

Spezialstationen für die psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen – Pro

Special Wards for the Psychiatric and Psychotherapeutic Treatment of Refugees – Pro

Pro



Matthias Bender

Bei einer Befragung der anwesenden Klinikvertreter während der Herbsttagung 2015 der Bundesdirektorenkonferenz (BDK) in Günzburg als Initiative von deren AG Migration und Psychiatrie bestätigten fast alle (der antwortenden

47) eine v. a. seit einem Jahr unterschiedlich stark spürbare Zunahme von behandlungsbedürftigen Flüchtlingen in ihren Kliniken und Ambulanzen, die aber bislang weitgehend in die Regelbehandlung zu integrieren waren. Die besondere Bedeutung von rasch verfügbaren Dolmetschern und die Notwendigkeit, sich mit den verschiedenen Personen und Projekten der örtlichen ehren- und hauptamtlichen Hilfeinfrastruktur zu vernetzen, war Konsens – sowie die bestehenden integrativen Angebote für Patienten mit Migrationshintergrund zu nutzen und auszubauen. Ein deutlicher Dissens bestand in der Einschätzung, ob die Einrichtung von Schwerpunktstationen für Flüchtlinge sinnvoll und notwendig sei, wofür sich knapp die Hälfte aussprach. Ähnliche Umfrageergebnisse mit einem Patt und polarisierender Diskussion bei dieser Frage konnten wir bei den hessischen psychiatrischen Chefarzten erheben.

Die European Psychiatric Association [1] geht davon aus, dass 50% der asylsuchenden Flüchtlinge an psychischen Erkrankungen leiden. Circa 10% der nach Deutschland geflüchteten Schutz- und Asylsuchenden (in 2015 um die 1,1 Millionen Menschen) sind durch Gewalt- und Bedrohungserfahrung im Herkunftsland und oder auf ihrer oft jahrelangen Flucht so schwer traumatisiert, dass sie eine behandlungsbedürftige posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) zeigen oder entwickeln werden – bei Kindern sogar 20%. Die meisten Betroffenen sind derzeit

noch in einem von dem Überlebenskampf geprägten „Stressmodus“ und werden erst innerhalb weniger Jahre die Symptome einer PTBS entwickeln bzw. als weiterbestehend und krankheitswertig erleben. Selbst wenn wir nur ausschnitthaft auf diese traumaassoziierte psychische Erkrankung fokussieren, sollten wir uns in der Versorgungsplanung darauf einstellen, voraussichtlich in den nächsten 2–3 Jahren mehrere 100 000 Menschen mit posttraumatischen Störungsbildern behandeln zu können.

Jedenfalls ist eine kausal mit den Fluchtgründen und -bedingungen verknüpfte ungleich höhere Morbiditätsrate zu bewältigen als durchschnittlich bei den Menschen mit Migrationsgeschichte, die wir bislang im deutschen Gesundheitswesen hierzu untersucht und integriert haben [2, 3].

Fraglos stellt die Einbeziehung der erkrankten Flüchtlinge in die Regelbehandlung der bestehenden überwiegend ambulanten Strukturen eine Hauptaufgabe dar [4], die es in der Medizin insgesamt und so auch in der Versorgungspsychiatrie zu organisieren und sicherzustellen gilt – wie überhaupt in vielen gesellschaftlichen Bereichen – mit dem Ziel einer gelingenden Integration.

Nun lassen sich verschiedene Ansatzstellen identifizieren, an denen dafür Prozess- und Strukturqualität sinnvoll zu adaptieren sind, um dieser Herausforderung gerecht zu werden, wie z.B. ein gut ausgebautes und finanziertes Dolmetschernetz, niederschwellige ambulante Sprechstunden, Förderung von Migranten-helfen-Migranten- und Kulturmittler-Projekten, Schulung von klinikinternen Übersetzern, Veränderung der Komm-Strukturen mit Ausbau aufsuchender Hilfen und Supervisionen durch die PIAs in den Aufnahmeeinrichtungen oder Heimen.

Die aktuell geflüchteten Menschen, die in Deutschland Aufnahme gefunden haben, benötigen orientiert an ihren Herkunft- und Ankunftsbedingungen in besonde-

rem Maße ein zielgruppenspezifisches Angebot – so wie es sich als sinnvoll erwiesen hat, das Inanspruchnahmeverhalten entsprechend der Herkunftskulturen zu analysieren und bei den therapeutischen Angeboten zu berücksichtigen, auch bei Menschen mit Migrationshintergrund, die schon länger in Deutschland leben [5–7].

Eine meines Erachtens sinnvolle Ergänzung in der Angebotsstruktur für die psychiatrische Versorgung von Geflüchteten besteht in der Implementierung überregional zuständiger kulturkompetenter Schwerpunktstationen für traumaassoziierte Störungen mit Behandlungsteams, die sowohl traumatherapeutisch weitergebildet sind als auch muttersprachlich entgegenkommen können.

Hier ist insbesondere an die Gruppe adoleszenter Mädchen und junger Frauen zu denken, die einen bedeutenden Anteil der nach Deutschland kommenden Flüchtlinge ausmachen und sehr häufig nicht nur sexuell traumatisiert, sondern auch bekanntermaßen gefährdet sind, weiteren sexuellen Übergriffen ausgesetzt zu sein und des gesonderten Schutzes bedürfen. Von einem speziellen stationären Angebot würden auch die adoleszenten Flüchtlinge (16–24 Jahre) profitieren, die – zusätzlich zu dem gelegentlichen Problem der Altersplausibilität – oft in kinder- und jugendpsychiatrischen Stationen nicht stimmig in das Therapieangebot bzw. die Patientengruppe zu integrieren sind.

Die Bedenken dagegen, die vor einer Ausgrenzung bzw. Ghettoisierung in der Therapie warnen, sind – auch wenn sie gelegentlich polemisch zugespitzt erscheinen und an die überwunden geglaubte Polarisierung zwischen Anhängern von Spezialisierung und Generalisierung in der Psychiatrie erinnern – sehr ernst zu nehmen. Insofern ist darauf zu achten, dass die passagere Inanspruchnahme von solchen spezialisierten Therapieeinrichtungen – ähnlich den überregionalen Traumazentren oder Spezialsprechstunden – mit

muttersprachlichen und damit ethnischen Schwerpunkten auf dem Hintergrund einer gemeindeorientierten, auch sozialtherapeutischen Grund- bzw. Weiterversorgung stattfindet.

Günstig und auch realistisch wäre eine selbstverständliche fachliche Akzeptanz, wie für andere störungsspezifische Therapieangebote (nicht nur in den somatischen Fächern), die je nach Angebotsdichte bei entsprechender Indikation auch über Kreis- oder Versorgungssektorgrenzen in Anspruch genommen werden, so dass nicht jede Klinik die entsprechende Expertise vorhalten müsste. Selbst bei einer fachlichen und versorgungspolitischen Bereitschaft zur Einrichtung solcher Schwerpunktstationen bleiben noch etliche Fragen offen und heikel: Wer übernimmt wo die Implementierung? Sind ethnische, kulturelle oder sprachliche Aufteilungen sinnvoll und effektiv (z.B. Balkan, Afrika, Vorderasien)? Welche überregionale Zuständigkeit bzw. Bedarfslage liegt vor (Regierungsbezirke, Bundesländer, regionale Sektorverbünde etc.)? Ist die Finanzierung bei Asylsuchenden gewährleistet?

Ein großes Problem, das wir leider nicht selten derzeit bei stationär aufgenommenen Migranten mit dem aktuellen Fluchthintergrund sehen und berichtet bekommen, ist, dass es aus sprachlichen und kulturellen Gründen – selbst bei den gut organisierten gelegentlichen Dolmetscheterminen – zu oft gravierenden diagnostischen und therapeutischen Missverständnissen kommt, diese Patienten gerade psychotherapeutisch suboptimal behandelt werden bzw. erreichbar sind und häufig auch milieutherapeutisch besten-

falls wenig profitieren, eher eine Isolation und Ausgrenzung auf der Station erfahren. Auch wenn diese Fälle selbstverständlich anspornen müssen – unter synergetischer Nutzung der Strukturen und Prozesse, die schon zur Behandlungsoptimierung der Patienten mit Einwanderungsgeschichte bestehen – unsere kultursensiblen Angebote in der Versorgungspsychiatrie kontinuierlich zu verbessern, zeigen sie auch, dass die sektororientierte Regelbehandlung noch keineswegs Garant für eine therapeutische Integration ist.

In einer maßvollen Erweiterung des versorgungspsychiatrischen Spektrums können kulturell und muttersprachlich kompetente störungsspezifische Schwerpunktstationen für traumatisierte Flüchtlinge unter besserer Ausnutzung der Peer-Learning- bzw. Selbsthilfeaspekte und damit der milieu- und gruppentherapeutischen Effekte und durch die effizientere Erzielung von Therapieerfolgen nicht nur wirkungsvoll einer weiteren Chronifizierung von traumaassoziierten Störungen vorbeugen, sondern damit einen wertvollen Beitrag für die weitere umfassende Integration leisten.

Literatur

- 1 EPA. Position Paper on Psychiatric Care of Refugees in Europe. 2015
- 2 Glaesmer H, Wittig U, Brähler E et al. Sind Migranten häufiger von psychiatrischen Störungen betroffen? Eine Untersuchung an einer repräsentativen Stichprobe der deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax* 2009; 36: 16–22
- 3 Bermejo I, Mayninger E, Kriston L et al. Psychiatrische Störungen bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur

deutschen Allgemeinbevölkerung. *Psychiatr Prax* 2010; 37: 225–232

- 4 Machleidt W, Behrens K, Ziegenbein M et al. Integration von Migranten in die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in Deutschland. *Psychiatr Prax* 2007; 34: 325–331
- 5 Ta TMT, Neuhaus AH, Burian R et al. Inanspruchnahme ambulanter psychiatrischer Versorgung bei vietnamesischen Migranten der ersten Generation in Deutschland. *Psychiatr Prax* 2015; 42: 267–273
- 6 Walter U, Salman R, Krauth C et al. Migranten gezielt erreichen: Zugangswege zur Optimierung der Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen. *Psychiatr Prax* 2007; 34: 349–353
- 7 Bermejo I, Frank F, Maier I et al. Gesundheitsbezogenes Inanspruchnahmeverhalten von Personen mit Migrationshintergrund und einer psychischen Störung im Vergleich zu Deutschen. *Psychiatr Prax* 2012; 39: 64–70

Sie haben eine eigene Meinung zu diesem Thema? Dann schreiben Sie uns an: psychiatr-praxis@thieme.de!

Korrespondenzadresse

Dr. med. Matthias Bender

Ärztlicher Direktor, Vitos Klinikum Hadamar
Mönchberg 8
65589 Hadamar
matthias.bender@vitos-hadamar.de
Klinikdirektor Vitos Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Weilmünster
Weilstraße 10
35789 Weilmünster

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-103661>
Psychiatr Prax 2016; 43: 131–132
© Georg Thieme Verlag KG
Stuttgart · New York
ISSN 0303-4259