

**Reformbedarf in der
psychotherapeutischen Versorgung
von Migranten**

BPtK-Standpunkt

14. Juni 2010

Inhaltsverzeichnis

I. Zusammenfassung	3
II. Hintergrund	7
1. Psychische Erkrankungen bei Migranten	7
2. Leistungsanspruch und Aufenthaltsstatus	9
III. Allgemeiner Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten	11
1. Informationen zu Leistungen des Gesundheitssystems	11
2. Sprachbarrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem.....	12
<input type="checkbox"/> „Muttersprachliche“ Psychotherapie.....	12
<input type="checkbox"/> Finanzierung von Dolmetschern.....	13
<input type="checkbox"/> Anwendung der Vorschriften zur Berufsankennung	13
3. Aus- und Fortbildung zu interkultureller Kompetenz.....	15
IV. Spezifischer Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten	17
1. Lokaler Sonderbedarf für die ambulante psychotherapeutische Versorgung	18
2. Prävention und Früherkennung für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund	19
3. Stationäre Versorgung von Migranten mit psychischen Erkrankungen.....	21
4. Versorgung psychischer Erkrankungen von traumatisierten Flüchtlingen.....	22
Literatur	25
Anhang	28
Die 12 Sonnenberger Leitlinien	28

Zusammenfassung

Migration ist Kennzeichen einer globalisierten Welt. Die Hintergründe für eine Migration sind ausgesprochen heterogen. Migranten unterscheiden sich u. a. hinsichtlich Einreisemotiv, Aufenthaltsstatus, Aufenthaltsdauer, ethnischer Zugehörigkeit oder Bildungsvoraussetzungen. Die damit verbundenen Risiken für die psychische Gesundheit sind dementsprechend unterschiedlich.

Trotz erhöhter Prävalenz psychischer Erkrankungen nehmen Migranten i. d. R. unterdurchschnittlich Versorgungsleistungen in Anspruch. Neben sprachlichen und juristischen Barrieren liegt diese Diskrepanz an fehlender Information über die Leistungen des Gesundheitssystems, begrenzter interkultureller Kompetenz der Gesundheitsberufe sowie fehlender spezialisierter Behandlungsangebote für bestimmte Migrantengruppen.

Eine psychische Krankheit erschwert die gesellschaftliche Integration bzw. macht sie unmöglich. Daher sind für viele Migranten der Zugang zur psychotherapeutischen Versorgung und damit die Aussicht auf Heilung eng verbunden mit ihrer Integrationsfähigkeit und -bereitschaft.

Zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten schlägt die BPtK folgende generellen Maßnahmen vor:

- Informationen zu psychischen Erkrankungen und psychotherapeutischer Versorgung sollten u. a. bei den kommunalen Ausländerbehörden vorliegen und mehrsprachlich gestaltet sein.
- Grundsätzlich sollte die interkulturelle Kompetenz in Behörden, aber vor allem im Gesundheitswesen verbessert werden. Zusätzlich könnte der Gesetzgeber interkulturelle Kompetenz in den Gegenstandskatalog zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung der Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten aufnehmen.
- Voraussetzung einer gelingenden Psychotherapie ist u. a. die sprachliche Verständigung. Daher sollte Migranten, die nicht hinreichend Deutsch sprechen, eine „muttersprachliche“ Psychotherapie angeboten werden. Bei einer entsprechenden regionalen Konzentration kann dies über das Instrument des lokalen Sonderbedarfs gewährleistet werden. Für seltene Sprachen bzw. bei einer breiten regionalen Streu-

ung der Wohnorte ist zu prüfen, inwieweit „muttersprachliche“ Psychotherapie im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 SGB V gewährleistet werden kann. Sind „muttersprachliche“ Psychotherapeuten (d. h. Psychotherapeuten mit spezifischen Sprachkenntnissen in der Sprache des Migranten) mit einer dem deutschen Gesundheitssystem angemessenen Qualifikation nicht verfügbar, sollte auf speziell qualifizierte Dolmetscher zurückgegriffen werden. In diesen Fällen sollte der Einsatz von Dolmetschern GKV-Leistung werden.

Besondere Risiken für die psychische Gesundheit entstehen für Migranten und deren Kinder aus kulturellen Kontexten, die von der hiesigen Kultur stark abweichen. Für diese Migrantengruppen – sofern sie nicht über ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache verfügen und sie regional bzw. lokal einen für die Versorgung relevanten Bevölkerungsanteil darstellen – regt die BPtK die folgenden spezifischen Maßnahmen an:

- Da Psychotherapie weitaus stärker als andere medizinische Leistungen auf sprachliche Verständigung angewiesen ist, sollte der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) in der Bedarfsplanungs-Richtlinie bei der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs für die psychotherapeutische Versorgung das Kriterium der Verfügbarkeit „muttersprachlicher“ Behandlungsangebote mit berücksichtigen. Analog zu diesem Vorgehen sollten andere Träger (z. B. Sozialpsychiatrische Dienste) ihre Angebote in diesen Regionen interkulturell öffnen und anteilig Stellen für mehrsprachige Psychotherapeuten schaffen.
- Bei Kindern und Jugendlichen aus Familien mit Migrationshintergrund besteht eine erhöhte psychische Belastung bei gleichzeitig herabgesetzter Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, insbesondere bei Vorsorgeuntersuchungen. Der Einsatz von Screenings zu psychischen Auffälligkeiten im Rahmen von Routine-Gesundheitsuntersuchungen (z. B. Schuleingangsuntersuchungen oder zusätzlichen U-Untersuchungen im Setting Schule) an allen Kindern einer Altersgruppe könnte zur Lösung dieses Problems beitragen. Die BPtK fordert seit Langem die Ergänzung von U- und Schuleingangsuntersuchungen um Screenings auf psychische Auffälligkeiten. Auffällige Befunde sollten adressatengerecht aufbereitet und mit dem Angebot weiterer Leistungen (z. B. zur diagnostischen Abklärung) oder Hilfen (z. B. Fördermaßnahmen in Schulen oder Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe) vermittelt werden. Für die bereits psychisch Erkrankten sollte der Zugang zur psychotherapeutischen

Versorgung sichergestellt werden, was ggf. durch das Instrument der Sonderbedarfszulassung erfolgen kann.

- In der stationären Versorgung sind spezifische Versorgungsangebote für Migranten anzustreben. Dazu gehören in Abhängigkeit von Region und Spezialisierung der Klinik auch Psychotherapeuten mit entsprechenden sprachlichen Kompetenzen und therapeutische Angebote, die auf den kulturellen Hintergrund der Migranten angepasst sind, sowie das Vorhalten von Dolmetscherdiensten.
- Durch Vorgaben des G-BA sollten die Krankenhäuser künftig verpflichtet werden, in ihren Qualitätsberichten Angaben zu spezifischen Versorgungsangeboten für Migranten und das Vorhalten eines Dolmetscherdienstes zu machen. Dabei sollten diese Informationen nutzerfreundlich aufbereitet und verfügbar gemacht werden, z. B. in entsprechenden Internetangeboten (u. a. die „Weisse Liste“).
- Als weiterer Schritt sollte im Rahmen der Einführung des neuen Entgeltsystems für Psychiatrie und Psychosomatik ein Kode im Operationen- und Prozedurenschlüssel (OPS) geschaffen werden, der den Einsatz von Dolmetschern oder spezifische Behandlungskonzepte für Migranten abbildet. Damit kann überprüft werden, ob die Behandlung von Migranten kostenaufwändiger ist als die Behandlung anderer Patientengruppen und dementsprechend einer anderen Kostengruppe zugeordnet werden müsste.

Besonderer Bedarf psychotherapeutischer Versorgung besteht bei traumatisierten Flüchtlingen. Diese treffen auf spezielle juristische Hindernisse beim Zugang zum Gesundheitswesen. Hier schlägt die BPtK folgende Änderungen vor:

- Der Leistungsanspruch auf Krankenbehandlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sollte sich wie bei Sozialhilfeempfängern im Wesentlichen nach dem Leistungsanspruch gesetzlich Krankenversicherter richten.
- Eine gesetzliche Klarstellung sollte sicherstellen, dass Sozialdaten, die eine öffentliche Stelle im Zusammenhang mit der Gewährung von Leistungen zur Krankenbehandlung oder (medizinischen) Rehabilitation erhält, nicht an die Ausländerbehörde weitergegeben werden dürfen. Dies muss insbesondere auch dann gelten, wenn die öffentliche Stelle dabei Kenntnis vom Aufenthalt eines Ausländers erhält, der keinen erforderlichen Aufenthaltstitel besitzt.

- Neben den o. g. Maßnahmen besteht ein Bedarf an speziell qualifizierten Dolmetschern, deren Ausbildung und Vernetzung gefördert werden sollte. Ergänzend können – sofern erforderlich – z. B. Landespsychotherapeutenkammern für Psychotherapeuten Fortbildungsveranstaltungen zum Umgang mit Dolmetschern anbieten. Letztlich gilt es, spezialisierte Behandlungszentren verstärkt finanziell zu unterstützen bzw. entsprechende Zuständigkeiten zu klären.

I. Hintergrund

1. Psychische Erkrankungen bei Migranten

Im Zeitalter der Globalisierung migrieren immer mehr Menschen in andere Länder. Das deutsche Gesundheitssystem steht vor der Herausforderung, sich auf diese gesellschaftliche Entwicklung einzustellen, denn in Deutschland leben 6,7 Millionen Menschen mit ausländischem Pass. Dies entspricht einem Anteil von ca. acht Prozent der Bevölkerung. 19 Prozent der Bevölkerung (15,6 Millionen Menschen) haben einen Migrationshintergrund, d. h. mindestens ein Elternteil ist immigriert. Regional variieren die Anteile von Menschen mit Migrationshintergrund erheblich (Statistisches Bundesamt, 2010).

Migranten unterscheiden sich u. a. hinsichtlich Einreisemotiv, Aufenthaltsstatus, ethnischer Zugehörigkeit oder Bildungsvoraussetzungen. So umfasst die Gruppe der Migranten beispielsweise:

- Arbeitsmigranten,
- Heiratsmigranten und Migranten im Rahmen eines Familiennachzugs,
- Asylsuchende/politische Flüchtlinge,
- „illegale“ Migranten,
- Aussiedler,
- EU-Binnenmigranten,
- ausländische Studierende,
- Pendler.

Migration ist für viele Menschen mit kritischen Lebensereignissen oder anderen Stressfaktoren verbunden, die das Risiko, psychisch zu erkranken, erhöhen können:

- unklare Zukunft, ungesicherte Aufenthaltssituation, Spannungssituation zwischen Rückkehr und Verbleib,
- Identitätskrisen, Entwurzelungsgefühle, innere Bezogenheit auf die Heimat,
- geringes soziales Netzwerk,
- prekäre Arbeits- und Wohnsituation, sozioökonomische Probleme,
- Verständigungsprobleme,

- Familienunstimmigkeiten, durch ethnische Diversifizierung verstärkte Generationenkonflikte, „Rollentausch“ für die Nachfahrgeneration, wenn die Eltern nicht hinreichend deutsch sprechen,
- Familien-/Partnerschaftsprobleme durch Statusverluste von Familienmitgliedern,
- kritische Lebensereignisse/Traumatisierungen vor und während der Migration,
- belastende Migrationsgeschichte, z. B. lange Trennung von den Eltern,
- erlebte Diskriminierung.

Inwieweit dies tatsächlich zur Entstehung psychischer Erkrankungen führt, hängt von den Ressourcen der Individuen und dem Ausmaß der belastenden Faktoren während und nach der Migration ab.

Eine Re-Analyse des Bundesgesundheits surveys (BGS; Bermejo et al. 2010) zeigt hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz höhere Prävalenzraten psychischer Erkrankungen bei Migranten im Vergleich zu Einheimischen (50,8 Prozent vs. 42,5 Prozent). Hinsichtlich der Vierwochenprävalenz zeigten sich ebenfalls leicht erhöhte Raten (26,3 Prozent vs. 19,4 Prozent), die jedoch (nach Alter, Geschlecht und sozialer Schicht adjustiert) nicht statistisch signifikant ausfielen. Speziell bei Depressionen und somatoformen Störungen liegen bei Migranten nach der Re-Analyse des BGS signifikant erhöhte Prävalenzzahlen vor (affektive Störungen, 12-Monatsprävalenz: 17,9 Prozent vs. 11,3 Prozent; somatoforme Störungen 19,9 Prozent vs. 10,3 Prozent). Vor allem bei türkischen Migranten weisen mehrere Studien in Richtung vermehrter affektiver Störungen und somatoformer Störungen. Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS) zeigen bei Kindern von Migranten erhöhte Prävalenzen von Verhaltensauffälligkeiten (21,3 Prozent vs. 13,5 Prozent; Hölling et al. 2007) oder Essstörungen (30,3 Prozent vs. 20,2 Prozent; Hölling und Schlack, 2007).

Migranten sind keine homogene Gruppe. Entsprechend kleinteilig und widersprüchlich fallen die Forschungsergebnisse in diesem Bereich oft aus. Auch aufgrund starker Unterschiede bzw. Defizite in der Forschungsmethodik sind anhand der aktuellen Literatur kaum präzise Aussagen zu einzelnen Migrantengruppen möglich (Lindert et al. 2008a; Lindert et al. 2008b).

Trotz der erhöhten Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Migranten fällt die Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen unterdurchschnittlich aus. Eine repräsentative Befragung der ambulanten Psychotherapeuten in Hamburg ergab, dass nur 14 Prozent der behandelten Patienten einen Migrationshintergrund aufwiesen, was deutlich unter dem Anteil von Menschen mit Migrationshintergrund in Hamburg liegt (ca. 25 Prozent; Mösko et al. 2010). Einzelne Migrantengruppen sind jedoch in forensischen Einrichtungen überproportional häufig vertreten oder werden überproportional häufig in die Psychiatrie zwangseingewiesen (Lindert et al. 2008b; Collatz, 2009). Teilweise scheinen Migranten das Versorgungssystem also erst am Ende der Versorgungskette zu erreichen. Dies kann als Ausdruck einer erheblichen Fehlversorgung interpretiert werden und zeigt die Notwendigkeit eines frühzeitigeren Zugangs.

2. Leistungsanspruch und Aufenthaltsstatus

Inhalt und Umfang der Ansprüche auf Krankenbehandlung für Ausländer können erheblich von den Ansprüchen Deutscher abweichen. Bei gesetzlich (oder in Deutschland privat) versicherten Menschen unterscheiden sich die Ansprüche zwischen Deutschen und Ausländern nicht. Auch Empfänger von Sozialhilfe haben prinzipiell den gleichen Anspruch auf Leistungen zur Krankenbehandlung wie gesetzlich Krankenversicherte. Allerdings sind Ausländer und deren Familienangehörige in vielen Fällen von vornherein von der Sozialhilfe ausgenommen. Dies ist insbesondere der Fall, wenn sie einreisen, um Sozialhilfe zu erlangen oder sich ihr Aufenthaltsrecht allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt. Sind sie wegen einer Krankenbehandlung eingereist, soll diese nur zur Behebung eines akut lebensbedrohlichen Zustandes oder einer schweren oder ansteckenden Erkrankung geleistet werden, soweit dies unaufschiebbar und unabweisbar geboten ist.

Menschen, die in Deutschland Asyl suchen und deren Verfahren noch läuft oder die sich aus humanitären Gründen in Deutschland vorübergehend aufhalten dürfen, z. B. Bürgerkriegsflüchtlinge, erhalten ebenfalls keine Sozialhilfe. Ihre Leistungen richten sich nach dem Asylbewerberleistungsgesetz und sind gegenüber Sozialhilfeansprüchen erheblich eingeschränkt. Nach vier Jahren erhalten jedoch auch sie grundsätzlich Leistungen nach dem SGB XII.

Gemäß § 4 Abs. 1 Satz 1 AsylbLG besteht ein Anspruch zunächst nur zur erforderlichen Behandlung „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“. Chronische Erkrankungen sind damit von diesem Anspruch ausgenommen, können aber als sonstige Leistungen gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. In Bezug auf psychische Erkrankungen gibt es Gerichtsentscheidungen, die sich mit der Frage beschäftigen, ob eine psychotherapeutische Behandlung erforderlich bzw. unerlässlich ist oder ob lediglich ein Anspruch auf eine kurzfristig kostengünstigere pharmakotherapeutische Behandlung besteht. In bestimmten Fällen ist zudem der Leistungsanspruch nach dem AsylbLG insgesamt auf „unabweisbare“ Leistungen beschränkt (§ 1a AsylbLG). Dies gilt beispielsweise für geduldete Ausländer, die nach Deutschland gekommen sind, um Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz zu erhalten.

Für Migranten ohne bzw. mit unsicherem Aufenthaltstitel stellt insbesondere die Verpflichtung öffentlicher Stellen zur Datenweitergabe eine große Barriere für die Inanspruchnahme von Leistungen des Gesundheitssystems dar. § 88 Abs. 2 Aufenthaltsgesetz schützt Ausländer zwar vor der Weitergabe von Daten, die Ärzte oder Psychotherapeuten öffentlichen Stellen zugänglich gemacht haben. Muss der Ausländer jedoch selbst eine Leistung beantragen und erhält die Behörde dadurch Kenntnis von „dem Aufenthalt eines Ausländers, der keinen erforderlichen Aufenthaltstitel besitzt und dessen Abschiebung nicht ausgesetzt ist“, so sind die Daten gemäß § 71 Abs. 2 Nr. 2 SGB X i. V. m. § 87 Abs. 2 Nr. 1 Aufenthaltsgesetz nicht ausreichend vor der Weitergabe geschützt. Letztlich führt dies dazu, dass ein Ausländer schon bei einem Antrag zur Prüfung, ob ein Anspruch auf eine notwendige medizinische Leistung besteht, Gefahr läuft, dass die Antragstellung aufenthaltsrechtliche Maßnahmen nach sich zieht. Berichte von psychosozialen Zentren für Flüchtlinge, Verfolgte oder Folteropfer stimmen darin überein, dass die Verhinderung der Datenweitergabe den Zugang von illegalen Migranten zur Versorgung erheblich erleichtern würde.

II. Allgemeiner Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten

Die bekanntesten allgemeinen Thesen zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Migranten sind die 12 Sonnenberger Leitlinien (Machleidt, 2002; im Anhang). Sie zeigen, wie schwierig es ist – auch aufgrund der Heterogenität der Probleme und des Mangels an spezifischen Forschungsarbeiten – den Reformbedarf im deutschen Gesundheitssystem als konkrete Forderung zu präzisieren. Im Folgenden soll dies, ausgehend von den Sonnenberger Leitlinien, versucht werden.

1. Informationen zu Leistungen des Gesundheitssystems

Der defizitäre Zugang von Migranten zur psychotherapeutischen Versorgung liegt u. a. an fehlenden bzw. unzutreffenden Informationen zur Behandlung psychischer Erkrankungen. Informationsblätter liegen z. B. selten mehrsprachig vor. Auch werden Migranten durch die zuständigen Behörden nicht immer adäquat informiert. Teilweise scheinen ungünstige Erfahrungen mit Behördenmitarbeitern dazu zu führen, dass Migranten zu einer geringeren Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen tendieren (Machleidt & Callies, 2004).

Die BPtK schlägt daher die Entwicklung zielgruppenspezifischer Informationsmaterialien in Kooperation mit Vertretern der betroffenen Migrantengruppen und den Ausländerbehörden vor. Diese sollten über psychische Erkrankungen sowie die Möglichkeit der Inanspruchnahme psychotherapeutischer Leistungen informieren. Ein Beispiel der Stadt Halle („Interkultureller Gesundheitsführer für HallenserInnen“; Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2010a) zeigt, dass ein solches Vorgehen praktikabel ist und zu guter Resonanz führt. Auch die partizipative Beteiligung von Migranten an Projekten zur Verbesserung des Wissens von Migranten über das Gesundheitssystem hat sich in diesem Kontext als förderlich erwiesen (z. B. „MiMi“-Projekt, Ethno-Medizinisches Zentrum Hannover).

Darüber hinaus sollten die Mitarbeiter von Ausländerbehörden durch entsprechende Fortbildungen eine größere interkulturelle Kompetenz entwickeln können. Entsprechen-

de Konzepte liegen vor und werden aktuell u. a. von Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge, Verfolgte oder Folteropfer angeboten.

2. Sprachbarrieren beim Zugang zum Gesundheitssystem

- „Muttersprachliche“ Psychotherapie

Psychotherapie ist im Vergleich zu anderen medizinischen Leistungen besonders stark darauf angewiesen, persönliche Empfindungen und Erfahrungen, scham- und angstbesetzte Erinnerungen, Gedanken und Wünsche mit dem Psychotherapeuten besprechen zu können. Dieses setzt i. d. R. voraus, dass Patient und Therapeut dieselbe (Mutter-)Sprache sprechen, was im Normalfall gegeben ist. Wenn nicht, besteht zwar die Möglichkeit, dass einer von beiden in der Muttersprache des anderen spricht, die für ihn aber eine Fremdsprache ist, oder dass beide auf eine gemeinsam beherrschte Fremdsprache ausweichen. Dieses kann die – insbesondere emotionale – Kommunikation und damit den psychotherapeutischen Prozess beeinträchtigen. Gänzlich unmöglich wird die Behandlung jedoch dann, wenn selbst dies nicht möglich ist und auch kein geschulter Dolmetscher zur Verfügung steht.

Die BPtK schlägt vor, für Migranten mit häufig vertretenen Fremdsprachen das Ziel aufzugreifen, die Versorgung mit muttersprachlichen Psychotherapeuten sicherzustellen. Der Rückgriff auf Dolmetscher geht i. d. R. mit Einbußen in der Intimität der Kommunikation einher. Er ist aus pragmatischen Gründen jedoch oftmals alternativlos, da besonders bei Menschen mit seltenen Sprachen keine muttersprachlichen Therapeuten zur Verfügung stehen. Qualifizierte Dolmetscher sind dabei dem Übersetzen durch Angehörige oder andere, nicht speziell ausgebildete Personen („Zufallsdolmetscher“) vorzuziehen, da in Anwesenheit eines neutralen, professionellen Übersetzers offener kommuniziert werden kann, als wenn Bekannte oder Verwandte übersetzen. Für professionelle Dolmetscher besteht jedoch auch die Notwendigkeit einer angemessenen Qualifikation für dieses Tätigkeitsfeld. Erfahrungen von psychosozialen Zentren für Flüchtlinge, Verfolgte oder Folteropfer zeigen, dass die Kommunikation über einen speziell qualifizierten Dolmetscher in diesen Fällen auch Vorteile gegenüber der dyadischen Kommunikation mit sich bringen kann (z. B. Schuster, 2010).

- **Finanzierung von Dolmetschern**

Nach der Rechtsprechung des Bundessozialgerichts (BSG) können Versicherte auch dann, wenn eine Verständigung zwischen ihnen und dem Arzt (oder Psychotherapeuten) nicht möglich ist, nicht verlangen, dass auf Kosten der gesetzlichen Krankenkassen (GKV) zur ambulanten Untersuchung oder Behandlung ein Dolmetscher hinzugezogen wird (BSG U. v. 10.05.1995, 1 RK 20/94, vgl. auch U. v. 06.02.2008, B 6 KA 40/06 R). § 28 SGB V spreche von der „ärztlichen Behandlung“ und der „Tätigkeit des Arztes“. Darunter würden nur Maßnahmen fallen, die der Arzt selbst durchführe. Zwar sehe das Gesetz auch Sachleistungen oder Kostenerstattung für Aufwendungen vor, die nur im Zusammenhang mit einer Krankenbehandlung stehen, aber nicht Teil der ärztlichen Behandlung seien. Eine Regelung über die Hinzuziehung von Dolmetschern oder die Erstattung der dadurch entstehenden Aufwendungen sei im SGB V jedoch nicht enthalten.

Die BPtK schlägt vor, GKV-Versicherten für die Behandlung psychischer Erkrankungen aufgrund der besonderen Bedeutung der Sprache den Anspruch auf die Übernahme der Kosten für einen Dolmetscher einzuräumen, wenn die Patienten über keine ausreichenden Deutschkenntnisse verfügen und kein Therapieplatz in der Muttersprache bzw. in einer Sprache, die sie ausreichend beherrschen, zur Verfügung steht.

- **Anwendung der Vorschriften zur Berufsankennung**

Soll der Anteil muttersprachlicher Psychotherapeuten für Migranten in Deutschland erhöht werden, müssten genügend Psychotherapeuten mit entsprechenden Sprachkenntnissen und bestenfalls auch mit dem entsprechenden kulturellen Hintergrund zur Verfügung stehen. Während für Bürger aus EU-Staaten, die die deutsche Psychotherapeutenausbildung durchlaufen haben oder die im EU-Ausland eine gleichwertige Ausbildung absolviert haben, auch nach deutschem Recht klare Vorgaben für die Anerkennung existieren und angewendet werden, kommt es bei Bürgern aus dem Nicht-EU-Ausland in Einzelfällen zu Problemen.

So setzt das Psychotherapeutengesetz (PsychThG) in § 2 Abs. 1 Nr. 1 (ebenso wie die Bundesärzteordnung in § 3 Abs. 1 Nr. 1) die deutsche Staatsbürgerschaft oder die eines anderen Mitgliedsstaates der EU als Voraussetzung für die Erteilung der Approba-

tion voraus. Aufgrund dieser Vorschrift wird die Approbation in Einzelfällen bei ausländischen Staatsangehörigen nicht erteilt, obwohl diese die Ausbildung nach dem PsychThG erfolgreich abgeschlossen haben und alle übrigen Voraussetzungen erfüllen.

Das Erfordernis der deutschen Staatsangehörigkeit geht auf die Anlehnung dieser Regelung des Psychotherapeutengesetzes an die Ärzteordnung zurück. Gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 5 Satz 1 der Reichsärzteordnung in der Fassung vom 13. Dezember 1935 war die Approbation zu versagen, „wenn der Bewerber wegen seiner oder seines Ehegatten Abstammung nicht Beamter werden könnte, und zur Zeit der Bewerbung der Anteil der nicht deutschblütigen Ärzte an der Gesamtzahl der Ärzte im Deutschen Reich den Anteil der Nichtdeutschblütigen an der Bevölkerung des Deutschen Reiches übersteigt.“

Aus Sicht der BPtK ist es entbehrlich, für die Approbation als Psychotherapeut die deutsche Staatsangehörigkeit vorauszusetzen. Ob ein Ausländer einer Erwerbstätigkeit nachgehen darf oder nicht, ergibt sich bereits aus seinem Aufenthaltstitel (vgl. § 4 Abs. 2 AufenthG). Einer darüber hinausgehenden Regelung im Psychotherapeutengesetz bedarf es nicht. Die Regelung sollte daher gestrichen werden.

Aber auch nach geltendem Recht kann Ausländern die Approbation erteilt werden. Das Psychotherapeutengesetz sieht in § 2 Abs. 3 ausdrücklich vor, dass die Approbation auch Nicht-EU-Ausländern aus Gründen des „öffentlichen Gesundheitsinteresses“ erteilt werden kann. Die Sicherstellung der Versorgung ist ein solches öffentliches Gesundheitsinteresse. Ermessensleitende, detaillierte, bundeseinheitliche oder regionale Verwaltungsvorschriften könnten sicherstellen, dass die Approbationsbehörden in diesen Fällen die im öffentlichen Gesundheitsinteresse erforderlichen Approbationen erteilen.

Keine Lösung ist es, die Behandlung psychisch kranker Menschen Personen zu überlassen, die nicht ausreichend qualifiziert sind. Menschen mit Migrationshintergrund haben Anspruch auf eine Behandlung auf dem im deutschen Gesundheitssystem erreichten Qualitätsniveau. Gesetzliche Vorschriften zu schaffen, wonach fachlich nicht ausreichend qualifizierte Personen Patienten versorgen würden, die kein oder nicht ausreichend Deutsch sprechen, würden zu einer qualitativ schlechteren Versorgung dieses Personenkreises führen, die durch nichts gerechtfertigt wäre.

3. Aus- und Fortbildung zu interkultureller Kompetenz

Für die psychotherapeutische Behandlung migrationsbedingter Symptome und Beschwerden liegen gut ausgearbeitete klinische Konzepte und belastbare Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung vor (z. B. Kahraman, 2008; Gavranidou & Abdallah-Steinkopf, 2007; Erim & Senf, 2002). Die Konzepte stimmen darin überein, dass sich interkulturelle Kompetenz durch kulturspezifisches Störungswissen (z. B. bezüglich der Diagnostik psychotischer Phänomene), das Wissen um kulturell geprägte Wertvorstellungen, Krankheits- und Therapiekonzepte sowie durch eine positive Grundhaltung gegenüber anderen kulturellen Hintergründen auszeichnet.

Von besonderer Bedeutung ist zudem die Grundhaltung gegenüber anderen Sozialisationshintergründen, die vor allem durch das wertschätzende Verstehen und Hinterfragen („respektvolle, teilnehmende und wohlwollende Neugier“) von kulturell geprägten Verhaltens- und Erlebensweisen des Patienten gekennzeichnet ist, sowie die Bereitschaft, eigene kulturelle Haltungen zu reflektieren und kritisch zu hinterfragen. Da die Kompetenz, das Handeln anderer Menschen teilnehmend zu verstehen und eigene Erlebensweisen zu hinterfragen, zu den psychotherapeutischen Basisqualifikationen gehört, sind Psychotherapeuten dazu ausgebildet, interkulturell kompetent zu handeln.

Dennoch werden Psychotherapieabbrüche bei Migranten vor allem am Anfang einer Behandlung beschrieben. Als Gründe hierfür führt Kahraman (2008) insbesondere kulturell geprägte Missverständnisse an, die auf die „Reflexion kultureller Zuschreibungen“, „Kommunikative Feinabstimmung“, „Reflexion von Erwartungen“ oder „Emotionale Feinabstimmung“ zurückzuführen waren. Die Krankheitskonzepte von Migranten zeichnen sich speziell im Vergleich zu Einheimischen oft durch eine stärkere Tendenz zur Externalisierung von Verantwortung und eher passive eigene Rollenerwartung im Patienten-Therapeuten-Verhältnis aus. Auch wird der Stellenwert von Psychotherapie in einigen Kulturen tendenziell gering eingeschätzt, was bei Therapieabbrüchen eine Rolle spielt.

Zur Förderung bzw. Vertiefung der interkulturellen Kompetenz bieten bereits heute Landespsychotherapeutenkammern entsprechende Fortbildungen an. Zudem werden Inter- und Supervisionsangebote in diesem Bereich über die Landespsychotherapeutenkam-

mern gefördert. In der Praxis haben sich Inter- und Supervisionsgruppen von Therapeuten, die sich speziell für dieses Thema interessieren, bewährt.

Der Gesetzgeber sollte im Rahmen der geplanten Ausbildungsreform für Psychotherapeuten zudem Inhalte zur interkulturellen Kompetenz in den Gegenstandskatalog zur Ausbildungs- und Prüfungsverordnung aufnehmen.

III. Spezifischer Reformbedarf in der psychotherapeutischen Versorgung von Migranten

Der mit der Migration verbundene Stress hängt u. a. vom Ausmaß der kulturellen Aspekte, die in den neuen Lebensstil integriert werden, bzw. der Segregation von diesen Aspekten ab. Aus psychologischer Sicht wird diskutiert, dass die migrationsassoziierten Belastungen umso höher sind, je stärker die kulturelle Distanz ausfällt (z. B. Herwartz-Emden & Rieken, 2001). Es lassen sich also Migrantengruppen identifizieren, bei denen die psychische Belastung und damit das Risiko psychischer Erkrankungen besonders hoch sind. Die Integration in eine neue Gesellschaft setzt erhebliche psychische Anpassungsprozesse voraus. Es ist davon auszugehen, dass eine psychische Erkrankung in Kombination mit der Kumulation migrationsassoziiierter Belastungen die Integrationsfähigkeit und -bereitschaft dieser Menschen erheblich einschränkt. Vor diesem Hintergrund sollte man nicht daran festhalten, deutsche Sprachkenntnisse zur Zugangsvoraussetzung psychotherapeutischer Behandlung zu machen.

Unter fachlichen Gesichtspunkten ist ein genereller Anspruch der Migranten auf muttersprachliche Psychotherapie wünschenswert. Er wird sich jedoch unter qualitativen und wirtschaftlichen Gesichtspunkten nicht flächendeckend im System der Kassenärztlichen Vereinigungen auf der Basis des Sachleistungsprinzips realisieren lassen. Angesichts der Vielzahl unterschiedlicher Migrantengruppen werden muttersprachliche Psychotherapeuten generell nicht verfügbar sein oder aufgrund breiter regionaler Streuung der potenziellen Patienten die Versorgung nicht überall sicherstellen können.

Für Migranten, denen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung keine muttersprachliche Psychotherapie angeboten werden kann, ist zu prüfen, ob im Einzelfall im Rahmen der Kostenerstattung nach § 13 SGB V eine Versorgung möglich wird, wobei die für die psychotherapeutische Versorgung geltenden Qualitätsstandards im Bereich der GKV nicht unterschritten werden sollten.

1. Lokaler Sonderbedarf für die ambulante psychotherapeutische Versorgung

Der Anteil von Migranten in der Bevölkerung variiert stark zwischen städtischen und ländlichen Regionen bzw. Industrieregionen und Nicht-Industrieregionen. Er nimmt mit der Gemeindegröße zu und ist i. d. R. in Großstädten am höchsten. Auch innerhalb einzelner Planungsbereiche gibt es Variationen in der Häufigkeit. So sind beispielsweise einzelne Stadtviertel durch einen besonders hohen Anteil von Migranten oftmals einer bestimmten Herkunft charakterisiert. Die häufigsten Migrantengruppen mit gleichzeitig hoher kultureller Distanz kommen aus der Türkei (2,5 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund; Statistisches Bundesamt, 2010) und – etwas weniger häufig – aus der ehemaligen Sowjetunion.

Eine allgemeine Anpassung der Bedarfsplanungs-Richtlinie, beispielsweise über eine Quote zur Regelung des Anteils von niedergelassenen Psychotherapeuten, die die betreffenden Sprachen sprechen, würde dazu führen, dass sich mehrsprachige Psychotherapeuten nicht zwingend in den Regionen mit hohem Bedarf bzw. innerhalb dieser Regionen nicht am richtigen Ort (bzw. im richtigen Stadtbezirk) niederlassen. Eine ausreichend spezifische Lösung bietet jedoch die lokale Sonderbedarfszulassung oder entsprechende Ermächtigung. § 34a Abs. 6 der Bedarfsplanungs-Richtlinie sollte vom G-BA hinsichtlich der Prüfung des zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarfs um das Kriterium der Verfügbarkeit muttersprachlicher Behandlungsangebote erweitert werden. Die Sonderbedarfszulassungen sollten an das Durchführen von Psychotherapien in der Muttersprache der Patienten geknüpft werden. Der Sonderbedarfstatbestand kann auf psychotherapeutische Leistungen beschränkt werden, da bei anderen medizinischen Leistungen die Notwendigkeit einer differenzierten sprachlichen Kommunikation – von einzelnen Ausnahmen abgesehen – weniger zwingend erforderlich ist.

Beispiel zur Veranschaulichung der Größenordnung:

Aktuell beträgt der Anteil von Menschen mit türkischem Migrationshintergrund an der deutschen Bevölkerung ca. drei Prozent. In Ballungsgebieten, wie z. B. in einigen Berliner Bezirken, liegt dieser Anteil um ein Vielfaches darüber. Wenn man davon ausgeht, dass bei einem noch zu definierenden Anteil einer bestimmten Migrantengruppe an der Bevölkerung in einer Bezugsregion ein Sonderbedarf besteht (im Folgenden gehen

wir exemplarisch von einem Anteil > zehn Prozent aus), könnte beispielsweise in Berlin in drei Bezirken (Mitte, Friedrichshain-Kreuzberg und Neukölln) ein solcher Sonderbedarf bestehen. Diese Zahlen steigen oder fallen in Abhängigkeit von der Festlegung des regionalen Anteils der Migranten in der Bevölkerung, der den Sonderbedarf rechtfertigt.

Beispiel: In Berlin-Neukölln wohnten 2009 (Amt für Statistik Berlin-Brandenburg) 34.780 Menschen mit türkischem Migrationshintergrund (davon 10.755 mit deutscher Staatsbürgerschaft) bei insgesamt 307.595 Einwohnern des Bezirks. Nach einem Bericht des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (2008) liegen bei 56 Prozent der in Deutschland lebenden Türken gute Sprachkenntnisse („Sprechen“) und bei weiteren 26 Prozent zumindest „mittelmäßige“ Sprachkenntnisse vor. Demnach sind bei 18 Prozent, d. h. bei ca. 6.200 Menschen türkischer Herkunft in Neukölln, die Sprachkenntnisse so gering, dass eine Psychotherapie in deutscher Sprache nicht möglich wäre. Ausgehend von der allgemeinen Verhältniszahl (Einwohner/Psychotherapeuten) in Berlin von 2.577:1 würde dies einen Sonderbedarf von zwei bis drei Psychotherapeuten, die ausschließlich in türkischer Sprache behandeln, begründen. Für die genannten drei Berliner Bezirke würden sich damit sieben solcher Sonderbedarfszulassungen ergeben.

2. Prävention und Früherkennung für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund

Der Stress der Anpassung an eine neue Kultur trifft vor allem die Nachfahrgeneration der Arbeitsmigranten (Lindert et al. 2008b). Die erste Generation hat sich häufig – mit dem Ziel einer zeitlich begrenzten Aufenthaltsdauer, die stets verlängert wurde, und der damit verbundenen „Rückkehrillusion“ – wenig mit dem Migrationsland identifiziert. Für die im Migrationsland geborenen Kinder besteht jedoch ein stärkerer Druck, sich mit dem Migrationsland zu identifizieren. Dadurch ergeben sich gleichzeitig spezifische Generationskonflikte mit den Eltern, insbesondere in Familien mit hoher kultureller Distanz zur hiesigen Kultur. Es gilt als gesichert, dass Migranten häufiger niedrigen sozialen Schichten angehören (Boos-Nünning, 2005), wodurch sich ungünstigere berufliche und soziale Perspektiven ergeben. Aus diesen Gründen kumulieren für Migrantenkinder die Risiken, psychisch zu erkranken. Die Ergebnisse des Kinder- und Jugendlichengesundheitssurveys bestätigen dies.

Gleichzeitig ist die Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen, insbesondere von Vorsorgeuntersuchungen in dieser Population unterdurchschnittlich. So nahmen nur 56 Prozent der Kinder mit Migrationshintergrund an allen Früherkennungsuntersuchungen (U3 bis U9) im Vergleich zu 85 Prozent der Kinder ohne Migrationshintergrund (Kamtsiuris et al. 2007) teil.

Die Chance, dass die betroffenen Kinder und Jugendlichen notwendige Therapieangebote erhalten können, wird erhöht, wenn qualitätsgesicherte Screening-Untersuchungen zu psychischen Erkrankungen eingeführt werden. Dazu sind die Früherkennungsuntersuchungen für Kinder ab der U 8 (46. bis 48. Lebensmonat) um Screenings auf ausgewählte psychische Auffälligkeiten zu ergänzen, wobei flankierend die Akzeptanz dieser Untersuchungen gerade in den entsprechenden Migrantengruppen zu erhöhen ist. Daneben sollten Screenings auf psychische Auffälligkeiten auch in Reihenuntersuchungen des Öffentlichen Gesundheitsdienstes, wie den Schuleingangs- bzw. den Vorschuluntersuchungen, implementiert werden. Auffällige Befunde sind den Eltern adressatengerecht und zusammen mit dem konkreten Angebot weiterer Hilfen zu vermitteln.

Die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen enden heute mit der U9 im sechsten Lebensjahr. Erst im Alter zwischen 12 und 14 Jahren gehört mit der J1 wieder eine Vorsorgeuntersuchung zum Leistungsangebot der gesetzlichen Krankenversicherung. Dabei manifestiert sich gerade nach dem Schuleintritt eine Reihe von psychischen Störungen zum ersten Mal. Diese Lücke ist durch mindestens eine weitere Früherkennungsuntersuchung zu schließen, die vorzugsweise im Setting Schule durchgeführt werden sollte, weil auf diese Weise alle Kinder eines Jahrgangs erreicht werden können. Diese Maßnahme zielt nicht im Besonderen auf Kinder mit Migrationshintergrund. Es ist aber davon auszugehen, dass von dieser Maßnahme besonders jene Kinder und Jugendlichen profitieren, die eine geringere Inanspruchnahme entsprechender Vorsorgeuntersuchungen bei niedergelassenen Ärzten aufweisen.

Für auffällige Kinder und Jugendliche ohne manifeste Erkrankung sollten Präventionsangebote bereitgestellt werden, beispielsweise Fördermaßnahmen in Schulen oder in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe. Voraussetzungen sind gesetzliche Regelungen, die die finanziellen Ressourcen für diese Angebote dauerhaft – insbesondere im Setting Schule – sichern.

Zur eventuell notwendigen diagnostischen Absicherung und Behandlung werden ebenfalls ausreichende Kapazitäten benötigt. Mit der Einführung eines Mindestversorgungsanteils für Psychotherapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung, die ausschließlich Kinder und Jugendliche behandeln, wird es in den nächsten Jahren deutlich mehr Behandler geben. Wenn es allerdings um die Deckung des Behandlungsbedarfs einer besonderen Migrantengruppe geht, muss ggf. auf das Instrument der Sonderbedarfszulassung analog zu den Ausführungen für Erwachsene (s. o.) zurückgegriffen werden.

3. Stationäre Versorgung von Migranten mit psychischen Erkrankungen

Im Krankenhausbereich besteht trotz vereinzelter Ausnahmen ein Mangel an spezifischen Angeboten für Migranten, wie beispielsweise Gruppentherapieangebote für Frauen aus islamischen Ländern oder spezialisierte Suchtbehandlungsprogramme (Lindert et al. 2008b; Collatz, 2009). Kliniken mit regionalem Versorgungsauftrag sollten sich mit ihrem Angebot auf die in ihrem Einzugsbereich lebenden Migranten einstellen, z. B. durch Psychotherapeuten mit den entsprechenden Kompetenzen, therapeutische Angebote, die dem kulturellen Hintergrund der Migranten angepasst sind, sowie Dolmetscherdienste. Zusätzlich zur Profilbildung und Spezialisierung der Kliniken in der Versorgung psychisch kranker Migranten sollte generell die interkulturelle Kompetenz der Mitarbeiter durch entsprechende Fortbildungen verbessert werden.

Außerdem sollten sich Leistungserbringer und Patienten darüber informieren können, welche Kliniken Mitarbeiter entsprechend fortbilden bzw. sich auf die Versorgung von Migranten einstellen. In den Qualitätsberichten nach § 137 Abs. 3 SGB V sind die Krankenhäuser u. a. dazu verpflichtet, Struktur- und Leistungsdaten der Fachabteilungen anzugeben. Hierzu gehören auch Angaben zur personellen Ausstattung und zu besonderen Leistungsangeboten. Durch entsprechende Vorgaben durch den G-BA sollten die Krankenhäuser in Zukunft – insbesondere die psychiatrischen und psychosomatischen Fachabteilungen – Angaben zu spezifischen Versorgungsangeboten für Migranten und zu dem Vorhalten eines Dolmetscherdienstes machen. Dabei sollten diese Informationen nutzerfreundlich aufbereitet werden und z. B. im Internet (u. a. die „Weisse Liste“) zielgruppenspezifisch präsentiert werden.

Im Bereich der Somatik gilt der Einsatz von Dolmetschern mit der Fallpauschale als abgegolten. Aus diesem Grund gibt es keine Zuschläge für Dolmetscherleistungen in somatischen Krankenhäusern. Auch das derzeitige Finanzierungssystem für Psychiatrie und Psychosomatik über die Bundespflegesatzverordnung sieht keine Berücksichtigung dieser Kosten vor. Da die Leistungen in Psychiatrie und Psychosomatik im Unterschied zu den Leistungen im somatischen Bereich vor allem von einer ausreichenden Verständigung abhängen, sollte bei der Entwicklung des neuen Entgeltsystems für psychiatrische und psychosomatische Einrichtungen überprüft werden, ob durch die Bereitstellung von Dolmetscherdiensten ein erhöhter Behandlungsaufwand entsteht. Durch die Schaffung entsprechender Codes im Operationen- und Prozedurenschlüssel, die den Einsatz von Dolmetschern oder spezifische Behandlungskonzepte für Migranten abbilden, könnte überprüft werden, ob die Behandlung von Migranten kostenaufwändiger ist als die Behandlung anderer Patientengruppen und dementsprechend einer anderen Kostengruppe zugeordnet werden müsste.

4. Versorgung psychischer Erkrankungen von traumatisierten Flüchtlingen

Die Anzahl der Asylsuchenden und anderer Flüchtlinge ist in Deutschland seit Mitte der 1990er Jahre dramatisch zurückgegangen. In Deutschland suchten beispielsweise in den letzten Jahren ca. 20.000 Menschen pro Jahr Asyl, im Vergleich zu 438.000 im Jahr 1992 (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2010b). Über den Umfang „illegaler Migration“ in Deutschland gibt es keine validen statistischen Angaben. Aber man geht davon aus, dass dies ca. 500.000 bis 1.000.000 Menschen betrifft (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2005).

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 (Steel et al. 2009; Joksimovic et al. 2008). Dementsprechend sollte bei Asylsuchenden, Kriegsflüchtlingen oder Folteropfern ein besonderes Augenmerk auf die Versorgung psychischer Krankheiten liegen. Aufgrund der Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes und der Anwendung dieses Gesetzes in der Praxis ist es jedoch ge-

rade 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. Um das Problem nachhaltig zu lösen, ist jedoch eine gesetzliche Anpassung des Leistungsanspruchs der Asylbewerber an den der Sozialhilfeempfänger notwendig.

Fachlich ist der in Verwaltungspraxis und Gerichtsentscheidungen anzutreffende Verweis auf eine vermeintlich günstigere medikamentöse Behandlung bei psychischen Erkrankungen und die damit verbundene Ablehnung einer psychotherapeutischen Behandlung nicht begründet. 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 Ermessenentscheidungen der Verwaltungsbehörden verbessert werden.

Unabhängig von Verwaltungsvorschriften ist es notwendig, dass die obersten Bundes- und Landesbehörden auf eine rechtmäßige Anwendung der Leistungsvorschriften hinwirken. Dabei sind insbesondere die europäischen medizinischen Mindeststandards zu beachten, wie sie insbesondere in der Asylaufnahmerichtlinie (Richtlinie 2003/9/EG), der Qualifikationsrichtlinie (Richtlinie 2004/83/EG) und der Richtlinie für Opfer im Menschenhandel (Richtlinie 2004/81/EG) niedergelegt sind. Deutsches Recht ist dabei im Zweifel europarechtskonform auszulegen.

Vorzuziehen ist aber eine Angleichung der Leistungsansprüche der Asylbewerber im Krankheitsfall an die der Sozialhilfeempfänger. Die Einschränkung der Ansprüche der betroffenen Ausländer durch das Asylbewerberleistungsgesetz ist vor dem Hintergrund des persönlichen Leids der Betroffenen nicht zu rechtfertigen. Es ist nicht verständlich, warum diesen anders als Deutschen eine notwendige Krankenbehandlung vorenthalten wird. Durch eine Angleichung der Leistungsansprüche könnte als Nebeneffekt die aufgrund der Rechtslage relativ aufwändige Prüfung, welche Behandlung im Einzelfall zu gewähren ist, vermieden werden.

Zur Verbesserung der Versorgung von „illegalen“ Migranten schlägt die BPtK außerdem eine gesetzliche Regelung vor, die sicherstellt, dass Sozialdaten, die eine öffentliche Stelle im Zusammenhang mit der Gewährung von Leistungen zur Krankenbehandlung oder (medizinischen) Rehabilitation erhält, nicht an die Ausländerbehörde weitergegeben werden dürfen. Dies muss auch dann gelten, wenn die öffentliche Stelle dabei Kenntnis vom Aufenthalt eines Ausländers, der keinen erforderlichen Aufenthaltstitel besitzt und dessen Abschiebung nicht ausgesetzt ist, von einem Verstoß gegen eine räumliche Beschränkung oder von einem sonstigen Ausweisungsgrund erhält.

Für Menschen, die nach einer traumatischen Erfahrung eine Posttraumatische Belastungsstörung oder eine andere schwere psychische Störung entwickelt haben, stellt Psychotherapie die Methode der Wahl dar. Dementsprechend ist zu erwarten, dass die vorgeschlagenen Maßnahmen zur Verbesserung der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung von Migranten auch zu einer Verbesserung der Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen führen.

Besonders in der Traumatherapie für fremdsprachige Menschen sind speziell qualifizierte Dolmetscher erforderlich, die aufgrund der hohen Emotionalität der Behandlung oft gesonderte Supervision benötigen. Vor diesem Hintergrund ist die Vernetzung von entsprechend qualifizierten Dolmetschern weiter zu fördern. Hierdurch kann u. U. auch in ländlichen Regionen eine adäquate Versorgung gewährleistet werden.

Die spezialisierten Zentren zur Behandlung von Folteropfern können aktuell nur einen Bruchteil des Behandlungsbedarfs abdecken. Die staatlichen Zuschüsse sollten in ausreichender Höhe verstetigt werden.

Literatur

- Bermejo, I, Ruf, D, Mösko, M, Härter, M. (2010). Epidemiologie psychischer Störungen bei Migrantinnen und Migranten. In Machleidt, W & Heinz, A (Hrsg.): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit (im Druck).
- Boos-Nünning, U (2005). Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund: Armut und soziale Deprivation. In Zander M (Hrsg.) Kinderarmut. Einführendes Handbuch für Forschung und soziale Praxis. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg., 2005). Illegal aufhältige Drittstaatsangehörige in Deutschland – Staatliche Ansätze, Profil und soziale Situation – Forschungsstudie 2005 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks, S. 59.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg., 2010a). Blickpunkt Integration. Aktueller Informationsdienst zur Integrationsarbeit in Deutschland, Heft 01/2010. Paderborn: Bonifatius.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg., 2010b). Migrationsbericht 2008.
- Collatz, J (2001): Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: Hegemann T, Salman R (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Psychiatrie Verlag, Bonn, S. 52-63.
- Collatz, J (2009): Bedarf und Inanspruchnahme psychiatrischer Versorgung durch Migrantinnen und Migranten. In: T Hegemann, T & R Salman, (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- Erim, B & Senf, W (2002). Psychotherapie mit Migranten. Interkulturelle Aspekte in der Psychotherapie. Psychotherapeut 47, 336–346.
- Gavranidou, M & Abdallah-Steinkopff, B (2007). Brauchen Migranten eine andere Psychotherapie? Psychotherapeutenjournal 4, 353-361.
- Heinz, 2006: Versorgung von Migrantinnen und Migranten mit psychischen Störungen. Fachtagung Migration und Gesundheit, 04.12.2006, Hamburg.
- Herwartz-Emden, L. & Riecken, A. (2001). Frauen in der Migration. In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg.), Klinische Psychologie der Frau (S. 577-607). Göttingen: Hogrefe.
- Hölling, H., Erhart, M et al. (2007). „Verhaltensauffälligkeiten bei Kindern und Jugendlichen. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS)“. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50(5-6): 784-93.

- Hölling, H. & Schlack, R (2007). „Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS)“. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50(5-6): 794-9.
- 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.
- Kahraman, B (2008). Die kultursensible Therapiebeziehung. Störungen und Lösungsansätze am Beispiel türkischer Klienten. Gießen: Psychosozial Verlag.
- Kamtsiuris, P., Bergmann, E et al. (2007). „Inanspruchnahme medizinischer Leistungen. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheitsurveys (KiGGS)“. Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz 50(5-6): 836-50.
- Klasen, H, Woerner, W, Rothenberger, A, Goodman, R (2003). Die Deutsche Fassung des Strengths and Difficulties Questionnaire (SDQ-Deu) – Übersicht und Bewertung erster Validierungs- und Normierungsbefunde. Praxis Kinderpsychol Kinderpsychiatr 52, 491-502.
- Lindert, J, Brähler, E, Wittig, U, Mielck, A, Priebe, S (2008a). Depressivität, Angst und post-traumatische Belastungsstörungen bei Arbeitsmigranten, Asylbewerbern und Flüchtlingen. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 58, 109-122.
- Lindert, J, Priebe, S (2008a), Penka, S, Napo, F, Schouler-Ocak, M, Heinz, A, (2008b). Versorgung psychisch kranker Patienten mit Migrationshintergrund. Psychother Psych Med 58:123-129.
- Machleidt, W. (2002). Die 12 Sonnenberger Leitlinien zur psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von MigrantInnen in Deutschland. Der Nervenarzt 73, 1208-1209.
- Machleidt, W & Callies, I,T (2004). Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Migrantinnen/Migranten und transkulturelle Psychiatrie. In: B Berger (Hrsg). Psychische Erkrankungen. Klinik und Therapie, 1161-1183. Berlin: Urban & Fischer.
- Möske, M., Gil-Martinez, F, Schulz, H (2010). Interkulturelle Öffnung in der ambulanten Psychotherapie, DGVT Kongress, Berlin, 7. März 2010.
- Statistisches Bundesamt (2010). Bevölkerung und Erwerbstätigkeit. Bevölkerung mit Migrationshintergrund. Ergebnisse des Mikrozensus 2008. Wiesbaden: Statistisches Bundesamt.
- Schuster, C (2010). Therapie mit Dolmetscher. Deutsches Ärzteblatt, PP Heft 5, 206-207.

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.

Anhang

Die 12 Sonnenberger Leitlinien

1. Erleichterung des Zugangs zur psychiatrisch-psychotherapeutischen und allgemeinmedizinischen Regelversorgung durch Niederschwelligkeit, Kultursensitivität und Kulturkompetenz.
2. Bildung multikultureller Behandlungsteams aus allen in der Psychiatrie und Psychotherapie tätigen Berufsgruppen unter bevorzugter Einstellung von MitarbeiterInnen mit Migrationshintergrund und zusätzlicher Sprachkompetenz.
3. Organisation und Einsatz psychologisch geschulter FachdolmetscherInnen als zertifizierte ÜbersetzerInnen und KulturmediatorInnen „Face-to-Face“ oder als TelefondolmetscherInnen.
4. Kooperation der Dienste der Regelversorgung im gemeindepsychiatrischen Verbund und der AllgemeinmedizinerInnen mit den Migrations-, Sozial- und sonstigen Fachdiensten sowie mit Schlüsselpersonen der unterschiedlichen Migrantengruppen, -organisationen und -verbänden. Spezielle Behandlungserfordernisse können Spezialeinrichtungen notwendig machen.
5. Beteiligung der Betroffenen und ihrer Angehörigen an der Planung und Ausgestaltung der versorgenden Institutionen.
6. Verbesserung der Informationen durch muttersprachliche Medien und MultiplikatorInnen über das regionale gemeindepsychiatrische klinische und ambulante Versorgungsangebot und über die niedergelassenen PsychiaterInnen und PsychotherapeutInnen sowie AllgemeinärztInnen.
7. Aus-, Fort- und Weiterbildung für in der Psychiatrie und Psychotherapie und in der Allgemeinmedizin tätige MitarbeiterInnen unterschiedlicher Berufsgruppen in transkultureller Psychiatrie und Psychotherapie unter Einschluss von Sprachfortbildungen.
8. Entwicklung und Umsetzung familienbasierter primär und sekundär präventiver Strategien für die seelische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen aus Migrantenfamilien.
9. Unterstützung der Bildung von Selbsthilfegruppen mit oder ohne professionelle Begleitung.
10. Sicherung der Qualitätsstandards für die Begutachtung von MigrantInnen im Straf-, Zivil- (, Asyl-) und Sozialrecht.
11. Aufnahme der transkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie in die Curricula des Unterrichts für Studierende an Hochschulen.
12. Initiierung von Forschungsprojekten zur seelischen Gesundheit von MigrantInnen und deren Behandlung.