
Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen in Deutschland

Januar 2018

Inhaltsverzeichnis

1	Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei erwachsenen Flüchtlingen	3
2	Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei minderjährigen Flüchtlingen	4
3	Versorgungsangebot je nach Schwere der Erkrankung	5
4	Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge mangelhaft	5
5	BPtK-Forderungen	6
	• Dolmetscher und Sprachmittler finanzieren	6
	• Sonderbedarf für muttersprachliche Psychotherapie	6
	• Psychotherapie in den ersten 15 Monaten als Regelleistung	7
	• Altersgerechte Lebensbedingungen für minderjährige Flüchtlinge	7
	• PTBS als Abschiebehindernis anerkennen	8
	• Qualifizierte Gutachten von Psychotherapeuten	9
6	Quellen	9

1 Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei erwachsenen Flüchtlingen

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist die häufigste psychische Erkrankung infolge von traumatischen Erlebnissen.

Eine Übersichtsarbeit von Bozorgmehr et al. (2016a) analysierte alle Studien, die zwischen 1990 und 2014 die Häufigkeit von PTBS bei Flüchtlingen in Deutschland untersucht haben. Die Häufigkeit schwankte stark, je nachdem woher die Flüchtlinge kamen, wie alt sie waren und welches Geschlecht sie hatten. Die Bozorgmehr-Übersichtsarbeit nennt deshalb die Mindesthäufigkeit. Sie lag in fast allen Studien bei 16 bis 22 Prozent.

In einer weiteren Studie von Richter et al. (2015) lag die PTBS-Rate bei 20,5 Prozent. Dabei handelt es sich um Asylsuchende in der zentralen Erstaufnahmeeinrichtung in Bayern, die sich selbst zugewiesen hatten oder zufällig ausgewählt wurden.

Darüber hinaus untersuchten Kröger et al. (2016) im Sommer 2015 280 erwachsene Flüchtlinge in der Landesaufnahmestelle Niedersachsen. Dabei lag die Prävalenzrate für eine mögliche PTBS bei 24 Prozent. Die Rate war bei Flüchtlingen aus Nordafrika am höchsten.

Die PTBS ist aber nur eine mögliche psychische Störung, unter der Flüchtlinge leiden können. Neben PTBS sind vor allem Depressionen, Angststörungen, psychosomatische Leiden und Suchterkrankungen häufig. Mehr als die Hälfte der Flüchtlinge (63,6 Prozent) leiden unter einer psychischen Erkrankung (Richter et al., 2015).

Jeder fünfte Flüchtling (21,9 Prozent) ist an einer Depression erkrankt (Richter et al., 2015). In einer weiteren Studie von Kröger et al. (2016) besteht bei etwa einem Viertel der Flüchtlinge der Verdacht auf eine mittelschwere Depression und bei rund 9 Prozent auf eine schwere Depression.

Die in den Studien untersuchten Asylsuchenden unterscheiden sich voneinander. Sie kommen teilweise aus anderen Herkunftsländern als die Flüchtlinge, die aktuell in Deutschland Schutz suchen. Mehr als zwei Drittel der Menschen, die seit Januar 2016 in Deutschland Asyl beantragt haben, stammen aus den Kriegs- und Krisenländern Syrien, Afghanistan und Irak (BAMF, 2016). Deshalb ist es wahrscheinlich, dass diese Menschen besonders häufig traumatische Ereignisse erlebt haben und psychisch krank sind. Laut der S3-Leitlinie für PTBS entwickeln 50 Prozent der Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfer eine PTBS (Flatten et al., 2011).

Der hohe Anteil psychisch kranker Flüchtlinge ist für Experten nicht ungewöhnlich. Selbst in Deutschland leiden fast 30 Prozent der Erwachsenen jährlich an mindestens einer psychischen Erkrankung (Zusatzmodul zur psychischen Gesundheit der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland, DEGS-MH1; Jacobi et al., 2014). Da Flüchtlinge in ihrer Heimat häufig Krieg und Gewalt erlebt und auf der Flucht nicht selten lebensbedrohliche Situationen durchgemacht haben, ist es nicht erstaunlich, dass psychische Erkrankungen unter Flüchtlingen häufiger sind als in der deutschen Bevölkerung.

Die hohe psychische Belastung von Flüchtlingen zeigte sich auch in einer Befragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung in Kooperation mit dem Forschungszentrum des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge und dem Sozioökonomischen Panel des Deutschen Instituts für Wirtschaftsforschung Berlin (IAB, 2016). Die 2.300 befragten Flüchtlinge schätzten zwar ihren Gesundheitszustand insgesamt besser ein als die deutsche Vergleichsgruppe, dieses Ergebnis kehrte sich jedoch bei psychischen Symptomen wie Depressivität um. Flüchtlinge waren im Mittel deutlich häufiger depressiv als deutsche Befragte (Wert von 1,85 gegenüber 1,56 bei einem Skalenbereich von 1 bis 4).

2 Häufigkeit psychischer Erkrankungen bei minderjährigen Flüchtlingen

Fast jedes fünfte Kind eines Asylsuchenden (19 Prozent) ist an einer PTBS erkrankt (Ruf et al., 2010). In der Studie wurden Kinder und Jugendliche zwischen 7 und 16 Jahren in 13 staatlichen Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende in Baden-Württemberg untersucht. Die Kinder und Jugendlichen waren durchschnittlich bereits 43 Monate in Deutschland.

Dieses Ergebnis stimmt mit einer aktuellen Untersuchung an syrischen Flüchtlingskindern überein, die in einer Erstaufnahmeeinrichtung in Bayern durchgeführt wurde. Auch dort war etwa jedes fünfte Kind (22 Prozent) an einer PTBS erkrankt. Insgesamt war mehr als ein Drittel der syrischen Flüchtlingskinder psychisch krank (Mall & Henningsen, 2015).

Etwas höher liegen die Prävalenzraten bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Eine Übersicht über internationale Studien von Witt et al. (2015) zeigt, dass zwischen 19,5 und 30,4 Prozent der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge an einer PTBS erkrankt waren. Die Gesamtprävalenz psychischer Erkrankungen lag zwischen 41,9 und 56 Prozent.

3 Versorgungsangebot je nach Schwere der Erkrankung

Wenn Flüchtlinge unter psychischen Beschwerden leiden, benötigen sie nicht automatisch eine spezialisierte Behandlung durch einen Psychotherapeuten oder Psychiater. Ein Teil der Flüchtlinge erholt sich ohne professionelle Unterstützung von ihren psychischen Beschwerden, wenn sie Krieg, Gewalt und Flucht überstanden haben und in Deutschland in Sicherheit sind. Ein weiterer Teil der Flüchtlinge leidet unter psychischen Beschwerden, bei denen psychosoziale Beratungs- und Betreuungsangebote ausreichen, die sie über die Folgen ihrer traumatischen Erlebnisse aufklären und auf Hilfsangebote hinweisen. Bei manchen Flüchtlingen liegen jedoch psychische Erkrankungen vor. Ihre traumatischen Erlebnisse haben so schwere seelische Verletzungen verursacht, dass sie eine ambulante psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung oder sogar eine stationäre Therapie benötigen.

4 Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge mangelhaft

Die Gesundheitsversorgung psychisch kranker Flüchtlinge in Deutschland ist unzureichend. Viele psychisch kranke Flüchtlinge erhalten nicht die notwendigen psychosozialen Hilfen oder professionellen Behandlungen. Dies liegt insbesondere am Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), das regelt, auf welche Leistungen ein Asylbewerber in den ersten

15 Monaten in Deutschland grundsätzlich Anspruch hat. Danach haben Flüchtlinge nur einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen und nur ausnahmsweise einen Anspruch auf Psychotherapie.

Ein weiteres gravierendes Defizit, insbesondere bei der Behandlung von psychischen Erkrankungen besteht außerdem darin, dass die Krankenkassen nie und Sozialämter nur in Einzelfällen Dolmetscher oder Sprachmittler bezahlen. Viele Flüchtlinge sprechen jedoch nicht ausreichend gut Deutsch, um eine Psychotherapie auf Deutsch durchführen zu können.

Eine Befragung von Leitern von Gesundheitsämtern zeigte, dass für psychisch kranke Flüchtlinge die Gesundheitsversorgung deutlich schlechter ist als bei körperlichen Erkrankungen (Bozorgmehr et al., 2016b).

Einzelne Länder und Kommunen sowie Initiativen von Psychotherapeuten, Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer und Universitäten bemühen sich, diese Defizite teilweise sogar mit eigenfinanzierten Hilfen auszugleichen (Bundespsychotherapeu-

tenkammer, 2017). Um langfristige und tragfähige Strukturen zur Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge aufzubauen, bedarf es jedoch grundlegender gesetzlicher Reformen.

5 BPtK-Forderungen

- **Dolmetscher und Sprachmittler finanzieren**

Damit Psychotherapie überhaupt gelingen kann, müssen sich Patient und Behandler in einer Sprache austauschen können, die beide ausreichend beherrschen. Sprache ist das fundamentale Behandlungsmittel für psychische Erkrankungen. Deshalb benötigt Psychotherapie, wenn notwendig, qualifizierte Dolmetscher oder Sprach- und Kulturmittler. Dies gilt nicht nur für Flüchtlinge, sondern auch für Migranten. Fehlende sprachliche Verständigung, aber auch kulturelle und religiöse Unterschiede sowie Missverständnisse gefährden zu häufig eine fachgerechte Aufklärung, Diagnostik und Behandlung von Migranten und insbesondere von Flüchtlingen.

Die Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) fordert deshalb, im SGB V und im Asylbewerberleistungsgesetz zu regeln, dass die gesetzliche Krankenversicherung bzw. die Sozialämter die Kosten für qualifizierte Dolmetscher oder Sprach- und Kulturmittlung übernimmt, wenn diese für eine angemessene Aufklärung, Diagnostik und Behandlung fremdsprachiger Patienten notwendig sind.

- **Sonderbedarf für muttersprachliche Psychotherapie**

Die BPtK fordert außerdem gesetzliche Vorgaben, die besondere Zulassungen (Sonderbedarfszulassungen) für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit spezifischer Sprachkompetenz ermöglichen.

Der Anteil von Migranten in der Bevölkerung variiert regional sehr stark. Er nimmt mit der Gemeindegröße zu und ist in der Regel in Großstädten am größten. Auch innerhalb einzelner Städte schwankt der Migrantenanteil. So sind beispielsweise einzelne Stadtviertel durch einen besonders hohen Anteil von Migranten oftmals einer bestimmten Herkunft charakterisiert.

Der Gesetzgeber sollte den Gemeinsamen Bundesausschuss beauftragen, auch fehlende muttersprachliche Behandlungsangebote als Kriterium für einen zusätzlichen lokalen Versorgungsbedarf („Sonderbedarf“) hinzuzufügen.

- **Psychotherapie in den ersten 15 Monaten als Regelleistung**

Das Asylbewerberleistungsgesetz gewährt Flüchtlingen in den ersten 15 Monaten grundsätzlich nur eine Akut- und Schmerzbehandlung (§ 4 AsylbLG). Dazu gehört in der Regel nicht die Behandlung von psychischen Erkrankungen. Psychotherapie erhalten Flüchtlinge deshalb nur in Einzelfällen, wenn es zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich ist (§ 6 AsylbLG, Ermessensentscheidung).

Die Ermessensentscheidung der deutschen Sozialämter wird jedoch durch die EU-Aufnahmerichtlinie (Richtlinie 2013/33/EU) eingeschränkt. Nach dieser Richtlinie gehören psychisch kranke Flüchtlinge zu den besonders schutzbedürftigen Personen und haben damit einen Anspruch auf die notwendige medizinische oder sonstige Hilfe. Damit verringert sich das behördliche Ermessen im Asylbewerberleistungsgesetz (§ 6 AsylbLG) für die besonders vulnerablen Gruppen auf Null. Das heißt, psychisch kranken Flüchtlingen muss die notwendige Hilfe – also auch Psychotherapie – gewährt werden. Die EU-Aufnahmerichtlinie wird jedoch weitgehend nicht umgesetzt.

Die BPtK fordert, dass Asylbewerberleistungsgesetz an die verpflichtenden EU-Regelungen anzupassen, damit sichergestellt ist, dass die deutschen Sozialämter flächendeckend danach entscheiden. Der Gesetzgeber sollte klarstellen, dass psychisch kranke Flüchtlinge als besonders schutzbedürftige Personen auch in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts einen Anspruch auf die notwendige medizinische und psychotherapeutische Leistung haben.

- **Altersgerechte Lebensbedingungen für minderjährige Flüchtlinge**

Auch minderjährige Flüchtlinge gehören zu den besonders schutzbedürftigen Personen. Sie benötigen stabile Lebensbedingungen und kindgerechte Unterstützungsangebote. Das trifft in besonderem Maße auf unbegleitete minderjährige Flüchtlinge zu. Sie fliehen ohne ihre Eltern oder werden auf der Flucht von ihnen getrennt. Allein unterwegs, ohne die Unterstützung erwachsener Bezugspersonen, sind sie häufig gefährlichen Situationen und Übergriffen ausgesetzt. Ihnen fehlt die familiäre Unterstützung, um mit den Fluchterfahrungen umzugehen und sich in Deutschland zurechtzufinden.

Viele minderjährige Flüchtlinge verbringen jedoch mehrere Monate in Unterkünften, die nicht ihrem besonderen Schutzbedürfnis entsprechen. Das Zusammenleben mit fremden Menschen auf engstem Raum ohne die Möglichkeit, ein Zimmer abzuschließen, bedeutet für die Kinder und Jugendlichen ständigen großen Stress und Unsicherheit (UNICEF, 2017). Die Situation in Flüchtlingsunterkünften kann deshalb dazu führen, dass sie starke

psychische Beschwerden und Erkrankungen entwickeln oder sich bestehende Leiden verschlimmern.

Die BPtK fordert daher, in § 47 Asylgesetz zu regeln, dass Flüchtlingsfamilien mit Kindern so schnell wie möglich, spätestens innerhalb von 2 Wochen aus Erstaufnahmeeinrichtungen in eigene Wohnungen umziehen können. Auch bei einer Verpflichtung zur Ausreise sollten Flüchtlingsfamilien mit Kindern bis zur Ausreise einen Anspruch auf eigenen Wohnraum haben. Außerdem sollten die Träger von Erstaufnahmeeinrichtungen verpflichtet werden, Schutzkonzepte für Kinder und Jugendliche zu erarbeiten.

Auch unbegleitete minderjährige Flüchtlinge sollten von Beginn ihres Aufenthaltes an angemessen untergebracht und betreut werden. Die BPtK fordert, dass die Standards der Kinder- und Jugendhilfe in Deutschland uneingeschränkt für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge gelten und umgesetzt werden müssen.

Minderjährige Flüchtlinge, die sich mit ihren Eltern in Deutschland aufhalten, erhalten anders als unbegleitete minderjährige Flüchtlinge lediglich Leistungen zur Akut- und Schmerzbehandlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge erhalten Krankenhilfe nach dem SGB VIII und damit die notwendigen Leistungen. Die BPtK fordert, alle minderjährigen Flüchtlinge von der Regelung des § 4 AsylbLG auszunehmen und Gesundheitsleistungen im notwendigen Umfang zu gewähren.

- **PTBS als Abschiebehindernis anerkennen**

Lebensbedrohliche und schwerwiegende Erkrankungen können eine Abschiebung eines nicht-erkannten Asylbewerbers verhindern, wenn sich dadurch seine Gesundheit wesentlich verschlechtern würde (§ 60 Absatz 7 Aufenthaltsgesetz). PTBS gilt regelmäßig nicht als schwerwiegende Erkrankung, die die Abschiebung verhindern kann (Gesetzesbegründung des Asylopakets II, das im März 2016 in Kraft getreten ist).

Die Annahme des Gesetzgebers, dass PTBS keine erhebliche und konkrete Gefahr für Leib und Leben darstellen, ist fachlich falsch. Viele Flüchtlinge sind psychisch schwer belastet und insbesondere männliche Flüchtlinge weisen ein erhöhtes Risiko für Suizide und Suizidversuche auf (Goosen et al., 2011). Gerade die Abschiebung in ein Land, in dem der Flüchtling sich seines Lebens bedroht fühlte oder sogar noch fühlt, kann einen Suizid auslösen. Die Bundesregierung sollte deshalb klarstellen, dass PTBS grundsätzlich auch ein Abschiebungsverbot darstellen kann.

- **Qualifizierte Gutachten von Psychotherapeuten anerkennen**

Zur Beurteilung der Reisefähigkeit von nicht-erkannten Asylbewerbern sind „qualifizierte ärztliche Gutachten“ notwendig (Änderung im Aufenthaltsgesetz durch das Asylpaket II). Psychotherapeutische Gutachten sind damit ausdrücklich ausgenommen, sie können lediglich konsiliarisch in die ärztliche Bewertung einfließen.

Die Regelung wird jedoch oft so ausgelegt, dass sie nicht nur auf die Reisefähigkeit nach Abschluss des Asylverfahrens (§ 60a Aufenthaltsgesetz) angewendet wird, sondern auch um Abschiebungsverbote aus gesundheitlichen Gründen während des Asylverfahrens festzustellen (§ 60 Aufenthaltsgesetz). Immer häufiger werden daher während des Asylverfahrens Gutachten von Psychotherapeuten nicht mehr berücksichtigt. Vor der Gesetzesänderung wurden Gutachten von Psychologischen Psychotherapeuten in Asylverfahren herangezogen. Es wurde mehrfach gerichtlich festgestellt, dass Psychologische Psychotherapeuten hierzu fachlich qualifiziert sind.

Die BPtK fordert eine gesetzliche Klarstellung, dass Psychotherapeuten in Asylverfahren weiterhin zur Erstellung von Gutachten befugt sind.

6 Quellen

BAfF – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (2016). Stellungnahme zu den Entwürfen der Aufnahmerichtlinie und der Verfahrensverordnung im Rahmen der GEAS-Reform. Abrufbar unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/BAfF_Stellungnahme_GEAS_18.10.2017.pdf.

BAMF – Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2016). Aktuelle Zahlen zu Asyl – Ausgabe: November 2016. Abrufbar unter: <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-november-2016.pdf?blob=publicationFile>.

Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S. & Schneider, C. (2016a). Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990 - 2014). Bundesgesundheitsblatt, 2016, 59, 599-562.

Bozorgmehr, K., Nöst, S., Thaiss, H. & Razum, O. (2016b). Die gesundheitliche Versorgungssituation von Asylsuchenden – Bundesweite Bestandsaufnahme über die Gesundheitsämter. Bundesgesundheitsblatt, 2016, 59,545-555.

- BPtK – Bundespsychotherapeutenkammer (2016). Webbericht zum Round-Table zur Flüchtlingsversorgung vom März 2016, abrufbar unter: <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/was-benoetigt.html>.
- Goosen, S., Kunst, A., Stronks, K., van Oostrum, I., Uitenbroek, D. & Kerkhof, A. (2011). Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC Public Health*, 2011, 11, 484.
- IAB – Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (2016). IAB-Kurzbericht – IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten – Flucht, Ankunft in Deutschland und erste Schritte der Integration. Abrufbar unter: <http://doku.iab.de/kurzber/2016/kb2416.pdf>.
- Jacobi et al. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung – Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Nervenarzt*, 85, 77-87.
- Kröger, C., Frantz, I., Friel, P. & Heinrichs, N. (2016). Posttraumatische und depressive Symptomatik bei Asylsuchenden. *Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*, 66, 377-384.
- Mall, V. & Hennigsen, P. (2015). Studie in Erstaufnahmeeinrichtung: viele Kinder mit Belastungsstörungen. Abrufbar unter: <http://www.mri.tum.de/node/3407>.
- Richter, K., Lehfeld, H., Niklewski, G. (2015). Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. *Gesundheitswesen*, 77 (11), 834-838.
- Ruf, M., Schauer, M. & Elbert, T. (2010). Prävalenz von traumatischen Stresserfahrungen und seelischen Erkrankungen bei in Deutschland lebenden Kindern von Asylbewerbern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 39 (3), 151-160.
- UNICEF (2017). Kindheit im Wartezustand - Studie zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Flüchtlingsunterkünften in Deutschland Abrufbar unter: <https://www.unicef.de/blob/137024/ecc6a2cfed1abe041d261b489d2ae6cf/kindheit-im-wartezustand-unicef-fluechtlingskinderstudie-2017-data.pdf>
- Witt, A., Rassenhofer, M., Fegert, J. M. & Plener, P. L. (2015). Hilfebedarf und Hilfsangebote in der Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. *Kindheit und Entwicklung*, 24 (4), 209-224.