



## Gesundheitsversorgung der Geflüchteten

### Was weiß man über den Gesundheitsstatus - wo ist Handlungsbedarf?

Der stille Held in dem preisgekrönten Dokumentarfilm "Leuchfeuer" von Gianfranco Rosi ist der Arzt Pietro Bartolo. Er versorgt täglich die Flüchtlinge, die es bis zur italienischen Insel Lampedusa geschafft haben. Er ist kein Gynäkologe - und doch muss er es werden, kein Chirurg, und doch muss er operieren. Viele Krankheitsbilder sieht er zum ersten Mal: Zeichen totaler Erschöpfung, Folgen langer Dehydrierung, schwerste Verletzungen. Nach dem Ankommen beginnt der schwierige Weg in eine Normalität. Sind sie nun in Sicherheit, haben Angst und Stress ein Ende?

Die Stimmung in Deutschland ist gespalten: Es gibt eine engagierte Zivilgesellschaft, aber Flüchtlinge werden oft bedroht, die Zahl der registrierten Gewaltakte ist 2016 auf mehr als 3000 pro Jahr gestiegen: jeden Tag 8 bis 10 Angriffe und Übergriffe aus rassistischen und fremdenfeindlichen Motiven. Die Abschottungspolitik setzt Zeichen. Vor allem Bayern fährt einen harten Kurs und schiebt auch viele derjenigen ab, die lange schon mit Duldung hier lebten, deutsch sprechen, sich integriert haben. Diese Entscheidungen führen zu neuem

Leid, Traumata brechen wieder auf; so ist die Zahl der Selbstmorde vor allem bei den Flüchtlingen aus Afghanistan in den letzten Monaten gestiegen. Das sind nur Streiflichter auf die Lage Geflüchteter nach der Sicherung der Grundbedürfnisse bei der Ankunft. Die körperlichen und psychischen Belastungen, aber auch Krankheiten, mit denen sie hier angekommen sind: die gesundheitliche Versorgung der Flüchtling ist eine sehr große Herausforderung. Unser System war darauf nicht vorbereitet.

Das Wissen um ihre gesundheitliche Lage und den tatsächlichen Bedarf ist lückenhaft, wie der Beitrag von Angela Gosch zeigt. Die aktuellen Erhebungen des Robert-Koch-Instituts Berlin ergänzen die Datenlage und zeigen in Übereinstimmung mit anderen Studien dringenden Handlungsbedarf im Bereich psychischer Gesundheit - und bei der verbesserten Erreichbarkeit von Angeboten. Joy Grimberg und Christian Janßen berichten über erfolgreiche Therapien. Auch an unserer Fakultät wird das Thema weiterhin wissenschaftlich und praktisch aufgegriffen.

*Prof. Dr. Christine Schönberger*

# Gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen

Die Versorgung in den Bundesländern ist unterschiedlich - aber das psychotherapeutische Angebot ist überall völlig unzureichend

Man weiß schlicht nicht, wie gesund Menschen mit Fluchterfahrungen bei ihrer Ankunft in Deutschland sind, denn es gibt kaum belastbare Daten (Razum et al. 2016). Das Krankheitsspektrum entspricht überwiegend dem der deutschen Bevölkerung, vor allem in den Aufnahmeeinrichtungen gibt es aber eine erhöhte Infektionsgefahr. Zur psychischen Gesundheit gibt die Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK 2015) an, dass mindestens die Hälfte der Flüchtlinge psychisch krank ist, ca. 40 bis 50 Prozent leiden unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) und 50 Prozent unter einer Depression. Es bräuchte dringend mehr Studien (Razum et al. 2016), um um eine angemessene Versorgung gewährleisten zu können.

In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes haben Flüchtlinge nur eingeschränkten Zugang zu gesundheitlichen Leistungen. Dies regelt das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG): nach §4 werden akute Erkrankungen und Schmerzzustände versorgt, Schutzimpfungen und Vorsorgeuntersuchungen sowie die Betreuung und Versorgung von Schwangeren ist möglich. § 6 regelt die Gewährung sonstiger Leistungen im Einzelfall, wenn sie zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Die Bewilligung erfolgt in dieser Zeit zumeist durch die Sozialämter, dort erhalten die Asylbewerber\_innen vor dem Arztbesuch den Behandlungsschein. Diese Situation erzeugt Hindernisse und Barrieren, die einer gesundheitlichen Chancengleichheit für Asylbewerber\_innen entgegensteht.

Folgende Kritikpunkte an diesem Vorgehen sind zu nennen: Das Behandlungsspektrum, das ausschließlich akute Erkrankungen und Schmerzzustände einbezieht, ist zu begrenzt. So wird die Bewilligung einer notwendigen Psychotherapie

sehr unterschiedlich geregelt, die oft mehrmonatige Antragsbearbeitung ist „mit großen Hürden verbunden“ (BPTK 2015).

Verzögerte Behandlungen führen zu vermehrter stationärer Versorgung (Hospitalisierung).

Niedrigschwellige Versorgung für spezifische Bedarfe, z.B. bei chronischen Erkrankungen, sind unzureichend oder fehlen.

Ärzte sind unsicher, was sie behandeln „dürfen“: so können akut schmerzende Zähne behandelt werden, kariöse ohne Schmerzen nicht.

Mitarbeiter\_innen der Sozialämter können Behandlungsdringlichkeiten nicht angemessen beurteilen. So entstehen Fehleinschätzungen und willkürliche Ablehnungen.

Es fehlt an Sprachkenntnissen und Dolmetschern. Bei Psychotherapien werden Dolmetscherkosten nicht von den gesetzlichen Krankenkassen übernommen.

Zudem stellten Bozorgmehr und Mitarbeiter\_innen (2016) bei der Befragung von Gesundheitsämtern und Interviews mit Experten eine große Heterogenität in den Landesregelungen fest. Knippe (2016) sieht durch die derzeitige Rechtspraxis das in den Menschenrechten verbrieftete Recht auf ein Höchstmaß an Gesundheit gerade im Bereich der psychischen Gesundheit nicht gewährleistet. Er sieht dies als Form struktureller Gewalt und fordert eine Abschaffung der Paragraphen 4 und 6 des AsylbLG.

Wie ließe sich dies verbessern? Die Gesundheitskarte nach dem „Bremer Modell“ etwa verschafft Asylsuchenden schnelleren Zugang zur (eingeschränkten) medizinischen Versorgung. Das lehnen viele Bundesländer aus Angst vor Kostensteigerung ab. Zu Unrecht, zeigen Bozorgmehr und Razum (2015). Sie konnten im Gegenteil belegen, dass in den letzten 20 Jahren (1994-2013) die Pro-Kopf-Ausgaben für Asylsuchende mit nur eingeschränktem Zugang um circa 40 Prozent (376 Euro) höher waren als bei denjenigen, die von vornherein Anspruch auf Leistungen der gesetz-

lichen Krankenversicherung hatten. Und wie steht es um die psychische Gesundheit? Es wird befürchtet, dass nur ein Prozent der psychisch kranken Flüchtlinge behandelt werden kann. Wie lässt sich dies verbessern?

Ein Positivbeispiel: In München arbeitet das Beratungs- und Behandlungszentrums für Flüchtlinge und Folteropfer Refugio e.V. für die „Unterstützung, Fürsorge und die allgemeine soziale und psychosoziale Betreuung“ von Menschen mit Fluchterfahrung. Neben umfassenden Beratungsangeboten mit Dolmetscher\_innen gib es Diagnostik, Gutachten und Psychotherapien, aber auch Spiele, Seminare und Kunsttherapien für Kinder sowie Veranstaltungen, Fortbildungen und Aufklärungsveranstaltungen für die Bevölkerung. Und ganz wichtig: die lokale und internationale Vernetzung mit Helfern in der Flüchtlingsarbeit. Nach einer umfassenden psychosozialen Beratung entscheidet sich ein Drittel der Flüchtlinge für eine Psychotherapie. Dadurch stieg die Chance für eine erfolgreiche Vermittlung deutlich an (Lübben 2015). Die oft lang anhaltenden Belastungssituationen nach der Flucht, wie ein unsicherer Aufenthaltsstatus, die Angst vor Abschiebung und die Unterbringung in Massenunterkünften, mögliche Verzögerungen im Asylverfahren, eingeschränkter Zugang zu Arbeit, Ausbildung und Studium, Inaktivität und Hilflosigkeit, Sprachbarrieren und Diskriminierungserfahrungen - das alles erfordert dringend einen schnellen und direkten Zugang zum Gesundheitssystem und zu psychosozialer Beratung.

*Prof. Dr. Angela Gosch*

Bozorgmehr K/Noest S/ Thaiss HM/ Razum O (2016). Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden: bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 59 (5), 545-555. Weitere Literatur bei der Verfasserin

# Narrative Expositionstherapie bei PTBS

## Auch geschulte Laien können damit erfolgreich traumatisierten Flüchtlingen helfen - eine Chance für die Soziale Arbeit?

Die psychologische Forschung bei Flüchtlingen richtet sich vor allem auf die Behandlung der posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS).

Die Wissenschaft schätzt, dass es mehrere zehntausend Flüchtlinge mit PTBS gibt; traumatische Erlebnisse sind der Hauptrisikofaktor für ihre psychische Gesundheit. Dazu wirken noch weitere Stressoren wie Integrationsschwierigkeiten (Porter & Haslam, 2005; Schweitzer, Melville, Steel & Lacharez, 2006), Abschiebehaft und ein unsicherer Aufenthaltsstatus am Zufluchtsort negativ auf ihr psychisches Befinden ein - der Stress ist mit der Ankunft keineswegs vorbei (Ichikawa, Nakahara & Wakai, 2006; Steel et al., 2009).

Für eine erfolgreiche Behandlung sind drei Ebenen zu beachten:

- (1) Die Erinnerung an das traumatische Ereignis muss bearbeitet und in seinen zeitlichen und räumlichen Kontext eingeordnet werden, um ein überflutendes, unkontrollierbares Wiedererleben zu vermeiden,
- (2) maladaptive Bewertungen des Traumas und seiner Folgen müssen verändert werden,
- (3) dysfunktionale kognitive Strategien und Verhaltensweisen - sie behindern die Verarbeitung der Erinnerungen, verschlimmern Symptome oder stören die Veränderung maladaptiver Bewertungen - müssen aufgelöst werden. Insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie, die sowohl eine Traumakonfrontation als auch eine kognitive Umstrukturierung beinhaltet, hat sich bewährt (Bradley, Greene, Russ, Dutra & Westen, 2005).

*Narrative Expositionstherapie: Ein vielversprechendes Therapieverfahren auch für geschulte Laien*

Die narrative Expositionstherapie (NET) ist eine noch sehr junge und bislang wenig erforschte Therapiemethode. Sie ist eine standardisierte Kurzzeittherapie für Personen, die über einen längeren Zeitraum mehrere traumatische Erlebnisse in Folge von Krieg, Folter oder organisierter Gewalt durchlebt haben

(Schauer, Neuner & Elbert, 2011). Das beschriebene Verfahren übernimmt den Ansatz der Traumakonfrontation aus der kognitiven Verhaltenstherapie und verbindet diesen mit der Idee der Testimony Therapy (TT) nach Lira und Weinstein (Cienfuegos & Monelli, 1983). Dem Ansatz der TT ist das Erzählen der gesamten Lebensgeschichte des Betroffenen entliehen. Dies erlaubt es, jedes der traumatischen Ereignisse zu betrachten und Erinnerungen daran - wie von Ehlers und Clark (2000) gefordert - in ihren jeweiligen zeitlichen und räumlichen Kontext einzuordnen (Neuner et al., 2004).

Das Erzählen von Geschichten, Mythen und Märchen ist in allen Kulturen verbreitet und birgt somit eine große Akzeptanz über unsere westliche Kultur hinaus (Onyut et al., 2004). Obwohl der Fokus der Erzählung auf der in-sensu-Konfrontation mit den traumatischen Ereignissen liegt, finden auch positive Erinnerungen ihren Platz auf der Lebenslinie. Auf diese Weise kann ein Perspektivenwechsel stattfinden, und die Neubewertung der traumatischen Ereignisse wird erleichtert. Für die Behandlung von Kindern mit KIDNET wurde das Manual der Therapie entsprechend modifiziert (Ruf et al., 2008). Das Erleben nicht nur eines traumatischen Ereignisses, die Ressourcenknappheit in Flüchtlingslagern und die zu unserer oftmals verschiedene Kultur der Flüchtlinge fordern eine besondere Form der therapeutischen Behandlung von Flüchtlingen mit PTBS. Vor diesem Hintergrund stellt sich die Frage nach der Wirksamkeit von NET bei Flüchtlingen mit einer posttraumatischen Belastungsstörung.

*Empirische Befundlage zur Wirksamkeit der narrativen Expositionstherapie*

Ergebnisse vorangegangener randomisierter kontrollierter Studien der letzten zwölf Jahre (u.a. Neuner et al., 2008; Neuner et al. 2010; Ruf et al., 2010; Morath et al., 2014) sprechen für eine hohe Wirksamkeit der NET auf die Symptome einer PTBS bei Flüchtlingen. Die hier zitierten Studien erho-

ben durchgehend einen mittleren bis hohen Effekt der NET und zwar sowohl bei männlichen wie weiblichen TeilnehmerInnen. Die NET erzielt auch außerhalb des strengen Protokolls einer Studie sehr gute Ergebnisse. Des Weiteren kann auf Grund der heterogenen Herkunftsländer der Stichproben – Sudan, Ruanda, Somalia, Türkei, Irak, Balkan und mittlerer Osten – von einer kulturübergreifenden Anwendbarkeit der untersuchten Therapiemethode ausgegangen werden. Eine Studie von Ruf et al. (2010) belegte zudem, dass NET - in ihrer für Kinder adaptierten Form - auch bei der Behandlung von Jugendlichen und Kindern wirksam ist (Cohen's  $d = 1.9$ ). Besonders positiv im Hinblick auf die meist knappen menschlichen und finanziellen Ressourcen in Flüchtlingsunterbringungen, ist die hohe Effektivität (Cohen's  $d = 0.52$ ) des Verfahrens bei einer auf drei Sitzungen verkürzten Form der NET – dies wurde in einer Studie von Hijazi et al. (2014) gezeigt.

Ein weiterer bedeutsamer Vorteil gegenüber anderen Verfahren ist die Möglichkeit, NET von geschulten Laien durchführen zu lassen (Neuner et al., 2008). Dies kann von besonderem Interesse z.B. für Studierende der Sozialen Arbeit sein, da das Verfahren somit auch für Nicht-PsychologInnen zugänglich und in der Praxis anwendbar ist. Aktuell wird das Verfahren in 3,5-tägigen Trainings u.a. durch Dozenten der Universitäten Konstanz und Bielefeld vermittelt. Abschließend bleibt festzuhalten, dass die NET nach dem aktuellen Stand der Wissenschaft eine wirksame und leicht zu handhabende Behandlungsmethode für die PTBS bei Flüchtlingen ist - ungeachtet ihres Alters, ihres Geschlechts und ihrer Kultur.

*Joy Grimberg und Christian Janßen*

Literatur bei den Verfassern

# Neues aus dem QB Gesundheit

Verantwortlich im Sinne des  
Presserechts/Redaktion:  
Prof. Dr. Christine Schönberger  
Hochschule München  
Fakultät für Angewandte  
Sozialwissenschaften  
Am Stadtpark 20, 81243 München  
Telefon: 089/1265-2317  
Telefax: 089/1265-2330  
Email: christine.schoenberger@  
hm.edu

«Gesundheit & Soziales» erscheint unregelmäßig und ist kostenlos über das Internet oder direkt in der Hochschule München – Fakultät für Angewandte Sozialwissenschaften – zu beziehen. Alle Beiträge sind urheberrechtlich geschützt. Nachdruck auch in Auszügen nur mit Genehmigung der Redaktionsleitung.

## Hinweise /Links

### Tagungen

Flüchtlingshilfe: Hilfe die ankommt?  
Veranstalter: Strasczeg Center  
16. Mai 2017 18.30 Uhr  
Heßstraße 89 /München  
<https://www.eventbrite.de/e/fluechtlingengagement-hilfe-die-ankommt-dialogforum-2017-tickets-33424365176> (Zugriff 5.4.2017)

### Ausstellung

Refugees - Eine Herausforderung für Europa.  
Fotos von Herlinde Koelbl  
Literaturhaus München/Salvatorplatz noch bis 7.5.2017

### Literatur

RKI Journal of Health Monitoring (2017) Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland.  
[http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/JoHM\\_2017\\_01\\_gesundheitliche\\_lage1b.html](http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloads/JoHM_2017_01_gesundheitliche_lage1b.html) (Zugriff 6.4.2017)

## Mental Health: Innovationspreis

Die Kliniken des Bezirks Oberbayern (kbo) verleihen zum zweiten Mal den kbo-Innovationspreis Mental Health | Sozialpsychiatrie (2016/2017). kbo zeichnet damit empirische und praxisbezogene wissenschaftliche Arbeiten auf dem Gebiet Mental Health und Sozialpsychiatrie aus. Den Studierenden wird damit die Möglichkeit gegeben, ihre Abschlussarbeiten einer fachpolitischen Öffentlichkeit vorzustellen. Der Preis wird in drei Kategorien für Bachelor-, Master- und Dissertationsarbeiten vergeben. Die Einsendekriterien finden Sie auf [www.kbo.de/innovationspreis.de](http://www.kbo.de/innovationspreis.de).

Mit dem kbo-Innovationspreis Mental Health | Sozialpsychiatrie wird ein

aktiver Beitrag um die sozialpsychiatrische Versorgung, Vernetzung und Prävention wissenschaftlich zu fundieren und zu fördern geleistet. Die erfolgreiche Weiterentwicklung sozialpsychiatrischer Behandlungs- und Betreuungsmodelle braucht eine solide wissenschaftliche Basis. Unser Anliegen ist es, die Wissenschaften und Forschungen, die unter dem Begriff Mental Health subsumiert werden, zu stärken.

Der kbo-Innovationspreis Mental Health findet in Kooperation mit der FK 11 der Hochschule München statt. Rückfragen richten Sie bitte an:

Prof. Dr. Markus Witzmann  
[markus.witzmann@hm.edu](mailto:markus.witzmann@hm.edu)

## Herzlich willkommen!

### Frau Prof. Dr. Monika Bröner

Seit dem Wintersemester 2016 lehrt Frau Prof. Dr. Monika Bröner an der Fakultät, berufen wurde sie für das Lehrgebiet "Psychische Gesundheit".



Sie hat "Stallgeruch", denn erst nach dem Studium der Sozialen Arbeit schlug sie den Weg in die Medizin ein. Ihre beruflichen Tätigkeiten führten sie über die Lebenshilfe ins Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München und schließlich in die Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München. Dort war sie unter anderem an der SEEWOLF Studie beteiligt, die die Situation wohnungsloser Menschen in München untersucht. Hier verbinden sich Psychiatrie und Soziale Arbeit. Frau Prof. Bröner hat Lehrerfahrung an verschiedenen Hochschulen gesammelt und lehrt im QB Gesundheit.

## Aktivitäten an der Fakultät

Bekanntermaßen sind die gesundheitlichen Belastungen in den sozialen Berufen sehr hoch. Zu diesem Thema gibt es im Sommer einen Fachtag:

Gesund trotz Kita? Belastungen des pädagogischen Personals  
Fachtag an der HM  
Campus Pasing  
22. Juni 2017 ab 14.00

Näheres demnächst auf der homepage der FK 11