

AG „Psychosoziale Gesundheit von Flüchtlingen in Rheinland-Pfalz“ - Konzept zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit von geflüchteten Menschen in Rheinland-Pfalz

Präambel

Das Gelingen von Integration ist nicht nur für das Leben der geflüchteten Menschen selbst von zentraler Bedeutung, sondern ebenso für ein gedeihliches Zusammenleben aller Bürgerinnen und Bürger in unserem Land. Ziel und Anspruch rheinland-pfälzischer Integrationspolitik ist es daher, die Teilhabe ein- und zugewanderter Menschen in allen gesellschaftlichen Bereichen zu ermöglichen. Diese anspruchsvolle Aufgabe erfordert, dass sowohl die Geflüchteten selbst wie auch alle relevanten gesellschaftlichen Akteure ihren Teil beitragen. Dies betrifft sämtliche Lebensbereiche: von der frühkindlichen Erziehung, über Schule, Spracherwerb, bis zu Arbeit und Beschäftigung, Gesundheit, Religionsausübung etc.

Wie und ob Integration gelingt, hängt von vielen Voraussetzungen ab. Eine dieser Voraussetzungen ist der Erhalt bzw. die (Wieder-) Herstellung psychischer Gesundheit. Die hohen Anpassungsleistungen, die Geflüchtete erbringen müssen, erfordern sogar eine überdurchschnittlich gute gesundheitliche Verfassung.

Wie alle Menschen können Geflüchtete sowohl körperlich als auch psychisch erkranken. Darüber hinaus ist die psychische Gesundheit geflüchteter Menschen durch ihre Erlebnisse vor, während und nach der Flucht besonders gefährdet bzw. angegriffen. In Rheinland-Pfalz gibt es spezielle Angebote zur Unterstützung psychisch erkrankter Geflüchteter, insbesondere die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge. Weiterhin gibt es flächendeckend eine Vielzahl von Angeboten zur psychosozialen Beratung sowie zur psychiatrischen und psychotherapeutischen Behandlung und Unterstützung sowohl im ambulanten als auch im teil- und vollstationären Bereich. Diese Angebote stehen grundsätzlich allen Menschen in Rheinland-Pfalz zur Verfügung. Ihre tatsächliche Nutzung durch geflüchtete Menschen wird jedoch durch verschiedene Hürden erschwert und behindert.

Inhalt des vorliegenden Konzeptes ist eine kritische Bestandsaufnahme der derzeitigen Angebote und Strukturen, die in Rheinland-Pfalz für den Erhalt bzw. die

(Wieder-) Herstellung psychischer Gesundheit von Geflüchteten zur Verfügung stehen. An diese Bestandsaufnahme schließen sich Empfehlungen zur Verbesserung der Situation an. Das Konzept wurde in einer landesweiten, ressortübergreifenden AG erarbeitet, um die Perspektive möglichst vieler Partnerinnen und Partner aus dem Gesundheits-, Sozial- und Bildungssystem einzubeziehen. Auch die Ergebnisse der Fachtagung „Psychosoziale Gesundheit bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen“, welche im Dezember 2016 auf Einladung des Integrations- und Gesundheitsministeriums in Mainz stattfand, sind in das Konzept eingeflossen.

Psychosoziale Gesundheit von geflüchteten Menschen in Rheinland-Pfalz

Zum Stichtag 30.09.2017 waren im Ausländerzentralregister für Rheinland-Pfalz 41.679 Personen gemeldet, die entweder im Rahmen von Aufnahmeprogrammen gekommen sind oder deren Asylverfahren positiv abgeschlossen ist. Hinzu kommen rund 14.944 Gestattungsinhaber, also Personen, die sich derzeit in einem Asylverfahren befinden. Weitere rund 6.323 Personen haben eine Duldung; d.h. es handelt sich um abgelehnte Asylbewerberinnen oder Asylbewerber, die aber aus unterschiedlichen Gründen nicht ausgewiesen werden. Etwa zwei Drittel der Geflüchteten sind männlich, ca. ein Drittel unter 18 Jahre alt und etwa die Hälfte ist unter 25 Jahren. Die Mehrheit der Flüchtlinge stammt aus den von Bürgerkrieg und Gewalt geprägten Ländern Syrien, Afghanistan, Iran, Somalia und Eritrea.

Wie viele der Geflüchteten tatsächlich psychische Störungen aufweisen, ist unklar. Je nach Studie schwanken die Angaben zwischen 10 und 80 Prozent (Bozorgmehr et al. 2016, Lindert et al. 2017). Die Bundespsychotherapeutenkammer geht davon aus, dass mindestens die Hälfte aller Flüchtlinge psychisch erkrankt ist. Die häufigsten Störungsbilder sind Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Depressionen. Über 80 Prozent der an PTBS Erkrankten weisen zudem weitere Diagnosen psychischer Erkrankungen, insbesondere Affektive Störungen, Angststörungen, somatoforme Störungen und Substanzabhängigkeit, auf (Perkonigg et al. 2000).

Ausgehend vom bio-psycho-sozialen Modell der Entstehung psychischer Störungen ist von großer Bedeutung, dass nahezu alle geflüchteten Menschen durch Erlebnisse vor, während und nach ihrer Flucht starken Belastungen ausgesetzt waren bzw. immer noch sind. Viele der nach Deutschland geflüchteten Menschen haben Traumatisches erlebt: Krieg, Gewalt, Vertreibung, Verfolgung, Folter, Tod naher Angehöriger

zählen dazu. So gaben im Jahr 2003 63% der befragten Asylsuchenden in klinischen Interviews an, Gewalt erlebt zu haben (Gäbel et al. 2005). 33% hatten Krieg erlebt, 30% Folter und 50% Gefangenschaft. Zu den prä-migratorischen Faktoren kommen die Fluchtbedingungen selbst, etwa die Misshandlung durch Schleuser und Schlepper und Vergewaltigungen.

Häufig schließt sich eine hohe Belastung durch akute post-migratorische Faktoren, wie etwa psychosoziale Probleme in den Flüchtlingsunterkünften, die unsichere aufenthaltsrechtliche Situation, der aufreibende „Marsch durch die Instanzen“, Arbeitsverbot und Integrationsschwierigkeiten aller Art an. Als bleibende Belastung bestehen zudem der Verlust der Heimat und der Verlust von sozialen Bindungen sowie die Notwendigkeit, sich an neue, unvertraute Lebensverhältnisse anzupassen.

Das komplexe Zusammenspiel verschiedener belastender Faktoren stellt einen erheblichen Risikofaktor für die Entstehung psychischer Krankheiten dar. Aufeinander folgende belastende Erlebnisse unterschiedlichen Charakters und unterschiedlicher Bedeutung können sich zudem in ihrem pathogenen Effekt verstärken.

Die Schaffung einer sicheren Umgebung sowie die Klärung der rechtlichen Situation spielen daher im Hinblick auf die Symptomatik und die Behandlung eine elementare Rolle. Hierbei ist aber zu betonen, dass die Klärung der aufenthaltsrechtlichen Situation zwar zentral für die Stabilisierung traumatisierter Menschen ist, jedoch keine Vorbedingung für (therapeutische) Hilfen ist und sein darf. Umgekehrt kann auch die gesundheitliche Situation Auswirkungen auf die rechtliche Situation haben.

Besondere Situation von geflüchteten Kindern und Jugendlichen

Zum Stichtag 31.10.2017 befanden sich im Ausländerzentralregister für Rheinland-Pfalz Eintragungen über rund 12.960 geflüchtete Kinder und Jugendliche, die im Rahmen von Aufnahmeprogrammen gekommen sind oder deren Asylverfahren positiv abgeschlossen ist. Darunter sind rund 2.800 unbegleitete Kinder und Jugendliche. Während die begleitet geflüchteten Mädchen und Jungen überwiegend zwischen 0 und 10 Jahre alt sind, sind 2/3 der unbegleiteten Minderjährigen zwischen 16 und 18 Jahre alt und zu 90 Prozent männlich.

Geflüchtete Kinder und Jugendliche, die begleitet oder unbegleitet nach Deutschland kommen, sind besonders gefährdet, psychisch zu erkranken. Studien, die mit Kindern von Flüchtlingen in Deutschland durchgeführt wurden, zeigen, dass fast die Hälfte dieser Flüchtlingskinder deutlich psychisch belastet ist. Rund 40 Prozent sind

durch das Erlebte in wichtigen Lebensbereichen wie zum Beispiel dem schulischen Lernen und den zwischenmenschlichen Beziehungen deutlich eingeschränkt (Gavranidou et al. 2008). Jedes fünfte Kind erfüllt das Vollbild einer PTBS (Ruf et al. 2010). Das ist 15 Mal häufiger als bei in Deutschland geborenen Kindern.

Das häufigste traumatische Ereignis bei in Deutschland lebenden Flüchtlingskindern und -jugendlichen ist, Zeuge von körperlichen Angriffen auf andere geworden zu sein (41 Prozent). 26 Prozent der Flüchtlingskinder mussten miterleben, wie Gewalt auf Mitglieder ihrer Familie ausgeübt wurde, vor allem durch militante Gruppierungen. Weitere häufige traumatische Ereignisse sind einen Unfall gehabt (39 Prozent) und einen Krieg miterlebt zu haben (38 Prozent). (Ruf et al. 2010)

Von Seiten der Behandlerinnen und Behandler wird berichtet, dass eine Vielzahl der Jugendlichen angespannt, verstört und verzweifelt erscheint, auch die 'scheinbar entspannten' erweisen sich bei näherem Hinsehen als schlaf- oder essgestört. Auch Somatisierungen sind ausgesprochen häufig, die Jugendlichen stellen sich mit Myogelosen, erosiver Gastritits, Kopfschmerzen und anderen rezidivierenden psychosomatischen bzw. stressbedingten Beschwerden vor.

Zu beachten ist außerdem, dass Traumatisierungen – über mehrere Generationen hinweg – „weitergegeben“ werden können. Je stärker Eltern oder Angehörige unter Traumafolgestörungen leiden, umso gravierender sind die Auswirkungen für die Kinder und Jugendlichen (Ausfall eines oder beider Elternteile, „Parentifizierung“ etc.).

Was braucht es, um die psychosoziale Gesundheit geflüchteter Menschen wiederherzustellen oder zu erhalten?

Vor dem Hintergrund des bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells der Entstehung psychischer Störungen kommt der Verbesserung der sozialen Situation geflüchteter Menschen eine enorme Bedeutung zu. An erster Stelle steht hierbei die Klärung der aufenthaltsrechtlichen Situation. Erst wenn der Aufenthalt gesichert ist, können Menschen ihr Leben planen und (wieder) selbst in die Hand nehmen. Zugang zu ausreichendem Wohnraum mit ausreichender Privatsphäre ist eine weitere wichtige Voraussetzung wie auch der Zugang zu Arbeit und Beschäftigung, nicht zuletzt zur Sicherstellung der materiellen Teilhabemöglichkeiten. Aber auch die Fähigkeit und die Bereitschaft der geflüchteten Menschen selbst zur Überwindung der sozialen Hürden beizutragen, spielen eine große Rolle. Dies zeigt sich besonders deutlich am Spracherwerb, aber beispielsweise auch an der Bereitschaft von Familien, ihre Kin-

der in einer Kindertagesstätte anzumelden. Für die Flüchtlingskinder stellt der Besuch einer Kindertagesstätte eine große Chance und Entlastung dar, denn hier besteht die Möglichkeit, ein Stück „Normalität“ zu erleben. Es wird für sie gesorgt, es gibt andere Kinder zum Spielen, es gibt eine Tagesstruktur, es gibt empathische Menschen, die nicht solchen Belastungen ausgesetzt waren wie vielleicht die eigenen Eltern, und ganz nebenbei kann man auch noch Deutsch lernen. Die Kita kann das positive Umfeld bieten, um zumindest einen Teil der Erlebnisse und Erfahrungen zu verarbeiten.

Auch die Schule ist so ein wichtiger Ort, an dem Schülerinnen und Schülern Verlässlichkeit und Sicherheit (stabile Abläufe, feste Bezugspersonen, feste Zeiten etc.) erfahren. Schulische Regeln und Rituale geben allen Schülerinnen und Schülern Orientierung und Sicherheit. Zudem bauen Schülerinnen und Schüler im Schulleben soziale Kontakte auf, die bei Belastungsstörungen eine unterstützende Hilfsfunktion übernehmen können. Allerdings können Lehrerinnen und Lehrer sowie Erzieherinnen und Erzieher keine Diagnostik und Behandlung leisten, sondern allenfalls auffällige Kinder und Jugendliche in das Gesundheitssystem vermitteln.

Wenn Menschen psychisch erkrankt sind, ist es von großer Bedeutung, dass die Erkrankung/Störung frühzeitig erkannt wird. In seltenen Fällen äußern sich unerkannte Traumatisierungen auch in gewalttätigen Eskalationen. An die frühzeitige Diagnostik sollte sich eine frühzeitige Behandlung anschließen, auch um eine Chronifizierung zu verhindern. Mit einer Erkrankung einhergehende besondere Bedürfnisse sollten auch im Lebensumfeld (z. B. Unterbringung) berücksichtigt werden, sodass eine Stabilisierung erleichtert wird. Im Hinblick auf mögliche Auswirkungen der Erkrankung auf die Bleiberechtsentscheidung und Leistungsgewährungen im Rahmen des AsylbLG ist auch eine frühzeitige und angemessene Dokumentation von festgestellten Erkrankungen und (Behandlungs-) Bedarfen notwendig.

Ob und welche Behandlung die richtige ist, hängt wie bei körperlichen Erkrankungen auch bei psychischen Erkrankungen vom Schweregrad ab und der Bereitschaft, Unterstützung anzunehmen. Benötigt wird daher ein differenziertes Versorgungsangebot. Ein Teil der Geflüchteten, bei denen die psychische Erkrankung leicht ausgeprägt ist, erholen sich von allein wieder, wenn sie in Deutschland in Sicherheit sind und hierbleiben dürfen. Einem weiteren Teil kann durch psychosoziale Beratung geholfen werden. Wieder anderen helfen Gespräche beim Hausarzt. Ein Teil braucht jedoch eine spezifische Behandlung, das kann von ambulanter Psychotherapie bis

zu einer stationären Behandlung in einer psychiatrischen bzw. psychosomatischen Klinik reichen. Notwendig ist daher ein differenziertes Versorgungsangebot von psychosozialer Beratung, über ambulante Psychotherapie bis hin zu einer guten stationären Behandlung mit gewährleisteteter Sprachmittlung im Bedarfsfall.

Psychiatrische und psychotherapeutische Angebote und deren Inanspruchnahme

Spezialisierte Angebote zur Behandlung psychisch erkrankter Flüchtlinge

Als spezialisiertes Angebot gibt es in Rheinland-Pfalz insgesamt sechs Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge (PSZ): in Trier, Mayen, Mainz, Ludwigshafen, Altenkirchen und Kaiserslautern. Aufgrund der beschriebenen Wechselwirkungen von psychischen Belastungen und aufenthaltsrechtlichem, psychosozialem Kontext und der Notwendigkeit eines interkulturellen Arbeitens bieten die PSZ interdisziplinäre Komplexleistungen an, die auf diese besonderen Bedarfe von Flüchtlingen antworten (vgl. Leitlinien der BafF): Beratung und Information (asyl- und aufenthaltsrechtliche sowie psychosoziale Beratung, die entweder in den Zentren selber oder in enger Kooperation mit den entsprechenden Fachdiensten gewährleistet werden), Diagnostik und Therapie (Traumatherapie, Einzel- und Familientherapie, zusätzliche Angebote wie z. B. Kunsttherapie) und Stellungnahmen, Gruppenangebote (wie z. B. Maßnahmen für Flüchtlingskinder, Erholungswochenenden, Café International, Sprachkurse), bei Bedarf Vermittlung zu und Kooperation mit Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, (Fach-) Ärztinnen und (Fach-) Ärzten und Kliniken sowie Multiplikatorenarbeit zur interkulturellen Öffnung (Tagungen, Fortbildungen, Ansprechpartner für Multiplikatorinnen und Multiplikatoren aus dem Sozial- und Gesundheitswesen, Schulung von Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern, Unterstützung und Schulung von Ehrenamtlichen).

Im 1. Halbjahr 2017 erhielten insgesamt 2.552 Flüchtlinge in den damals fünf rheinland-pfälzischen PSZ Unterstützung. Der weit überwiegende Teil (1.574) erhielt eine persönliche Beratung, 494 Menschen nahmen psychotherapeutische Gespräche in Anspruch. Geht man davon aus, dass die Hälfte der Anfang 2017 in Rheinland-Pfalz lebenden, erwachsenen Asylsuchenden eine psychische Störung haben (ca. 26.800 Personen), konnten in den PSZ hiervon 9,5 Prozent versorgt werden. Alle PSZ führen derzeit Wartelisten.

Ambulante Behandlung

Die ambulante Behandlung wird von niedergelassenen Haus- und Fachärztinnen und Haus- und Fachärzten, niedergelassenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten geleistet. In den Arztpraxen der Fachärztinnen und Fachärzte suchen derzeit noch wenige geflüchtete Menschen (rechtzeitig) Hilfe. Meist erfolgt eine Vorstellung erst in Situationen krisenhafter Zuspitzung und auf Initiative von Unterstützerinnen und Unterstützern. Eine Abfrage bei den niedergelassenen Fachärztinnen und Fachärzten im September 2016 mit einem Rücklauf von 32 Fragebögen ergab, dass mindestens die Hälfte noch keine Erfahrung mit der Behandlung geflüchteter Menschen hatte.

Bei Vorstellung von Kindern in Begleitung ihrer Eltern handelt es sich oft um massive Entwicklungsstörungen und damit verbundenen Schwierigkeiten der Kinder. Vorstellungsgründe sind z. B. Unruhezustände oder Schlafstörungen, die in dem beengten Lebensumfeld der Betroffenen besonders bedeutsam sind. Hier braucht es neben der differenzierten Abklärung der Fluchtgeschichte auch Diagnostik im Hinblick auf speziellen Förder- bzw. Therapiebedarf, was in Anbetracht der Sprachproblematik oft eine besondere Herausforderung ist. Natürlich ist auch bei diesen Kindern oft davon auszugehen, dass sie Traumatisierendes erlebt haben. Eine sprachgebundene Therapie ist dann aber oft besonders schwierig bzw. unmöglich auf Grund starker intellektueller Einschränkungen oder der Sprachbehinderung. Die betroffenen Kinder benötigen dann außer den Hilfen i. R. d. SGB-V (Medikation, Ergotherapie, Logopädie u. ä.) auch Frühförderung oder eine besondere Beschulung. Auch die **Sozialpädiatrischen Zentren** sehen zunehmend mehr Kinder aus Flüchtlingsfamilien, die von den niedergelassenen Ärzten überwiesen oder über Gesundheitsämter/ Sozialämter gemeldet werden. Zumeist handelt es sich dabei um Kinder mit bekannten Entwicklungsproblemen/Behinderungen, die in Regelkindergärten überfordert sind, z. T. auch mit sehr schweren Beeinträchtigungen und unklaren Diagnosen im Vorfeld (z. B. frühkindlicher Autismus als Verdachtsdiagnose) oder völlig unzureichender Versorgung im Herkunftsland.

Niedergelassene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten engagieren sich in den letzten Jahren dank des vorbildlichen Engagements der Landespsychotherapeutenkammer zunehmend für die Behandlung

geflüchteter Menschen. Bereits 2014 führte die LPK eine Fachtagung für Kammermitglieder zur „Psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen“ mit 150 Teilnehmern durch. In Kooperation mit der Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens und dem Integrationsministerium folgten 8 regionale Schulungen „Wie kann Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen gelingen? Chancen-Grenzen-Rahmenbedingungen“, an denen insgesamt 360 Therapeutinnen und Therapeuten teilgenommen haben.

Weiterhin hat die LPK einen landesweiten Runden Tisch "Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen" eingerichtet, um allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die in Rheinland-Pfalz Erfahrungen mit der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen haben, einen Austausch über inhaltlich-fachliche Fragen und über die Abrechnungsmöglichkeiten und –grenzen ihrer Leistungen zu ermöglichen. Als ein weiteres Ergebnis des Runden Tisches „Psychotherapie mit Flüchtlingen“ wurden vier regionale runde Tische zum Austausch von Erfahrungen in der Behandlung von traumatisierten Geflüchteten und gegenseitiger Unterstützung gegründet.

Eine Vielzahl an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ist bereit, mit geflüchteten Menschen zu arbeiten und hierfür Therapieplätze anzubieten. In starkem Kontrast zu diesem vielfältigen und intensiven Engagement steht – aufgrund administrativer und finanzieller Hürden – die tatsächliche Durchführung ambulanter psychotherapeutischer Behandlungsangebote mit geflüchteten Menschen. Je nach Aufenthaltsstatus der geflüchteten Menschen wird eine psychotherapeutische Behandlung entweder nicht finanziert oder scheitert an der Finanzierung der Sprachmittlung.

Psychiatrische und psychosomatische Kliniken und Fachabteilungen, Tageskliniken und Institutsambulanzen

In den Kliniken zeigen sich derzeit drei Gruppen von Patientinnen und Patienten: 1) Patientinnen und Patienten mit bereits langjährig bestehenden psychischen Erkrankungen, die meistens in ihrem Heimatland nicht vorbehandelt wurden; 2) Patientinnen und Patienten, die von Abschiebung bedroht sind in Erregungszuständen oder suizidal-depressiver Dekompensation. Auch Konflikte in den Unterkünften oder aufgrund des zugewiesenen Wohnorts können zu Verhaltensauffälligkeiten mit Einweisung durch das Ordnungsamt führen; 3) die Gruppe der Flüchtlinge mit Symptomen einer PTBS werden vorstellig, zeigen aber eine geringe Verlässlichkeit in der kontinuierli-

chen Behandlungsteilnahme v.a. aufgrund oftmals unklarer Aufenthaltssituation und schwierigen Lebensumständen.

In der klinischen Behandlung stehen derzeit weniger posttraumatische Störungen im Vordergrund, sondern momentan (noch) eher andere Störungen wie Psychosen, affektive Erkrankungen, Suchterkrankungen und natürlich vielfältige soziale Probleme, die sich in Form von Anpassungsstörungen äußern. Fast durchgängig wird Hilfe sehr spät in Anspruch genommen; dann häufig in Verbindung mit akuter Eigen- oder Fremdgefährdung. Häufig stehen akute Erregungszustände als Notfälle im Vordergrund mit entsprechend kürzeren Aufenthalten.

Insgesamt zeigt sich im Vergleich zur Erwartung eine noch niedrige, jedoch (langsam) steigende Inanspruchnahme sowohl im Bereich der Erwachsenen wie auch der Kinder und Jugendlichen.

Häufig erfolgt auch eine Vorstellung wegen krisenhafter Situationen in Aufnahmeeinrichtungen; v. a. von männlichen, unbegleiteten Minderjährigen, die im Rahmen von Auseinandersetzungen in den Einrichtungen aggressiv gehandelt haben. In der Regel gibt es dabei deutliche Hinweise auf Traumatisierungen in der Vorgeschichte, aber (noch) nicht den Wunsch nach einer Aufarbeitung in einem therapeutischen Rahmen. Ganz überwiegend werden seitens der Betroffenen dann eher Wünsche nach einer Perspektive für die eigene Lebensplanung oder die Sorge um Familienangehörige thematisiert.

Einige Fachkliniken und Hauptfachabteilungen stellen sich zunehmend und mit großem Engagement auf die Behandlung von geflüchteten Menschen bzw. Migrantinnen und Migranten ein. So haben einige Anbieter integrierte Versorgungsschwerpunkte und transkulturelle psychiatrische Ambulanzen eingerichtet. Dies ist besonders gut dort möglich, wo sprachlich und interkulturell qualifizierte Mitarbeiter vorhanden sind bzw. entsprechende Mitarbeiter gezielt eingestellt werden. In Alzey und Frankenthal wurden in den letzten Jahren durch die dortigen Psychiatrien sehr gut besuchte Fachtagungen zur Thematik durchgeführt.

Auch für Kinder- und Jugendliche mit Fluchthintergrund wurden spezialisierte Angebote geschaffen, wie etwa Spezialambulanzen, in denen kultursensible, diagnostische Verfahren eingesetzt werden. Sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich wie auch in Jugendhilfeeinrichtungen wird START (Stress-Traumasympptoms-Arousalregulation-Treatment; Dixius, A., Möhler, E. 2016) als niedrigschwelliges, kulturintegratives und multilinguales Gruppenangebot eingesetzt. Sei-

tens der Kinder- und Jugendpsychiatrie wurden zahlreiche Fortbildungen für psychosoziale Einrichtungen, Jugendhilfe und weitere Helfersysteme angeboten und damit die Vernetzung gestärkt.

Die Sozialpsychiatrischen Dienste berichten ebenfalls, dass geflüchtete Menschen derzeit nur in Einzelfällen von ihnen betreut werden. Dasselbe gilt für die Angebote der Eingliederungshilfe.

Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens in Rheinland-Pfalz

Um die Akteure des Gesundheitswesens bei der Versorgung geflüchteter Menschen zu unterstützen, wurde mit der dauerhaften Unterstützung des MFFJIF und einer Anschubfinanzierung durch das MSAGD die landesweite Koordinierungsstelle für die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens in Rheinland-Pfalz eingerichtet.

Ziele und Aufgaben der Koordinierungsstelle sind die nachhaltige Sicherstellung der Behandlung psychisch kranker Flüchtlinge in Rheinland-Pfalz und die interkulturelle Öffnung des Gesundheitswesens sowie die Sensibilisierung und Unterstützung relevanter Akteure für die Lebenslagen und Bedürfnisse psychisch kranker Flüchtlinge. Zu den Aufgaben gehören: Initiierung von Fort- und Weiterbildungsangeboten für die Akteure des Gesundheitssystems, Weiterentwicklung der spezialisierten Beratungs- und Behandlungseinrichtungen für Flüchtlinge als Bestandteil des regulären Gesundheitssystems, Aufbau eines Netzwerkes von Ärztinnen und Ärzten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zur Behandlung, Krisenintervention, Diagnostik, Begutachtung und Therapie, Vermittlung von Adressen und Informationen, Entwicklung von Standards für Sprachmittlerinnen und Sprachmittler im Bereich der psychosozialen Betreuung, Beratung, und Therapie, Aufbau eines Sprachmittlungs-pools für Rheinland-Pfalz.

Im Jahr 2016 erfolgten außerdem durch die Koordinierungsstelle 75 Vermittlungen von Kontakten, Beratungen, Informationsweitergabe an Akteure des Gesundheitssystems bzw. an Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungsstellen sowie Ehrenamtliche per E-Mail und Telefon.

Themenfelder und Lösungsansätze zur Verbesserung der psychosozialen Gesundheit von Geflüchteten in Rheinland-Pfalz

A) Verbesserung der allgemeinen Lebenssituation

Da soziale Belastungsfaktoren bei der Entstehung und Persistenz von psychischen Erkrankungen gerade bei geflüchteten Menschen eine große Rolle spielen, wirken umgekehrt auch alle Ansätze zur Integration und Verbesserung der Lebenssituation von Geflüchteten tendenziell positiv auf ihre psychosoziale Gesundheit. Deshalb ist es so bedeutsam, die Grundbedürfnisse der Flüchtlinge und Asylbewerberinnen und Asylbewerber wie sicherer Aufenthaltsstatus, passende Unterkunft, Sicherung der Grundbedürfnisse und eine sinngebende Beschäftigung zu gewährleisten.

Lösungsansatz/ Diskussion:

1. Umsetzung des Landesintegrationskonzeptes. Das fortgeschriebene Integrationskonzept des Landes wurde im August 2017 veröffentlicht; es beschreibt für alle wichtigen Handlungsfelder des gesellschaftlichen Lebens (Bildung, Ausbildung, Arbeitsmarkt, Partizipation etc.) Integrationsziele und Maßnahmen und richtet sich ausdrücklich auch an Geflüchtete
2. Schutzkonzepte für Flüchtlingsunterkünfte mit einheitlichen Standards für die Unterbringung – sowohl in der Erstaufnahme wie auch in den Gemeinschaftsunterkünften

B) Psychosoziale Beratung

Psychosoziale Beratung kann einerseits helfen, psychosoziale Schwierigkeiten/ Probleme in verschiedenen Lebenslagen (besser) zu lösen. In den niedrigschwelligen psychosozialen Beratungsstellen kann auch Beratung bei seelischen Störungen/Krisen erfolgen bzw. können die Beraterinnen und Berater eine Lotsenfunktion in das Versorgungssystem übernehmen.

Erste Anlaufstellen für die Beratung sind die Sozialdienste und die unabhängige Sozialberatung in den Erstaufnahmeeinrichtungen sowie außerhalb von Erstaufnahmeeinrichtungen der Allgemeine Soziale Dienst (ASD) der Jugendämter. Wichtige Partner sind vor allem die Migrationsfachdienste und der Jugendmigrationsdienst, der mittlerweile auch für geflüchtete Jugendliche zuständig ist. In den Migrationsfachdiensten und in den Verfahrensberatungsstellen nehmen die Beraterinnen und Berater häufig psychische Belastungen der Klientinnen und Klienten wahr, die auf Trau-

matisierungen, Depressionen oder auch andere psychische Erkrankungen hindeuten. Problematisch stellt sich in den Migrationsfachdiensten und Beratungsstellen dar, dass die psychischen Belastungen auch die Inanspruchnahme von integrationsfördernden Maßnahmen behindern. Dies kann nur teilweise durch zusätzliche, passgenaue Angebote kompensiert werden.

Die Beratungsangebote (Erziehungs-, Familien-, Schuldnerberatung etc.) berichten von einer erhöhten Nachfrage, die voraussichtlich sowohl in den Sucht- als auch in den Erziehungsberatungsstellen weiter steigen wird. Besonders in den Schwangerenberatungsstellen bestehen Kapazitätsengpässe. Viele Frauen sind – ungewollt – auf der Flucht schwanger geworden, in vielen Fällen verbunden mit Gewalterfahrungen.

Lösungsansätze/ Diskussion

1. Ausreichende Kapazitäten in den Beratungsstellen, einschließlich der Finanzierung von Sprachmittlern
2. Interkulturelle Öffnung der Sozialen Dienste und Beratungsstellen (z. B. Regelmäßige Fortbildungen mit den Jugendämtern) auch mittels Information, Fort- und Weiterbildung der Mitarbeiter/innen in den Beratungsstellen zu den Themen Kultursensitivität, interkulturelle Kompetenz und dem Arbeiten mit Dolmetschern

C) Frühzeitiges Erkennen von psychischen Auffälligkeiten und Störungen

Das frühzeitige und systematische Erkennen von psychischen Erkrankungen ist gleichermaßen wichtig wie schwierig. Derzeit findet noch kein systematisches Screening in den Erstaufnahmeeinrichtungen und in den Clearingstellen der Jugendhilfe statt. Durch das Medeus-Programm für eine freiwillige medizinische Beratung und Untersuchung in den Erstaufnahmeeinrichtungen ist ein erster Schritt hin zu einer Früherkennung möglicher psychischer Probleme erfolgt. In allen Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes existiert neben dem regulären Sozialdienst ein ergänzendes niedrighschwelliges Angebot der Verfahrens- und Sozialberatung durch freie Träger. An allen Standorten der Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes fördert das Land zudem niedrighschwellige Angebote der Psychoedukation bzw. Gruppenangebote. In der Erstaufnahmeeinrichtung Trier besteht ein gestaffeltes Angebot von Verfahrensberatung, Krisenintervention, niedrighschwelligem Gruppenangeboten und Psychotherapie. Eine verpflichtende psychologische Untersuchung existiert nicht.

Mit dem für alle Erstaufnahmeeinrichtungen des Landes geltenden Schutzkonzept, das als einen Schwerpunkt die Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit hat, soll unter anderem die Früherkennung von Traumatisierungen und anderen psychischen Störungen besser erkannt werden.

Problematisch gestaltet sich außerdem die datenschutzrechtskonforme Weitergabe von Informationen zu gesundheitlichen Bedarfen und festgestellten Schutzbedürfnissen beim Transfer in die Kommune. Auffälligkeiten werden häufig erst in den Kommunen bemerkt und dann meist nur, wenn die Betroffenen in Beratungsstellen vorgestellt werden oder an andere Helfersysteme angebunden sind. Aufmerksame Erzieherinnen und Erzieher, Lehrerinnen und Lehrer, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in den Flüchtlingsunterkünften und ehrenamtliche Helferinnen und Helfer spielen hierbei eine wichtige Rolle. In der Schule zeigen sich Belastungsstörungen in der Regel durch Verhaltensauffälligkeiten der betroffenen Schülerinnen und Schüler, die von Mitschülerinnen und Mitschülern, Lehrkräften und weiteren pädagogischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern wahrgenommen werden. Vereinzelt erhalten Lehrkräfte auch Informationen von Eltern, die im Freizeitbereich Auffälligkeiten wahrnehmen. Oft sind auch die Entscheiderinnen und Entscheider vom BAMF im Rahmen des Asylverfahrens mit Symptomen von Traumatisierungen konfrontiert.

Lösungsansätze/ Diskussion:

1. Einheitliches Screening-Verfahren (verschiedene Verfahren für diesen Kontext wurden in Deutschland und Europa entwickelt und eingesetzt, u.a. PORTA (Providing Online Ressource and Trauma Assessment) für Kinder und Jugendliche) zur Erkennung von psychischen Störungen in den AfAs und den Gemeinschaftsunterkünften in den Kommunen und geeignete Maßnahmen zur frühzeitigen Erkennung in den Clearingstellen der Jugendhilfe (Zeitpunkt der Durchführung des Verfahrens ist wichtig; evtl. andere Ergebnisse zu Beginn der Ankunft in Deutschland ggü. Situation nach aufenthaltsrechtlicher Klärung; sinnvoll wäre es, das Verfahren mehrmals durchzuführen)
2. Fachkräfte in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen für die psychosoziale Situation der Asylsuchenden sensibilisieren, über mögliche Gesundheitsprobleme aufklären und in kultursensitiven Screening-Instrumenten schulen

3. Primäre Kontaktpersonen (Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Allgemeinärztinnen und Allgemeinärzte, etc.) und Fachkräfte in den Beratungsstellen, in der Jugendhilfe, in Schule und KiTa für die psychosoziale Situation der Geflüchteten sensibilisieren, über mögliche Traumafolgestörungen aufklären und Fortbildungen anbieten
4. Gut aufbereitete Informationen über geeignete Anlaufstellen und Unterstützungsmöglichkeiten für Eltern, Lehrkräfte, ehrenamtlich Tätige etc. zur Verfügung stellen

D) Zugang zu Hilfe und Unterstützung

Im Gegensatz zu ihrer hohen Prävalenz psychischer Störungen suchen Geflüchtete nur selten von sich aus Hilfeangebote auf. Meist erfolgt Hilfe erst in der „höchstmöglichen“ Dosierung – als (Zwangs-) Einweisung in die Klinik in Krisensituationen, dann ggf. auch mit Polizei/Ordnungsamt. Selbst mit den niedrigschwelligen PSZ oder der Koordinierungsstelle treten Betroffene nur selten persönlich initial in Kontakt. Häufiger sind es Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter von Beratungsstellen, Ehrenamtliche etc. die eine therapeutische Abklärung als sinnvoll erachten und sich an die PSZ wenden. Viele der jungen Geflüchteten können wenig mit den „normalen“ Therapie- oder Hilfesettings in Deutschland anfangen. Auch aus den Schulen wird berichtet, dass Familien eine Inanspruchnahme von therapeutischen Hilfen nicht selten verweigern; solche Hilfen werden eher als Makel denn als Unterstützung wahrgenommen. Gute Erfahrungen bestehen, wenn den Jugendlichen und Erwachsenen Angebote gemacht werden, die in ihren Alltag integriert sind, insbesondere, wenn dies durch migrantische Sprachmittlerinnen und Sprachmittler erfolgt, die über eine entsprechende Ausbildung im psychosozialen Bereich verfügen.

Es scheint, dass die regulären Zugangswege nur bedingt geeignet sind, um notwendige Behandlung und Unterstützung zu gewährleisten. Ein Grund mag darin liegen, dass viele Flüchtlinge aus Gesellschaften stammen, in denen psychische Erkrankungen und eine Behandlung durch psychiatrisch-psychotherapeutische Fachkräfte unbekannt oder stark stigmatisiert sind. Generell ist das Wissen über psychische Erkrankungen und Hilfemöglichkeiten gering. In vielen außereuropäischen Ländern ist Psychotherapie dazu noch als spezialisierte, wissenschaftlich fundierte Therapieform eher unbekannt.

Inzwischen gibt es niedrighschwellige psychosoziale Angebote an allen Standorten der AfAs. Das gilt nicht für alle Einrichtungen der Jugendhilfe und der Kommunen, wo etwa Gesprächskreise, Treffpunkte etc., mutmaßlich gut angenommen werden können. Gerade zu Beginn in den AfAs, also während eines Abschnitts des Aufenthalts in der das Warten mürbe macht, die Situation der Betroffenen angespannt und die psychische Belastung hoch ist, sind solche Angebote wichtig. Aber auch die anschließende dezentrale Verteilung auf die Kommunen birgt neue Belastungen, da die Menschen nicht selten isoliert leben und daher Kontakt, Zugang und somit die Erkennung von Hilfebedarf erschwert sind.

In fast allen Beratungs- und Behandlungsangeboten bestehen Kapazitätsengpässe. In den PSZ, bei Fachärzten und Psychotherapeuten gibt es teilweise lange Wartezeiten. In den Kliniken erfolgen hauptsächlich Kriseninterventionen, eine längere Behandlung/ Therapie und Nachsorge sind nur begrenzt möglich.

Auf Kindern und Jugendlichen, die ohne ihre Familie hier leben, lastet ein hoher Verantwortungsdruck als "Anker" für den Familiennachzug. Gleichzeitig sind sie Jugendliche, die sich angesichts der neuen gesellschaftlichen Möglichkeiten frei entfalten und entwickeln möchten. Hin- und Hergerissen zwischen diesen Polen sind sie zudem häufig geprägt durch Traumatisierungen und erfahrene Gewalt. Sie brauchen dann sowohl pädagogische als auch therapeutische Unterstützung.

Ziel ist es, psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen frühzeitige therapeutische Unterstützung zugänglich zu machen (bevor es zu Eskalationen kommt) sowie die notwendige Beratung durch die betreuenden Jugendhilfeeinrichtungen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Gesundheitssystem und Beratungsstellen zu erreichen

Lösungsansätze/ Diskussion:

1. Aufrechterhaltung von niedrighschwelligen/stabilisierenden, auch geschlechtergetrennten psychosozialen Angeboten in AfAs, und deren Ausbau in Einrichtungen der Jugendhilfe und in den Kommunen (Cafés, Treffpunkte, Gruppenangebote sowohl für Erwachsene wie für Kinder und Jugendliche zur Bewältigung von belastenden/traumatischen Erfahrungen und Resilienzförderung in der Peergroup (z. B. „START“ – „Stress-Traumasympptoms-Arousal-Regulation Treatment“, www.startyourway.de zu dem auch Unterstützungskonzepte wie „Train the Trainer“ und Supervi-

sion vorhanden sind; Einsatz ist vielseitig möglich u.a. in Einrichtungen der Kind- und Jugendhilfe oder Schulen))

2. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen/Peergroups mit oder ohne professionelle Begleitung
3. Einsatz von Flüchtlingen bzw. von Migrantinnen und Migranten mit einer psychologischen Ausbildung und Erfahrung aus den Herkunftsländern als Sprachmittlerinnen, Sprachmittler, Expertinnen und Experten in der Versorgung von traumatisierten und psychisch belasteten Menschen
4. Zielgruppenspezifische Informationen über Krankheitsbilder, Behandlungs- und Hilfsangebote (z. B. „SeeleFon“ des Bundesverbands der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e. V.) für Geflüchtete sammeln und bereitstellen unter Berücksichtigung muttersprachlicher Medien, Multiplikatoren, altersgerechter Darstellung und Angeboten über „neue Medien“ wie Apps
5. Einführung von psychiatrischen bzw. psychotherapeutischen Sprechstunden in den AfAs und in den Einrichtungen der Jugendhilfe, soweit noch nicht gegeben
6. Stärkung und Ausbau der PSZ
7. Unterstützung der Koordinierungsstelle, damit diese die Sensibilisierung, Aufklärung, Informationsvermittlung und Unterstützung relevanter Akteure des Gesundheitssystems fortsetzen und ggfs. verstärken kann
8. Ausbau von stabilisierenden interdisziplinären aufsuchenden Angeboten (z. B. durch Sozialpsychiatrischen Dienst, Psychiatrische Institutsambulanz) für psychisch erkrankte Geflüchtete
9. Zusätzlicher Bedarf muss in der Krankenhausplanung und in der ambulanten Bedarfsplanung Berücksichtigung finden, u.a. Einsatz für die Ermöglichung der Sonderbedarfszulassung für muttersprachliche Psychotherapeuten oder andere Möglichkeiten deren Anteil zu stärken

E) Sprache und Verständigung

Als Hauptproblem seitens der Behandlerinnen und Behandler wird immer wieder das Problem der Sprachmittlung benannt. Zwar ist aufgrund des großen Engagements der Koordinierungsstelle in Rheinland-Pfalz mittlerweile ein gut ausgebautes Netz von geschulten Sprachmittlerinnen und Sprachmittler vorhanden. So wurde an jedem der sechs PSZ ein Dolmetscherpool aufgebaut. Die Finanzierung von Sprachmittlung

ist jedoch nur im Ausnahmefall gewährleistet. Bei der Übernahme von Dolmetscherkosten müssen die Behandlerinnen und Behandler daher häufig ohne die Sicherheit der Rückerstattung in Vorleistung gehen, den Patienten selbst belangen oder sind auf ehrenamtliche Dolmetscher angewiesen. Die Finanzierung von Dolmetscherkosten wird durch die gesetzliche Krankenversicherung nicht übernommen. Die Finanzierung von Dolmetscherkosten für Psychotherapien über AsylbLG, Sozialhilfe und ALG II nach rechtlich vorgesehener Einzelfallprüfung findet in der Praxis nicht immer statt.

Teilweise bestehen auch Informationslücken hinsichtlich vorhandener Dolmetscherinnen, Dolmetscher, Sprachmittlerinnen und Sprachmittler. Bei der Auswahl der Sprachmittlerin oder des Sprachmittlers ist im Einzelfall große Sensibilität gefragt, da bspw. ethnische, religiöse oder politische Zugehörigkeiten Misstrauen auslösen und den Behandlungserfolg erschweren können. Ein weiteres Problem besteht darin, dass die Beratung und Behandlung mit Sprachmittlung zeit- und damit ressourcenintensiver ist. Während die Sprachproblematik im Alltag der psychiatrischen Kliniken u. a. durch den Einsatz muttersprachlicher Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern noch relativ gut lösbar ist, ist dies in der ambulanten, v.a. psychotherapeutischen Behandlung nur selten möglich.

Lösungsansätze/ Diskussion:

1. Sprachmittlerinnen und Sprachmittler müssen grundsätzlich finanziert werden. Der Zugang und die Finanzierung von Sprachmittlung muss klar und transparent geregelt sein und eine Überleitung in die Regelstruktur unseres Gesundheitssystems muss vorangetrieben werden; hier stehen Bund, Land und die Kommunen in der Pflicht
2. Sprachmittlerinnen und Sprachmittler müssen für ihren anspruchsvollen Einsatz ausgebildet und kontinuierlich begleitet werden, damit qualitativ hochwertige Arbeit gesichert und die Gefahr sekundärer Traumatisierung verringert wird, daher sind Fortbildung und Supervision für Sprachmittlerinnen und Sprachmittler erforderlich
3. Weiterer Ausbau flächendeckender Pools von Sprachmittlerinnen und Sprachmittlern Rheinland-Pfalz und weitere Bekanntmachung dieser Pools. Auch unter den gegebenen Umständen, solange noch keine einheitliche Lösung für die Kostenübernahme von Dolmetscherinnen und Dolmetschern gefunden ist, können diese Pools 3 Funktionen erfüllen: 1. Vermitt-

lung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern für das Gesundheitswesen
2. Akquise von Dolmetscherinnen und Dolmetschern und deren Schulung, u.U. auch die Organisation von Intervision/Supervision während des Einsatzes
3. „Kundenakquise“ d. h, das Bekanntmachen und Werben für die Möglichkeiten von Dolmetscherfinanzierung unter den gegebenen Umständen bei Gesundheitsämtern, Kliniken, Beratungsstellen, Sozialamt in den ersten 15 Monaten

4. Ausbau Kommunikation via Videodolmetscher/Telefondolmetscher

F) Kulturelle Hürden in der Behandlung

Unterschiedliche kulturelle Hintergründe prägen Menschen individuell. Oft stellen Unterschiede eine große Herausforderung in der Behandlung dar. Relevante Themen sind z. B.: unterschiedliche Sichtweisen auf psychische Erkrankungen und deren Entstehung, differente Konzepte von Krankheit/ Gesundheit, anderes Verständnis von „Behandlung“, unterschiedliche Werte, Einstellungen und Haltungen, welche zu Missverständnissen und Konflikten führen können. Eine zielführende Beratung und Behandlung erfordert daher Kultursensitivität und interkulturelle Kompetenz seitens der Fachkräfte. Gemeint ist hier nicht die Schulung von kulturellen Stereotypen, sondern u.a. die Fähigkeit zur Reflexion der eigenen kulturellen Prägung, zur Entschlüsselung erlernter Verhaltensweisen und Denkmuster und ein respektvoller und ressourcenorientierter Umgang mit individuellen Lebenswelten. Es besteht ein hoher Bedarf an Sensibilisierung, Information, Fort- und Weiterbildung. Teilweise fühlen sich Fachkräfte auch durch in unserer Gesellschaft nicht mehr vorhandene Störungsbilder (ausgelöst durch Krieg, Folter, Mord) überfordert.

Lösungsansätze/ Diskussion

1. Förderung von Prozessen der interkulturellen Öffnung von Organisationen und Institutionen über die unter B) genannten Stellen hinaus, vor allem im Gesundheitswesen, aber auch in der Schule, KiTa etc. Dies soll u. a. geschehen durch Fort- und Weiterbildung in Kultursensitivität und interkultureller Kompetenz und im Bereich Therapie/Gespräch zu dritt
2. Verstärkung des Austauschs zwischen (Fach-) Kliniken und mit den PSZ und der Koordinierungsstelle zu Ausbau und Implementierung von transkulturellen Konzepten zur stationären Behandlung von Flüchtlingen in (Fach-) Kliniken

G) Administrative und finanzielle Hürden

Der Zugang zur Regelversorgung ist auf Grund bürokratischer Hindernisse für Flüchtlinge im AsylbLG-Bezug schwierig. Der Weg für Betroffene im Krankheitsfall führt über das Sozialamt, welches die Behandlung erst genehmigen muss (keine Gesundheitskarte). Hier erweist sich als besonders schwierig, dass es kein einheitliches und transparentes Psychotherapie-Antrags- und Abrechnungsverfahren für Geflüchtete im laufenden Asylverfahren gibt. Ambulante Psychotherapie wird nur im Einzelfall genehmigt. Der Entscheidungsprozess ist nicht ausreichend standardisiert, intransparent und wirkt sich abschreckend auf die ambulanten Behandlerinnen und Behandler aus. Der § 6 AsylbLG, der bedarfsgerechte Leistungen für vulnerable Gruppen auch über eingeschränkten Leistungen hinaus vorsieht, wird in der Praxis oft nicht angewendet, obwohl die Bundesregierung hier den Ermessensspielraum der Behörden auf null reduziert sieht. Ein weiteres, erhebliches Problem entsteht dadurch, dass in Folge des Wechsels des Rechtskreises nach Erhalt der Aufenthaltsgenehmigung regelmäßig begonnene Psychotherapien abgebrochen werden müssen, da die Krankenkassen auf einem neuen Antragsverfahren bestehen.

Eine weitere Hürde besteht in der ungesicherten Übernahme von oft nicht unerheblichen Fahrtkosten bei der Wahrnehmung von Therapien/Arztterminen.

Da sich die Vergütung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Leistungen für Flüchtlinge im laufenden Verfahren nicht nach einem einheitlichen Bewertungsmaßstab orientiert (wie beim EBM), müssen viele Tätigkeiten ehrenamtlich ausgeführt oder dem Patienten in Rechnung gestellt werden (das Verfassen von Stellungnahmen, Telefonate etc.).

Lösungsansätze/ Diskussion:

1. Flächendeckende Einführung der Gesundheitskarte für Flüchtlinge von Beginn des Aufenthalts an
2. Aufklärung über die gesetzeskonforme Anwendung des AsylbLG bei der Anerkennung von Leistungen für psychotherapeutische Hilfen, insbesondere über die Verpflichtung, Psychotherapie bei psychisch erkrankten Geflüchteten wegen ihrer besonderen Schutzbedürftigkeit zu gewähren
3. Aufklärung über die gesetzlichen Möglichkeiten zur Finanzierung von Dolmetscherkosten (auch bei krankenkassenfinanzierten Behandlungen)
4. Erarbeitung und Bekanntmachung von Vorschlägen eines Standards zum einheitlichen Antragsverfahren nach AsylbLG

5. Abläufe systematisieren hinsichtlich Leistungsrecht und dessen Umsetzung (insbesondere AsylbLG und dessen unterschiedliche Handhabung in den Kommunen, insbesondere hinsichtlich Gewährung von Psychotherapie, Regelungen des SGB V, insbesondere fehlende Übernahme von Dolmetscherkosten)

H) Vermischung von Fragestellungen/Aufträgen

Eine besondere schwierige Situation besteht bei den von Abschiebung Bedrohten. Einerseits kann eine bevorstehende Abschiebung psychische Störungen auslösen, andererseits versuchen geflüchtete Menschen manchmal mittels entsprechender Gutachten ihre Abschiebung noch „in letzter Minute“ zu verhindern. Oft werden auch Atteste oder Stellungnahmen im Laufe des Asylverfahrens von Geflüchteten, Anwältinnen und Anwälten, BAMF oder anderen Behörden eingefordert bzw. als wünschenswert erachtet. Hier herrschen Unklarheiten zu Anforderungen (z. B. an welcher Stelle ausschließlich fachärztliche Schreiben Berücksichtigung finden) und zur Finanzierung. Daraus ergibt sich auch für die Gutachterinnen, Gutachter, Behandlerinnen und Behandler eine ethisch schwierige Situation. Die begrenzten therapeutischen Möglichkeiten sind z.T. für die Behandlerinnen und Behandler recht belastend, hier v. a. bei Flüchtlingen, die abgeschoben werden, so dass ein hoher Bedarf an Super- und Intervention für das Personal besteht.

Lösungsansätze/ Diskussion:

1. Trennung von Begutachtung und Behandlung bei behördlich oder gerichtlich in Auftrag gegebenen Gutachten. Darüber hinaus ist die Möglichkeit von Bescheinigungen/Stellungnahmen aus Behandlerperspektive ist sinnvoll, da ansonsten psychische Belastungen, auch wenn sie aufenthaltsrechtlich von Bedeutung sind, de facto nicht berücksichtigt werden. Außerdem würden bei strikter Trennung von Gutachtenerstellung und Behandlung, u.a. wegen Mangels an qualifizierten Gutachterinnen und Gutachtern, Probleme entstehen; Prüfung der Einrichtung einer Gutachtenstelle für die juristische Beratung für Patientinnen und Patienten, um diese außerhalb des Behandlungssettings zu ermöglichen

I) Ehrenamt

„Nur Bürger können Bürger integrieren“ – dieser auf die Integration chronisch psychisch kranker Menschen bezogene Satz von K. Dörner gilt umso mehr für psychisch belastete oder erkrankte geflüchtete Menschen. Ehrenamtliche Helferinnen und Helfer (z. B. Paten) stehen oft in direktem Kontakt zu den geflüchteten Menschen. Sie tragen auf vielfältige Weise zur Integration in allen Lebensbereichen bei. Im besten Falle entwickelt sich ein Vertrauensverhältnis, das auch dazu genutzt werden kann, den Weg in Beratungs- und Behandlungsangebote zu ebnen. Die traumatischen Erlebnisse der Geflüchteten können allerdings auch und gerade für ehrenamtlich Tätige eine hohe Belastung darstellen. Ohne „professionelle Distanz“ und Unterstützung bei der Verarbeitung des Erfahrenen kann sogar eine „sekundäre Traumatisierung“ ausgelöst werden. In Rheinland-Pfalz gibt es fast flächendeckend Netzwerke von in der Flüchtlingsarbeit tätigen ehrenamtlich Tätigen. Es gibt allerdings Hinweise darauf, dass das Engagement aktuell abnimmt.

Lösungsansätze/ Diskussion

1. Erhalt und Ausbau ehrenamtlicher Strukturen
2. Unterstützung ehrenamtlich Tätiger durch Fort- und Weiterbildung
3. Unterstützung ehrenamtlich Tätiger durch Supervision

J) Kooperation der Systeme

Zu den wichtigsten Handlungsfeldern überhaupt zählt die Intensivierung und Verbesserung der Kooperation aller Akteure aus der Gesundheitshilfe, Flüchtlings- und Migrationsarbeit, Sozialarbeit, Kinder- und Jugendhilfe, Eingliederungshilfe etc. Diese Notwendigkeit ergibt sich aus unserem stark zergliederten Gesundheits- und Sozialsystem und den daraus resultierenden Schnittstellen. Hierfür ist es wichtig, dass bekannt ist, welche Unterstützung und Hilfe die jeweils „anderen“ Systeme vorhalten. Wichtig ist weiterhin die Klärung gegenseitiger Erwartungen und Unterstützungsangebote. Hierfür braucht es auch die Offenheit, eigene Unterstützungsbedarfe zu formulieren und Unterstützung und Beratung anderer Systeme anzunehmen bzw. aktiv nachzufragen. Als ein wichtiges Themenfeld wird die Kooperation zwischen der Kinder- und Jugendpsychiatrie- und -psychotherapie und der Kinder- und Jugendhilfe, auch und gerade in Krisensituationen, angesehen. Insbesondere für unbegleitete Minderjährige ist es wichtig, die Ressourcen der Kinder- und Jugendhilfe und des Gesundheitswesens zu bündeln und die Kooperation der Systeme zu verbessern.

Lösungsansätze/ Diskussion:

1. Einpflegen von Bekanntmachungen und weiteren wichtigen Informationen für die psychosoziale Gesundheit geflüchteter Menschen auf den Seiten des Internetauftritts <http://interkulturell-gesundheit-rlp.de> mit Ausbau des Downloadbereichs und Linkliste mit Selbsthilfematerialien auf verschiedenen Sprachen (wie zum Beispiel: <http://www.psz-nrw.de/infos-fluechtlinge>) durch die Koordinierungsstelle
2. Bessere Übergänge von der AfA in die Kommune (Aufklärung der nächsten Schritte, Ansprechpartnerinnen und Ansprechpartner, Beratungsstellen, Angebote in der jeweiligen Gemeinde)
3. Regionale Vernetzung, „Runde Tische“ unter Einbezug von Flüchtlingsnetzwerken
4. Kommunikation zwischen den verschiedenen ambulanten, stationären und teilstationären Behandlerinnen und Behandler