belastungsstörung mit ausgeprägten Dissoziationen hin. Sie berichtet nun auch von therapeutischen Gesprächen im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge (PSZ) in Düsseldorf. Versuche, die Hilfen zu verstetigen und mit dem PSZ zu koordinieren, werden durch eine erneute akute Krise unterbrochen, in der sie sich

in stationäre Behandlung begibt. Danach bricht der Kontakt zunächst ab. Wie später zu erfahren ist, hat sie in dieser Zeit stabilen Kontakt zum PSZ.

Jahre später bittet ihre damalige Ärztin das SPZ um erneute Unterstützung. Frau F. ist zu dieser Zeit in der Klinik, schwanger und leidet unter einer Diabetes sowie Bluthochdruck. Psychisch ist sie hochinstabil, da der Vater des Kindes sich trennen will und sie zum Abbruch der Schwangerschaft drängt. Wegen fehlender Finanzierung kann auch jetzt nur eine punktuelle Unterstützung stattfinden, das Bemühen um eine Finanzierung psychosozialer Hilfen durch die Ausländerbehörde zieht sich bis zur Geburt des Kindes hin. Da der Kindesvater EU-Bürger ist, erhält sie einen regulären Aufenthaltsstatus und wird damit perspektivisch SGB-leistungsberechtigt.

Die Jugendamtsmitarbeiterin ist nach der Geburt äußerst besorgt in Bezug auf das Neugeborene aufgrund der bekannten psychischen Instabilität. Sie überlegt die Unterbringung des Kindes in einer Pflegefamilie. Die mittlerweile tätige Bewo-Mitarbeiterin kann sie jedoch davon überzeugen Frau F. in der Kindesbetreuung mit flexibler Jugendhilfe zu unterstützen, während für die Seite der psychischen Stabilisierung Hilfen zum Selbständigen Wohnen zur Verfügung stehen. Diese Setting erweist sich als sehr tragfähig.

Heute ist das Kind zwei Jahre alt, Frau F. ist aus der Flüchtlingsunterkunft in eine eigene Wohnung gezogen und hat sich deutlich stabilisiert. Vor kurzem hat sie sich aus dem „Bewo“ abgemeldet, gelegentliche Telefonkontakte sind vereinbart.

Auf der anderen Seite sehen mögliche Zuweiser, die den Hilfebedarf

dieser Personen erleben, Gemeindepsychiatrie nicht als typische Hilfsstruktur – nicht zuletzt wegen der oben beschriebenen Zurückhaltung, mit der diese Einrichtungen auf Hilfeanfragen reagieren.

Letztlich gibt es aber auch fachliche Probleme: Für kompetente Hilfestellungen müssen sich die gemeindepsychiatrischen Mitarbeiter mit komplexen ausländerrechtliche Regelungen und den bestehenden Netzwerken auskennen. Hinzu kommen die Störungsbilder der Hilfesuchenden:

Der Umgang mit Schwerst-Traumatisierten gehört zwar mittlerweile zum Alltagsgeschäft gemeindepsychiatrischer Einrichtungen. Fachliche anspruchsvolle Konzepte zur Arbeit mit diesen verbreiten sich aber erst allmählich und gehören längst nicht zum allgemeinen Standard.

Schließlich ergeben sich nicht selten praktische Hindernisse: Schon der Ort, an dem Hilfe erbracht werden kann, stellt ein Problem dar.

Flüchtlinge können Einrichtungen oft nicht aufsuchen, weil sie von ihren reduzierten Sätzen zum Lebensunterhalt kaum Fahrkarten bezahlen können, um entsprechende Einrichtungen regelmäßig, wenn nötig mehrfach die Woche aufsuchen zu können. Umgekehrt leben viele von ihnen oft in kleinen, von ganzen Familien bewohnten Räumen.

Gespräche sind unter diesen Umständen praktisch kaum durchführbar. Schließlich bleibt das Problem der sprachlichen Verständigung.

Dennoch glauben wir, dass gemeindepsychiatrische Hilfen für diese Personengruppe nicht nur notwendig, sondern ausgesprochen sinnvoll sind. Ein Grund findet sich in dem alten Selbstauftrag der Gemeindepsychiat-

rie, auch und insbesondere für die am schwersten von psychischen Störungen Betroffenen zuständig zu sein.

Daneben halten wir aber diese Form der Hilfe aus weiteren guten Gründen für besonders geeignet: Da in der Gemeindepsychiatrie der Bedarf des einzelnen Hilfebedürftigen maßgebend ist und Einrichtungen am Wohnort der Flüchtlinge präsent sind, können nur sie in Fällen, in denen dringende Notwendigkeit besteht, den Aufwand von bis zu mehreren Kontakten pro Woche tatsächlich realisieren. Sie können sie darüber hinaus zu Behörden oder Ärzten/innen begleiten und zur Bewältigung des Alltages, z.B. durch Unterstützung bei der Haushaltsführung beitragen. Vor allem können sie, trotz der beschriebenen Hindernisse, aufsuchend betreuen. Dies ist ein nicht zu unterschätzender Vorteil, wenn Ängste bestehen, das Haus zu verlassen und/oder sich im öffentlichen Räumen zu bewegen, wenn der Antrieb zum eigenständigen Aufsuchen entsprechender Stellen fehlt, oder wenn akute Symptome bzw. fehlender Antrieb daran hindern, Beratungs- oder Therapieeinrichtungen aufzusuchen.<sup>3</sup>

Die Sozialpsychiatrischen Zentren mit ihrer Komm-Struktur bieten dort, wo sie auch für Flüchtlinge nutzbar sind, wichtige besondere Hilfeele-

---

3 Hilfen, wie sie hier beschrieben wurden, sind von den bestehenden Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer zumindest außerhalb von deren unmittelbarem Einzugsgebiet aus Kapazitäts- und Kostengründen nicht zu leisten. Eher bietet es sich an, die Arbeit der PSZ, insbesondere deren therapeutischen Hilfen, dadurch zu unterstützen, dass die erfolgreiche Bewältigung des Alltages durch psychosoziale Begleitung und Betreuung ermöglicht und damit die Basis für erfolgreiche Therapie gesichert wird.

mente an: In ihrem Treffpunktcharakter eröffnen sie Möglichkeiten zur Alltagskommunikation, zur Tagesstrukturierung und zur Teilnahme an Aktivitäten in der Gemeinschaft und stellen damit wichtige Integrationsfunktionen dar.

Die gewinnt eine besondere Bedeutung, wenn man bedenkt, dass viele Flüchtlinge sehr isoliert leben und es häufig kaum Landsleute in der Kommune, in der sie sich bewegen dürfen, gibt.

### **Fallbeispiel 3: Frau N.**

Die rechtliche Betreuerin von Frau N. aus Ruanda suchte eine dauerhafte fachkompetente Hilfe für ihre Klientin. Frau N. lebte seit einigen Jahren in Deutschland, war hier sehr isoliert und psychisch extrem instabil. Neben schweren Depressionen waren starke Angstsymptome und offensichtliche, akute Irritationen zu beobachten. Massive Störungen zeigten sich regelmäßig dann, wenn bei Behörden oder Behandlern/innen ihre traumatischen Erfahrungen thematisiert wurden. Einziger sozialer Kontakt war ein wesentlich jüngerer, aus einem afrikanischen Nachbarland stammender Mann, der häufiger Dolmetscheraufgaben für sie übernahm, sich aber mit ihrer Begleitung überfordert sah. Eine Anbindung an den offenen Bereich des SPZ war aufgrund ihrer psychischen Instabilität und fehlender Sprachkompetenz zu diesem Zeitpunkt nicht möglich. Als sie schließlich aus humanitären Gründen einen Aufenthaltstitel zugesprochen bekam, konnte sie Eingliederungshilfen erhalten. Um den ehemaligen Übersetzer in die Betreuungsarbeit einbinden und ihn für diese Leistungen honorieren zu können, wurden Leistungen nach dem Persönliche Budget beantragt. Diese Lösung erwies sich als sehr hilfreich

und führte zu einem haltenden, gut unterstützenden Hilfesystem. Heute hat sie sich deutlich stabilisiert, konnte in Begleitung des Dolmetschers ihre 15jährige Tochter in einem Europäischen Nachbarland besuchen, und ist vor allem über praktische Tätigkeiten gut in die Besuchergruppe der Tagesstätte eingebunden, wo sie auch bei mehreren Zuverdienstangeboten mitmacht.

Schließlich verfügen gemeindepsychiatrische Mitarbeiter mit ihren Erfahrungen und Fähigkeiten als Fallmanager über eine Kernkompetenz, die insbesondere bei den multiplen Problemlagen von Flüchtlingen in hohem Maße gefordert sind. So gehört zu ihren Aufgaben als Fallmanager in der Regel, unterschiedliche Hilfestellungen miteinander zu koordinieren, diese den Betroffenen zu vermitteln und Zielvorstellungen mit praktischen Erfordernissen abzustimmen. Insbesondere in Krisenzeiten geht es deshalb neben der Begleitung, Beruhigung oder angemessenen Intervention auch um die Erfüllung folgender formaler Aufgaben:

- rechtsanwaltliche Beratung und Vertretung in der gerichtlichen Auseinandersetzung um Sicherstellung des weiteren Aufenthaltes,
- um das Einhalten der Erbringungspflichten gegenüber den Ausländerbehörden. Nicht selten ist zu erleben, dass Beantragungstermine zur Verlängerung einer Duldung aufgrund von Krisensymptomen versäumt werden. Dazu zählen Suizidalität, soziale Phobien, der Verlust an Orientierung, Zeitgefühl und Realitätsbezug in dissoziativen Zuständen, die durch existenzielle Bedrohungen wie die bevorstehende Abschiebung in das Land, in dem traumatisierende Erfahrungen erst den Fluchtgrund gegeben haben.

- Koordinierung von Gutachterterminen, ärztlichen Behandlungen, Umgang mit weiteren beteiligten Behörden
- Die Unterstützung der Betroffenen durch Hinzuziehen eines Dolmetschers etc.

### **Ein Beispiel guter Praxis - Die Versorgung von Flüchtlinge durch das SPKoM Köln**

Seit der Gründung des Gesundheitszentrums für MigrantInnen e. V., Standort des SPKoM Köln, hat es immer wieder Anfragen von Flüchtlingen oder Organisationen mit Flüchtlingen gegeben. Wir haben zuerst versucht, sie gezielt an Fachstellen wie die Psychosoziale Beratungsstelle für ausländische Flüchtlinge, das Therapiezentrum für Folteropfer oder zu Traumatherapeuten/innen weiterzuvermitteln. Aufgrund nicht ausreichender Kapazitäten und hoher Aufnahmekriterien ist es aber immer schwieriger geworden, sie weiterzuvermitteln.

Seit mehreren Jahren haben wir aus unterschiedlichen Gründen nicht vermittelbare Personen mit psychischen Erkrankungen aufgenommen. Im Bereich Krisenintervention / Kurzzeittherapie gibt es jährlich 40 bis 50 Flüchtlinge. Auch im Bereich des Ambulant Betreuten Wohnens des SPKoMs Köln gibt es jährlich 10 - 12 Kontingentflüchtlinge aus Russland und genauso viele Flüchtlinge aus der Türkei und Irak, die eine dauerhafte Aufenthaltserlaubnis haben.

### **Betreuungskonzept einer Wohngruppe für männliche Flüchtlinge mit chronisch-psychischen Erkrankungen und besonderem Betreuungsbedarf in Köln**

Nach der Feststellung der Unterversorgung der obengenannten Zielgrup-

pe hat das SPKoM Köln ein Konzept entwickelt, dass mit der finanziellen Unterstützung des Wohnversor- gungsbetriebes Köln (für die Unter- bringung der Flüchtlinge zuständig) im Dezember 2008 umgesetzt wur- de. Das Betreuungskonzept soll hier kurz dargestellt werden.

### **Ausgangslage:**

- In den Wohnheimen werden ca. 2.200 Flüchtlinge untergebracht, darunter ca. 300 alleinstehende Männer.
- Die Wohnheime werden überwie- gend als Familienwohnheime ge- führt; drei Wohnheime werden ausschließlich von Männern be- wohnt.
- Die zuständigen Heimleiter/innen und Sozialarbeiter/innen der Wohnheime versuchen durch Kri- senintervention die entstehenden Probleme zu managen.
- In einigen Wohnheimen wird die Situation durch alleinstehende Männer mit chronisch-psychischen Krankheiten zusätzlich verschärft.
- Regelmäßig kommt es insbeson- dere in den drei Männerwohnhei- men zu eskalierenden Situationen.
- Von diesen gewalttätigen Eskalati- onen ist dann die gesamte Haus- gemeinschaft massiv betroffen – Die Grundstimmung in den Wohn- heimen ist explosiv.
- In den Wohnheimen wohnen einer groben Erhebung zu Folge z.Z. ca. 40 alleinstehende chronisch- psychisch kranke Männer.
- Sie kommen aus ca. 15 verschie- denen Ländern.
- Einige haben schwere rezidivie- rende Depressionen mit psychoti- schen Symptomen, andere post- traumatische Belastungsstörung oder schizophrene Psychosen, Pa- nikerkrankungen und generalisier- te Angststörungen.
- Diese Personengruppe stellt so- wohl für ihre eigene Gesundheit

als auch für die übrigen Bewohne- rInnen der Wohnheime sowie das Betreuungspersonal eine poten- tielle Gefahr dar.

### **Zielsetzung:**

- Ziel des Betreuungskonzeptes ist die o.g. Personengruppe in das gemeindepsychiatrische Versor- gungssystem zu integrieren und sie zu befähigen, trotz ihrer Er- krankungen selbstständig zu woh- nen.
- In einem Hilfeplan werden not- wendige Aufklärung der Krankheit, Sicherstellung der Behandlung und Nachsorgemaßnahmen, Integri- ation in das soziale Leben, in das Ar- beitsleben, Tagesstrukturierung und Freizeitgestaltung beinhaltet sein.
- Um Zeit, Energie und Kosten zu sparen und den Betroffenen effi- zienter helfen zu können, ist die Kooperation mit den in dem Fall involvierten Stellen effizienter zu gestalten.
- In der ersten Phase des Projektes werden ca. 20 Männer gemäß ih- ren Sprachkenntnissen in drei 6er bzw. 7er Gruppen in verschiede- nen Wohnheimen in kleinen a- partmentähnlichen Wohneinheiten untergebracht.
- Nach der Zusammensetzung der jetzigen Klienten sind sie in jugo- lawisch / serbokroatischer, franzö- sischer und persisch/arabischer Sprachen zusammenzufassen.
- Die erste Wohngruppe wurde im Mauritiussteinweg eingerichtet und 5 Klienten sind im Dezember 2008 eingezogen.
- Die Klienten kommen aus Iran, aus Syrien, aus Marokko und aus Pakistan.
- Zwei Klienten haben eine Aufent- haltserlaubnis und drei Klienten haben eine Duldung.

### **Krankheitsbilder sind:**

- Posttraumatische Belastungsstörung
- Paranoide Schizophrenie,
- Rezidivierende schwere depressive Episode mit psychotischer Symptomatik,
- Generalisierte Angststörung.

### **Räumliche Voraussetzungen:**

- Jeder Klient hat eine separate Wohneinheit mit einer Nasszelle.
- Eine Gemeinschaftsküche, ein Gemeinschaftsraum und eine kleine Waschküche.
- Im Wohnheim ist ein Büro mit festen Sprechzeiten.

### **Sozialpädagogische Betreuungsarbeit:**

- Begleitung und die Sicherstellung der Verständigung mit behandelnden Stellen,
- Begleitung und Erledigung der amtlichen Angelegenheiten
- Psychologische Einzelgespräche
- Psychoedukative Gruppenangebote
- Freizeitangebote und vor allem
- Ressourcenorientierte Aktivierung der Klienten sind Bestandteile der Betreuungsarbeit.

Zusätzlicher Bestandteil im Betreuungsplan ist es:

- die ausländerrechtliche Situation des Einzelnen zu evaluieren und ggf. zu klären,
- eine Tagesstrukturierung zu schaffen und die Verhinderung der persönlichen Isolation zu erreichen,
- die soziale und kulturelle Integration in die Gruppe und das soziale Umfeld, sowie
- Kooperation und Vernetzung mit den Flüchtlingsberatungsstellen, behandelnden Ärzten, Sozialpsychiatrischen Zentren, Kliniken, ge-

setzlichen Betreuern/innen, anderen Institutionen und den Sozialarbeiter/innen des Wohnungsversorgungsbetriebes.

- Es findet regelmäßig Gruppengespräche statt, wo Putzpläne gemacht und weitere Absprachen getroffen werden.
- In Gruppengesprächen bringen sie ihre Vorschläge ein, welche Aktivitäten sie gerne haben wollen. Bis jetzt wurden z.B. ein gemeinsamer Zoobesuch, ein Tagesausflug nach Koblenz und Trier organisiert und durchgeführt.

Es ist geplant ab 2010 weitere Wohngruppen einzurichten.

### **Zusammenfassung:**

Gemeindepsychiatrische Hilfen bieten sehr gute Voraussetzungen zur psychosozialen Unterstützung von Flüchtlingen. Dazu tragen bei:

- die Verbundstruktur der Hilfen,
- die Fallmanagerfunktion einzelner Betreuer,
- die Infrastruktur Gemeindepsychiatrie als haltende, stützende Struktur,
- ihr Beitrag zum Erhalt basaler Funktionen der Alltagsbewältigung und
- ihr Einfluss auf die Erfolgsaussichten psychotherapeutischer Hilfen,
- indem sie mit dem Angebot ständiger Begleitung und kurzfristiger Unterstützung zur allgemeinen Beruhigung der Situation und zur Vermeidung sich ständig wiederholender Krisen beitragen.

Auch wenn bisher nur in Einzelfällen Flüchtlinge im Duldungsstatus gemeindepsychiatrische Hilfe erhalten, kann dieses Feld eine große Bedeutung in der Verbesserung der seelischen Gesundheit erhalten. Dies scheint nicht nur moralisch und fachpolitisch geboten. Da faktisch

aufgrund der Erkrankungen mit einem Verbleib dieser Menschen in Deutschland zu rechnen ist, muss die Gesellschaft ein Interesse an einer guten Versorgung auch dieser Gruppe haben.

Aus diesem Grunde halten wir es für erforderlich, dass sich verschiedenen

Akteure des Feldes für eine bessere und intensivere Nutzung gemeindepsychiatrischer Hilfestrukturen durch psychisch kranke Flüchtlinge engagieren, um die rechtlichen, fachlichen und finanziellen Hürden der Inanspruchnahme überwinden zu helfen.

### **Literaturhinweis:**

**Foa, Edna und Rotbaum Barbara** (1996) in Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Margraf (Hrsg.) Band 2: Störungen, Springerverlag

**Adam, Hubertus** (1993) Terror und Gesundheit: Ein medizinischer Ansatz zu Verständnis von Folter, Flucht und Exil, Deutscher Studien Verlag, Weinheim.

**Zeiler J.** Psychiatrische Diagnostik bei Migranten. Typische Fehlerquelle. T & E. Neurologie - Psychiatrie 11, 1997: 889-891)

**Marschalck P.** In: Zeitschrift Migration und Gesundheit, Jahrgang 2006/4, S. 22

**Kontakt:**

Arif Ünal  
Gesundheitszentrum für  
MigrantenInnen e. V.  
SPKoM Köln  
Schaafenstr. 7  
50676 Köln  
Tel.: +49(0)221/4203980  
E-Mail: arif.uenal@paritaet-nrw.org

**Kontakt:**

Martin Vedder  
Psychosozialer Trägerverein e. V.  
SPKoM Bergisches Land  
Kölner Str. 1  
42659 Solingen  
Tel.: +49(0)212/22289-49  
E-Mail: vedder@ptv-solingen.de

# Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge – Schlaglichter aus der Sicht des PSZ Düsseldorf

## Eva van Keuk

Aus der Sicht unseres psychosozialen Zentrums in Düsseldorf möchte ich mit Ihnen in die Details der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge einsteigen. Wir freuen uns sehr über das große Interesse an diesem The-

ma und über die Tatsache, dass der LVR mit dieser Tagung die Flüchtlingsthematik – die im Alltag, in den Kliniken und in den Medien oft nur am Rande Beachtung findet - in den Mittelpunkt rückt.

## Flüchtlinge in Deutschland

- Es gibt keine „Asylschwemme“ in Deutschland:
- **2005:** bundesweit ca 22.000 Asylanträge (Quelle: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge)
- **2006:** bundesweit ca 21.000 Asylanträge
- **2008:** bundesweit ca.18.500 Asylanträge
- Pro Einwohner liegt Deutschland europaweit im hinteren Mittelfeld bei der aktuellen Zuwanderung
- Quelle: Bamf

Laut der offiziellen Statistik des UNHCR, des hohen Flüchtlingskommissariat der vereinten Nationen, befinden sich aktuell weltweit etwa 42 Millionen Menschen auf der Flucht. Das Bild, das nach wie vor den öffentlichen Diskurs prägt, geht davon aus, dass diese Flüchtlinge alle nach Europa und vor allem nach Deutschland wollen. Doch dies ist nicht der Fall- die meisten dieser Flüchtlinge sind so genannte Binnenvertriebene und halten sich im eigenen Land oder direkt hinter der Grenze des

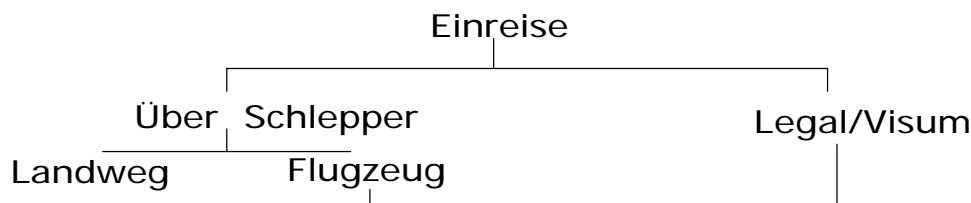
Nachbarlandes auf, häufig über viele Jahre hinweg in Flüchtlingslagern. Keineswegs gehören die europäischen Länder zu den Hauptaufnahmeländern – aktuell befindet sich beispielsweise Somalia unter den Ländern mit der höchsten Anzahl aufgenommenen Flüchtlinge. Auf der einen Seite müssen wir von 42 Millionen Flüchtlingen weltweit ausgehen – und auf der anderen Seite hatten wir in Deutschland im vergangenen Jahr lediglich 18.500 Asylanträge. Die Festung Europa, die ihre äußeren



Grenzen militärisch aufbaut, sorgt für drastisch sinkende Flüchtlingszahlen. Noch Mitte der 90er hatten wir in Deutschland mehr als 350.000 Anträge auf Asyl pro Jahr – heute ist die Zahl auf die erwähnten 18.500

gesunken, und leider nicht aufgrund der Tatsache, dass es weniger Konfliktherde und weniger Fluchtursachen gäbe. Von einer „Asylschwemme“ kann keinesfalls die Rede sein.

## Stationen im deutschen Asylverfahren



### Asylverfahren:

1. Bundesamt
2. Verwaltungsgericht
3. Gremien
4. Ausländerbehörde

Flüchtlinge haben in der Regel keine rechtlichen Möglichkeiten, legal einzureisen. Sie sind auf Schlepperbanden angewiesen, die diesem lukrativen Geschäft im illegalen Raum nachgehen. In Deutschland stellen Flüchtlinge zunächst beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge einen Antrag, der häufig ablehnt wird. Gegen diese Ablehnung kann eine Klage eingereicht werden, wofür

wiederum ein Rechtsanwalt bezahlt werden muss. Dieses Verfahren kann sich Jahre hinziehen, und der Lebensstatus ist während dieser Zeit von aufenthaltsrechtlicher Unsicherheit geprägt. An dieser Stelle möchte ich verdeutlichen, dass die Lebenssituation von Flüchtlingen sich in vielfacher Hinsicht unterscheidet von der anderer Patientinnen und Patienten.

## Lebenssituation von Flüchtlingen

- Mitwirkungspflicht
- Asylbewerberleistungen: z.B. Anspruch auf Akutversorgung
- Arbeitsverbot (abh. vom Status und der Kommune)
- Ausbildungsverbot für Jugendliche
- Residenzpflicht
- Wohnheime
- Verpflichtung zur gemeinnützigen Arbeit
- Zeugenschaft von Abschiebungen

Flüchtlinge unterliegen der **Residenzpflicht** – sie dürfen sich ohne behördliche Genehmigung nur innerhalb eines bestimmten Radius fortbewegen, und können bei Verstoß sogar festgenommen werden, falls die Behörden Sorge haben, dass jemand untertauchen möchte. Abhängig von dem Status des Flüchtlings und der Kommune unterliegen viele einem **Arbeitsverbot** – was vor allem in Familien mit traditionellem Rollenverständnis für enorme Probleme sorgt. Ebenso kann in bestimmten Fällen ein **Ausbildungsverbot** für Jugendliche bestehen. Auf die Einzelheiten dieser Gesetzgebungen einzugehen, würde den zeitlichen Rahmen sprengen. Fragen Sie im Einzelfall genau nach und machen Sie sich ein genaues Bild von der Lebenssituation, bevor Fehlbewertungen entstehen („dieser Patient arbeitet nicht, er will bestimmt nicht“) oder Therapievorschlüsse gemacht werden, die nicht umsetzbar

sind (Ausbildungen beginnen oder eine Reise zu Verwandten unternehmen). Viele Flüchtlinge müssen in **Flüchtlingswohnheimen** leben, in der Regel auf beengten Raum mit Gemeinschaftsküchen. Manche Behandler reagieren irritiert, wenn ihre Flüchtlingspatienten sie um eine Bescheinigung bitten, dass sie sich in Behandlung befinden. Wir Kliniker wittern sofort eine „sekundäre Therapiemotivation“ – befindet sich dieser Patient nur wegen der Bescheinigung in einer Behandlung? Die meisten Profis im Gesundheits- und Sozialwesen haben von der **Mitwirkungspflicht**, der Flüchtlinge unterliegen, noch nie etwas gehört. Sie bedeutet, dass ein Asylantragsteller selbständig alle wichtigen Informationen in den Prozesseinbringen und nachweisen muss – beispielsweise die Tatsache, dass er sich in Behandlung befindet. Häufig genug wissen die Asylantragsteller von dieser Pflicht nur dann, wenn der Anwalt sie

ihnen erklärt. Wundern Sie sich also nicht – diese Bescheinigungen werden von den deutschen Behörden eingefordert.

Hinzu kommt die Tatsache, dass Flüchtlinge lediglich Anspruch auf **Asylbewerberleistungen** haben, die unterhalb der Leistungen von Sozialhilfeempfängern liegen. So dürfen sie beispielsweise nur in akuten Fällen bestimmte Dienstleistungen im Gesundheitswesen in Anspruch nehmen. Dies war einer der Gründe, warum vor 22 Jahren das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf gegründet wurde, da traumatisierte Flüchtlinge keinen Anspruch auf eine psychotherapeutische Behandlung hatten.

## **2. Die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen: Das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge in Düsseldorf**

Wir nennen uns sehr bewusst „Psychosoziales Zentrum“ und nicht etwa Behandlungszentrum, da wir auf dem Standpunkt stehen, dass die gesundheitlichen Probleme vieler Flüchtlinge nicht nur durch Erlebnisse in der Heimat ausgelöst wurden, sondern durch die belastenden Lebensbedingungen hier in Deutschland aufrecht erhalten oder sogar verschärft werden. Wenn eine neunköpfige Familie über sechs Jahre in zwei Räumen in einer Baracke an einer Landstraße leben muss, mit Wellblechdach und Gemeinschaftsküche, mit einer räumlichen Enge, in der die Alpträume des einen Familienmitgliedes die Schlafstörungen aller anderen bedeuten, dann könnte

auch eine vollkommen gesunde Familie ohne Kriegserfahrungen durch diese Bedingungen schwere psychische, physische und vor allem Beziehungsstörungen entwickeln. Die Kinder trauen sich nicht, Schüler aus ihrer Klasse einzuladen, sie haben keinen Platz um ungestört Hausaufgaben machen zu können, es gibt keine Busverbindung zu den Sportveranstaltungen – und die Lehrer werfen der Mutter vor, sich nicht genügend um die Kinder zu kümmern. Ich spreche übrigens gerade von einer kosovarischen Familie aus Ratingen, es handelt sich weder um ein fiktives noch um ein besonders drastisches Beispiel. Als Psychologin des PSZ wäre eine effiziente Hilfe in diesem Fall nicht unbedingt eine hochspezifische traumatherapeutische Intervention für ein einzelnes Familienmitglied, sondern ein psychosozialer Ansatz, der beispielsweise eine sozialpädagogische Familienhilfe in die Familie holt, bei akuten Konflikten mit mehreren Familienmitgliedern Gespräche führt, durch eine Stellungnahme eine aufenthaltsrechtliche Absicherung und eine Verbesserung der Wohnsituation herbei führt. Daher legen wir Wert darauf, dass alle Psychotherapeutinnen bei uns ein offenes Ohr für die sozialen Bedürfnisse einer Flüchtlingsfamilie – um bei dem Beispiel zu bleiben – haben, ebenso wie die Sozialarbeiterinnen im PSZ psychotherapeutische Kompetenzen mitbringen, um mit traumatisierten und labilen Klienten Gespräche führen zu können und Behandlungsbedarf einschätzen zu können.

Einige Daten zu unserem PSZ in Düsseldorf:



[www.psz-duesseldorf.de](http://www.psz-duesseldorf.de)

Wir .....

- ..sind eine Nichtregierungsorganisation im Schnittfeld Gesundheits-/Sozialwesen und Menschenrechtsorganisation,
- ..werden getragen von einem Verein, der Mitglied ist im Diakonischen Werk Rheinland – Westfalen – Lippe,
- ...finanzieren uns u.a. aus Mitteln von Bund und Land, mit EU Projekten, mithilfe des Diakonischen Werkes und der UNO Flüchtlingshilfe sowie aus Spendenmitteln,
- ...arbeiten in einem Team von 16 Festangestellten (aus D, Ruanda, Irak, Iran, Niger..) und mehr als 35 Honorarkräften in 18 Sprachen mit FlüchtlingsklientInnen in Beratung, Psychotherapie und Begutachtung.
- ..sind vernetzt mit BAFF, DeGPT, DTPPP, BDP.



## KlientInnen 2008

- ⌘ knapp 600 Prs. inkl. Angehörige ( 415 Kl.)
- ⌘ Geschlecht etwa gleich verteilt,
- ⌘ Alter: Kleinkind- 70 Jahre, Schwerpunkt: 35- 44 Jahre (100 Kl.)
- ⌘ Hauptherkunftsländer:
  - Kosovo (54),
  - Russ. Föderation (24),
  - DR Kongo (24),
  - Türkei (21) + weitere 37 Herkunftsländer (insgesamt 41 Länder)
- ⌘ Traumatisierung in 94,4 % der Fälle vorliegend
- ⌘ PTBS- Diagnose bei 39% der Fälle
- ⌘ 20% machen retraumatisierende Erfahrungen in D



## KlientInnen 2008

### **76% der KlientInnen gehörten einer besonders vulnerablen Gruppe an, u.a. :**

- 5 Fälle von prätraumatisch bereits psychiatrisch erkrankten KlientInnen
- 47 Fälle von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen
- 11 Fälle von ehemaligen Kindersoldaten
- 28 Fälle von Müttern ohne Kind (tot oder verschollen)
- 11 Fälle von Zwangsprostitution
- 32 Fälle von Kl., die unter dem andauernden Krieg in ihrer Heimat leiden (Bsp. Sri Lanka)

Sie sehen an den Zahlen, dass unsere Flüchtlinge gravierende traumatische Erfahrungen im Heimatland erlebt haben. Diese hohe Anzahl an Traumatisierungen entspricht nicht dem Durchschnitt aller Flüchtlinge, sondern stellt zweifelsohne eine besonders belastete Gruppe unter den Flüchtlingen dar.

Auf eine weitere Besonderheit möchte ich Sie hinweisen: Zwar müssen wir bei ca. 95 % unserer Klienten und Klientinnen im PSZ von einer Traumatisierung ausgehen, aber nur bei etwa 40 % aller wird die Diagnose „Posttraumatische Belastungsstörung“ gestellt. Nach einer Inhaftierung, der Zeugenschaft von Bürgerkrieg oder nach Foltererfahrungen

kann eine PTBS ausbrechen, aber das Spektrum der Traumafolgestörungen ist wesentlich breiter. Wenn Sie einen Flüchtling behandeln und er mit den Symptomen einer Psychose zu Ihnen kommt, sollten Sie im Hinterkopf haben, dass diese psychiatrische Störung ebenfalls durch traumatische Erfahrungen in der Heimat ausgelöst sein könnte, und dass das Sicherheitsbedürfnis solcher Patienten sehr hoch ist. Ebenso könnten bestimmte paranoide Verfolgungsideen einen gehörigen Realitätsbezug aufweisen, wenn Sie mit einem Patienten zu tun haben, der politische Verfolgung in einer Diktatur tatsächlich erlebt hat.

## Flüchtlinge und Traumafolgestörungen

- Hohe Prävalenz: 20 – 70 % der Flüchtlinge in D weisen Traumafolgestörungen auf
- Verlässliche Studie: Gaebel 2005 mit dem Bamf: 40 %
- Präsentiersymptomatik oft unspezifisch: somatoforme Schmerzen, aggressives Verhalten (Männer) und suizidales Verhalten (Frauen), Schlafstörungen und Alpträume, Rückzug und soziale Isolation, Depression (Nachfragen erforderlich!)
- Umfaßt ein breites Spektrum an möglichen Diagnosen (u.a. PTBS, dissoziative Störungen, Depressionen, reaktive psychotische Reaktionen, somatoforme Störungen, DES)

Nach einer Studie von Ulrike Gaebel in Kooperation mit dem Bundesamt müssen wir heute davon ausgehen, dass etwa 40 % aller Flüchtlinge Symptome im Sinne einer PTBS aufweisen.



## Traumafolgestörungen

Gäbel, U. et al: "Prävalenz der PTSD und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis", Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 2005:

40 % der AsylbewerberInnen in einer Stichprobe von 76 Flüchtlingen wiesen eine PTBS auf. Trotz vorheriger Schulungen konnten die zuständigen SachbearbeiterInnen des Bundesamtes keine psychischen Auffälligkeiten erkennen. Die Studie wurde in Kooperation mit dem Bundesamt durchgeführt.

Was können wir den Klienten und Klientinnen im PSZ Düsseldorf anbieten?



## Klientenarbeit 2008

- ⌘ Psychotherapie (109 Fälle)
- ⌘ Psychosoziale Beratung (84 Fälle)
- ⌘ Clearing (51 Fällen)
- ⌘ Kriseninterventionen (36 Fällen)
- ⌘ Stellungnahmen (21 Fälle)
- ⌘ Neuaufnahmen 2008: 99 Fälle
- ⌘ Telefonberatung 2x/Woche: Nur 25% können auf eine Warteliste aufgenommen werden, insgesamt wurden ca weitere 500 telefonische Anfragen angenommen.

Der letzte Punkt auf dieser Folie, „Telefonberatung“, ist bezeichnend für den Zustand, dass wir ständig wesentlich mehr Anfragen erhalten, als wir in der Lage sind aufzunehmen. Bedauerlicherweise sind die Möglichkeiten, diese Klienten weiter zu verweisen, beschränkt. Einige Therapeuten sind der Auffassung, Therapie mit Dolmetschern wäre grundsätzlich nicht möglich, oder Therapie in einer gemeinsamen dritten Sprache (Englisch oder Französisch beispielsweise) sei nicht effizient. Die Frage der Kostenübernahme bei Dolmetschern ist ungeklärt. Vor einigen Jahren hatte die Bundesregierung sogar eine Delegation des niederländischen Gesundheitsministeriums eingeladen, denn dort spart das kostenlose 24-Std.-Dolmetschersystem enorme Kosten, die ansonsten durch Fehldiagnosen und mangelnde oder falsche Behandlung entstehen. Bedauerlicherweise ist anschließend ein Beschluss auf politischer Ebene gefallen, der bis heute die Debatte hierüber leitet – „In

Deutschland wird Deutsch gesprochen.“ – Dolmetscherkosten werden weiterhin nicht übernommen. Die Hintergründe für diesen Standpunkt erscheinen mir weder auf humanistischen noch auf ökonomischen Argumenten zu beruhen – sie zeigen vielmehr eine integrationspolitische Attitüde, die an der realen Situation kranker zugewanderter Menschen leider vorbei geht. Und sie stellen uns, die Profis im Gesundheits- und Sozialwesen, vor beachtliche Hindernisse. Es gibt vereinzelte Initiativen und Projekte, die versuchen, Dolmetscher oder Sprach- und Kulturmittler auszubilden und zu vermitteln. Vereinzelt haben Kliniken begonnen, Teile des Werbeetat für Dolmetscherkosten einzusetzen, denn es handelt sich in der Regel keineswegs um Unsummen. Es ist hervorzuheben, dass in der LVR-Klinik Düsseldorf die Bezahlung externer Dolmetscher gewährleistet ist – es macht deutlich, dass lokale und pragmatische Lösungen möglich sind. Am Rande aber sei die Bemerkung

kung erlaubt, dass leider sehr viele zuständige Ärzte über diese Regelung nicht Bescheid wissen und darauf hingewiesen werden müssen.

Da der Zugang von Flüchtlingen im öffentlichen Gesundheits- und Sozialwesen durch Sprachbarrieren, den rechtlichen Status und die Verunsicherung vieler Profis aufgrund der kulturellen Unterschiede deutlich erschwert ist, haben wir es uns bereits seit Jahren zur Aufgabe gemacht, an diesen Strukturen anzusetzen und im Rahmen unserer Möglichkeiten zu der transkulturellen Öffnung beizutragen:

cherung vieler Profis aufgrund der kulturellen Unterschiede deutlich erschwert ist, haben wir es uns bereits seit Jahren zur Aufgabe gemacht, an diesen Strukturen anzusetzen und im Rahmen unserer Möglichkeiten zu der transkulturellen Öffnung beizutragen:



Psychosoziales Zentrum  
für Flüchtlinge  
PSZ Düsseldorf

### Angebote für Multiplikatoren:

- ⌘ Fortbildung in asyl-, trauma- und kulturspezifischen Fragen (u.a. Richterakademie NRW, Psychotherapiewochen Lindau)
- ⌘ Diversity Training – Interkulturelle Kompetenz in Koop. mit Ärztekammer Nordrhein und Psychotherapeutenkammer NRW
- ⌘ Curriculum „Begutachtung im Asyl- und Ausländerrecht“ mit PTK und ÄK
- ⌘ Dolmetscherschulungen, -Pool
- ⌘ Info-Pakete, Rundbriefe, Publikationen und Veranstaltungen
- ⌘ Supervision und Praxisbegleitung, telefonische Fallbesprechung

*Ein Beispiel aus unserer Praxis: Ein tamilischer Patient kommt zur Psychotherapie. Er war in seiner Heimat lange inhaftiert und ist dort schwer gefoltert worden. Phasenweise hat er immer wieder sehr starke Schmerzen, die nicht auf akuten körperlich bedingten Störungen beruhen, sondern auf Körpererinnerungen an die erlittene Folter. An diesem Tag aber wurde rasch deutlich: Dieses Ausmaß an Rückenbeschwerden hat mehr mit einem tatsächlichen Bandscheibenvorfall zu tun als mit psychosomatischen Traumaerinnerungen, zumal die Schmerzen akut aufgetreten waren, nachdem der Klient seine 4jährige Tochter in verdrehter Haltung hoch genommen hatte. Es*

*stellte sich heraus, dass er bereits zweimal bei seinem –im übrigen kompetenten und zugewandten – Orthopäden gewesen war. Als ich den Arzt anrief, beschrieb dieser mir: „Ich habe ihn dann gefragt, ob es ihm besser geht, und als er das bejahte, war keine weitere diagnostische Abklärung erforderlich.“ In der Rücksprache mit dem Patienten, der ja offensichtlich noch größte Beschwerden hatten, erklärte mir dieser „Wenn bei uns in der Heimat eine Respektsperson etwas fragt, kann ich doch nicht nein sagen, ich will ihn ja nicht bloßstellen. Ich werde immer die Frage bejahen.“ In meiner Brückenfunktion erklärte ich dies dem Orthopäden und schlug vor, in Zu-*



*kunft eher offene Fragen zu stellen oder zwei Möglichkeiten einander gegenüber zu stellen, beispielsweise „Ist es eher besser oder eher schlechter geworden?“ Der Orthopäde sagte „Wissen Sie, ich stehe unter so großen Zeitdruck, können Sie dem Patienten nicht erklären, dass er bei mir einfach offen reden soll? Das würde meine Arbeit und seine Schmerzen erheblich erleichtern.“ Also berichtete ich meinem tamilischen Patienten und seiner Ehefrau, die ebenfalls anwesend war, von dem Vorschlag des Arztes. Um es zu verdeutlichen, versuchten wir im Rollenspiel gemeinsam, die „deutsche“ und die „tamilische“ Art der Arzt-Patient-Kommunikation zu spielen. Die deutsche Patientin, die sich bei dem Arzt beschwert, dass es aber überhaupt nicht besser geworden sei, und überhaupt, sie halte diese Schmerzen einfach nicht mehr aus, lösten bei dem Ehepaar verschämtes Lachen aus – ein solches Verhalten erschien ihnen einfach undenkbar. Im Kontakt mit einer Kollegin versuchte ich, die Situation auf uns zu übertragen – was müsste ich in einem fernen Land einem Arzt gegenüber tun, um mich so unwohl zu fühlen und mich zu schämen? Wir kamen auf den Vorschlag „Damit Dein Arzt Dich schnell versteht und Du ihm die Arbeit erleichterst, musst Du ihm in den Bauch kneifen.“ Gut möglich, dass*

*ich in einem fernen Land und einem anderen Kontext einen solchen Vorschlag gerne entgegen nehmen würde, in der konkreten Situation dies aber dann doch nicht tun würde – es wäre mir schlichtweg zu peinlich.*

An diesem Beispiel wird deutlich, dass die Verständigung manchmal nicht nur an fehlenden DolmetscherInnen oder sozialrechtlichen Barrieren liegt, sondern darüber hinaus kulturelle Missverständnisse eine Rolle spielen. In der Ausbildung der meisten Berufe im Sozial- und Gesundheitswesen spielen transkulturelle Kompetenzen keine Rolle, und die Praktiker müssen sich später im Beruf selbst mit diesen Problemen auseinandersetzen. Wir brauchen eine systematische Integration – nicht der Zuwanderer, meine ich, sondern der transkulturellen Inhalte in die Aus-, Fort- und Weiterbildungen, um unserer Zuwanderungsgesellschaft im Allgemeinen und damit auch Flüchtlingen im Besonderen gerecht zu werden.

### **3. Forderungen und Perspektiven für eine bessere Versorgungssituation von traumatisierten Flüchtlingen**

Zusammenfassend können wir zunächst fest halten:

- Flüchtlinge kommen häufig aus Krisenregionen,
- sie weisen zu einem sehr hohen Prozentsatz Traumafolgestörungen auf und benötigen psychotherapeutische und psychiatrische Behandlung,
- sie haben besonders ungünstige Lebensbedingungen und bringen eine Vielzahl an
- psychosozialen Stressfaktoren mit – und gleichzeitig handelt es sich bei vielen Flüchtlingen um Menschen mit besonderen Überlebenswillen (ansonsten hätten sie bereits die Flucht nach Deutschland nicht bewältigen können) und hoher Motivation,
- die Nichtregierungsorganisationen können den Bedarf nicht alleine auffangen,
- wir sind alle zuständig für diese Gruppe von Patientinnen und Patienten.

Der letzte Punkt erscheint uns besonders wichtig – wir sind alle zuständig für diese Gruppe von Patienten. Es besteht rasch die Tendenz, wenn Flüchtlinge als Patienten in einer Klinik auftauchen, zu sehen, wer sonst sich um diese Zielgruppe kümmern kann. Teilweise ist dies auch sehr nachvollziehbar, viele fühlen sich von der Problemlage oder den sprachlichen Barrieren überfordert oder wollen die bestmögliche Hilfe für einen Patienten organisieren. Aber, um es an dieser Stelle nochmals deutlich zu machen, die Nichtregierungsorganisationen können den Bedarf dieser Gruppe nicht

auffangen. Daher sind wir auf die Vernetzung angewiesen und dankbar, wenn der Landschaftsverband Rheinland dieses Thema aufgreift und Position bezieht. Der Skandal an dieser offensichtlichen Unterversorgung besteht darin, dass es sich bei der Forderung um bessere Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen nicht um fromme Wünsche von Menschenrechtsorganisationen handelt – sondern um geltendes EU-Recht, dass eigentlich seit Februar 2005 in nationales Recht implementiert hätte sein müssen:



### Zuständigkeit für die Versorgung von Flüchtlingen

Die **EU Richtlinie 2003/9/EG vom 27. Januar 2003** befasst sich auch in gesundheitlicher Hinsicht mit Rahmenseetzungen für Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten. Seit Januar 2005 sind diese Richtlinien geltendes EU Recht. Unter Art. 17 geht es um die Aufnahme und die medizinische Versorgung von **besonders schutzbedürftigen Personen** wie *Minderjährigen, unbegl. Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben.*

**Art.20:**


*„Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, im Bedarfsfall die Behandlung erhalten, die ..erforderlich ist.“*

Die Mitgliedstaaten haben also die Pflicht, unter den neu ankommenden Flüchtlingen diejenigen zu identifizieren, die als besonders schutzbedürftig, „vulnerabel“ einzustufen sind – beispielsweise Minderjährige, Alleinerziehende, Traumatisierte, Behinderte, Ältere etc. Es geht hierbei zunächst nicht um Bleiberecht, sondern um verbesserte Wohnbedingungen und das Recht auf die erforderliche

Behandlung, die beispielsweise bei Minderjährigen explizit auch das Recht auf Psychotherapie einschließt. Ich möchte dem Vortrag von Dr. Frings nicht vorweg greifen, die sicherlich auf diese Punkte eingehen wird. An dieser Stelle möchte ich betonen - wir fordern nichts Unmögliches, sondern die Einhaltung und Umsetzung geltender Rechte. Was aber wäre bereits jetzt umsetzbar,

was sind die konkreten Ideen aus Sicht des PSZ Düsseldorf und der

anderen psychosozialen Zentren in Deutschland?



**Ideen für eine verbesserte Versorgung von Flüchtlingen**

- ⌘ **Zuständigkeit:** Versorgungsauftrag für diese Gruppe wie für jede andere Patientengruppe annehmen.
- ⌘ **Sprache:** LVR intern: geeignete DolmetscherInnen anfordern, Bezahlung, Handreichungen publik machen. Ambulant: Kooperation mit Flüchtlingsberatungsstellen/Flüchtlingsräten.
- ⌘ **Fortbildung** in Beziehungsgestaltung, Dolmetschersetting, interkulturelle Kompetenz (Grundlagen).
- ⌘ **Bescheinigungen** im klinischen Kompetenzbereich (Kenntnis über die Rahmenbedingungen, die von Behördenseite gesetzt werden).

LVR-intern gibt es bereits einzelne Arbeitsansätze, die wir als wirklich beispielhaft für eine gute Versorgung von Flüchtlingen ansehen – beispielsweise die Gruppenangebote in der transkulturellen Traumaambulanz der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unter der Leitung von Dr. Ljiljana Joskimo-vic, mit der wir seit Jahren eine enge Kooperation pflegen, oder die psychiatrische Versorgung in der Migrantenambulanz Langenfeld unter der Leitung von Dr. Murat Ozankan, bei dem wir immer wieder in akuten Krisenfällen unserer Flüchtlingsklienten eng zusammen arbeiten. In anderen Bereichen ist es leider in der Praxis oft nicht so, wie auf der Homepage beschrieben – Ärzte wissen beispielsweise gar nicht, dass sie ü-

berhaupt Dolmetscher anfordern dürfen. Eine konkrete Idee wäre beispielsweise, alle Stationsleiter und alle Oberärzte LVR intern über die bereits vorhandenen Strukturen in Kenntnis zu setzen, und den Besuch entsprechender Fortbildungen verbindlich zu erwarten. Unter den Assistenzärzten ist eine hohe Fluktuation, so dass man die Implementierung dieser Kompetenzen bei ihnen nicht erwarten kann.

Zuletzt möchte ich Sie noch auf einige anstehende Veranstaltungen hinweisen und Sie herzlich einladen – und wir freuen uns auf weitere Möglichkeiten zur Kooperation und zum fachlichen Austausch, um die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge zu verbessern.



Psychosoziales Zentrum  
für Flüchtlinge  
PSZ  
Düsseldorf

## Informationsquellen/Veranstaltungen

- Veranstaltungen mit PTK NRW und ÄK zur Begutachtung im Asylrecht (Curriculum: **25./26.9.09 Düsseldorf PTK NRW** )
- [www.sbpn.de](http://www.sbpn.de) Informationen zu Stellungnahmen, Gutachten, Fortbildungen
- **30./31.Okt. 09 Düsseldorf PTK NRW** Veranstaltung zum interkulturellen Setting in der Psychotherapie
- Kulturelle Kompetenztrainings in Koop. mit ÄK und PTK „Diversity Training“ , PSZ Düsseldorf, neue Kurse ab Jan. 2010 (120 Std., Aufbaumodule 40 Std.), [www.psz-duesseldorf.de](http://www.psz-duesseldorf.de)
- Mo **21.Sept. 09 von 10 – 17 Uhr** „Diversity“ - Symposium in der ÄK Nordrhein/Düsseldorf
- Transkulturelle Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im deutschsprachigen Raum: 3. Kongreß in Zürich, 11.-13.Sept. 09, 4. Kongreß Düsseldorf Dez.2010, [www.transkulturellepsychiatrie.de](http://www.transkulturellepsychiatrie.de),

[www.psz-duesseldorf.de](http://www.psz-duesseldorf.de)

### Kontakt:

Eva von Keuk  
Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge  
Benrather Str.7  
40213 Düsseldorf  
Tel.: +49(0)211/353315  
E-Mail: [info@psz-duesseldorf.de](mailto:info@psz-duesseldorf.de)

## **Trauma, Traumafolgestörungen und Traumatherapie bei Flüchtlingen aus der Sicht einer Traumaambulanz**

**Dr. Andrea Möllering**

### **Einführung:**

Mit Etablierung einer Traumaambulanz am LVR-Klinikum Essen (Kliniken/Institut der Universität Duisburg-Essen) unter Leitung von Frau Dr. Andrea Möllering seit 2002 und der damit verbundenen rasch wachsenden Kompetenz im Umgang mit Diagnostik und Therapie akut traumatisierter Menschen entwickelte sich an der Klinik auch ein Schwerpunkt zur Diagnostik und Therapie von Traumafolgestörungen allgemein, der auch den Bereich der komplexen und chronifizierten Traumafolgestörungen beinhaltet. Im Bereich der Behandlung von Menschen mit Migrationserfahrungen ist es hier von besonderer Bedeutung, dass auf eine in diesem Bereich seit Jahren gewachsene Kompetenz in der psychosomatischen Versorgung dieser Patientengruppe unter Leitung von Frau Priv. Doz. Dr. Yesim Erim zurückgegriffen werden kann. Insbesondere muttersprachliche, teils niederschwellige Behandlungsangebote für türkische und türkischstämmige Migrantinnen und Migranten ermöglichen somit einer Patientengruppe einen Zugang zu medizinischer Versorgung in diesem Bereich, die ansonsten oftmals durch alle Maschen fällt. Daneben trägt der Landschaftsverband Rheinland mit den zuständigen Migrationsbeauftragten an den verschiedenen Kliniken (in Essen: Frau Priv. Doz. Dr. Y. Erim) entscheidend dazu bei ein Netz für die Versorgung psychisch erkrankter

Migrantinnen und Migranten aus den unterschiedlichsten Kulturkreisen aufzubauen. Da nicht wenige Migrantinnen und Migranten in ihrer Lebensgeschichte Traumatisierungen und Traumafolgestörungen aufweisen, soll an dieser Stelle auf diesen Bereich fokussiert eingegangen werden.

Traumatische Erfahrungen werden verstanden als extrem belastende Erfahrungen, die i.d.R. mit massivem Ohnmachts- und Hilflosigkeitserleben sowie Todesangst einhergehen, die bisherige Bewältigungsmuster außer Kraft setzen und somit nicht in die bereits gemachten Erfahrungen integriert werden können und unser Leben seit Anbeginn der Welt begleiten. In diesem Zusammenhang kann eine psychische Traumatisierung nicht losgelöst vom gesellschaftlichen Kontext verstanden werden. Hier spielen verschiedene Faktoren eine Rolle, wie beispielsweise die gesellschaftliche Bewertung des Ereignisses etwa dahingehend, ob es sich um regelhafte Ereignisse in diesem Land handelt, eine fortgesetzte Traumatisierung droht, die Betroffenen ihrerseits einer weiteren Stigmatisierung ausgesetzt sind, wie gesellschaftlich mit den Folgen der Traumatisierung umgegangen wird etc. Daneben spielt dann selbstverständlich auch die Frage, welche individuell psychosozialen Folgen ergeben sich aus dem Ereignis eine Rolle. Diese Fragen bekommen in Bezug

auf Flüchtlinge noch einmal eine entscheidende Bedeutung. So sind neben den Umständen im Herkunftsland auch die Umstände im Zuwanderungsland zu berücksichtigen. Wie sieht der Aufenthaltsstatus aus, welche Formen von Integration sind möglich, wo gibt es gesellschaftlich deutliche Unterschiede u./o. Gemeinsamkeiten etc. In diesem Zusammenhang darf man auch nicht außer Acht lassen, dass etwa Deutschland ebenfalls eine „Flüchtlingsgeschichte“ hat, deren Zusammenhänge aufgrund der Komplexität des Themas Opfer-Täter gerade aus deutscher Sicht erst langsam erkannt und in die Bearbeitung gebracht werden. Durch die Beschäftigung mit diesen Themen gerade in den letzten Jahren wissen wir heute aber auch – neben der Beobachtung direkter Traumafolgen – mehr über die Folgen transgenerationaler Traumatisierungen, also die Folgen von Traumatisierungen, die nicht direkt persönlich erlebt wurden, sondern unverarbeitet und unbewusst von Generation zu Generation weitergegeben werden können und somit den Nährboden für mannigfaltige Dynamiken bieten können. Die spezielle Dynamik traumatischer Ereignisse bringt es zudem mit sich, dass sich oft relativ schnell eine Polarisierung einstellt, die manchmal mit einer übermäßigen Identifikation mit dem Opfer, aber nicht selten auch mit einer Identifikation mit dem Täter einhergeht. So wird oftmals eine angemessene und hilfreiche Beschäftigung mit dem Thema unmöglich gemacht.

### **Traumaarten und Traumafolgestörungen**

Man weiß heute, dass es viele Arten von potentiell traumatischen Situationen gibt: Gewalttaten, v.a. auch sexueller Missbrauch, Unfälle, Naturkatastrophen, Krieg, Folter, aber

auch plötzlicher Tod naher Angehöriger, lebensbedrohliche Erkrankungen, Diagnosemitteilungen, medizinische Maßnahmen etc. Das höchste Risiko im Rahmen solcher Erlebnisse traumatisiert zu werden und eine Traumafolgestörung zu entwickeln liegt bei den Traumatisierungen, die durch Menschen gezielt hervorgerufen wurden und hier v.a. wenn diese Traumatisierungen durch nahe Bezugspersonen erfolgten. So liegt etwa die Wahrscheinlichkeit, nach einer Vergewaltigung eine umschriebene Traumafolgestörung wie etwa die posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zu entwickeln bei 50 %, bei Krieg und Folter liegen die Wahrscheinlichkeiten zwischen 50 und 100 %. Eine umschriebene Traumafolgestörung stellt hierbei die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS [Müßigbrodt u.a. 1996], im englischen Sprachraum: posttraumatic stress disorder PTSD [DSM-IV 1994]) dar. Einzelheiten zu diesem Krankheitsbild sind auch unter [www.awmf.org](http://www.awmf.org) (bestehende aktuelle Leitlinien/Volltext: Fachgebiet Psychotherapie und Psychosomatik: Posttraumatische Belastungsstörung) abzurufen bzw. nachzulesen bei Flaten u.a. (2004). Neben dieser umschriebenen Traumafolgestörung finden sich multiple weitere psychische Erkrankungen, die als Folgen von Traumatisierungen auftreten können, wobei depressive Störungen, die am häufigsten nach psychischen Traumatisierungen zu beobachtenden psychischen Störungen sind. Mögliche Traumafolgestörungen sind somit: Angsterkrankungen, depressive Erkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Zwangserkrankungen, aber auch Süchte und somatoforme Erkrankungen.

### **Risikofaktoren**

Als Risikofaktoren für die Entwicklung einer Traumafolgestörung findet

man neben prätraumatischen Faktoren (z.B. frühere Traumatisierungen, psychische Vorerkrankungen, Lernprozesse, genetische Faktoren, weibliches Geschlecht, junges Alter etc.) peritraumatische Faktoren (peritraumatische Dissoziation, Traumatische, plötzliches Auftreten etc.) v.a. auch posttraumatische Risikofaktoren. Hier scheint die soziale Unterstützung nach Traumatisierung ein wesentlicher Faktor zu sein. Und dies ist gleichzeitig ein hoch komplizierter und multipel störungsanfälliger Faktor im Rahmen von Traumatisierungen bei Flüchtlingen. Einerseits könnte hier der oft zu beobachtende hohe familiäre Zusammenhalt einen bedingten Schutz bieten, andererseits sind gerade Flüchtlinge vielen u.a. bürokratischen Hürden ausgeliefert und vielen Unsicherheiten auch nach Ankunft im Zuwanderungsland.

### **Neurobiologische Betrachtungen**

Auf neurobiologischer Ebene gibt es mittlerweile viele Erklärungsmodelle zum Verständnis psychischer Traumatisierungen. Basis der psychischen und psychosomatischen Symptombelastung nach traumatischen Ereignissen ist eine veränderte zerebrale Informationsverarbeitung mit einer sich daraus ergebenden körperlichen Stressreaktion. Eine wesentliche Bedeutung kommt hierbei der Amygdala zu, unserer „Alarmzentrale“ im Gehirn. Im Mandelkern (Amygdala) wird die emotionale Bedeutung der eingehenden Informationen registriert und verarbeitet. Als „Implizites Gedächtnis“ speichert er Stimuli gemäß ihrer emotionalen Bedeutung als somatische Empfindung, Geräusche, Gerüche oder als Bild (Funktion eines „Brandmelders“). Nach Weiterleitung der Information an den Hippocampus kann es hier zur Verbindung von Sinnesreizen in Raum und Zeit kommen (Explizites Gedächtnis). Ein akutes Trauma be-

inhaltet eine Situation äußerster Ohnmacht und Hilflosigkeit mit der Unfähigkeit, bewährte Mechanismen wie „Kampf“ und „Flucht“ wirksam einsetzen zu können. Hierbei kommt es über eine ausgeprägte Ausschüttung von Neurotransmittern zu einer Hemmung des Hippocampus. Die Eindrücke bleiben ungeordnet und die eingehenden Informationen ohne Kontext. Die Folge ist eine Ablage im implizierten statt im explizierten Gedächtnis und das zudem in Form von „Bruchstücken“, die in der Folgezeit – getriggert durch vermeintliche „banale Reize“ – zu einem gefühlsmäßigen Wiedererleben des Traumas führen, als wäre es real gegenwärtig. Die Traumareaktivierung kann nun auf unterschiedliche Arten erfolgen (gedanklich, gefühlsmäßig, durch verschiedene Sinneswahrnehmungen, in Form von Bildern und inneren Filmen, Albträumen etc.). Nicht selten treten in diesem Zusammenhang teilweise bizarr anmutende Körpersymptome auf, deren Verbindung zum Ursprungstrauma oft nicht hergestellt wird. Gerade bei Sprachschwierigkeiten oder kulturellem Unverständnis können diese Symptome jedoch leicht fehlinterpretiert werden und die Patienten unter Umständen dann nicht adäquat behandelt werden.

### **Therapie von Traumafolgestörungen**

Unter Berücksichtigung der o.g. Ausführungen zur Neurobiologie bei Traumatisierungen zielt auch die Therapie darauf ab, den Betroffenen zu helfen, das Erlebte als ein Ereignis (sei es noch so schlimm) der Vergangenheit zu verstehen und nicht im Hier und Jetzt ständig wieder erleben zu müssen. Oberstes Prinzip und erster Schritt einer jeglichen Traumatherapie ist somit das Erarbeiten einer entsprechenden Stabilität. Primär ist das eine äußere Stabi-

lität (Sicherheit). Dazu gehört eine Klärung des Aufenthaltsstatus. Menschen, die permanent von Abschiebung in eine unbekannte und bedrohliche Zukunft bedroht sind, werden keine Traumabearbeitung im engeren Sinne durchführen können. Auch gilt es für basale Bedürfnisse zu sorgen wie Nahrung, Unterkunft, Kleidung, aber auch berufliche Möglichkeiten etc. Schwierigkeiten könnten auch dann auftreten, wenn Patienten einer bestimmten Ethnie auf Mitarbeiter einer bestimmten Ethnie treffen könnten, wenn zwischen diesen beiden Ethnien massive Probleme bis hin zu stattgehabten Traumatisierungen bestehen (z.B. ein in seinem Heimatland durch eine bestimmte Volksgruppe gefolterter Patient trifft auf eine Therapeutin, die der Volksgruppe angehört, die ihn gefoltert hatte). In solchen Fällen ist die sog. Triggerung, d.h. Traumareaktivierung meist schon im Vorfeld so groß, dass eine adäquate Therapie in diesem Rahmen nicht möglich ist. In einem zweiten Schritt wird dann an der Etablierung einer inneren Sicherheit gearbeitet. Damit die Betroffenen den Hintergrund von Traumafolgestörungen verstehen, ist es zunächst erforderlich, die Patienten so gut es geht im Rahmen von Psychoedukation über die eigene Erkrankung aufzuklären. Dies ermöglicht meist schon ein erstes Gefühl von Kontrollmöglichkeiten. Es hat sich ferner gezeigt, dass eine Fokussierung auf den „Schrecken“ meist dazu führt, dass es den Betroffenen zunehmend schlechter geht. So ist es wichtig, ihnen dabei zu helfen, wieder einen Zugang zu den eigenen Ressourcen zu erlangen, um erst hierdurch im weiteren Verlauf eine direktere Traumabearbeitung zu ermöglichen. Um ein unangenehmes Erleben aus dem Gehirn zu „verbannen“ hilft es meist nicht zu denken, dass „man nicht dran denken darf“. In der Regel setzt sich dann der Ge-

danke erst Recht im Gehirn fest. Vielmehr geht es um Fokussierung auf ein positives Erleben. Patienten werden z.B. aufgefordert, auszuprobieren, sich ein Ereignis ihrer Vergangenheit, das nur schön war, mit allen Sinnen so bewusst wie möglich zu machen (was habe ich damals gesehen, was gehört, gefühlt, geschmeckt, gerochen, etc.). Wenn Sie dies ausführlich umsetzen, stellen sich oft die dazu gehörenden guten Gefühle ein. Eine Fokussierung auf die eigenen Stärken und eine Verankerung im Hier und Jetzt sind wichtige Voraussetzungen, um mit den überflutenden traumatischen inneren Affekten umgehen zu können. Eine medikamentöse Behandlung erfolgt wenn, dann rein symptomatisch etwa bei depressiven Symptomen (hier dann meist mit einem Antidepressivum etwa einem SSRI (selektiver Serotonin Wiederaufnahmehemmer). Vom Einsatz von Beruhigungsmitteln wie etwa Benzodiazepinen ist dringlich abzuraten, da sie den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen können, nur in Ausnahmefällen wird man auf sie nicht verzichten können. Ein 2. Schritt nach erfolgter Stabilisierung (wobei die Stabilisierung prinzipiell die gesamte Therapie begleitet) ist die direkte Traumabearbeitung. Diese ist aber leider nicht bei allen Patienten möglich. Zur direkten Traumabearbeitung stehen heute verschiedene Verfahren zur Verfügung. Ziel ist es, das traumatische Ereignis durchzuarbeiten. Wichtig ist es hierbei, den Betroffenen soviel Kontrollmöglichkeit wie irgend möglich zurückzugeben. Hierzu bedient man sich verschiedener Techniken (Screentechnik, Beobachtertechnik, innere-Kind-Arbeit, EMDR, Narrative Exposure Therapy etc.) je nach Indikation. Nachzulesen ist dies u.a. in den Konzepten von Luise Reddemann (2003; Psychodynamisch Imaginative Traumatherapie, PITT) und von Ellert Nijenhuis (Konzept der



strukturellen Dissoziation) (Hart van der u.a. 2008). In einem dann abschließenden Schritt kann eine eher „klassisch“ psychotherapeutische Arbeit erfolgen, die es den Betroffenen ermöglicht, das Erlebte in die eigene Lebensgeschichte zu integrieren. Dem Bereich der Traumatherapie bei Flüchtlingen kommt hierbei eine besondere Bedeutung zu, da aufgrund der Komplexität der Umstände (gesellschaftlicher Art, politischer Art

und in diesem Zusammenhang auch persönlicher Art) besondere Notwendigkeiten und Schwierigkeiten auftreten (können) ohne deren Berücksichtigung eine adäquate Versorgung dieser Gruppe nicht gewährleistet werden kann. Neben diesen Problemen dürfen aber auch die oft zu beobachtenden deutlichen Ressourcen und Stärken dieser Betroffenen nicht außer Acht gelassen werden.

**Kontakt:**

Dr. Andrea Möllering  
Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie  
LVR-Klinikum Essen  
Kliniken/Institut Universität  
Duisburg-Essen  
Virchowstr. 174  
45157 Essen  
Tel.: +49(0)201/7227-549  
E-Mail: [andrea.moellering@lvr.de](mailto:andrea.moellering@lvr.de)

# Situation psychisch kranker Flüchtlinge aus Sicht der klinischen psychiatrischen Versorgung

## Dr. Jaroslav Malevani

Laut Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes haben 2008 6,7 Millionen Menschen mit einem ausschließlich ausländischen Pass in Deutschland gelebt. Der Bevölkerungsanteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland liegt mittlerweile bei 16 %. Dies unterstreicht die Bedeutung interkultureller Faktoren bei der Behandlung von Menschen mit einer Migrationsbiographie in deutschen medizinischen Einrichtungen, u.a. im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie.

Bei statistischen Auswertungen bzw. medialen Veröffentlichungen werden Begriffe wie „Ausländer“, „Migrant“, „Migrationshintergrund“ und „Flüchtling“ verwendet, die häufig miteinander verwechselt werden und daher einer kurzen Erläuterung bedürfen.

### „Ausländer“

- Als **Ausländer** werden bestimmte Personen und Personengruppen bezeichnet, die sich nach der Eigenschaft der Staatsangehörigkeit von anderen Einwohnern des Landes, aus deren Perspektive die Betrachtung erfolgt, unterscheiden.
- Der Begriff des Wortes Ausländer erschließt sich aus der Perspektive eines Inlandes.
- In vielen Sprachen der Welt hat das Wort Ausländer (im Sinne von Fremder) eine negative Konnotation (z.B. Gaijin in Japan)

### „Migrant“

- **Migranten** sind Menschen, die einzeln oder in Gruppen ihre bisherigen Wohnorte verlassen, um sich an anderen Orten dauerhaft oder zumindest für längere Zeit niederzulassen.
- Überschreiten Menschen im Zuge ihrer Migration Ländergrenzen, werden sie aus der Perspektive des Landes, das sie betreten, **Einwanderer** oder **Immigranten** (von lat.: migrare = wandern) genannt. Aus der Perspektive des Landes, das sie verlassen, heißen sie **Auswanderer** oder **Emigranten**.
- Die Soziologie bezeichnet **Immigration** in der Regel als **Zuwanderung** sowie **Emigration** entsprechend als **Abwanderung**.

### „Migrationshintergrund“ (Ordnungskriterium der deutschen amtlichen Statistik)

- „alle nach 1949 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland Zugewanderten, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländer und alle in Deutschland als Deutsche Geborenen mit zumindest einem zugewanderten oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil“ (Statistisches Bundesamt)

- Diese Personen müssen keine eigene Migrationserfahrung haben und leben in 1/3 der Fälle seit ihrer Geburt in Deutschland. Bei den 2/3, die eine eigene Migrationserfahrung haben, spricht man auch von „Zugewanderten“.
- Im Jahr 2006 lebten nach dieser Definition 15 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Dies entspricht 19 % der Wohnbevölkerung (82 Millionen). Von diesen 19 % hatten 10 % die deutsche und 9 % eine ausländische Staatsangehörigkeit.
- Die beiden größten Migrationsgruppen sind demnach ca. 5 Mio. Deutschrussen und über 2 Mio. Türken.

### „Flüchtling“

- Als **Flüchtling** wird eine ausländische Person anerkannt, die im Gegensatz zum Migranten aufgrund der Tatsache, dass sie im eigenen Herkunftsland aus den in Genfer Flüchtlingskonvention definierten Gründen verfolgt wird und einen effektiven Schutz in ihrem eigenen Heimatstaat nicht beanspruchen kann oder aus Furcht, dort verfolgt zu werden, diesen nicht beanspruchen will. Der Flüchtlingsbegriff setzt voraus, dass die Person ihre Heimat vorübergehend oder auf Dauer verlassen musste und Schutz in einem fremden Land ersuchte (weltweit 8,4 Mio. Flüchtlinge im Jahr 2006 / UNO).

Aspekte der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie spielen aktuell in der Behandlung von Menschen mit Migrationshintergrund eine wesentliche Rolle. Einerseits sind

Migranten stärkeren sozialen und psychischen Belastungen ausgesetzt, die mit einem erhöhten psychosozialen Stress einhergehen. Andererseits ist die Prävalenz psychischer Erkrankungen bei diesen Patienten nicht erhöht (Ausnahme: Posttraumatische Belastungsstörung).

Es ist davon auszugehen, dass der erhöhte psychosoziale Stress durch protektive Faktoren ausgeglichen werden kann, die im klinischen Alltag nicht übersehen werden dürfen und deren Beachtung bzw. Förderung für die Versorgungseinrichtung wichtig ist. Dazu zählen:

- Entlastung durch die Migration bei Verfolgung etc. in der Heimat
- Intensivere elterliche Kontrolle / Schutz vor schädlichen Umgebungseinflüssen
- Sichere Bindung an die Mutter in den ersten 2. Lebensjahren
- Soziale Netzwerke (auch subkulturell)
- Religiöse Eingebundenheit und Glauben
- Gute zwischenmenschliche Bewusstheit, Empathiefähigkeit und Gefühl für Humor (Beispiel: Carlo Schmid - Der jüdische Witz als heiter hingenommene Trauer)

Wissenschaftliche Untersuchungen aus Deutschland in den letzten 20-30 Jahren kommen zu unterschiedlichen Ergebnissen hinsichtlich der Inanspruchnahme psychiatrischer Einrichtungen durch Migranten im Vergleich zur einheimischen Bevölkerung:

Tabelle 1: Vergleich des Bevölkerungsanteils von Migrantinnen und Migranten und ihrem Anteil an stationären Aufnahmen im psychiatrischen Krankenhaus

Stationäre Aufnahmen von Migrantinnen/innen	Anteil an der Bevölkerung	Quelle
6,2 %	11,8 %	Häfner 1980
15,7 %	29,5 %	Holzmann et al 1994
8,4 %	12 %	Haasen 1999
17,4 %	16 %	Koch et al 2008

Folgende Gründe für die niedrigere Inanspruchnahme werden diskutiert:

- Versorgungsstrukturen weisen Defizite auf (eingeschränkte Kommunikation, fehlende interkulturelle Konzepte)
- Migranten werden häufig nicht von „Fachleuten“ behandelt (z.B. werden 50 % von Allgemeinärzten behandelt, ein großer Teil wendet sich an traditionelle „Heiler“)
- Anderes Krankheitsverständnis (z.B. „körperliche Fixierung“, Geister, religiöse Aspekte)
- Stärkere Schamgefühle
- Stärkere Verpflichtung zur familiären Fürsorge
- Angst vor wirtschaftlichen Sanktionen bei einem längeren Krankenhausaufenthalt
- Subjektive Aspekte und Vorurteile (u.a. katastrophale psychiatrische Verhältnisse im Herkunftsland, aber auch historische Hintergründe der deutschen Psychiatrie).

Nach einer aktuellen Untersuchung der AG „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz, die an 12 deutschen Kliniken durchge-

führt wurde, werden Menschen mit Migrationshintergrund jedoch entsprechend ihrem Bevölkerungsanteil stationär behandelt (Koch et al, 2008). Nicht auszuschließen ist allerdings, dass migrationspezifische Therapieangebote der an dieser Untersuchung teilgenommenen Kliniken zu einem höheren Anteil von Patienten mit Migrationshintergrund als im Bundesdurchschnitt geführt haben.

Die Untersuchung der AG „Psychiatrie und Migration“ ergibt u.a. folgende Befunde, die Rückschlüsse auf Defizite in der stationär psychiatrischen Versorgung zulassen:

- Migranten werden seltener tagesklinisch behandelt
- Migranten werden häufiger langfristig behandelt (Schwer-, Mehrfacherkrankte)
- Migranten befinden sich häufiger in der Intensivbehandlung
- Migranten befinden sich seltener in der Psychotherapie (nur statistischer Trend)
- 12,9 % der Patienten sind Flüchtlinge bzw. Asylsuchende/-berechtigte
- 45 % der Kliniken geben sprachliche od. kulturelle Kommunikationsprobleme an.

Koch und Mitarbeiter stellen fest, dass die im Vergleich zu ihrem Anteil

an der Wohnbevölkerung auffällig hohe Zahl von insgesamt 12,9 % Asylsuchenden oder Flüchtlingen und Asylberechtigten unter den stationär Behandelten für hohe Vulnerabilität und psychische Belastung dieser Personengruppe spricht. Die gefundene Diagnoseverteilung mit hohem Anteil schizophrener Psychosen und post-traumatischer Belastungsstörungen stützt diese Annahme. Daneben scheint eine lange Dauer von Asylverfahren – zwei Drittel der Patienten in dieser Stichprobe lebten schon länger als 5 Jahre in Deutschland – einen negativen Einfluss zu haben.

In der Selbstbeurteilung der befragten Klinikmitarbeiter beeinträchtigen Probleme mit dem Krankheitsverständnis häufiger das diagnostische und therapeutisch-ärztliche Handeln als Probleme mit der sprachlichen Verständigung. Dieser Befund unterstreicht, dass interkulturelle Kompetenz für die Behandlung von Patienten mit Migrationshintergrund eine wichtige Voraussetzung darstellt. Keinesfalls kann hieraus jedoch abgeleitet werden, dass die sprachlichen Verständigungsprobleme nicht ebenfalls erhebliche Bedeutung haben.

Die Kommunikation mit Patienten mit Migrationshintergrund ist stets eine komplexe ärztliche Aufgabe. Sie umfasst u.a. Aspekte wie das Verständnis von Krankheit, die Einstellung zu psychosomatischen Diagnosen oder das Arzt-Patient-Verhältnis. So kann in interkulturellen Seminaren der Umgang mit Einwanderern trainiert werden, um diese als Patienten angemessener und zugleich effizienter behandeln zu können.

Das LVR-Klinikum Düsseldorf ist für die psychiatrisch-psychotherapeutische Pflichtversorgung für 520.000 der insgesamt 600.000 Einwohner der Landeshauptstadt Düs-

seldorf zuständig. Darüber hinaus ist aufgrund der universitären Funktion der Kliniken ein überregionaler Versorgungsanteil zu verzeichnen. Die Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (KJPP) ist für ein Pflichtversorgungsgebiet von ca. 1,9 Mio. Einwohnern zuständig. Die Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie unterhält 43 stationäre/teilstationäre Behandlungsplätze in ihrem Fachgebiet. Der derzeitige Gesamtbestand der Kliniken beträgt 675 Behandlungsplätze. Zusätzlich zu den stationären Bereichen werden mehrere Tageskliniken und ambulante Einrichtungen wie Vorschaltambulanz, Institutsambulanzen und Poliklinik betrieben. Im Jahr werden im LVR-Klinikum Düsseldorf ca. 6.300 Patienten stationär aufgenommen und insgesamt ca. 10.000 Patienten in den Institutsambulanzen behandelt. Einen nicht geringen Bestandteil der zu betreuenden ambulanten (ca. 30 %) und stationären (ca. 10 %) Patienten stellen Menschen mit Migrationshintergrund dar.

Das LVR-Klinikum Düsseldorf hält umfassende psychiatrisch-psychotherapeutische, kinder- und jugendpsychiatrische sowie psychosomatisch-psychotherapeutische Versorgungsangebote für Migrantinnen und Migranten vor. Dazu zählen:

- Beratungen über unterschiedliche Therapiemöglichkeiten,
- störungsspezifische Diagnostik,
- kriseninterventive Maßnahmen sowohl im ambulanten als auch im teil-/vollstationären Setting,
- störungsspezifische psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung einschl. der differenzierten Pharmakotherapie unter Berücksichtigung der jeweils vorliegenden Komorbidität (v.a. Suchterkrankungen).

kungen, affektive Störungen etc.),

- traumaspezifische Psychotherapie einschl. psychoedukativer und psychotherapeutischer Einzel- und Gruppenmaßnahmen,
- umfassende sozialarbeiterische Unterstützung,
- Erstellung von Gutachten und gutachterlichen Stellungnahmen mit aufenthaltsrechtlicher, kostenübernahmetechnischer etc. Relevanz.

Seit 2007 besteht im LVR-Klinikum Düsseldorf ein Interkulturelles Ambulanznetzwerk, das im Rahmen eines abteilungsübergreifenden Diskussionsforums zur Verbesserung der Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund und zur Generierung von Synergieeffekten errichtet wurde. Das Projekt verfolgt das Ziel, das interkulturelle ambulante Behandlungsspektrum des Klinikums durch Vertiefung und Erweiterung der bereits bestehenden Angebote sowie durch eine bessere Vernetzung zu optimieren und zu erweitern, interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter einem breiteren Patientenspektrum zugänglich zu machen und bestehende Fachambulanzen vor dem Hintergrund des kultursensiblen Handelns miteinander zu vernetzen.

Im Rahmen der abteilungsübergreifenden Konsensbildung wurde die Installation einer Interkulturellen Koordinierungsstelle, angeschlossen an die Vorschaltambulanz (VSA) des Klinikums, beschlossen, und die Position mit einer Dipl.-Sozialarbeiterin mit 0,5 Stellenanteilen besetzt. Die Anschubfinanzierung der Stelle wurde durch den LVR geleistet.

Zu den Hauptaufgaben der Interkulturellen Koordinierungsstelle zählen:

- Förderung und Vernetzung der ambulanten Versorgungsangebote auf der abteilungsübergreifenden Ebene,
- Öffentlichkeitsarbeit und Kooperation mit verschiedenen Ämtern der Stadt, Wohlfahrtsverbänden, Sozialpsychiatrischem Dienst, Gesundheitsamt, Amt für Integration und anderen komplementären Diensten und Institutionen,
- Kultursensible Beratung, Versorgung und Krisenintervention der Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund bereits bei Erstkontakt im Vorfeld der psychiatrischen Behandlung,
- Kompetente fachliche Motivation zur Annahme einer Behandlung,
- Weiterentwicklung der bestehenden Strukturen durch Bekanntmachung des Angebotes der Ambulanzen in Form schriftlicher und elektronischer Materialien,
- Verbesserung der Vernetzung der Hilfsdienste für Migranten in Düsseldorf durch Initiierung eines „Runden Tisches“ unter Einbeziehung externer Einrichtungen und Dienste.

Um die mit der Migrantenthematik befassten Einrichtungen und Beratungsstellen der Stadt Düsseldorf mit den ambulanten und stationären Einrichtungen des LVR-Klinikums Düsseldorf zu vernetzen und eine bessere Zusammenarbeit zu fördern, wurde im November 2008 ein Runder Tisch „Interkulturelle Psychiatrie“ organisiert, an dem die Vertreter von mehreren Versorgungseinrichtungen der Landeshauptstadt teilnahmen. Im Rahmen der 3-stündigen Veran-

staltung wurde das ambulante und stationäre Behandlungs- und Beratungsangebot des LVR-Klinikums Düsseldorf für Menschen mit Migrationshintergrund vorgestellt. Es fand eine breite Diskussion mit Meinungsaustausch statt. Es kam zu einer positiven Resonanz von Seiten der eingeladenen Institutionen, eine weitere Bereitschaft zur künftigen Zusammenarbeit wurde signalisiert. Insbesondere wurde die Errichtung der Interkulturellen Koordinierungsstelle als fester Ansprechpartner in Sachen Migrantenbetreuung mehrfach hervorgehoben und die Etablierung von weiteren regelmäßigen Treffen angeregt.

Es besteht eine umfangreiche Kooperation mit externen Einrichtungen im Bereich der Betreuung von Migranten und Flüchtlingen:

- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf:  
- Projekt „Diversity Training für Fachkräfte im Gesundheits- und Sozialbereich“,
- Bildungsinstitut im Gesundheitswesen Essen (BiG),
- Stadtverwaltung Düsseldorf, Amt für soziale Sicherung und Integration, Fachstelle Integration: Das LVR-Klinikum Düsseldorf wurde als Ansprechpartner für Patientinnen und Patienten mit Migrationshintergrund in die aktualisierte zweite Fassung des Handbuchs „Integrationsangebote in der Landeshauptstadt Düsseldorf“ aufgenommen,
- Ausländerbeauftragter der Justizvollzugsanstalt Düsseldorf,
- Interkulturelle Vernetzungsgruppe des Polizeipräsidiums und der Justizvollzugsanstalt Düsseldorf; weitere Kooperationspartner der Vernetzungsgruppe sind unter anderem Ausländerbehörde der Stadt Düsseldorf, Bundesamt für Migration und Flüchtlinge - Regionalstelle Düsseldorf, Jugendamt Düsseldorf, Caritas Düsseldorf, Seelsorge „Katholischer-Gefängnis-Verein“, JVA Willich, Evangelische Seelsorge der JVA Düsseldorf, Ausländerbeirat Düsseldorf sowie Vertreter der SPD- und CDU-Ratsfraktionen.

Auf dem Klinikserver wurde eine elektronische Informationsbörse in Form eines allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Klinik zugänglichen Verzeichnisses „Interkulturelle Psychiatrie“ eingerichtet. Das Verzeichnis verfügt derzeit über folgende Themenbereiche und Dokumente:

- Patientenaufklärungsmaterial (Polnisch, Russisch, Türkisch, Deutsch)
- Information über Fortbildungen und Veranstaltungen
- Literatur, Publikationen, Vorträge
- Patientenbroschüren, Wegweiser
- PsychKG-Patienteninformationen in 12 Fremdsprachen
- Information für den Pflegedienst (z.B. Ramadan-Infoblatt)
- Informationen zum Umgang mit arabischen Patienten
- Verfahrensanweisungen
- Verständigungshilfen für türkische und russische Patienten.
- Klinikinterne Dolmetscherliste
- Informationsblatt über externe Dolmetscherdienste u.a. über kostengünstige Vermittlung von

Dolmetschern und Kulturmittlern über PSZ Düsseldorf bzw. BiG Essen.

- Verzeichnis der ambulanten fremdsprachigen ÄrztInnen für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. PsychotherapeutInnen

### **Literatur:**

Haasen, C. (1999) Psychische Probleme von MigrantInnen. Veranstaltungsreihe Migration und Krankheit, Werkstatt 3, Hamburg, Februar 1999.

Häfner H (1980): Psychiatrische Morbidität von Gastarbeitern in Mannheim. Nervenarzt 51; 672 – 683.

Holzmann TH, Volk S, Georgi K, Pflug B (1994): Ausländische Patienten in stationärer Behandlung in einer psychiatrischen Universitätsklinik mit Versorgungsauftrag. Psychiat Prax 21; 106 – 108.

Koch E, Hartkamp N, Siefen RG & Schouler-Ocak M: Patienten mit Migrationshintergrund in stationär-psychiatrischen Einrichtungen – Pilotstudie der Arbeitsgruppe „Psychiatrie und Migration“ der Bundesdirektorenkonferenz, Nervenarzt 2008, 79: 328-339

### **Kontakt:**

Dr. Jaroslav Malevani  
LVR-Klinikum Düsseldorf/  
Kliniken der Heinrich-Heine Uni-  
versität Düsseldorf  
Bergische Landstr. 2  
40605 Düsseldorf  
Tel.: +49(0)211/922-3403  
jaroslav.malevani@lvr.de



# Problembereicht über die Situation psychisch kranker Flüchtlinge aus Sicht einer Stadtverwaltung

**Marlis Bredehorst**

## 1. Ausgangslage und Kölner Flüchtlingspolitik

Menschen, die ihre Heimat verlassen haben und um Aufnahme in einem anderen Land ersuchen, sind in einer sehr schwierigen Lebenssituation. Oftmals haben sie im Zusammenhang mit ihrer Flucht traumatische Erlebnisse erfahren, die sie schwer belasten. Perspektiven in der neuen Wahlheimat sind unsicher und erfordern meist eine längere ausländerrechtliche Klärung.

Die wirtschaftliche und soziale Situation kennzeichnet sich wie folgt:

ungeklärte aufenthaltsrechtliche Situation

kein Einkommen, weil die Ausübung einer beruflichen Tätigkeit nicht möglich ist

schwierige Wohnsituation

mangelnde Verselbständigung

kulturelle und soziale Entwurzelung

soziale und emotionale Isolation, Kontaktarmut

subjektiv empfundene Minderwertigkeit und Nutzlosigkeit, Statusverlust

Der Weg in Richtung einer Integration bleibt über lange Zeit verstellt.

Auf diese Situation versucht die Stadt Köln in vielfältiger Hinsicht zu reagieren.

Mit einem Ratsbeschluss aus dem Jahr 2002 werden neue Wege in der Flüchtlingspolitik gegangen. Danach wurde ein „Runder Tisch für Flüchtlingsfragen“ gebildet, der aus Mitgliedern von Politik, Verwaltung, Wohlfahrtsverbänden und Flüchtlingsorganisationen zusammengesetzt ist. In der Anfangszeit hat er sich vorrangig um eine bessere Unterbringung und Betreuung der Flüchtlinge gekümmert, dann wurde ein Konzept für Menschen ohne Papiere erarbeitet. Aktuell werden die Möglichkeiten des Bleiberechts erörtert.

Mit dem neuen Unterbringungskonzept wurde erreicht, dass inzwischen über die Hälfte der ca. 3.750 in Köln lebenden Menschen ohne dauerhaftes Bleiberecht in normalen Wohnungen wohnt – und schon deswegen nicht mehr auffällt.

Für die verbleibenden Flüchtlingsheime werden diverse Maßnahmen getroffen, um ein Zusammenleben mit den Nachbarn zu erleichtern (von äußeren Verschönerungsmaßnahmen bis hin zu einer besseren Betreuung durch Sozialarbeiter/innen bzw. Wachdienste). Daneben wurde ein

abgestuftes Jugendhilfe- und Schulkonzept für Roma-Kinder etabliert, das u. a. mit dem Roma-Kultur- und Bildungszentrum Amaro Kher für einen Kindergarten- und Schulzugang der Kinder sorgt. Mit der neuen Bleiberechtsregelung wurden über 500 Menschen in Arbeit gebracht.

Ergebnis all dieser Maßnahmen ist insbesondere die Tatsache, dass das Thema Flüchtlinge in Köln schon seit mehreren Jahren nicht mehr in den Medien in negativer Form auftaucht.

Ein wichtiger Erfolg dieser Arbeit ist sicherlich, dass die Beschlüsse des Runden Tisches für Flüchtlingsfragen immer einstimmig gefasst wurden und werden, so dass darauf aufbauende Ratsbeschlüsse von allen demokratischen Fraktionen gemeinsam getragen werden. Eine für den Rat eingesetzte ausländerrechtliche Beratungskommission rundet dieses Bild ab und hilft in schwierigen ausländerrechtlichen Härtefällen.

## **2. Gesundheitliche Folgen der Flüchtlingssituation**

Insbesondere in den verbleibenden Wohnheimen leiden nicht wenige Flüchtlinge unter chronisch-psychischen Erkrankungen (z. B. schwer rezidivierende Depressionen mit psychotischen Symptomen, posttraumatische Belastungsstörungen, schizophrene Psychose, Panikerkrankungen oder generalisierte Angststörungen).

Die eigene gesundheitliche Situation wird von den Betroffenen emotional und sozial erlebt, führt jedoch nicht zwangsläufig zu einer Krankheitseinsicht.

Die Kontaktherstellung und Behandlung der Menschen ist überaus schwierig, da psychische Erkrankungen

für viele Kulturen Tabuthemen sind.

Unterstützende Hilfen können oftmals nicht eingerichtet werden, da die aufenthaltsrechtliche Situation die Finanzierung einer adäquaten Betreuung verhindert.

Eine Entscheidung über den endgültigen Aufenthalt erfolgt meist nach Jahren. In der Zwischenzeit erfolgt die Verlängerung der Duldung in kurzen Intervallen, somit tritt keine Verbesserung Situation ein.

Einerseits gibt es eine gesetzliche Unterbringungsverpflichtung für diesen Personenkreis; andererseits existiert keine geeignete Infrastruktur für Flüchtlinge, die sie im Regelfall auffangen würde.

Hieraus folgt für viele Betroffene keine erkennbare Perspektive, Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und wachsende Unsicherheit.

Dies bewirkt eine Verschlimmerung des gesundheitlichen Zustandes, oftmals ist Straffälligkeit ein Ausweg.

## **3. Hilfsmaßnahmen des Gesundheitsamtes der Stadt Köln**

Der sozialpsychiatrische Dienst des Gesundheitsamtes versucht, den Flüchtlingen medizinische und psychosozialen Hilfen zugänglich zu machen.

Insbesondere wird versucht, eine Anbindung an niedergelassene Ärzte zu erreichen (in Köln gibt es mittlerweile eine große Anzahl von Ärzten unterschiedlicher Fachrichtungen, die über sprachliche Kompetenz verfügen und kulturellen Hintergrund der Flüchtlinge kennen).

Kooperationen mit dem Gesundheitszentrum für Migrantinnen und

Migranten (muttersprachliche Ärzte und Psychologen, insbesondere in den Institutsambulanzen der Krankenhäuser) und etliche Beratungsstellen versuchen, die Versorgungslücken zu decken.

Daneben werden spezielle Einrichtungen gefördert, die sich um spezifische Belange von Flüchtlingen kümmern. Agisra e.V., Rom e. V., Kölner Flüchtlingsrat, interkulturelles Flüchtlingszentrum, Haus der Kulturen, Therapiezentrum für Folteropfer usw.).

Das Defizit im Hinblick auf die gesundheitliche Versorgung von Migrantinnen und Migranten in Köln wurde erkannt.

Im Rahmen der Erstellung eines Integrationskonzeptes hat eine eigene Arbeitsgruppe ein „Kommunales Gesundheitskonzept für Menschen mit Migrationshintergrund in Köln“ erarbeitet, das besonders auf die Versorgungslücken im psychiatrischen und psychotherapeutischen Bereich hinweist und Lösungsmöglichkeiten erarbeitet hat. Gleichzeitig ist diese Arbeitsgruppe Teil der kommunalen Gesundheitskonferenz Köln, so dass auch gewährleistet ist, dass dieses Konzept im gesundheitlichen Versorgungssystem umgesetzt wird.

#### **4. Pilotprojekt für die Betreuung psychisch kranker Flüchtlinge beim Wohnungsversorgungsbetrieb der Stadt Köln**

In den Wohnheimen des Wohnungsversorgungsbetriebes (WVB) leben derzeit ca. 1550 Flüchtlinge, darunter rund 350 alleinstehende Männer. 2200 Flüchtlinge leben in Individualwohnungen.

Die Wohnheime werden überwiegend als Familienwohnheime geführt. In drei der Wohnheime leben rund 40

alleinstehende Männer aus etwa 15 verschiedenen Ländern, die eine chronisch-psychische Erkrankung aufweisen.

Dies ist ein schwieriger Personenkreis, der einen intensiven Betreuungsbedarf benötigt (psychotherapeutische Begleitung, medikamentöse Behandlung). Allerdings ist das Unterbringungssystem der städtischen Wohnungsversorgung auf diese besondere Problemlage nicht ausgerichtet. Daher wurde ein spezielles Betreuungsangebot für Menschen entwickelt.

Der Wohnungsversorgungsbetrieb hat in Kooperation mit dem Gesundheitszentrum für Migrantinnen und Migranten (Paritätischer Wohlfahrtsverband) ein Betreuungskonzept für psychisch kranke Flüchtlinge erarbeitet.

Die erste Umsetzung erfolgt in einer Wohngruppe für Männer aus arabischen Ländern/Iran. Es sind alleinstehende Männer mit chronisch-psychischen Erkrankungen, die über diese besondere betreute Wohnform in das gemeindepsychiatrische Versorgungssystem integriert und befähigt werden sollen, trotz ihrer Erkrankung selbständig zu wohnen.

#### Der Träger des Pilotprojektes Mauritiussteinweg ist

- die Stadt Köln / Wohnungsversorgungsbetrieb (er sorgt für Einweisung und Unterbringung), sowie
- das Gesundheitszentrum für Migrant/innen als eines der drei „Kompetenzzentren der Gemeindepsychiatrischen Versorgung der Migranten/Innen im Rheinland“, arbeitet seit 1995 als medizinische und psychologische Beratungs-, Informations- und Vermittlungs-

stelle für Migrantinnen und Migranten.

#### Gestaltung des Wohnprojektes

- Eröffnung der ersten Wohngruppe am 16. Januar 2009 mit sieben chronisch psychisch kranken Männern aus dem persisch-arabischen Sprachraum
- Den Betroffenen steht zur Verbesserung der im Rahmen ihrer Erkrankung benötigten Rückzugsmöglichkeit jeweils ein abgeschlossenes Appartement und als Raum für Kommunikation eine Gemeinschaftsküche zur Verfügung.

#### Grundvoraussetzung für Aufnahme:

- keine ausschließliche chronische Alkoholabhängigkeit
- freiwillige Entscheidung für die Wohnform mit Betreuungsangebot

Projektteilnehmer werden danach ausgewählt, dass sie über einen vergleichbaren kulturellen Hintergrund verfügen (Unterbringung störungsfreier, Gruppenangebote können effektiver gestaltet werden)

#### Leistungsangebot

- Betreuung vor Ort durch Dipl. Sozialpädagogen des Gesundheitszentrums für Migranten in Abstimmung mit Sozialarbeitern des WVB (es wird Wert darauf gelegt, dass Betreuer vor Ort sowohl fachliche Kompetenz besitzen, als auch den kulturellen Hintergrund, die Mentalität und die Sprache der Bewohner kennen)
- Erarbeitung eines individuellen Hilfsplans mit den Betroffenen unter Berücksichtigung der bisherigen Diagnosen, Behandlungen und Betreuungen:

- Angaben über die notwendige Aufklärung zur Krankheit
  - Die Sicherstellung der Behandlungs- und Nachsorgemaßnahmen
  - Die Integration in das soziale Leben
  - die Integration in das Arbeitsleben und
  - Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung
- Begleitung der Projektteilnehmer bei Ämtergängen, Arztbesuchen usw.
  - Klärung der aufenthaltsrechtlichen Situation
  - Aufbau von psycho-educativen Gruppen- und Freizeitangeboten

#### Ziel des Projektes

- Befähigung der Flüchtlinge zum selbständigen Leben und Wohnen trotz Erkrankung
- Perspektivische Anbindung an das Kölner Regelsystem

**Das Projekt ist als vorgeschaltete Maßnahme zu verstehen, um die Menschen in das Regelversorgungssystem zu integrieren!**

#### Dauer des Projektes:

- Zunächst befristet auf 2 Jahre

Die Einrichtung weiterer Wohngruppen für Menschen aus dem französischen und jugoslawisch / serbokroatischen Sprachraum ist in Planung.

#### **Kontakt:**

Marlis Bredehorst  
Dezernat Soziales, Integration  
und Umwelt der Stadt Köln  
Tel.: +49(0)221/29100  
Email:  
sozialdezernat@stadt-koeln.de

## Wer zahlt was ? - Gesetzliche Grundlagen zur Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge

**Prof. Dr. Dorothee Frings**

Die Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen in Deutschland entspricht bei weitem nicht dem allgemeinen Standard in Deutschland. Die Versorgung psychisch kranker oder behinderter Flüchtlinge weist zusätzliche Probleme auf, weil sie an eine verbale Diagnostik und Therapie gebunden ist und teilweise spezifischer Fachkenntnisse bedarf, die nicht flächendeckend verfügbar sind.

Für die folgende Darstellung soll von einem weiten Flüchtlingsbegriff ausgegangen werden, der alle Menschen umfasst, die aus Not oder wegen einer Bedrohung ihr Herkunftsland verlassen haben und in Deutschland Zuflucht gesucht haben, oder auch aus einem dieser Gründe von Deutschland aufgenommen worden sind.

Grob gesehen lassen sich nach dem Grad der staatlichen Schutzpflicht und damit auch dem Grad der Leistungsansprüche vier Gruppen bilden:

- Asylberechtigte, anerkannte Flüchtlinge, die in ihren Leistungsansprüchen Deutschen weitgehend gleichgestellt sind.
- Flüchtlinge mit einem auf Dauer angelegter Aufenthalt: aufgenommene Personen, Flüchtlinge mit einem zielstaatsbezogenen Abschiebehindernis, mit einer Aufenthaltserlaubnis nach einer Altfallregelung, Personen, denen die Aufenthaltserlaubnis auf der Grundlage der Entscheidung einer

Härtefallkommission erteilt wurde und Personen, deren Aufenthaltserlaubnis aus Härtegesichtspunkten verlängert wurde. Der Daueraufenthalt sichert weitgehend volle Sozialleistungsansprüche, allerdings keine Freizügigkeit.

- Flüchtlinge mit einer Aufenthaltserlaubnis für einen vorübergehenden Aufenthalt oder für einen Aufenthalt von unbestimmter Dauer werden einem Sondersystem außerhalb des Sozialrechts zugewiesen. Eine Ausnahme bilden hier die Flüchtlinge mit einer Altfallaufenthaltserlaubnis zur Probe.
- Asylbewerber und Geduldete gelten als Personen ohne rechtmäßigen Aufenthaltsstatus, sie bleiben nicht nur einem Sondersystem außerhalb des Sozialrechts zugewiesen, bei ihnen muss auch in jedem Einzelfall die Frage des gewöhnlichen Aufenthalts geklärt werden.

Im Folgenden werde ich auf die einzelnen Gruppen und ihre Leistungsansprüche genauer eingehen.

### **I. Menschen mit Flüchtlingsstatus**

Diese Gruppe umfasst Menschen, bei denen das Bundesamt rechtskräftig festgestellt hat, dass sie entweder asylberechtigt sind oder den Status eines Flüchtlings nach der Genfer Flüchtlingskonvention genießen. Ihnen werden in aller Regel eine Auf-

enthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 1 bzw. Abs. 2 AufenthG und ein internationaler Flüchtlingsausweis ausgestellt.

Die Rechtsstellung folgt hier Mindestbedingungen, die im internationalen und im europäischen Recht festgelegt sind.

Asylberechtigte und anerkannte Flüchtlinge sind Deutschen sozialrechtlich gleichgestellt. Soweit sie ihren Lebensunterhalt nicht sicherstellen können, erhalten Erwerbsfähige Leistungen nach SGB II und so sind sie nach § 5 Abs. 1 Nr. 2a SGB V krankenversichert, nicht Erwerbsfähige erhalten Gesundheitsleistungen der Krankenversicherung nach § 264 Abs. 2 SGB V. Hinsichtlich der Leistungen der Eingliederungshilfe nach dem 6. Kapitel des SGB XII und der Leistungen für seelisch behinderte junge Menschen nach § 35a SGB VIII bestehen keinerlei Einschränkungen. Leistungen der Pflegeversicherung werden allerdings auch für Menschen mit Flüchtlingsstatus erst nach zwei Jahren Mitgliedschaft bzw. bei versicherten Kindern bei Erfüllung der Vorversicherungszeit durch einen Elternteil erbracht.

Für Asylberechtigte ist der Zeitpunkt der Anerkennung für das Ausscheiden aus dem Leistungsbezug nach AsylbLG und den Übergang in den Rechtskreis des SGB II/SGB XII maßgeblich, auch wenn die Entscheidung noch nicht rechtskräftig ist.

Ungelöst bleibt aber auch für diesen Personenkreis das Problem der Finanzierung der erforderlichen **Dolmetscherkosten**:

Die Krankenkassen zahlen keine Übersetzungskosten, weil ein Dolmetscher keine Hilfsperson ist, deren Leistung vom Arzt verantwortet werden kann (§ 28 Abs. 1 SGB V). Nur

für solche – also medizinische Hilfspersonen – sind Leistungen der Krankenversicherung vorgesehen. Die bisherige Rechtsprechung hat eine Leistungsgewährung mangels gesetzlicher Grundlage ausgeschlossen, auch wenn eine Behandlung ohne einen Sprachmittler nicht möglich ist.<sup>4</sup> Das Bundessozialgericht<sup>5</sup> ist davon ausgegangen, dass § 28 Abs. 1 SGB V einer entsprechenden Auslegung durch die Rechtsprechung nicht zugänglich sei.

Leistungen nach § 23 Abs. 1 SGB II<sup>6</sup> können nur darlehensweise erbracht werden, wobei auch fraglich ist, ob es sich überhaupt um Leistungen handelt, die im Regelsatz enthalten sind. In jedem Fall bliebe die Rückzahlungsverpflichtung unverhältnismäßig.

So bleibt die Kostenübernahme entweder als Eingliederungshilfe (systematisch nicht überzeugend) oder als Hilfe in sonstigen Lebenslagen nach § 73 SGB XII. Die Leistung wird so nicht als Versicherungsleistung zu Lasten aller Versicherungsnehmer erbracht, sondern als staatliche Leistung zur Sicherung des sozialen Existenzminimums und zur Wahrung der Grundrechte der Betroffenen. Dies entspricht auch der Rechtsprechung der Verwaltungsgerichte zum BSHG. Hier wurden Dolmetscherkosten überwiegend als erforderliche Kosten der Krankenbehandlung im Rahmen der Krankenhilfe nach dem BSHG (nach SGB XII nicht mehr möglich) anerkannt<sup>7</sup>. Im Rechtskreis des SGB XII muss nun auf die allgemeine Auffangnorm zurückgegriffen werden,

<sup>4</sup> So LSG NRW v. 31.08.2006 – L 7 VG 9/05 für eine psychotherapeutische Behandlung.

<sup>5</sup> BSG v. 10.05.1995, NJW 1996, 806.

<sup>6</sup> Einmalige Leistungen für Bedarfe, die im Regelsatz enthalten sind.

<sup>7</sup> OVG Niedersachsen, Beschl. v. 11.01.2002, NVwZ-Beilage I 2002, 49.

da die Verweigerung der Kostenübernahme bei Leistungsempfängern nach SGB II oder SGB XII darauf hinauslaufen würde, eine ärztliche Behandlung zu verweigern, obwohl diese zur Wahrung der Menschenwürde unverzichtbar ist.<sup>8</sup>

## **II. Dauerhafter Aufenthalt**

Bei dieser Gruppe geht es um Flüchtlinge, die aus verschiedenen Gründen eine Aufenthaltserlaubnis erhalten haben, die auf einen dauerhaften Verbleib in Deutschland ausgelegt ist:

- Flüchtlinge, bei denen das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge festgestellt (oder im verwaltungsinternen Verfahren geprüft) hat, dass sie auf Grund einer Bedrohungs- oder Gefährdungssituation nicht ins Herkunftsland zurückkehren können, u.a. auch weil sie im Herkunftsland nicht medizinisch behandelt werden können oder weil eine Retraumatisierung droht. Sie erhalten eine Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 3 AufenthG.
- Im Einzelfall aus dem Ausland übernommene Personen nach § 22 AufenthG;
- Auf Grund einer Gruppenentscheidung aufgenommene Personen nach § 23 Abs. 2 AufenthG, z.B. jüdische Migranten aus den Staaten der ehemaligen SU, irakische Flüchtlinge im Resettlement-Programm;
- Flüchtlinge, die durch eine Altfallregelung eine Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 AufenthG erhalten haben; z.B. nach der gesetzli-

chen Bleiberechtsregelung bei gesichertem Lebensunterhalt;

- Personen, die auf der Grundlage einer Entscheidung der Härtefallkommission eine Aufenthaltserlaubnis nach § 23a AufenthG erhalten haben;
- Personen mit einer Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 Satz 2 AufenthG, wenn nach dem Auslaufen einer bisherigen Aufenthaltserlaubnis auf der Grundlage der Feststellung eines Härtefalls eine Verlängerung erteilt wurde; z.B. nach dem Widerruf einer Asylanerkennung wegen Verwurzelung in Deutschland.

Der Krankenversicherungsschutz ist durch Beitragsleistungen, Familienversicherung oder durch den Leistungsbezug nach SGB II abgesichert. Bei Erwerbsunfähigen wird die medizinische Behandlung im Umfang der Krankenversicherungsleistung nach § 264 Abs. 2 SGB V durch die Sozialämter gewährleistet. Einige der genannten Aufenthaltserlaubnisse sind davon abhängig, dass der Lebensunterhalt gesichert ist (zum Teil nach § 23 Abs. 1 oder nach § 23a AufenthG). Bestehen hier keine Ansprüche aus Beitragsleistungen oder durch die Familienversicherung, erfolgt keine Pflichtmitgliedschaft auf der Grundlage von § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, da dies durch § 5 Abs. 11 SGB V ausgeschlossen ist, wenn die Aufenthaltserlaubnis von der Sicherung des Lebensunterhalts abhängig ist.

*Beispiel:*

*Das Ehepaar X hat Aufenthaltserlaubnisse nach § 23 Abs. 1 AufenthG in Verbindung mit § 104a AufenthG erhalten. Herr X arbeitet als System-*

---

<sup>8</sup> VG Saarland Urt. v. 29.12.2000, GK AsylbLG § 4 Abs. 1 VG Nr. 6.

administrator und ist gesetzlich krankenversichert. Frau X ist schwer traumatisiert und erwerbsunfähig. Die beiden trennen sich und lassen sich scheiden. Frau X versäumt aus Unkenntnis die Frist für die freiwillige Weiterversicherung. Über § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V kann sie nicht versichert werden, weil die Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 AufenthG die Sicherung des Lebensunterhalts voraussetzt. Es bleibt nur der Basis-tarif in der privaten Versicherung.

Leistungsansprüche bestehen nach § 16a Nr. 3 SGB II, nach § 35a SGB VIII und auf Eingliederungshilfe nach SGB XII. Die Einschränkung nach § 23 Abs. 3 SGB XII greifen in der Regel nicht, da der Aufenthalt auf Dauer angelegt ist.

#### **Besonderheiten für subsidiär Schutzberechtigte:**

Flüchtlinge mit einer Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 3 AufenthG, denen eine Gefährdung auf Grund willkürlicher Gewalt im Rahmen eines internationalen oder innerstaatlichen bewaffneten Konflikts droht oder die der Todesstrafe, Folter oder unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung ausgesetzt würden (Art. 15 der Qualifikationsrichtlinie/EG) gelten als subsidiär Schutzberechtigte nach EU-Recht. Die Auslegung insbesondere der unmenschlichen Behandlung ist umstritten. Das Bundesverwaltungsgericht verlangt dafür eine Behandlung, die dem jeweiligen Staat zuzurechnen ist<sup>9</sup>, der Europäische Gerichtshof für Menschenrechte bezieht auch Gefahren ein, die sich z.B. aus fehlender medizinischer Behandlung erge-

ben.<sup>10</sup> Das Bundesverwaltungsgericht hat nach Umsetzung der Qualifikationsrichtlinie allerdings in mehreren Verfahren die Revision zugelassen, um unter Berücksichtigung der europäischen Rechtsetzung zu prüfen, ob auch nichtstaatliche Bedrohungen berücksichtigt werden müssen.<sup>11</sup>

Für diese Gruppe gelten folgende Besonderheiten:

Der Krankenversicherungsschutz ist immer gewährleistet, notfalls über § 5 Abs. 1 Nr. 13 SGB V, da ihr Aufenthaltsrecht nicht von der Sicherung des Lebensunterhalts abhängt.

Die Eingliederungsleistungen nach SGB XII sind nur nach Ermessen zu erbringen, wenn die erteilte Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 3 AufenthG nicht einen dauerhaften Aufenthalt ermöglichen soll. Allerdings sind die Regelungen der Qualifikationsrichtlinie (2004/83/EG) im Rahmen des Ermessens zwingend zu beachten:

Personen mit besonderen Bedürfnissen haben Anspruch auf Gesundheitsleistungen im gleichen Umfang wie Deutsche.

Personen mit besonderen Bedürfnissen sind:

*„Schwangere Frauen, Menschen mit Behinderungen, Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, oder Minderjährige, die Opfer irgendeiner Form von Missbrauch, Vernachlässigung, Ausbeutung, Fol-*

<sup>9</sup> BVerwG v. 27.04.1998, InfAusIR 1998, 409.

<sup>10</sup> EGMR v. 07.07.1989 „Soering“, EuGRZ 1989, 314 ff; EGMR v. 20.3.1991 „Cruz Varas“, EuGRZ 1991, 203 ff.

<sup>11</sup> BVerwG v. 18.12.2006 – 1B 53.06; BVerwG v. 15.09.2006 – 1 B 26.6.



*ter, grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung gewesen sind oder unter bewaffneten Konflikten gelitten haben.“ (Art. 29 Abs. 3 RL 2004/83/EG).*

Der in der Richtlinie verwendete Begriff der „angemessenen medizinischen Versorgung“ ist weit auszulegen und umfasst auch Leistungen der Eingliederungshilfe und Leistungen zur Pflege. Auf letztere besteht allerdings bereits nach § 23 Abs. 1 SGB XII ein Rechtsanspruch.

### **Wohnsitzauflagen für Bezieher von SGB II/SGB XII Leistungen**

Die Auflage wird zu allen humanitären Aufenthaltstiteln, ausgenommen bei anerkannten Asylberechtigten und Flüchtlingen<sup>12</sup>, erteilt. Mit ihr wird untersagt, den Wohnort ohne Genehmigung zu wechseln.<sup>13</sup> Die Einschränkung der Freizügigkeit ist zulässig, da dieses Grundrecht (Art. 11 Abs. 1 GG) als Deutsches Recht ausgestaltet ist.

Änderungsmöglichkeiten:

Ein Umzug ist nur möglich, wenn an einem anderen Ort eine Erwerbstätigkeit aufgenommen werden kann, die Kernfamilie zusammengeführt werden soll oder Angehörige auf Pflege angewiesen sind. Sonstige schwerwiegende Gründe sind zu berücksichtigen, wenn der Schutz der Grundrechte dies gebietet.

Besondere Schwierigkeiten treten in der Praxis auf, wenn eine notwendi-

---

<sup>12</sup> Das BVerwG hat in seiner Entscheidung vom 15.01.2008 – 1 C 17.07 – bestätigt, das anerkannte Flüchtlinge (und damit auch Asylberechtigte) nach Art. 23 GFK grundsätzlich Freizügigkeit in Deutschland genießen.

<sup>13</sup> Vereinbarung der Ausländerreferenten der Landesinnenminister vom 20.04.2005.

ge Behandlung am Aufenthaltsort nicht vorgenommen werden kann. Weite Reisen können aus dem geringen Budget meist nicht finanziert werden. Ebenso verhält es sich, wenn psychisch kranke Flüchtlinge nicht pflegebedürftig im Sinne des SGB XI sind, jedoch zur Stabilisierung auf die Unterstützung und Betreuung eines Angehörigen angewiesen sind.

Der Antrag ist bei der bisherigen Ausländerbehörde zu stellen, die aufnehmende Kommune muss zustimmen.

Für den SGB II-Leistungsträger ist die Wohnsitzauflage jedoch nicht maßgeblich, er ist immer dann zur Leistung verpflichtet, wenn ein tatsächlicher Aufenthalt in seinem Bezirk festzustellen ist (§ 36 Satz 3 SGB II).<sup>14</sup>

Anders verhält es sich bei Erwerbsunfähigen im Leistungsbezug nach SGB XII. Leistungen nach SGB XII werden außerhalb des Bereichs der Wohnsitzbeschränkung nach § 23 Abs. 5 SGB XII nur erbracht, wenn sie unabweisbar erforderlich sind. Liegen keine Krankheit oder sonstige besonderen Umstände vor, kommt hier nur die Finanzierung der Fahrkarte zum Ort der Wohnsitzbeschränkung und evtl. Reiseverpflegung in Betracht.

### **III. Vorübergehender Aufenthalt oder Aufenthalt von unbestimmter Dauer**

Von der Gruppe der Flüchtlinge, denen ein Bleiberecht in Deutschland bereits zugestanden wurde, sind diejenigen deutlich zu unterscheiden, die sich zwar ebenfalls im Besitz einer Aufenthaltserlaubnis befinden,

---

<sup>14</sup> SG Aachen v. 06.07.2006 – S 11 AS 78/06 ER; SG Aachen v. 28.11.2006 – S 11 AS 154/06 ER.

die aber lediglich zu einem vorübergehenden Zweck oder wegen eines Abschiebehindernisses aus humanitären Gründen erteilt wurde. Selbst wenn der Aufenthalt bereits viele Jahre andauert und/oder abzusehen ist, dass auf absehbare Zeit eine Beendigung nicht möglich sein wird, so führt doch die Art der Aufenthaltserlaubnis zur Einschränkung der sozialrechtlichen Leistungsansprüche. Es handelt sich um folgende Titel:

- Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 AufenthG wegen einer aktuellen kriegerischen Situation im Herkunftsland;
- Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4 Satz 1 AufenthG aus einem vorübergehenden humanitären Grund; z.B. Abschluss einer Behandlung oder einer Ausbildung;
- Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4a AufenthG für Zeuginnen in Strafverfahren gegen Menschenhändler;
- Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 5 AufenthG wegen eines inlandsbezogenen Abschiebehindernis; z.B. zur Herstellung der Familieneinheit mit einem Flüchtling, bei Transportunfähigkeit wegen Krankheit, fehlendem Pass oder Passersatz;
- Aufenthaltserlaubnis nach § 104a AufenthG als vorläufiges Bleiberecht (hier gelten Sonderregeln).

Krankenversicherungsschutz besteht nur, wenn einer sozialversicherungspflichtigen Tätigkeit nachgegangen wird oder ein Anspruch auf Arbeitslosengeld besteht.

Leistungen nach SGB II scheitern grundsätzlich an der Ausschlussklausel des § 7 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 SGB II.

Leistungen bei psychischer Erkrankung können ausschließlich nach §§ 4 und 6 AsylbLG erbracht werden.

Leistungen der Eingliederungshilfe sind ebenso wie alle sonstigen Leistungen nach SGB XII für Anspruchsberechtigte nach dem AsylbLG nach § 23 Abs. 2 SGB XII ausgeschlossen.

§ 4 AsylbLG beschränkt die Hilfe bei Krankheit auf

- Akut behandlungsbedürftige Erkrankungen und
- schmerzhaftes Erkrankungen

Eine Psychotherapie, die zur Linderung einer akuten Erkrankung dient, wurde ebenso anerkannt<sup>15</sup>, wie die Fahrtkosten zu einer Therapie.<sup>16</sup> Dagegen hielt das OVG NRW die Kosten einer psychotherapeutischen Behandlung einer posttraumatischen Belastungsstörung nicht für übernahmefähig nach § 4 AsylbLG, weil dies nicht als Akutbehandlung einzuordnen sei.<sup>17</sup> Auch wird darauf verwiesen, dass eine medikamentöse Behandlung ausreichend und billiger sei.<sup>18</sup>

Eine solche Behandlung kann aber nach § 6 AsylbLG als sonstige Leistung übernommen werden, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit erforderlich ist.<sup>19</sup> Die menschliche Gesundheit umfasst auch das psychische Wohlbefinden, soweit seine Beeinträchtigung einer physischen Gesundheitsstörung gleichzusetzen ist.

<sup>15</sup> OVG Niedersachsen v. 22.09.1999 – 4 M 3551/99 –, IBIS e.V. C1463 ; VG Braunschweig v. 13.04.2000, GK AsylbLG § 4 Abs. 1 VG Nr. 4.

<sup>16</sup> OVG Berlin v. 03.04.2001 – 6 S 49.98 –, IBIS e.V. C1620.

<sup>17</sup> OVG NRW v. 20.08.2003 – 16 B 2140/02; ebenso OVG Niedersachsen v. 06.07.2004, FEVS 56, 267 ff.

<sup>18</sup> OVG Niedersachsen, v. 06.07.2004 – 12 ME 209/04 .

<sup>19</sup> Deibel, Die Neuregelung des Asylbewerberleistungsrecht 2005, ZAR 2004, 321, 325

Eine engere Auslegung wäre „mit dem Verständnis des Menschen als einer Einheit von Leib, Seele und Geist und mit der Wechselwirkung zwischen psychischen und physischen Gesundheitsstörungen“ unvereinbar.<sup>20</sup>

Es besteht die Verpflichtung zur Übernahme der Kosten eines Sprachmittlers, wenn ansonsten der Anspruch auf Krankenhilfe nicht erfüllt werden könnte.<sup>21</sup>

Auch Rehabilitationsleistungen müssen übernommen werden, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit oder zur Deckung besonderer Bedürfnisse von Kindern erforderlich sind.<sup>22</sup> Dies geschieht in der Praxis z.B., wenn

- Menschen mit Behinderung auf bestimmte Eingliederungsleistungen angewiesen sind<sup>23</sup>,
- Leistungen bei Pflegebedürftigkeit unabweisbar erforderlich sind<sup>24</sup> oder
- für Leistungen der Frühförderung und sonstige Hilfen für behinderte Kinder<sup>25</sup>, soweit sie nicht in die Zuständigkeit der Jugendhilfe (seelische Behinderungen) fallen.

Ein Anspruch auf Pflegegeld für pflegebedürftige Personen besteht nach

---

<sup>20</sup> BVerfG v. 14.01.1981, BVerfGE 56, 54, 73 ff.

<sup>21</sup> BVerwG v. 25.01.1996, NJW 1996, 3092; VG Saarland, Urt. v. 29.12.2000, GK AsylbLG § 4 Abs. 1 VG Nr. 6.

<sup>22</sup> OVG Saarland v. 24.04.2006, – 3 W 3/06 –, juris.

<sup>23</sup> SG Frankfurt v. 16.01.2006, SAR 2006, 59 f.; VG Sigmaringen v. 02.04.2003 – 5 K 781/02 –, juris.

<sup>24</sup> OVG Schleswig-Holstein v. 09.09.1998, FEVS 49, 325 f.

<sup>25</sup> VG Sigmaringen v. 02.04.2003 – 5 K 781/02 –, juris; VG München v. 26.06.2002 – M 18 K 01.4925 –, juris.

§ 6 AsylbLG nicht<sup>26</sup>, es sei denn Pflegeleistungen werden nicht rechtzeitig erbracht und die Pflegeleistung muss von einem Dritten gegen Bezahlung beschafft werden.<sup>27</sup>

Die praktische Durchsetzung therapeutischer Behandlungen verlangt von den Betroffenen oftmals gesteigerte Anstrengungen, langwierige amtsärztliche Gutachtenverfahren und die Inanspruchnahme behördlichen und gerichtlichen Rechtsschutzes. Psychisch beeinträchtigte Flüchtlinge scheitern meist an diesen Anforderungen, wenn sie nicht bei Hilfsorganisationen oder Rechtsanwälten Unterstützung finden. Es besteht in diesen Fällen auch die Möglichkeit, eine Betreuung für den Aufgabenkreis „Gesundheitsfürsorge“ oder „Sozialleistungen“ einzurichten.

Erst **nach vier Jahren** des Leistungsbezuges nach AsylbLG und nur, wenn die Aufenthaltsbeendigung nicht schuldhaft verhindert wurde, werden Leistungen entsprechend SGB XII erbracht. Auf die Hilfen zur Gesundheit besteht dann ein Rechtsanspruch, es wird eine Krankenversicherungskarte ausgestellt. Auf die Eingliederungsleistungen besteht lediglich ein Ermessensanspruch, weil der Aufenthalt nicht als dauerhaft eingeordnet werden kann. Bei einer Entscheidung über die Leistungsgewährung bilden aber die grundrechtlichen Wertungen wie bei jeder Ermessensentscheidung die Grenze des Entscheidungsspielraums der Behörde. Werden Menschen wegen ihres aufenthaltsrechtlichen Status längerfristig von den Leistungen der Bildung, der Integration ins Arbeitsleben und in das Leben in der Gemeinschaft ausgeschlossen, so

---

<sup>26</sup> VGH Bayern, Urt. v. 06.04.2001 – 12 B 00.3269 –, FEVS 2002, 45.

<sup>27</sup> BverwG v. 20.07.2001, FEVS 2002, 1.

verstößt dies gegen das Sozialstaatsprinzip<sup>28</sup>, es fehlt auch an einem Differenzierungsgrund von erheblichem Gewicht und lässt sich daher mit dem Gleichheitsgrundsatz nach Art. 3 Abs. 1 GG nicht vereinbaren.<sup>29</sup> Durch die Leistungsablehnung könnte auch das Diskriminierungsverbot der Antidiskriminierungsrichtlinie Ausbildung/Beruf betroffen sein.

Menschen mit psychischen Erkrankungen können erwerbsunfähig sein, sind es aber in vielen Fällen nicht. Soweit sie erwerbsfähig sind, können Hilfen zur Eingliederung in den Arbeitsmarkt von besonderem therapeutischem Wert sein. Gerade die können sie aber weder im Rechtsbereich des AsylbLG noch des SGB XII erhalten.

Auf die Leistungen nach § 35a SGB VIII besteht in allen Fällen ein Rechtsanspruch, da auf der Grundlage der erteilten Aufenthaltserlaubnis von einem gewöhnlichen Aufenthalt auszugehen ist.

### **Die Sondersituation für langjährige Flüchtlinge mit der Probeaufenthaltserlaubnis nach § 104a AufenthG**

Trotz unsicherer Bleibeperspektive beinhaltet diese Aufenthaltserlaubnis ein Integrationsangebot und daher auch eine weitgehende Gleichstellung mit Personen mit einem dauerhaften Bleiberecht.

Der Krankenversicherungsschutz wird über SGB II-Leistungen gewährleistet. Bei Erwerbsunfähigkeit be-

steht ein vergleichbarer Leistungsanspruch über die Sozialhilfe.

Auch hier können Leistungen der Eingliederungshilfe nur nach Ermessen (§ 23 Abs. 1 SGB XII) erbracht werden.

Die Verlängerung der Aufenthaltserlaubnis über das Jahr 2009 hinaus hängt davon ab, dass der Lebensunterhalt gesichert ist.

Menschen, die wegen Krankheit, Behinderung oder Alter (am 01.07.2007 mindestens 65 Jahre alt) nicht erwerbstätig sein können, kann ab dem 01.01.2010 eine Aufenthaltserlaubnis nach § 23 Abs. 1 AufenthG nur erteilt werden, wenn ihr Lebensunterhalt durch Familienangehörige oder sonstige Dritte gesichert ist. Für alte Menschen ist die Aufenthaltserlaubnis zusätzlich davon abhängig, dass ihre Kinder oder Enkel in Deutschland leben und keine Familienbindungen mehr im Herkunftsland bestehen.

Für diese Fälle wird noch zu klären sein, ob einer Aufenthaltsbeendigung ein Abschiebehindernis (aus Art. 6 GG, Art. 8 EMRK und auch Art. 1 Abs. 1 und Art. 2 Abs. 2 GG) entgegensteht. Fraglich ist zudem, ob mit dieser Regelung eine Diskriminierung geschaffen wurde, die auf der nicht-deutschen Staatsangehörigkeit beruht (grundsätzlich zulässig), oder ob eine Benachteiligung wegen der Behinderung vorliegt, die nach Art. 3 Abs. 3 GG unzulässig wäre.

### **IV. Geduldete und Asylbewerber mit Aufenthaltsgestattung**

Flüchtlinge erhalten während eines laufenden ersten Asylverfahrens eine Aufenthaltsgestattung, durch welcher ihr Aufenthalt erlaubt wird, dieser Status entspricht jedoch nicht dem rechtmäßigen Aufenthalt mit einem

<sup>28</sup> BSG v. 01.09.1999, InfAusIR 1999, 510 für die Ausstellung eines Schwerbehindertenausweises.

<sup>29</sup> Gutmann, soziale Rechte von Kindern und Jugendlichen, InfAusIR 2006, 141, 145.

Aufenthaltstitel oder einer Befreiung von der Anforderung des Aufenthaltstitels. Ihr Aufenthalt wird auch nicht durchgängig als „gewöhnlicher Aufenthalt“ gewertet.

Flüchtlinge mit einer Duldung sind ausreisepflichtig, ihnen wird mit der Duldungsbescheinigung lediglich dokumentiert, dass die Abschiebung derzeit ausgesetzt ist. Die Bescheinigung erlischt mit der Ausreise. Sie verfügen ebenfalls nicht über einen rechtmäßigen Aufenthalt.

Die Duldung wird mit einer Wohnsitzauflage erteilt, ebenso wie die humanitären Aufenthaltserlaubnisse. Für Asylbewerber wird die Bewegungsfreiheit noch weitgehender eingeschränkt.

Diese beiden Gruppen befinden sich auf der niedrigsten Stufe der Sozialleistungshierarchie.

Leistungen bei psychischer Erkrankung werden nur nach § 4 und § 6 AsylbLG erbracht (siehe unter III.). Besondere Probleme treten auf, wenn die Leistung bei Geduldeten nach § 1a AsylbLG auf das unabweisbar Erforderliche reduziert wird, weil sie sich entweder „in den Geltungsbereich dieses Gesetzes begeben haben, um Leistungen nach diesem Gesetz zu erlangen“ oder wenn „aus von ihnen zu vertretenden Gründen aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können“. An dem Anspruch auf (eingeschränkte) medizinische Versorgung darf sich aber auch dann nichts ändern, da für alle Leistungsbeziehenden nur das medizinische Minimum geleistet wird. Eine Unterschreitung des Leistungsumfangs würde daher das Grundrecht auf Leben und körperliche Unversehrtheit nach Art. 2 Abs. 2 GG verletzen.

Erst **nach vier Jahren** Leistungsbezug können Leistungen entsprechend SGB XII erbracht werden. Auf die Eingliederungsleistungen besteht lediglich ein Ermessensanspruch, weil der Aufenthalt nicht als dauerhaft eingeordnet werden kann.

Ansprüche nach § 35a SGB VIII hängen davon ab, ob im konkreten Einzelfall von einem gewöhnlichen Aufenthalt auszugehen ist. Nach Sinn und Zweck der Leistung ist darauf abzustellen, ob der Aufenthalt voraussichtlich so lange andauern wird, dass die gewährten Leistungen einen Erfolg erwarten lassen.<sup>30</sup>

Für die Behandlung von Asylanttragstellern gilt darüber hinaus die **Aufnahmerichtlinie** (RL 2003/9/EG). Danach können die Gesundheitsleistungen zwar auf einen Basisschutz reduziert werden, dies gilt jedoch nicht für Asylbewerber mit besonderen Bedürfnissen. Menschen mit Behinderungen, Opfer von Gewalt, bei Kindern auch sonstige Formen fluchtbedingter Beeinträchtigungen haben Ansprüche auf jegliche notwendige medizinische Hilfe und therapeutische Behandlung (Art. 17 und 18 RL 2003/9/EG). Die Regelung wurde trotz ursprünglicher Planung nicht in deutsches Recht umgesetzt. Die Kritik der EU-Kommission an der mangelnden Umsetzung wurde von der Bundesregierung zurückgewiesen (Ds. 16/9273).

Derzeit wird die Richtlinie überarbeitet, da nach Feststellungen des Europäischen Parlaments noch zu viele Defizite in den Mitgliedstaaten bestehen. Konkreter gestaltet werden soll dann auch ein Verfahren zur frühzeitigen Identifizierung von Menschen mit besonderen Bedürfnissen,

---

<sup>30</sup> Kunkel, Jugendhilfe für Ausländer, ZAR 2006, 92.

welches derzeit in Deutschland noch nicht existiert.

Umgesetzt wurde die Regelung zur Betreuung unbegleiteter Minderjährige. Sie sind nach § 42 Abs. 1 Satz 1 Nr. 3 SGB VIII nach der Einreise in Obhut zu nehmen, es ist ein Vormund zu bestellen und sie müssen in gesonderten Einrichtungen oder Abteilungen untergebracht werden. Ausnahmen sind ab 16 Jahren zulässig. In Deutschland werden alle Jugendlichen ab 16 Jahren in Erstaufnahmeeinrichtungen für Erwachsene untergebracht.

### **Die Bedeutung des PsychKG für Flüchtlinge**

Das Gesetz enthält die Verpflichtung der Gesundheitsämter, durch sozialpsychiatrische Dienste Hilfen für Menschen mit psychischen Erkrankungen unabhängig von sonstigen Leistungsträgern anzubieten und die erforderlichen Hilfen sicherzustellen (§ 5 PsychKG NW).

Die Hilfe kann durch den Betroffenen oder auch durch Dritte beantragt werden, sie hat von Amts wegen einzusetzen, wenn bekannt wird, dass Erkrankte nicht in der Lage sind, einen Antrag zu stellen (§ 4 PsychKG NW).

Dies geschieht vor allem durch eine verfügbare Anlaufstelle, eigene Beratungsangebote und die Kooperation mit der Servicestelle nach SGB IX sowie den Leistungserbringern im Bereich der psychiatrischen Versorgung.

Für Personen ohne Krankenversicherungsschutz ist diese Anlaufmöglichkeit, die nicht nur bei Flüchtlingen, sondern oft auch in der Bevölkerung kaum bekannt ist, von entscheidender Bedeutung – um bei kurzfristi-

gem Behandlungsbedarf schnelle Hilfen zu erhalten.

### **Die Bedeutung der UN-Behindertenkonvention**

Die UN-Behindertenkonvention wurde erst im Dezember 2008 in Deutschland ratifiziert, konkrete Auswirkungen sind daher noch nicht spürbar. Diese Konvention sollte jedoch auch in der Interessenspolitik für Flüchtlinge einen wichtigen Stellenwert bekommen. Denn eins ist klar, Teilhabeansprüche für Menschen mit Behinderung sind universelle Menschenrechte, die nicht nach der Qualität der Aufenthaltspapiere segmentiert werden dürfen.

So garantiert Art. 19 der Konvention allen Menschen mit Behinderung eine unabhängige Lebensführung mit dem Zugang zu gemeindenahen Unterstützungsdiensten, einschließlich der persönlichen Assistenz und Maßnahmen zur Verhinderung von Isolation und Absonderung von der Gemeinschaft.

Gerade diese Inklusion ist für Flüchtlinge mit psychischen Behinderungen noch lange nicht erreicht.

Art. 7 garantiert allen Kindern mit Behinderungen den gleichberechtigten Genuss von Menschenrechten und Grundfreiheiten.

Immer noch werden in Deutschland Minderjährige in Erstaufnahmeeinrichtungen untergebracht, ohne dass zuvor eine Prüfung stattfindet, ob sie durch erlittene Gewalt oder Traumatisierung auf einen besonderen Schutzraum angewiesen sind.

Art. 25 verbietet jede Diskriminierung wegen der Behinderung im Bereich der Gesundheitsfürsorge. Die eingeschränkten Behandlungsansprüche, die fehlenden Sprachmittler

und geeigneten Therapieangebote zielen sicher nicht auf eine Benachteiligung wegen der Behinderung, sondern *nur* wegen des Aufenthaltsstatus. Mittelbar wird diese Gruppe von Menschen aber dennoch diskri-

miniert, weil das Zusammentreffen ihres Flüchtlingsstatus mit der Behinderung sie in besonderem Maße von der Möglichkeit einer eigenständigen und eigenwilligen Lebensgestaltung ausschließt.

**Kontakt:**

Prof. Dorothee Frings  
Hochschule Niederrhein  
Abteilung Mönchengladbach  
Webschulstr. 31 – 34  
41065 Mönchengladbach  
Tel.: +49(0)2161/1865612  
Email: [dorothee.frings@hsnr.de](mailto:dorothee.frings@hsnr.de)

Marlis Bredehorst  
Dezernat Soziales, Integration und Umwelt  
der Stadt Köln  
Tel.: +49(0)221/29100

Prof. Dr. Dorothee Frings  
Hochschule Niederrhein  
Tel: +49(0)2161/1865612

Bernhard von Grünberg  
U no-Flüchtlingshilfe e. V., Bonn  
Tel.: +49(0)228/62986-0

Eva van Keuk  
Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf e. V.  
Tel.: +49(0)211/353315

Beate Kubny-Lüke  
Landschaftsverband Rheinland,  
Tel.: +49(0)221/809-6647

Ulrike Lubek  
Landschaftsverband Rheinland  
Tel.: +49(0)221/809-6619/-6617

Dr. Jaroslav Malevani  
LVR-Klinikum Düsseldorf/Kliniken der  
Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf  
Tel.: +49(0)211/922-3403

Dr. Andrea Möllering  
LVR-Klinikum Essen/Kliniken und Institut der  
Universität Duisburg-Essen, Trauma-Ambulanz  
Tel.: +49(0)201/7227-549

Arif Ünal  
Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum  
Migration Köln am Gesundheitszentrum für  
MigrantInnen Köln e. V.  
Tel.: +49(0)221/4203980

Martin Vedder  
Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentrum  
Migration Bergisches Land beim Psychosozialen  
Trägerverein Solingen e. V.  
Tel.: +49(0)212/22289-49