



BDP • Am Köllnischen Park 2 • 10179 Berlin

Fluchtpunkt  
Eifflerstr. 3  
22769 Hamburg

**Anschrift** Berufsverband  
Deutscher  
Psychologinnen  
und Psychologen  
Am Köllnischen Park 2  
10179 Berlin

**Telefon** + 49 30 - 209 166 - 600**Telefax** + 49 30 - 209 166 - 680**E-Mail** info@bdp-verband.de

19.03.2013

## Stellungnahme des BDP (Präsidiumsbeauftragte für Menschenrechte, Dipl.-Psych. Eva van Keuk)

Welcher Behandlung bedürfen traumatisierte Flüchtlinge ohne sicheren Aufenthalt? Die Hamburger Behörde für Arbeit, Soziales und Familie meint, in der Regel sei keine Psychotherapie erforderlich, und falls im Ausnahmefall doch, so käme ausschließlich eine Kurzzeittherapie (25 Sitzungen) in Frage.

Diese Einschätzung der Behörden steht in deutlichen Widerspruch zu dem aktuellen klinischen Fachwissen in der Behandlung von Traumafolgestörungen, speziell der Posttraumatischen Belastungsstörung:

- 1. Ein hohes Ausmaß unter den AsylbewerberInnen und Flüchtlingen leidet nachgewiesenermaßen unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung.** (Steel et al 2009, Joksimovic 2008). In einer Studie von U. Gaebel in Kooperation mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge wurden bei 40% der 78 zufällig ausgewählten Asylantragsteller\_innen eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) festgestellt (Gäbel 2005). Die deutschsprachigen Fachgesellschaften für Psychotraumatologie gehen in ihrer aktuellen Leitlinie sogar von 50% Prävalenz der PTBS unter Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern (Flatten et al 2011). Wir müssen die Realität anerkennen: Unter den Flüchtlingen und AsylbewerberInnen in Deutschland ist ein großer Anteil psychisch krank infolge von schweren Traumatisierungen.
- 2. Psychosoziale Belastungsfaktoren bewirken gerade bei Flüchtlingen und AsylbewerberInnen krisenhafte Zuspitzungen und eine akute Reaktualisierung im Verlauf einer PTBS.** Flüchtlinge wurden in der Regel in ihren Heimatländern, auf der Flucht oder (eher seltener) in den Aufnahmeländern traumatischen Erfahrungen ausgesetzt. Insofern liegen die traumatischen Ereignisse häufig bereits länger als 6 Monate zurück und entsprechen selten einer akuten Belastungsstörung, wie beispielsweise bei Unfallopfern in deutschen Kliniken. Aus klinischer Sicht ist es allerdings angemessen, von häufigen akuten Symptomverschärfungen und daher von einer akuten Symptomatik zu sprechen und damit von einem akuten Behandlungsbedarf auszugehen: Die Sorge vor einer Abschiebung, die beengte Lebenssituation in einem Flüchtlingswohnheim, die Zeugenschaft von Abschiebungen sind nur einige der üblichen Belastungen, denen AsylbewerberInnen ausgesetzt sind. Hinzu kommen belastende Nach-

BDP, gegründet 1946

**Präsidentin** Dipl.-Psych. Sabine Siegl**Vizepräsident** Prof. Dr. Michael Krämer**Vizepräsident** Dipl.-Psych. Heinrich Bertram**Hauptgeschäftsführerin** Dr. Eileen Mertens**Registergericht** Amtsgericht Charlottenburg



richten aus den Heimatregionen und die Sorge um Verwandte, die weiterhin kriegerischen Unruhen, Inhaftierung oder Folter ausgesetzt sind. Regelmäßig sorgen diese spezifischen Lebensumstände für schwere Symptomverschlechterungen und akute Krisen, die erst im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung aufgefangen werden können.

*Ein aktuelles Fallbeispiel aus der Praxis des PSZ Düsseldorf: „In der letzten Woche haben syrische Mitbewohner einen anderen Flüchtling aus Sierra Leone mit einem Messer verletzt – er hatten ihnen nichts getan. Mir wurde schlecht, als ich das Blut sah – ich dachte, ich wäre wieder im Gefängnis in Kinshasa. Ich wurde wieder mitgenommen, wie damals, die Schläge... Gott sei Dank kam die Polizei, so denke ich jetzt. Aber in dem Moment waren es für mich die Gefängniswärter. Ich war außer mir vor Angst“, berichtete ein kongolesischer Psychotherapiepatient beispielsweise, nach einem Konflikt unter Nachbarn im Asylbewerberheim.*

3. **Ein unsicherer Aufenthalt bewirkt eine Verschlechterung der vorhandenen Traumasymptome - gerade Flüchtlinge und AsylbewerberInnen mit unsicherem Aufenthalt benötigen daher eine adäquate Behandlung.** Die Psychosozialen Zentren für die Behandlung von Folteropfern in Deutschland ([www.baff-zentren.org](http://www.baff-zentren.org)) behandeln seit vielen Jahren mit sehr guten Erfolgen traumatisierte Flüchtlinge, wobei ein großer Anteil unter ihnen über keinen gesicherten Aufenthalt verfügt. In dieser Situation kann die psychotherapeutische Behandlung suizidale Krisen auffangen, bei der Bewältigung der Symptome im Alltag helfen, Ängste über Psychoedukation abbauen und die Belastung für weitere Familienangehörige verringern. Der unsichere Aufenthalt selbst wirkt sich zudem als Stressor negativ auf die vorhandenen Symptome aus – die Angst vor der Abschiebung erschwert eine Heilung. In einer aktuellen Studie (Gerlach 2012) zeigte sich beispielsweise ein signifikanter Zusammenhang zwischen der subjektiv wahrgenommenen Aufenthaltsunsicherheit und dem Ausmaß der Traumasymptome.
4. **Ausschließlich Psychotherapie ist die Behandlung, die nachgewiesenermaßen hilft – möglicherweise mit unterstützender Medikation.** Die Leitlinien zur Behandlung der PTBS wurden zuletzt 2011 aktualisiert und nach einem aufwendigen Konsensusverfahren auf die höchste Stufe („S3“-Leitlinie) durch die Arbeitsgemeinschaft wissenschaftlicher medizinischer Fachgesellschaften angehoben. In dem einleitenden Text der Leitlinie, die den verbindlichen Standard zur Behandlung darstellt, werden Folteropfer, Opfer von Krieg und Vertreibung explizit benannt. In der Leitlinienempfehlung 6 heißt es klar und unmißverständlich: „Psychopharmakotherapie soll nicht als alleinige Therapie der Posttraumatischen Belastungsstörung eingesetzt werden. Adjuvante Psychopharmakotherapie kann zur Unterstützung der Symptomkontrolle indiziert sein, ersetzt aber keine traumaspezifische Psychotherapie“. Leitlinienempfehlung 16: „Eine traumaadaptierte Psychotherapie soll jedem Patienten mit PTBS angeboten werden“, „Obsolet: Alleinige Psychopharmakotherapie“ (Flatten et al 2011, S. 206).
5. **Bei dieser Patientengruppe ist eine gute berufsgruppenübergreifende Vernetzung erforderlich - eine Beschränkung auf eine Kurzzeittherapie ist nicht zu vertreten.** Die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen benötigt nicht weniger Zeit als die Behandlung von traumatisierten Patienten ohne Fluchthintergrund – im Gegenteil. Die psychosoziale Lebenssituation von Flüchtlingen erfordert von den behandelnden PsychotherapeutInnen eine gute Vernetzung mit anderen Berufsgruppen wie SozialarbeiterInnen, Beratungsstellen, Rechtsanwälten, Ehrenamtlichen. Um beispielsweise



sicher zu stellen, dass Dolmetscherkosten übernommen werden und ein qualifizierter Dolmetscher eingesetzt wird, um den Besuch eines Sprachkurses oder die Möglichkeit einer Arbeitsaufnahme zur Tagesstrukturierung im Rahmen der antidepressiven Therapie abzuklären, um die Begleitung zu einem angstbesetzten Behördentermin zu organisieren, sind weniger Stunden als bei anderen PatientInnen schlichtweg unrealistisch. Auch erfordert eine psychotherapeutische Behandlung in der Fremdsprache ganz sicher nicht weniger Zeit als eine muttersprachliche Psychotherapie – es ist mindestens von dem identischen Zeitrahmen auszugehen.

- 6. Wichtige Verbände haben bereits eindeutige Positionen zur notwendigen Verbesserung in der psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen und Flüchtlingen bezogen:** Der Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen (BDP) reichte bereits 2010 eine Petition an den Bundestag für kultursensible, muttersprachliche psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Zuwanderungshintergrund ein. Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) und die Deutsche Sektion der Internationalen Ärzte für die Verhütung des Atomkrieges / Ärzte in sozialer Verantwortung e.V. (IPPNW) machen in ihrer bundesweiten Kampagne „Behandeln statt Verwalten“ auf den eklatanten Widerspruch zwischen Anspruch und Realität bei der Versorgung vulnerabler Flüchtlingsgruppen aufmerksam ([www.behandeln-statt-verwalten.de](http://www.behandeln-statt-verwalten.de)). Die Bundespsychotherapeutenkammer vertrat in ihrer Stellungnahme zum "Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten" zur Versorgung von Flüchtlingen 2010 zuletzt eindeutig Position:

**„ Ein Großteil der Menschen, die in Deutschland Asyl beantragen, und viele Kriegsflüchtlinge haben traumatische Erfahrungen in den Herkunftsländern gemacht. Der Zusammenhang zwischen der Schwere und Häufigkeit der Traumatisierungen im Heimatland von Flüchtlingen und der Häufung bzw. Schwere psychischer Beeinträchtigungen ist unstrittig. (...) Aufgrund der Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes und der Anwendung dieses Gesetzes in der Praxis ist es jedoch gerade für diese Gruppe schwieriger, die notwendigen Leistungen zu erhalten, als beispielsweise für Sozialhilfeempfänger. In Bezug auf die Bedingungen der Leistungsgewährung im Krankheitsfall sollte mindestens die Verwaltungspraxis verbessert werden. (...) Psychotherapie ist nach wissenschaftlichen Leitlinien als alleinige oder kombinierte Behandlung bei einer Vielzahl psychischer Erkrankungen ohne Alternative und damit auch erforderlich und unerlässlich im Sinne der §§ 4 und 6 AsylbLG. Über konkrete Verwaltungsvorschriften könnten Auslegung und Ermessensentscheidungen der Verwaltungsbehörden verbessert werden.“**

- 7. Es gibt verbindliche rechtliche Rahmenbedingungen, die uns als Aufnahmestaaten zu der notwendigen und adäquaten Behandlung traumatisierter Flüchtlinge verpflichten.** Das Recht auf Gesundheit gehört zu den international anerkannten Menschenrechten. Auch das Europäische Recht bekennt sich dazu, konkretisiert in der Europäischen Sozialrechtcharta und der Grundrechtecharta der EU. Die europäischen Mindeststandards zur Aufnahme und Versorgung von Flüchtlingen dürfen nicht ignoriert werden: die Qualifikationsrichtlinie (Richtlinie 2004/83/EG), die Richtlinie für Opfer im Menschenhandel (Richtlinie 2004/81/EG) und vor allem die Asylaufnahmerichtlinie (Richtlinie 2003/9/EG) sind in dem Zusammenhang zu nennen. **Bereits 2003 und 2004 wurde in diesen EU-Richtlinien formuliert, dass für besonders schutz-**



**bedürftige Flüchtlinge – darunter werden speziell auch Personen benannt, die „...Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben“ – eine angemessene medizinische Versorgung gewährleistet wird und sie die Behandlung erhalten „...die für Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich ist“** (2003/9/EG Art. 20, aus der Thüringer Erklärung,

<http://www.behandeln-statt->

[verwalten.de/fileadmin/user\\_upload/BAfF\\_Thueringer\\_Erklaerung.pdf](http://www.behandeln-statt-verwalten.de/fileadmin/user_upload/BAfF_Thueringer_Erklaerung.pdf), Abruf 18.3.13).

Deutschland wird für die unzureichende Umsetzung dieser Richtlinie gerügt. Auch das Deutsche Institut für Menschenrechte stellt der Bundesregierung in der letzten Stellungnahme vom Januar 2013 ein schlechtes Zeugnis aus, was die Umsetzung dieser Richtlinie betrifft:

*„Auch im Lichte der Umsetzung der Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerberinnen und Asylbewerbern in die Mitgliedstaaten ist ein Umsetzungsdefizit des Artikels 15 Abs. 1 auch in § 4 des AsylbLG zu erblicken. Denn gemäß der Richtlinie ist die erforderliche medizinische Versorgung sicher zu stellen, wohingegen § 4 Abs. 1 AsylbLG lediglich den Anspruch auf akute Erkrankungen und Schmerzzustände gewährleistet. Die gebotene medizinische Versorgung chronisch Kranker ist nicht abgedeckt. Artikel 20 der Richtlinie 2003/9/EG verpflichtet dazu, dafür Sorge zu tragen, „dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, im Bedarfsfall die Behandlung erhalten, die für Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich sind.“ Dies ist bisher mit § 4 AsylbLG und § 6 AsylbLG nicht ausreichend umgesetzt.“*

*Stellungnahme des Deutschen Instituts für Menschenrechte zum Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales, Entwurf eines Dritten Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes. Januar 2013 ([http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx\\_commerce/Stellungnahme\\_des\\_Instituts\\_zum\\_Referentenentwurf\\_des\\_BMAS\\_Asylbewerberleistungsgesetz.pdf](http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/uploads/tx_commerce/Stellungnahme_des_Instituts_zum_Referentenentwurf_des_BMAS_Asylbewerberleistungsgesetz.pdf), Abruf 18.3.13)*

In der Frage, wie Flüchtlinge und Asylsuchende zu behandeln sind und welche Ansprüche sie haben, müssen wir die vorhandenen Realitäten zu Kenntnis nehmen: **Traumatisierte Flüchtlinge brauchen psychotherapeutische Behandlung!** Wer etwas anderes behauptet, ignoriert die objektivierbaren Fakten der psychotherapeutischen Forschung und den breiten Erfahrungsschatz derer, die täglich traumatisierte Flüchtlinge behandeln, ebenso wie die rechtlich verbindlichen Rahmenbedingungen in Europa. Der BDP setzt sich für eine gerechte Versorgung aller Bevölkerungsgruppen in Deutschland ein – ein erheblich verschlechterter Zugang bei einer Bevölkerungsgruppe wie den traumatisierten Flüchtlingen, die nachgewiesen einen sehr hohen Behandlungsbedarf hat, ist nicht zu tolerieren.

19.03.2013

gez. Dipl.-Psych. Eva van Keuk

Präsidiumsbeauftragte für Menschenrechte BDP e.V.

### **Literatur:**

Abdallah-Steinkopff B, Soyer J (2012) „Traumatisierte Flüchtlinge- kultursensible Psychotherapie im politischen Spannungsfeld“ in: Feldmann RE, Seidler GH (Hrsg) „Traum(a) Migration: Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer“.

Gaebel, U (2005) "Prävalenz der PTSD und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis", Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie

Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W (2011) „S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD 10: F 43.1.“ in Trauma und Gewalt, Jahrgang 5, Heft 3, August 2011.

Joksimovic, I, Bierwirth, J & Kruse, J (2008). Traumatisierte Flüchtlinge in der Psychotherapie. In FA Muthny & I Bermejo (Hrsg). Interkulturelle Medizin, S. 105-121. Köln: Deutscher Ärzteverlag.

Gerlach, C & Pietrowsky, R (2012) Trauma und Aufenthaltsstatus: Einfluss eines unsicheren Aufenthaltsstatus auf die Traumasymptomatik bei Flüchtlingen. Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin 2012/1

Steel, Z, Chey, T, Silove, D, Marnana, C, Bryant, R A & van Ommeren, M (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. JAMA.302(5):537-549.