

Lea Charlotte Bogatzki

Psychotherapeutische Regelversorgung für Geflüchtete

Weltweit sind über 80 Millionen Menschen auf der Flucht. Geflüchtete und Asylsuchende sind oftmals stark belastet – die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung steht vor enormen Herausforderungen.

Die Zahl der Geflüchteten und Vertriebenen war noch nie so hoch wie heute (UNHCR, 2021). Unfreiwillige Migration, aufgrund von Flucht vor Krieg, Verfolgung und Gewalt, geht mit einem erhöhten Morbiditätsrisiko für psychische Erkrankungen einher (Böttche et al., 2016). Bis heute gibt es keine verlässlichen Zahlen körperlicher und/oder seelischer Erkrankungen von Asylbewerber*innen (Schouler-Ocak, 2015). Expert*innen der Nationalen Akademie der Wissenschaften

Unfreiwillige Migration geht mit einem erhöhten Morbiditätsrisiko für psychische Erkrankungen einher.

Leopoldina schätzen, dass 50 % der in den letzten Jahren nach Deutschland gekommenen Geflüchteten traumabedingte psychische Störungen haben und dass etwa 25 % professioneller psychotherapeutischer Hilfe bedürfen (Nationale Akademie der Wissenschaften, 2018). Prinzipiell lassen sich bei Geflüchteten drei Phasen von spezifischen Stressoren unterscheiden (Abbott, 2016): vor der Flucht (Prä-Migration), während der Flucht (Migration) und nach Ankunft

im Aufnahmeland (Post-Migration, Exilphase). Das kumulative Erleben dieser Stressoren hängt mit der Chronifizierung von psychischen Störungen zusammen (Nickerson et al., 2011). Anhaltende psychische Belastung ist begleitet von negativen Folgen wie sozialer Isolation, Schwierigkeiten beim Spracherwerb und Exklusion von Maßnahmen, welche die gesellschaftliche Integration erschweren (Abbot, 2016). Die körperliche und mentale Gesundheit der Geflüchteten hat eine enorme gesellschaftliche Relevanz für gelingende Integration (Schneider et al., 2017). In einem sich gegenseitig beeinflussenden Prozess hat aber auch die psychologische Akkulturation der Geflüchteten einen entscheidenden Einfluss auf die mentale Gesundheit. Akkulturation prägt die Anpassung, Adaption und Teilnahme an gesellschaftlichen Strukturen und das generelle Gesundheitsverhalten (Andreeva et al., 2009). Gelingende Akkulturation wird in positiven Zusammenhang körperlicher und psychischer Gesundheit gebracht (Jorgenson & Nilsson, 2021).

im Aufnahmeland (Post-Migration, Exilphase). Das kumulative Erleben dieser Stressoren hängt mit der Chronifizierung von psychischen Störungen zusammen (Nickerson et al., 2011). Anhaltende psychische Belastung ist begleitet von negativen Folgen wie sozialer Isolation, Schwierigkeiten beim Spracherwerb und Exklusion von Maßnahmen, welche die gesellschaftliche Integration erschweren (Abbot, 2016). Die körperliche und mentale Gesundheit der Geflüchteten hat eine enorme gesellschaftliche Relevanz für gelingende Integration (Schneider et al., 2017). In einem sich gegenseitig beeinflussenden Prozess hat aber auch die psychologische Akkulturation der Geflüchteten einen entscheidenden Einfluss auf die mentale Gesundheit. Akkulturation prägt die Anpassung, Adaption und Teilnahme an gesellschaftlichen Strukturen und das generelle Gesundheitsverhalten (Andreeva et al., 2009). Gelingende Akkulturation wird in positiven Zusammenhang körperlicher und psychischer Gesundheit gebracht (Jorgenson & Nilsson, 2021).





Ausgangslage: Aktuelle Versorgungsstruktur für Geflüchtete unter dem Aspekt psychotherapeutischer Gesundheitsversorgung

Finanzierung

Der Verfahrensstand des Asylprozesses ist maßgebend für den medizinischen Leistungsanspruch eines Flüchtlings (Liedl et al., 2016, S. 23). Während der ersten 15 Monate ist auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) das Sozialamt Kostenträger der Gesundheitsleistungen. Nach § 4 des AsylbLG werden die Kosten der Behandlung bei akuten Erkrankungen oder Schmerzzuständen übernommen. Um Zugang zu einer ärztlichen Behandlung zu erlangen, müssen die Betroffenen einen Behandlungsschein anfordern. In der Bewil-

Der Verfahrensstand des Asylprozesses ist maßgebend für den medizinischen Leistungsanspruch eines Flüchtlings.

ligungspraxis variiert die Ausstellung dieser Scheine stark. Die unbestimmte Definition und undifferenzierte Auslegung der Rechtsbegriffe „Schmerzzustände“ und „akut“ führen in der Praxis regelmäßig zu Verunsicherung (BPtK, 2015). Wenn die Voraussetzungen für § 4 nicht erfüllt werden, kann möglicherweise eine Behandlung über § 6 AsylbLG erfolgen. Voraussetzung für diese „sonstigen Leistungen“ ist, dass sie „im Einzelfall zur Sicherung (...) der Gesundheit unerlässlich“ sind, und eine Nicht-Behandlung zu Folgeerkrankungen, Chronifizierung oder einer deutlichen Verschlechterung des Gesundheitszustandes führt. Nach Ablauf von 15 Monaten erhalten Geflüchtete mit einer Aufenthaltsgestattung Anspruch auf das Leistungsspektrum der gesetzlichen Krankenversicherung, die jeweilige Krankenkasse erhält von den zuständigen Sozialbehörden die Kosten erstattet (Böttche et al., 2016). Geflüchtete mit Aufenthaltserlaubnis werden gesetzlich krankenversichert, allerdings werden keinerlei Sprachmittlungskosten von der Kasse übernommen (Baron & Flory, 2020). Die Komplexität der Finanzierungsmodelle führt in der Praxis nicht selten zu großen Schwierigkeiten.

Aktuelle Versorgungslage und Versorgungsdefizite

Das Recht auf Gesundheit und Gesundheitsversorgung für Geflüchtete ist auf internationaler Ebene durch verschiedene Abkommen und Konventionen geschützt. Dennoch besteht große Diskrepanz zwischen Bedarf und praktischem Zugang zur Versorgung (Böttche et al., 2016; BPtK, 2015). Spezialisierte Zentren, vor allem die Mitglieder der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BafF), leisten aktuell einen großen Anteil psychotherapeutischer Versorgung. Von den bundesweit 42 spezialisierten Zentren wird jedoch nur ein kleiner Teil der psychisch belasteten Zielgruppe versorgt. Jährlich werden bundesweit in den Zentren zwar etwa 22.700 Personen versorgt, über 7.600 Personen können jedoch nicht versorgt werden. Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz betragen

durchschnittlich sieben Monate, in fast 30 % der Zentren sogar zwischen neun und 18 Monaten (Baron & Flory, 2020, S. 93). Analysen der Barmer zeigen zudem, dass Geflüchtete mit elektronischer Gesundheitskarte trotz eines höheren Bedarfs 70 % weniger kassenfinanzierte Psychotherapie in Anspruch nehmen als nichtgeflüchtete Versicherte (Bauhoff & Göppfarth, 2018).

Eine Vielzahl an Barrieren erschweren Asylsuchenden und Flüchtlingen den Zugang zum deutschen Regelversorgungssystem. Schneider (2017) unterscheidet individuelle, strukturelle und soziale Komponenten, die im Zusammenspiel dazu führen, dass Hilfsbedürftige nicht adäquat behandelt werden. Hierzu zählen kulturelle und sprachliche Herausforderungen, fehlende Finanzierungsregelungen für Sprachmittlung, individuelle und institutionelle Stigmatisierungen oder fehlendes Wissen über psychiatrische Erkrankungen und Behandlungsmöglichkeiten. Befragungen zeigen zudem, dass auch Niedergelassene Schwierigkeiten bei der Versorgung dieser Gruppe erleben, die von Wissensdefiziten über administrative Hürden, bis hin zu praktischen Barrieren reichen (Hausmann, 2019). Die BPtK sieht ein großes Defizit in der Gewährung und Begutachtung von Psychotherapie nach AsylbLG, das einen großen Entscheidungs- und Ermessensspielraum offenlässt. Die aktuelle Ablehnungsquote für Psychotherapie-Anträge im Rahmen des AsylbLG durch die Sozialbehörden liegt bei 41 % (zum Vergleich: 5,9 % bei gesetzlich krankenversicherten Patient*innen; Baron & Flory, 2020, S.117). Es wird deutlich, dass das spezialisierte Versorgungssystem aktuell nicht über ausreichenden Ressourcen verfügt und das Regelversorgungssystem nicht im erwartbaren Umfang genutzt werden kann.

Eine Vielzahl an Barrieren erschweren Asylsuchenden und Flüchtlingen den Zugang zum deutschen Regelversorgungssystem.

Lösungsansätze

Um den Bedarf an psychotherapeutischer Versorgung bei limitierten Ressourcen kultursensibel und bedarfsgerecht decken zu können, werden gestufte Versorgungsmodelle, wie sie bereits in der Not- und Entwicklungshilfe Anwendung finden, diskutiert (Bajbouj et al., 2018; Elbert et al., 2017). Stepped-and-collaborative-care-Modelle verfolgen den Ansatz, zunächst eine allgemeine, niederschwellige Versorgung zu gewährleisten und erst bei manifesten Erkrankungen intensivere Interventionen durchzuführen (stepped care). Dabei soll die Vernetzung der verschiedenen Berufsgruppen und Institutionen unter Einschluss von Nichtspezialist*innen und Peers hin zu einer integrativen Versorgungsform gefördert werden (collaborative care; Bohus & Missmahl, 2017).

Vorstellung des Modellprojekts

Im Zuge der Reformbemühungen entstand 2017 im Landkreis Konstanz ein Modellprojekt mit dem Ziel, psychisch belastete Geflüchtete besser in die Regelversorgung zu integrieren. Das in Kooperation zwischen vivo international e.V. und der Universität Konstanz unter der Federführung von Dr. Michael Odenwald entwickelte Projekt fokussiert sich auf einen Landkreis als kommunale Verwaltungseinheit mit einheitlicher Auslegung des AsylbLG und beinhaltet zwei Komponenten, die **Koordinierte Versorgung** und der **koordinierte Einsatz von trainierten Peers** (Gesundheitspat*innen). Das Konzept ist ausschließlich auf strukturelle Aspekte der Versorgung fokussiert und inhaltlich offen für alle Verfahrensausrichtungen, Therapietechniken

und Berufsgruppen. Die erste Komponente zielt darauf ab, die bestehenden Akteure der Regelversorgung (1) zu vernetzen (Vermittlung von geeigneten Patient*innen auf freie Therapieplätze, Organisation von Mitbehandlungen, Kooperation mit Gesundheitspat*innen), (2) sie ressourcetechnisch und administrativ bei der Arbeit mit der Zielgruppe zu unterstützen (Antragsstellung, Sprachmittlerservice) und (3) gegenüber den Landkreisbehörden (Kostenträger nach AsylbLG) zu vertreten, sowie (4) inhaltlich zu qualifizieren und zu begleiten (Fortbildungen und Interventionen). Die zweite Komponente führt Gesundheitspat*innen als neuen Baustein in die Versorgung ein (siehe Abbildung 1).

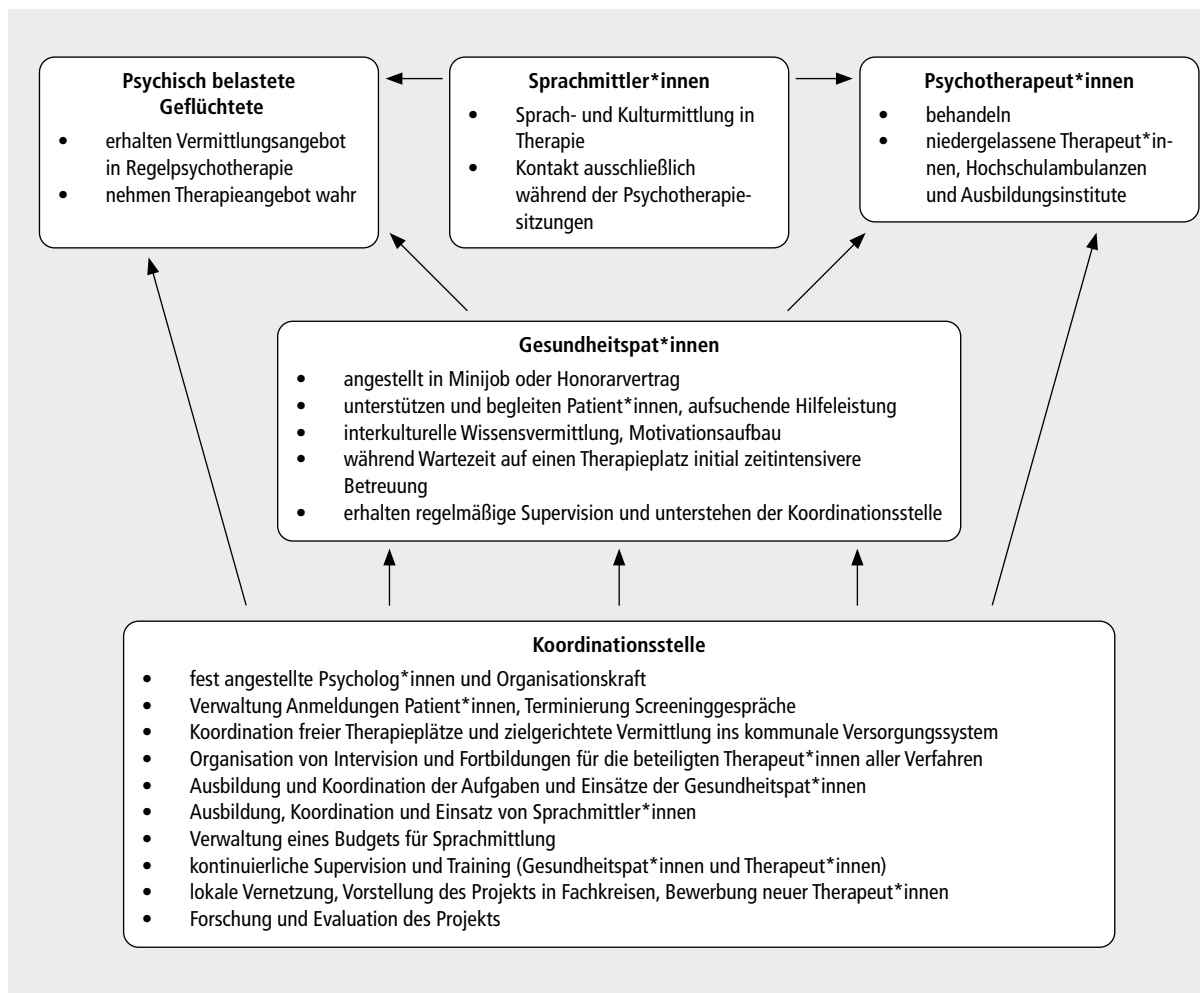


Abbildung 1: Die Abbildung zeigt den strukturellen Aufbau des Projekts. Fachkräfte der Koordinationsstelle führen initiale Screeningsgespräche durch und vermitteln zielgenau in die kommunale Versorgung. Trainierte, psychisch stabile und aus den Herkunftsregionen der Geflüchteten stammende Peers betreuen unter Supervision je einen bis fünf Geflüchtete über einen längeren Zeitraum von der Aufnahme ins Projekt, über die Wartezeit bis zum Beginn der Psychotherapie und währenddessen. Die konzeptionelle Abgrenzung zu den Sprachmittler*innen ist dabei elementar. Ziel ist es, den Geflüchteten eine Brücke in das Regelversorgungssystem zu bauen. Die Betreuung durch die Gesundheitspat*innen ist zu Beginn oft zeitintensiver und reduziert sich sobald die Patient*innen die Psychotherapie selbstständiger und eigenverantwortlicher wahrnehmen.



Begleitforschung und Evaluierung

In einer Machbarkeitsstudie wurde untersucht, ob die inhaltlich heterogene und rein auf strukturelle Aspekte fokussierte Intervention messbare Effekte bei den Patient*innen zeigt und wie die Gesundheitspat*innen als Nichtprofessionelle die psychischen Belastungen dieser Arbeit verkraften. Die Patient*innen wurden in eine unkontrollierte Längsschnittstudie involviert, bei der die Inanspruchnahme der vermittelten psychotherapeutischen Behandlungen, die Veränderung der psychischen Symptomatik, das Funktionsniveau, die Lebensqualität und Akkulturation erfasst wurden. Die psychische Beanspruchung und die berufliche Lebensqualität der Gesundheitspat*innen wurde nach einem Jahr Projektarbeit mittels der „Professional Quality of Life Scale“ (ProQOL; Stamm, 2010) erhoben. In der Pilotauswertung nach circa vier Monaten Projektteilnahme wurde eine Stichprobe von 15 Patient*innen eingeschlossen. Die Patient*innen, zwölf Männer und drei Frauen kommen aus den Herkunftsländern Afghanistan, Iran, Irak und Syrien (Alter 18 bis 39 Jahre). Sie hatten seit Aufnahme ins Projekt insgesamt neun (SD = 6.49) Sitzungen erhalten. Die Daten bestätigen die erwartete hohe, überdurchschnittliche psychische Belastung der Geflüchteten zum Zeitpunkt des Erstgesprächs (SCL-27-M = 1.86; SD = 0.53) und die starke Funktionsbeeinträchtigung (WSAS-M = 4.95; SD = 1.68). Im Längsschnitt zeigte sich eine Tendenz zur Abnahme der Symptomwerte (SCL-27: $p = .561$, $d = 0.15$) und eine Verbesserung der Funktionsfähigkeit (WSAS: $p = .082$; $d = 0.50$). Die Untersuchung der Gesundheitspat*innen ergibt nach einem Jahr eine durchschnittliche bis überdurchschnittliche Zufriedenheit mit der Arbeit, sowie ein niedriges Burnoutlevel und geringe Werte für sekundären traumatischen Stress. Aktuell werden die Daten aller Patient*innen, die 2017 bis 2020 vom Projekt begleitet wurden, ausgewertet.

Diskussion

In einer vorläufigen Auswertung zeigten sich positive Effekte: Die vom Projekt begleiteten Therapien zeigten eine hohe Wahrnehmungs- und unauffällige Abbruchrate, die Symptombelastung und die Funktionsfähigkeit entwickelten sich in eine positive Richtung und die beteiligten Gesundheitspat*innen waren durch ihre Arbeit nicht belastet. Gerade auf dem Hintergrund, dass der Symptomverlauf unbehandelter Geflüchteter in Richtung einer weiteren Verschlechterung geht (siehe Kaltenbach et al., 2018), sprechen diese kleinen positiven Effekte für die Qualität der Therapieangebote in der Regelversorgung. Zur besseren Einordnung der Ergebnisse ist ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign erforderlich. Durch die verfahrens-, technik- und theorieoffene Konzeption des Projekts sind hochausgebildete Expert*innen verschiedener, wissenschaftlich anerkannter Therapieverfahren beteiligt, die selbstverantwortlich über das indizierte Vorgehen entscheiden. Dies führt zu einer Heterogenität der psychotherapeutischen Interventionen und in der wissenschaftlichen Evaluierung zu methodischen Problemen (vor allem mit interner Validität). Die Erfolge des Projekts sollten jedoch nicht allein auf der quantitativen Ebene beurteilt werden. Auch die Therapeut*innen beschrieben ihre Erfahrungen mit einer Interventionsgruppe, in der sich Expert*innen unterschiedlicher Aus- und Fortbildungshintergründen gemeinsam der Herausforderung stellten, schwer traumatisierte Menschen aus einem anderen kulturellen Hintergrund zu behandeln, als überaus bereichernd. Daher soll die qualitative Forschung im weiteren Projektverlauf eine größere Rolle spielen. Im Kasten stehen Implikationen und Handlungsvorschläge, die sich aus den Erfahrungen und ersten Ergebnissen des Projekts ergeben.

Implikationen

- Aufbau und Ausbau von koordinierter Versorgung für Geflüchtete mit psychischen Problemen auf kommunaler Ebene
- Förderung der Vernetzung und interdisziplinären Zusammenarbeit
- Ausbildung und Einsatz von trainierten Gesundheitspat*innen in der Regelpsychotherapie
- Aufbau von kommunalen Budgets für Sprachmittlung in der Therapie psychisch belasteter Geflüchteter



Psychotherapie kreativ gestalten: 7000 Arbeitsblätter online

Ausblick und Fazit

Das Projekt wird aktuell durch den Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der europäischen Union in Kooperation mit der Universität Konstanz sowie dem Verein vivo international e.V. finanziert. In diesem Rahmen wird eine randomisiert-kontrollierte Studie durchgeführt mit dem Ziel, die Effektivität des Ansatzes auf unterschiedlichen Ebenen zu evaluieren. Gleichzeitig soll eine Zusammenstellung aller Trainings- und Konzeptmaterialien erfolgen.

Gelingende Integration setzt psychische Gesundheit voraus. Mentale Gesundheit führt nicht nur zur Reduktion des individuellen Leids, sondern ist auch von enormer sozialer und gesellschaftlicher Relevanz. Das hier beschriebene Projekt bildet Grundlage für weitere innovative und nachhaltige Projekte und Studien mit dem Ziel, Geflüchteten einen diskriminierungsfreien Zugang zum Menschenrecht auf Gesundheit zu gewährleisten.



Das Literaturverzeichnis
finden Sie online unter
[www.psychotherapie-
aktuell.de](http://www.psychotherapie-aktuell.de).



Jetzt 30 Tage
kostenfrei testen

Fotos © Gettyimages



Auf psychotherapie.tools erhalten Sie Zugriff auf 7.000 Arbeits- und Infoblätter für Patient_innen, die Arbeit mit Angehörigen und für die Therapieplanung zu:

- KVT, Systemische Therapie, Schematherapie, Dialektisch-behaviorale Therapie, Metakognitive Therapie, lösungsorientierte Therapie, ACT, CBASP uvm.
- **Ganz neu** sind die Materialien zu Selbstwert, Posttraumatische Belastungsstörungen, Emotionen, Borderline, Bipolare Störung

Sie wollen psychotherapie.tools kennenlernen?

Registrieren Sie sich jetzt und testen Sie 30 Tage kostenlos – im Probemonat erhalten Sie dafür ein Startguthaben für Ihre ersten Arbeitsblätter.

Weitere Informationen
www.psychotherapie.tools



Lea Charlotte Bogatzki

M.Sc., Koordinatorin des Integrationsprojekts für psychisch belastete Geflüchtete und Doktorandin an der Universität Konstanz unter der Leitung von Dr. Michael Odenwald und Prof. Dr. Daniela Mier. Parallel Ausbildung zur Psychologischen Psychotherapeutin an der Tübinger Akademie für Verhaltenstherapie.



**PSYCHOTHERAPIE.
TOOLS**

Eine Marke von **BELTZ**



Literaturverzeichnis

ZU

Lea Charlotte Bogatzki

Psychotherapeutische Regelversorgung für Geflüchtete

Psychotherapie **Aktuell**

Ausgabe 4.2021

ISSN 1869-033

- Abbott, A. (2016). The troubled minds of migrants. *Nature*, 538(7624), 158-160.
- Andreeva, V. A., Unger, J. B., Yaroch, A. L., Cockburn, M. G., Baezconde-Garbanati, L., & Reynolds, K. D. (2009). Acculturation and sun-safe behaviors among US Latinos: findings from the 2005 Health Information National Trends Survey. *American Journal of Public Health*, 99(4), 734-741.
- Bajbouj, M., Alabdullah, J., Ahmad, S., Schidem, S., Zellmann, H., Schneider, F., & Heuser, I. (2018). Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 89(1), 1-7.
- Baron, J., & Flory, L. V. (2020). Zur Psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BaFf eV): Berlin, Germany.
- Bauhoff, S., & Göppfarth, D. (2018). Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. *PloS one*, 13(5), e0197881.
- Bohus, M., & Missmahl, I. (2017). Zur Umsetzung alternativer Behandlungsmodelle für Flüchtlinge in der BRD. *Der Nervenarzt*, 88(1), 34-39.
- Böttche, M., Stammel, N., & Knaevelsrud, C. (2016). Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 87(11), 1136- 1143.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2015). Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen. Verfügbar unter: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf (Zugriff: 30.08.2021)
- Elbert, T., Wilker, S., Schauer, M., & Neuner, F. (2017). Dissemination psychotherapeutischer Module für traumatisierte Geflüchtete. *Der Nervenarzt*, 88(1), 26-33.
- Hausmann, U. (2019). Ambulante psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten in Baden-Württemberg - Ergebnisse einer Umfrage bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen. Refugio Stuttgart e.V. Verfügbar unter: https://www.refugio-stuttgart.de/files/daten/Pressemitteilungen/1912_Umfrage_Psychotherapeuten_BaW%C3%BC_Auswertung.pdf (Zugriff: 23.09.2021).
- Jorgenson, K. C., & Nilsson, J. E. (2021). The relationship among trauma, acculturation, and mental health symptoms in Somali refugees. *The Counseling Psychologist*, 49(2), 196-232.
- Kaltenbach, E., Schauer, M., Hermenau, K., Elbert, T., & Schalinski, I. (2018). Course of mental health in refugees—A one year panel survey. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 352.
- Liedl, A., Böttche, M., Abdallah-Steinkopff, B., & Knaevelsrud, C. (Eds.). (2016). Psychotherapie mit Flüchtlingen-neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse: Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte. Stuttgart: Schattauer Verlag
- Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, N. A. (2018). Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig, Stellungnahme. Verfügbar unter: https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2018_Stellungnahme_traumatisierte_Fluechtlinge.pdf (Zugriff: 27.09.2021)
- Nickerson, A., Bryant, R. A., Silove, D., & Steel, Z. (2011). A critical review of psychological treatments of posttraumatic stress disorder in refugees. *Clinical psychology review*, 31(3), 399-417.

- Schneider, F., Bajbouj, M., & Heinz, A. (2017). Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 88(1), 10-17
- Schouler-Ocak, M. (2015). Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Der Nervenarzt*, 86(11), 1320-1325.
- Stamm, B.H. (2010). *The Concise ProQOL Manual*. Pocatello, ID: ProQOL.org.
- United Nations High Commissioner for Refugees (2021). Global Trends. Forced Displacement in 2020. Verfügbar unter: <https://www.unhcr.org/statistics/unhcrstats/60b638e37/globaltrends-forced-displacement-2020.html> (Zugriff: 21.09.2021).