

Deutscher Bundestag  
Ausschuss f. Gesundheit

Ausschussdrucksache  
18(14)0180(8)  
gel. VB zur öAnhörung am 08.06.  
16\_Med. Versorgung Flüchtlinge  
07.06.2016



## **Stellungnahme der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer - BAfF e.V.**

zur Öffentlichen Anhörung des Ausschusses für Gesundheit am  
08.06.2016 zu den Anträgen

*„Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei  
sichern“* der Fraktion DIE LINKE

(BT-Drs. 18/7413)

*„Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und  
Flüchtlingen verbessern“* der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN

(BT-Drs. 18/6067)

### **BAfF e.V.**

Paulsenstraße 55-56

12163 Berlin

Telefon.: 030 310 124 63

e-Mail: [info@baff-zentren.org](mailto:info@baff-zentren.org)

Web: [www.baff-zentren.org](http://www.baff-zentren.org)

# INHALT

|  |           |
|--|-----------|
| <b>VORBEMERKUNG .....</b>  | <b>3</b>  |
| <b>1. ZUR ZUGÄNGLICHKEIT VON VERSORGUNGSANGEBOTEN FÜR GEFLÜCHTETE.....</b>                               | <b>4</b>  |
| 1.1    Zu den Leistungseinschränkungen im AsylbLG .....  | 5         |
| 1.2    Zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – Neuregelung zur Ermächtigung.....       | 6         |
| 1.3    Zur Sprachmittlung in der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung .....                    | 8         |
| 1.4    Zur frühzeitigen Identifizierung, Bedarfsermittlung und Versorgung vulnerabler Geflüchteter ..... | 9         |
| <b>2. ZUR VERFÜGBARKEIT PSYCHOSOZIALER VERSORGUNG FÜR GEFLÜCHTETE .....</b>                              | <b>11</b> |
| 2.1    Zur Versorgungskapazität der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer .....         | 11        |
| 2.2    Zur Sicherstellung bedarfsgerechter Versorgungsangebote für psychisch belastete Geflüchtete ....  | 12        |
| <b>3. ZUM FORSCHUNGSBEDARF .....</b>   | <b>13</b> |

## VORBEMERKUNG

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF e.V.) vernetzt derzeit 32 psychosoziale Behandlungszentren, Initiativen und Einrichtungen für die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung und Rehabilitation von Opfern von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen. Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer tragen dem speziellen Versorgungsbedarf Geflüchteter durch ein komplexes Leistungsspektrum Rechnung, das neben Psychotherapie auch psychosoziale Beratung sowie weitere komplementäre Aktivitäten umfasst und die spezifischen kulturellen Prägungen, den rechtlichen Status und die aktuellen Lebensbedingungen der Geflüchteten berücksichtigt.

Mit ihrem Versorgungsangebot überbrücken die Psychosozialen Zentren seit 30 Jahren Barrieren, die Geflüchtete im Zugang zum Gesundheitssystem behindern – in der Regel spenden- und projektfinanziert und daher mit stark begrenzter Kapazität und ohne nachhaltige Perspektive.

Die BAFF als Dachverband der Psychosozialen Zentren setzt sich dafür ein, dass für Geflüchtete, die besondere psychotherapeutische und/oder psychosoziale Unterstützung benötigen, bedarfsgerechte Behandlungsangebote in angemessener Qualität gewährt werden, die *verfügbar, zugänglich, erreichbar* und *ethisch angemessen* sind<sup>1</sup>. Dazu gehört auch eine Sprachmittlung durch unabhängige DolmetscherInnen, da vorhandene Angebote sonst nicht zugänglich sind.

Die Anträge „*Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern*“ der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN (BT-Drs. 18/6067) sowie „*Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern*“ der Fraktion DIE LINKE (BT-Drs. 18/7413) fordern die Bundesregierung auf, die Zugänglichkeit gesundheitlicher Versorgung zu erhöhen, in dem allen Leistungsberechtigten nach dem AsylbLG ein Anspruch auf sämtliche Leistungen der gesetzlichen Krankversicherung eingeräumt wird. Darüber hinaus erhebt der Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN die Forderung, dem speziellen Versorgungsbedarf psychisch erkrankter Geflüchteter Rechnung zu tragen und geeignete Strukturen und Instrumente zu entwickeln, mit denen besonders schutzbedürftige Geflüchtete identifiziert und gemäß ihrer Bedarfe versorgt werden können. Der Antrag fordert ferner u.a. die Sicherstellung und den Ausbau spezialisierter psychosozialer und psychotherapeutischer Versorgungsangebote für traumatisierte und psychisch kranke Geflüchtete.

Die BAFF bewertet die Forderungen der Fraktionen im Kontext einer Analyse der aktuellen Versorgungssituation.

---

<sup>1</sup> Die BAFF bezieht sich dabei u.a. auf den CESCR, den Ausschuss der Vereinten Nationen zur Überwachung der Einhaltung des UN-Sozialpaktes, welcher zur Prüfung der Umsetzung des Rechts auf Gesundheit (Art. 12) vier Kategorien benennt: *availability* (Verfügbarkeit von Leistungen der Gesundheitsversorgung), *accessibility* (Zugänglichkeit dieser Leistungen ohne Diskriminierung einzelner Personen oder Gruppen), *acceptability* (Annehmbarkeit vor dem Hintergrund u.a. der medizinischen Ethik, der kulturellen Sensibilität sowie des Minderheitenschutzes) und *quality* (medizinische sowie wissenschaftlich angemessene Qualität).

## 1. ZUR ZUGÄNGLICHKEIT VON VERSORGUNGSANGEBOTEN FÜR GEFLÜCHTETE

Die Erfahrungen der 32 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer zeigen, dass die *Zugänglichkeit* bedarfsgerechter gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung für Geflüchtete auf struktureller Ebene nach wie vor stark begrenzt wird. Die Leistungseinschränkungen im Asylbewerberleistungsgesetz erschweren Geflüchteten den Weg in die gesundheitliche Regelversorgung (*Vgl. 1.1*). Mit den Änderungen der Zulassungsverordnung für ÄrztInnen ist ein erster wichtiger Schritt vollzogen worden, der auf die Unterversorgung psychisch kranker Geflüchteter reagiert - die Ermächtigungsregelungen allein werden aus Sicht der BAfF jedoch nicht ausreichen, um die bestehenden Versorgungslücken zu schließen (*Vgl. 1.2*). Fehlende Strukturen zum Ausbau von sowie zur Kostenübernahme für dolmetschergestützte Gesundheitsleistungen verstärken diese Hürden zusätzlich durch Sprachbarrieren (*Vgl. 1.3*). Strukturen und Instrumente, die es ermöglichen, vulnerable Asylsuchende, wie es z.B. Opfer schwerer Gewalt oder auch psychisch erkrankte Personen sind, frühzeitig zu identifizieren und angemessen zu versorgen, wurden in Deutschland aus Sicht der BAfF nach wie vor nur mangelhaft implementiert (*Vgl. 1.4*).

Wir wissen aus den Erfahrungen der Psychosozialen Zentren und ihrer Vermittlungsnetzwerke, dass die Aussichten auf einen Therapieplatz in der gesundheitlichen Regelversorgung für Geflüchtete noch immer sehr gering sind. Trotz der jüngst deutlich gestiegenen Bereitschaft niedergelassener PsychotherapeutInnen an der Behandlung Geflüchteter sowie kontinuierlicher Fortbildungs-, Beratungs- und Vernetzungsarbeit können die Psychosozialen Zentren pro Jahr noch immer lediglich 6% der Hilfe suchenden KlientInnen an niedergelassene PsychotherapeutInnen weitervermitteln.

Ein typisches Psychosoziales Zentrum mit etwa 360 KlientInnen kann pro Monat knapp nur über 10 Geflüchtete an weitere AkteurInnen vermitteln, davon etwa 5 Personen an FachärztInnen, 2 an niedergelassene PsychotherapeutInnen und 3 an andere Sozialberatungsstellen. Hier ist allerdings anzumerken, dass diese Quoten von Region zu Region stark variieren. So werden in einigen Regionen über das gesamte Jahr hinweg nur ein bis zwei KlientInnen an niedergelassene PsychotherapeutInnen vermittelt. Darüber hinaus stellen ein gutes Viertel (28%) der Vermittlungen in die Regelversorgung nur „Teilvermittlungen“ dar, bei denen zwar z.B. an einen Psychiater vermittelt werden konnte, die psychosoziale Versorgung jedoch weiterhin über das Zentrum gewährleistet werden muss. Auch ein großer Teil der Vermittlungen an niedergelassene PsychotherapeutInnen geschieht als Teilvermittlung, d.h. die Einbindung der psychotherapeutischen Arbeit in den sozialen und aufenthaltsrechtlichen Kontext über die (psycho)soziale und asylrechtliche Beratung, die bei den meisten KlientInnen über eine Psychotherapie hinaus nötig ist, muss weiterhin durch die SozialarbeiterInnen der Zentren geleistet werden.

Als Hauptschwierigkeiten bei der Vermittlung an die gesundheitliche Regelversorgung zeigen sich in der Praxis der Psychosozialen Zentren neben der Komplexität des Versorgungsbedarfs vor allem die hohen bürokratischen Hürden bei der Kostenübernahme für Psychotherapien und Dolmetscherkosten (*Vgl. 1.1 bis 1.3*).

## 1.1 Zu den Leistungseinschränkungen im AsylbLG

Die gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten wird in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes in Deutschland von gesetzlichen Regelungen bestimmt, die den Zugang zu bedarfsgerechter Versorgung behindern. Zwar erlaubt die elektronische Gesundheitskarte (eGK) für Geflüchtete – dort, wo sie eingeführt wird - die notwendige Abkehr von der Einzelfallprüfung durch die Sozialbehörden. Dennoch haben Geflüchtete in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes unverändert nur einen Anspruch auf Leistungen gem. §§ 4 und 6 AsylbLG. So besteht u.a. kein Anspruch auf Psychotherapie, obwohl psychische Erkrankungen – wie die meisten körperlichen Erkrankungen auch – meist dringend behandlungsbedürftig sind.

Gemäß § 291 Abs. 2 SGB V muss auf der elektronischen Gesundheitskarte für Geflüchtete die Angabe enthalten sein, dass es sich um einen Empfänger von Gesundheitsleistungen nach §§ 4 und 6 AsylbLG handelt. Unter dem Feld „Besondere Personengruppe“ ist die Kennziffer 9 eingeführt worden. Damit wird für den Leistungserbringer erkennbar, dass ein eingeschränkter medizinischer Leistungsanspruch besteht.

Die Regelungen des § 4 Asylbewerberleistungsgesetz sehen nur eine Akut- und Notfallbehandlung vor. Im Bedarfsfall können sonstige Leistungen gewährt werden, wenn sie im Einzelfall zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich sind. Die Entscheidung über die Notwendigkeit der Gesundheitsleistungen wird in diesen Fällen jedoch von fachkundigen SachbearbeiterInnen getroffen. Auf diese Weise werden Behandlungen häufig trotz Indikation abgelehnt bzw. müssen unter hohem Zeitaufwand erstritten werden. Aus der Praxis der Psychosozialen Zentren wissen wir, dass Behörden im Ablehnungsfall nicht immer auch inhaltliche Begründungen zustellen - obwohl fachliche Begründungen nach den Regeln der Kostenübernahme für Psychotherapien nach den Richtlinienverfahren für GutachterInnen verpflichtend sind. In einigen Fällen besteht die Begründung der Ablehnungen lediglich aus dem (falschen) Verweis darauf, eine Psychotherapie falle nicht unter §6 AsylbLG bzw. die psychische Störung sei keine akute Erkrankung und werde daher nicht als behandlungsbedürftig eingeschätzt. Oft geht eine Ablehnung auch nicht auf die empfohlene Traumatherapie ein, sondern legt stattdessen eine ambulante psychiatrische Behandlung nahe. Diese ist jedoch zumeist aus guten Gründen nicht beantragt worden: Zum einen befinden sich KlientInnen oftmals bereits in Behandlung bei einem/-r PsychiaterIn. Da diese Maßnahmen (allein) jedoch nicht die erforderliche psychische Entlastung erzielen konnten, wurde eine Psychotherapie vorgeschlagen und ausführlich begründet. Auch Konsiliarberichte von Haus- und FachärztInnen, durch die eine fachlich eindeutige Einschätzung der Notwendigkeit attestiert wird, werden für die Begutachtung oft nicht berücksichtigt.

Aus der Praxis der Psychosozialen Zentren wissen wir, dass vor diesem Hintergrund auch für Opfer von Folter, die unter den Folgen der erlebten Gewalt leiden und dringend Leistungen der gesundheitlichen und psychosozialen Rehabilitation bedürfen, medizinische und psychotherapeutische Behandlungen häufig nicht zugänglich sind. Durch langwierige bürokratische Prüfungsverfahren werden Behandlungen oft verschleppt bzw. erst sehr verzögert ermöglicht. Werden notwendige Behandlungen gar nicht bewilligt, kann dies die Chronifizierung von Krankheiten und irreparable Folgeschäden nach sich ziehen. Durch diese Einschränkungen im Zugang zu qualifizierter Gesundheitsversorgung verlängert sich das Leiden der Betroffenen und es entstehen oft unnötige gesellschaftliche Folgekosten.

Auch in wirtschaftlicher Hinsicht erzielt die auf das AsylbLG gestützte Gesundheitsversorgung eine negative Bilanz. Verzögerte Behandlungen führen zu einem Anstieg an Rettungsfahrten und Notarzteinsätzen. Oft wird durch zu spätes Handeln und der damit häufig einhergehenden Chronifizierung von Erkrankungen eine stationäre Behandlung nötig. Diese ist im Vergleich zu einer ambulanten Behandlung teurer und könnte in vielen Fällen durch schnelleres Handeln verhindert werden. Eine aktuelle Studie, basierend auf repräsentativen Daten des statistischen Bundesamtes, belegt, dass das Sonderabrechnungssystem des AsylbLG insgesamt deutlich kostenintensiver ist als eine Krankenversorgung mit Krankenkassenkarte ohne bürokratische Hürden und auf dem Niveau gesetzlicher Krankenversicherungen: So waren in den letzten beiden Jahrzehnten (1994 bis 2013) die jährlichen Pro-Kopf Ausgaben für die begrenzte gesundheitliche Versorgung Asylsuchender etwa 40% höher als bei Geflüchteten, die schon für GKV-Leistungen berechtigt waren (Bozorgmehr & Razum, 2015).

*Vor diesem Hintergrund möchte die BAfF die Forderungen der Anträge der Fraktionen DIE LINKE und BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN nach Ansprüchen auf Leistungen der GKV für alle Geflüchteten mit Nachdruck unterstützen.*

*Aus Sicht der BAfF ist die Zugänglichkeit gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung für Geflüchtete nur zu gewährleisten, wenn alle Geflüchteten bundesweit, unabhängig von Aufenthaltsstatus und Aufenthaltsdauer ab dem ersten Tag ihrer Einreise eine vollwertige Krankenversichertenkarte erhalten. Der Behandlungsumfang für Geflüchtete darf das Leistungsspektrum der GKV nicht unterschreiten - GKV-Leistungen sind ohnehin stets nur die auf das "notwenige Maß" beschränkte Minimumleistungen (§ 12 Abs. 1 SGB V) und daher keine Luxus-Leistungen.*

## **1.2 Zur Änderung der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte – Neuregelung zur Ermächtigung**

In Bezug auf die Versorgung von Geflüchteten *nach* den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts wurde jüngst ein erster wichtiger Schritt vollzogen, der auf die Unterversorgung psychisch kranker Geflüchteter reagiert. Mit der Änderung der Zulassungsverordnung für Ärzte wurde eine Ermächtigungsregelung geschaffen, die es ermöglicht, Geflüchtete im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung zu behandeln. Die bestehenden gesetzlichen Regelungen in § 31 Abs. 1 Ärzte-ZV reichten dafür nicht aus. Da von der Ermächtigung gem. § 31 Abs. 1 S 1 Ärzte-ZV in der Praxis selten Gebrauch gemacht wurde, wurde zur Schließung der Versorgungslücken § 31 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV eingeführt und klargestellt, dass ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen sowie psychosoziale Einrichtungen mit einer ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leitung zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten von den Zulassungsausschüssen zu ermächtigen sind.

Der Personenkreis ist im Rahmen der Regelung präzisiert auf Empfänger laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. Damit jedoch profitiert von dieser Regelung nur ein sehr begrenzter Personenkreis. In den ersten 15 Monaten haben traumatisierte Geflüchtete auf Grund der Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes noch immer kaum Aussicht, eine psychotherapeutische Behandlung zu erhalten. Erst mit dem Erhalt der Gesundheitskarte nach 15 Monaten ist ein unbürokratischerer Zugang zu den Leistungen der gesundheitlichen Versorgung und somit auch zu den psychotherapeutischen Leistungen möglich.

Hat ein traumatisierter Flüchtling es nach 15 Monaten Aufenthalt und im Besitz der Gesundheitskarte geschafft, einen Behandlungsplatz zu finden, muss die psychotherapeutische Behandlung allerdings in all denjenigen Fällen wieder abgebrochen werden, in denen der Bezug von Leistungen nach § 2 AsylbLG entfällt – sei es weil der Klient einen Ausbildungsplatz oder eine Arbeit gefunden oder weil sein Aufenthaltsstatus sich verfestigt hat. Dabei ist die Herstellung von Sicherheit eines der wichtigsten Elemente im therapeutischen Prozess und die Wiederherstellung und Erhaltung der Arbeitsfähigkeit ein wichtiges Behandlungsziel im Rahmen der kassenärztlichen Versorgung.

*Solange also die Behandlungsmöglichkeit über die Ermächtigung gem. § 31 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV entfällt, wenn die KlientInnen als Schutzberechtigte anerkannt werden bzw. ein Bezug nach Leistungen gem. § 2 AsylbLG entfällt, wird die Ermächtigungsregel aus Sicht der BAfF nicht zu einer Entlastung der angespannten Versorgungssituation führen.*

Ob die Ermächtigungsregelung in der Praxis tatsächlich Wirkung zeigt, hängt zudem entscheidend von der konkreten Ermächtigungspraxis der Kassenärztlichen Vereinigungen in den Bundesländern ab. Es zeichnet sich jedoch bereits jetzt eine sehr zurückhaltende Ermächtigungspraxis ab<sup>2</sup>. In mindestens vier Bundesländern wird die Ermächtigung unter Berufung auf die Gesetzesbegründung nur in Fällen der Weiterbehandlung von Klienten, die bereits vor Bezug von Leistungen nach § 2 AsylbLG behandelt wurden, erteilt.<sup>3</sup>

In der Praxis zeigt sich zudem, dass, wenn eine Ermächtigung erteilt wird, Geflüchtete häufig nicht in den Praxen der ermächtigten KollegInnen ankommen. Es fehlt an einer qualifizierten Kontakt- und Beratungsstelle, in der die Ermächtigten auf die besondere Situation der KlientInnen vorbereitet werden und eine Vermittlung zwischen den Ermächtigten, KlientInnen und SpachmittlerInnen stattfindet. Nicht zuletzt stellt sich die Frage, wie niedergelassene PsychotherapeutInnen an der Versorgung geflüchteter Menschen teilnehmen können, ohne dass zugleich eine unbürokratische Lösung für die häufig vorhandenen Sprachbarrieren gefunden wurde (Vgl. 1.3).

*Vor diesem Hintergrund sieht die BAfF die Gefahr, dass das Instrument der Ermächtigungsregelung in der Praxis sein Ziel verfehlen könnte, wenn nicht weitere Schritte eingeleitet werden: Grundsätzlich muss sich die Frage der Finanzierung psychotherapeutischer Behandlung im Rahmen der Gesundheitsversorgung am Störungsbild und damit am Leiden der Betroffenen orientieren, nicht am Aufenthalts- oder Beschäftigungsstatus. Auch die Ermächtigungsregelung kann ihre Wirkung aus Sicht der BAfF nur dann entfalten, wenn alle Geflüchteten auch in den ersten 15 Monaten uneingeschränkter Zugang zu allen GKV-Leistungen erhalten.*

Zumindest bedarf es in diesem Zusammenhang einer Klarstellung des Bundesministeriums für Gesundheit gegenüber den Kassenärztlichen Vereinigungen, dass die Ermächtigung nicht nur zur Weiterbehandlung, sondern für alle Bezieher von Leistungen nach § 2 AsylbLG erteilt werden muss.

Weiterhin muss klargestellt werden, dass Übergangslösungen in Kraft treten müssen, wenn eine psychotherapeutische Behandlung aufgenommen wurde und der Patient/die Patientin keine Leistungen mehr nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bezieht. So sind begonnene Therapien über

---

<sup>2</sup> Bis zum 15.05.2016 wurden insgesamt 26 Ermächtigungen erteilt. Dies ergibt sich aus einer bundesweiten Umfrage der BAfF bei den Kassenärztlichen Vereinigungen, bei der Daten von allen KVen mit Ausnahme von Bayern, Sachsen und Berlin gewonnen werden konnten.

<sup>3</sup> In mindestens fünf weiteren Bundesländern wurde noch keine abschließende Entscheidung getroffen, ob die Ermächtigung nur für die Weiterbehandlung oder für alle Bezieher von Leistungen nach § 2 AsylbLG erteilt werden soll.

das Kostenerstattungsverfahren nach §13 Abs. 3 SGB V weiter zu finanzieren. Es sind Vereinbarungen zu treffen, die die Kassen zu dieser Form der Kostenübernahme in den geschilderten Situationen verpflichten. Damit die Ermächtigungsregelung nicht ins Leere läuft und Geflüchtete psychotherapeutische Angebote auch tatsächlich nutzen können, muss zwingend die sprachliche Verständigung gewährleistet werden (Vgl. 1.3).

### **1.3 Zur Sprachmittlung in der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung**

Medizinische und psychosoziale Versorgungsangebote sind nur dann zugänglich, wenn auch die sprachliche Verständigung zwischen ÄrztIn oder TherapeutIn und PatientIn oder KlientIn gewährleistet ist. Eine fachlich und ethisch korrekte Aufklärung, Diagnostik und Behandlung darf nur unter der Voraussetzung einer adäquaten sprachlichen Verständigung erfolgen. Für die große Mehrheit der Flüchtlingsgruppen sind jedoch in Deutschland keine bzw. nicht ausreichend muttersprachliche Behandlungsplätze verfügbar.

*Die BAfF begrüßt daher die Forderung der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, Sonderbedarfszulassungen für fremdsprachige Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu ermöglichen, um das Angebot an muttersprachlichen psychotherapeutischen Behandlungen zu erweitern.*

Für viele Regionen der Bundesrepublik und bezogen auf einen großen Teil der Geflüchteten, die in Deutschland Schutz suchen, reicht das Instrument der Sonderbedarfszulassung jedoch nicht aus, um im Gesundheitswesen flächendeckend eine adäquate Sprachmittlung sicherzustellen. Sowohl aufgrund der Vielfalt der Herkunftssprachen als auch mit Blick auf das legitime Bedürfnis einiger KlientInnen, eine therapeutische Behandlung gerade *nicht* bei TherapeutInnen aus der Herkunftskultur aufnehmen zu wollen, sind unter fachlichen und ethischen Gesichtspunkten für einen großen Teil der Flüchtlingsgruppen dolmetschergestützte Behandlungen indiziert.

Studien belegen, dass sich dolmetschergestützte Psychotherapien mit Geflüchteten in ihrer Wirkung nicht bzw. kaum von Psychotherapien unterscheiden, in der KlientIn und PsychotherapeutIn sich in einer gemeinsamen Sprache verständigen können (Brune, Eiroá-Orosa, Fischer-Ortman, Delij aj, & Haasen, 2011; d'Ardenne, Ruaro, Cestari, Fakhoury, Priebe, 2007; Lambert, & Alhassoon, 2015). Betont sei dabei, dass Psychotherapie mit DolmetscherInnen zwar selbstverständlich anspruchsvoll ist und PsychotherapeutInnen vor spezifische Herausforderungen stellt, dass sie aber darüber hinaus auch Ressourcen generieren kann, die den therapeutischen Prozess positiv beeinflussen (Morina, Maier & Mast, 2010).

Die Psychosozialen Zentren bieten bereits seit über 30 Jahren dolmetschergestützte psychosoziale Unterstützung und Psychotherapie an. Viele dieser Einrichtungen haben professionelle Schulungs- und Supervisionskonzepte für SprachmittlerInnen in der psychosozialen Arbeit entwickelt.

Dennoch sind Dolmetscherleistungen in Deutschland nach wie vor keine GKV-Leistungen. Aus der Not heraus werden in vielen medizinischen und behördlichen Handlungsfeldern heraus Familienmitglieder, Bekannte oder fachfremdes Personal als Laien-DolmetscherInnen zu Hilfe gezogen. Fehlentscheidungen und Behandlungsfehlern wird damit Tür und Tor geöffnet. Nicht zuletzt sind es allzu oft Kinder, die als sprachliche Brücke zwischen ihren Eltern und der Aufnahmegesellschaft fungieren. Häufig ohnehin durch Kriegserlebnisse und die dramatische Flucht hoch vulnerabel, werden Heranwachsende so in Themen und Rollengefüge verwickelt, die psychisch sehr belastend sein können.

Aus der Praxis der Psychosozialen Zentren wissen wir, dass viele Versuche, Therapieplätze für Geflüchtete bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen zu organisieren, daran scheitern, dass kaum jemand bereit ist, Geflüchtete zu behandeln, wenn unklar bleibt, ob und wenn ja wann und wie die Kosten für die Sprachmittlung refinanziert werden können. Theoretisch besteht die Möglichkeit, Dolmetscherkosten über das Sozialamt oder bei Leistungsbezug durch das Jobcenter über einen Antrag auf Mehrbedarf zu finanzieren. Die praktischen Erfahrungen zeigen allerdings, dass dieses Vorgehen extrem zeitintensiv ist und es zum Teil bis zu einem Jahr dauert, bis möglicherweise eine Bewilligung erteilt wird. Diese strukturelle Barriere verunmöglicht in der Praxis die Durchführung von Psychotherapien und damit den Ausbau von therapeutischen Behandlungskapazitäten.

Auch dem Gesetzgeber sind Defizite und Rechtsunsicherheiten im Bereich der Sprachmittlung bekannt. So sah der Referentenentwurf des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales und des Bundesinnenministeriums für das Integrationsgesetz ursprünglich eine Änderung von § 17 SGB I, § 19 SGB X vor, die die Kostenübernahme für Sprachmittlung durch die Sozialhilfeträger vereinfacht hätte. Zwar sollte hier kein neuer Leistungsanspruch geschaffen werden; zumindest aber hätte diese Klarstellung die Kostenübernahme vereinfacht. Die BAfF bedauert sehr, dass der Gesetzgeber von dieser Absicht letztlich zurückgetreten ist. Ein Schritt in diese Richtung wäre dringend nötig gewesen, um Sprachbarrieren zu minimieren, die Geflüchtete daran hindern, Integrations- und Unterstützungsangebote wahrzunehmen.

*Vor diesem Hintergrund begrüßen wir die Forderung der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, eine Änderung des SGB V vorzuschlagen, mit der die gesetzlichen Krankenkassen verpflichtet werden, die Kosten für qualifizierte SprachmittlerInnen im Rahmen medizinischer und psychotherapeutischer Behandlungen zu übernehmen. Dolmetscherkosten in der Behandlung von Geflüchteten sind Teil der Krankenbehandlung. Sie müssen daher im Rahmen der Gesundheitsversorgung übernommen werden - nicht über undurchsichtige gesonderte Abrechnungsverfahren wie z.B. den §73 SGB XII.*

*Die Praxis zeigt darüber hinaus, dass für den Einsatz von DolmetscherInnen im Gesundheitswesen Standards bezüglich Qualifikation und Honorierung festgelegt und flächendeckend professionelle Schulungs- und Supervisionskonzepte implementiert werden müssen.*

#### **1.4 Zur frühzeitigen Identifizierung, Bedarfsermittlung und Versorgung vulnerabler Geflüchteter**

Gemäß der EU-Aufnahmerichtlinie müssen besonders vulnerable Asylsuchende, wie es z.B. Opfer schwerer Gewalt oder auch psychisch erkrankte Personen sind, als solche identifiziert und angemessen medizinisch und psychosozial versorgt werden. Die Frist für die Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht ist bereits im Juli 2015 abgelaufen und hat damit unmittelbare Rechtswirkung. Doch bis heute existiert für die Identifizierung, Bedarfsermittlung und Versorgung vulnerabler Geflüchteter in Deutschland kein Konzept.

Es gibt inzwischen in einigen europäischen Ländern sowie einigen Bundesländern der BRD unterschiedliche Versuche, den Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie nachzukommen und ein Verfahren zu implementieren, mit welchem Personen, die besonders schutzbedürftig sind,

identifiziert, besondere Bedarfe ermittelt und notwendige Hilfen eingeleitet werden.<sup>4</sup> Den meisten dieser Modelle ist gemein, dass sie als Pilotprojekte initiiert wurden und ihre Finanzierung über unterschiedliche Fonds auf Projektbasis gewährt wurde. Leider sind viele dieser Projekte inzwischen abgeschlossen worden, ohne dass eine nachhaltige Implementierung ihrer Praxis sichergestellt wurde.

Dennoch konnten durch diese Modellvorhaben erste Ergebnisse und Erfahrungen gesammelt werden, wie die Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie umgesetzt werden können. So gab es bei den verschiedenen Konzepten Elemente, die in allen Modellen von Bedeutung waren und aus denen sich verallgemeinerbare Standards ableiten lassen, wie die Bedeutung geschulten Personals, qualifizierte DolmetscherInnen und ein niedrigschwelliger Zugang. Auch verweisen die Ergebnisse auf klassische „Stolpersteine“, die es konzeptionell zu berücksichtigen gilt, wie das Fehlen eines geeigneten, institutionalisierten Gesprächsformates für die Früherkennung, unzureichendes Schnittstellenmanagement und insbesondere auch die fehlende Sicherstellung der Leistungsgewährung nach Feststellung der besonderen Schutzbedürftigkeit. Eine zentrale Lernerfahrung teilen dabei alle Modelle: Auch ein qualitativ hochwertiges Verfahren zur Früherkennung besonderer Vulnerabilität läuft ins Leere, wenn am Ende nicht auf den Versorgungsbedarf der identifizierten Personen reagiert werden kann, weil kein Leistungsanspruch besteht oder Versorgungsangebote nicht in ausreichender Zahl verfügbar sind.

In der Geschäftsstelle der BAfF gehen inzwischen nahezu täglich Anfragen von MitarbeiterInnen und Ehrenamtlichen aus Erstaufnahmeeinrichtungen, Gemeinschaftsunterkünften oder Notunterkünften aus den unterschiedlichsten Regionen der Bundesrepublik ein. Diese AkteurInnen bitten uns um Informationen zur Erkennung, Vermittlung und Unterstützung möglicherweise traumatisierter Geflüchteter, weil vor Ort keine Strukturen und Instrumente bereit stehen, die dabei unterstützen könnten, Hinweise auf Traumatisierungen wahrzunehmen und die Betroffenen an entsprechend qualifizierte Anlaufstellen weiter zu vermitteln. Dieser Situation muss dringend von durch die Implementierung geeigneter Verfahren begegnet werden.

***Wir unterstützen daher ausdrücklich die Forderung der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, unter Beteiligung von Fachleuten (z. B. der BAfF) Strukturen und Instrumente zu entwickeln und anzuwenden, die eine frühzeitige Identifizierung, Bedarfsermittlung und Versorgung Schutzbedürftiger, insbesondere traumatisierter Asylsuchender, ermöglichen.***

Besondere Relevanz und Dringlichkeit erlangt diese Forderung zum aktuellen Zeitpunkt für die Gruppe derjenigen vulnerablen Asylsuchende, die durch die Gesetzesänderungen im Asylpaket II ihr Asylverfahren als beschleunigtes Verfahren gem. § 30 a AsylG durchlaufen müssen. Liegen Hinweise vor, dass AntragstellerInnen Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, sind diese AntragstellerInnen entsprechend der europarechtlichen Vorgaben in Art. 24 Abs. 3 UA 2 der Verfahrensrichtlinie<sup>5</sup> aus dem beschleunigten Verfahren heraus zu nehmen. Menschen, die schwere Gewalterfahrungen erlebt haben, brauchen Zeit und Schutz, um ihre Geschichte und die von ihnen erlittenen Menschenrechtsverletzungen als Asylgründe vorbringen zu können. Nur so können sie ihre Rechte auf vollumfängliche Darlegung ihrer Asylgründe (Art. 16 und 4 der Verfahrensrichtlinie) auch wahrnehmen.

---

<sup>4</sup> Eine ausführliche Analyse findet sich in der [Publikation „Frühfeststellung und Versorgung traumatisierter Flüchtlinge. Konzepte und Modelle zur Umsetzung der EU-Richtlinien für besonders schutzbedürftige Asylsuchende“](#) der BAfF

<sup>5</sup> RL 2013/32/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26.6.2013 zu gemeinsamen Verfahren für die Zuerkennung und Aberkennung des internationalen Schutzes (Neufassung), ABl. 2013 L 180/60.

*Vor diesem Hintergrund bedarf es aus Sicht der BAfF eines qualifizierten Verfahrens zur Prüfung, ob ein Antragsteller zu dem Personenkreis der besonders schutzbedürftigen Flüchtlinge gehört. Eine solche Prüfung muss auf Grundlage der geltenden fachlichen Richtlinien und Standards erfolgen. Dazu gehört insbesondere auch das Handbuch für die wirksame Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Istanbul-Protokoll)<sup>6</sup>.*

*Die Prüfung darf unter keinen Umständen hinter die Standards des Moduls zur Erkennung von Personen mit besonderem Schutzbedarf des Europäischen Unterstützungsbüros für Asylfragen (EASO)<sup>7</sup> zurückfallen. Nur so kann sichergestellt werden, dass besonders schutzbedürftige Flüchtlinge die entsprechende Unterstützung erfahren.*

## **2. ZUR VERFÜGBARKEIT PSYCHOSOZIALER VERSORGUNG FÜR GEFLÜCHTETE**

Für besonders vulnerable, psychisch belastete oder traumatisierte Geflüchtete besteht aufgrund der komplexen psychosozialen Belastungskonstellationen ein besonderer Versorgungsbedarf, auf den zum aktuellen Zeitpunkt durch stationäre und ambulante Behandlungsangebote der gesundheitlichen Regelversorgung nicht ausreichend reagiert werden kann. Vor dem Hintergrund der hohen strukturellen, sprachlichen und soziokulturellen Barrieren im Zugang zu Angeboten der gesundheitlichen Regelversorgung (Vgl. 1. *Zur Zugänglichkeit von Versorgungsangeboten für Geflüchtete*) ist die *Verfügbarkeit* von Angeboten psychosozialer Unterstützung für Geflüchtete noch immer zum großen Teil auf die Angebote der Psychosozialen Zentren beschränkt.

### **2.1 Zur Versorgungskapazität der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer**

Die 32 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer versorgten im vergangenen Jahr über 13.000 KlientInnen. Damit ist die Zahl der KlientInnen, die im letzten Jahr durch die Angebote der Psychosozialen Zentren erreicht wurden, von rund 10.000 im Jahr 2013 auf etwa 13.500 Geflüchtete im Jahr 2015 gestiegen. Dieser Anstieg spiegelt wieder, dass nun fünf weitere Psychosoziale Zentren bestehen und einige Zentren Personal aufstocken konnten. Im Verhältnis hat sich die Versorgungssituation jedoch angesichts der steigenden Flüchtlingszahlen kaum verändert: Noch immer teilt sich ein typisches PSZ-Team lediglich 4 volle Stellen; noch immer werden mit diesen Ressourcen jährlich etwa 360 KlientInnen versorgt – und noch immer reicht das bei weitem nicht aus.

So kann kaum ein Zentrum der hohen Anzahl Hilfe suchender KlientInnen unmittelbar nachkommen. Fast alle Zentren organisieren die Aufnahme von KlientInnen über ein Wartelistensystem, zum Teil mit

---

<sup>6</sup> Istanbul Protocol, Manual on the Effective Investigation of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Das Manual zur wirksamen Untersuchung und Dokumentation von Folter oder anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung dient als internationale Richtlinie für die Erfassung, Dokumentation von und Berichterstattung über Folter als Nachweise für Justizbehörden oder Entscheidungsträger. Neben der Anleitung zur systematischen medizinischen Nachweisführung wird besonders dringlich auf die überwiegend psychologischen Folgen hingewiesen und auf deren Erfassung gedrungen.

<sup>7</sup> "EASO Tool for Identification of Persons with special needs" ;<https://ipsn.easo.europa.eu/easo-tool-identification-persons-special-needs> (zuletzt abgerufen am 31.05.2016).

sehr langen Wartezeiten. Während eines durchschnittlichen Monats stehen auf den Wartelisten der Psychosozialen Zentren bundesweit knapp 1.500 Geflüchtete. Nach der Kontaktaufnahme mit einem Psychosozialen Zentrum vergehen in der Regel 7 Monate bis die betroffene Person einen Therapieplatz erhält. In etwa 20 % der Psychosozialen Zentren warten Geflüchtete jedoch zwischen 9 und 12 Monate lang, bevor sie eine Psychotherapie beginnen können. Grundsätzlich sei hier betont, dass die Länge der Wartelisten von den meisten Zentren aus ethischen Gründen begrenzt wird. Von vielen Zentren können auch auf lange Sicht unmöglich alle Wartenden aufgenommen werden. Aus diesem Grund müssen die meisten Zentren – auch die bereits verhältnismäßig gut ausgestatteten – ihre Wartelisten immer wieder schließen. So mussten auch im letzten Jahr häufig Anfragen nach freien Therapieplätzen aus Kapazitätsgründen abgelehnt werden. In fast allen Regionen war die Nachfrage so hoch, dass über das Jahr hinweg bundesweit etwa 6.500 Geflüchtete trotz Behandlungsbedarfs weder direkt in die Behandlungsprogramme der Zentren aufgenommen, noch auf die Warteliste gesetzt werden konnten.

Auch die *Erreichbarkeit* bedarfsgerechter Versorgungsangebote für Geflüchtete ist in vielen Regionen unzureichend. Vor allem in den Flächenländern bestehen hohe geographische und damit meist auch ökonomische Barrieren. Oft sind die Psychosozialen Zentren in ihrer Region jeweils die einzigen Einrichtungen, an die Geflüchtete sich wenden können, wenn sie psychosoziale Unterstützung benötigen. Entsprechend reisen KlientInnen aus allen Teilen der jeweiligen Bundesländer an und nehmen oft lange Anfahrtswege in Kauf. Im Durchschnitt beträgt das Einzugsgebiet eines Psychosozialen etwa 170 Kilometer. 29% der Zentren versorgen jedoch KlientInnen, die für ihre Psychotherapie regelmäßig Anfahrtswege von 200 bis 500 Kilometern zurücklegen müssen.

## **2.2 Zur Sicherstellung bedarfsgerechter Versorgungsangebote für psychisch belastete Geflüchtete**

Die unzureichenden Versorgungskapazitäten der Psychosozialen Zentren weisen deutlich darauf hin, dass außerhalb der Zentren noch immer zu wenige Anlaufstellen für Geflüchtete existieren. Deutlich wird zugleich, dass die bestehenden Versorgungslücken kaum mit den strukturellen und finanziellen Ressourcen geschlossen werden können, die für die psychosoziale Versorgung Geflüchteter im Moment zur Verfügung stehen. Die Defizite in der Versorgungskapazität der Psychosozialen Zentren resultieren v.a. aus der schwierigen Finanzierungssituation der Einrichtungen: Bund, Länder, Kommunen und die eigentlich gesetzlich zuständigen Kostenträger beteiligen sich im Mittel nur zu einem Bruchteil an der Finanzierung der Psychosozialen Zentren. Der Anteil, den die Refinanzierung von Psychotherapien durch die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger (die Sozialbehörden, die Krankenkassen und die Jugendämter) einnimmt, liegt im Durchschnitt bei gerade einmal 3%. Auch die Finanzierung durch Landesmittel (14%), kommunale Unterstützung (11%) sowie Mittel des Bundes (3%) hat in der Vergangenheit im Durchschnitt nur in geringem Umfang zur Finanzierung der Psychosozialen Zentren beigetragen.

Vor dem Hintergrund des hohen und komplexen Versorgungsbedarfs vulnerabler Geflüchteter sowie der hohen strukturellen, sprachlichen und soziokulturellen Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem (Vgl. 1. Zur Zugänglichkeit von Versorgungsangeboten für Geflüchtete), verwundert der große Andrang auf die Zentren wenig. Er spiegelt wieder, dass außerhalb der Zentren noch immer zu wenige Anlaufstellen für Geflüchtete existieren.

Psychische Probleme, mit denen Flüchtlinge sich an Unterstützungsangebote wenden sind oft chronisch und komplex, weil sie mit einer Vielzahl an Entwurzelungs- und Belastungsfaktoren, dem Verlust nahe stehender Personen, des sozialen Status und einem Leben mit unsicherer Perspektive verbunden sind. Es lässt sich leicht nachvollziehen, dass es hierfür Schwellen in Regelversorgung gibt: Psychische Belastungen stehen in einer unmittelbaren Wechselwirkung mit schwierigen äußeren Lebensbedingungen von Geflüchteten. Eine Behandlung muss komplexe aufenthaltsrechtliche und sozialrechtliche Rahmenbedingungen mit berücksichtigen, erfordert interkulturelle Offenheit und besondere Flexibilität. Hinzu kommen die hohen bürokratischen Hürden bei der Beantragung von Kostenübernahmen.

Solange diese Zugangsbarrieren innerhalb der Regelversorgung bestehen und die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten in Deutschland zum großen Teil durch die Behandlungszentren erbracht wird, muss auch eine stabile institutionelle Förderung dieser Leistungen sichergestellt werden. Die Psychosozialen Zentren nehmen seit 30 Jahren einen Versorgungsauftrag wahr, der nach wie vor zum großen Teil spenden-, projekt- und stiftungsgefördert finanziert wird. Die Akquise dieser fragmentierten Finanzierungsbasis bindet Ressourcen, die der Betreuung und Behandlung von Geflüchteten zu Gute kommen könnten, gäbe es für die Psychosozialen Zentren eine Strukturfinanzierung.

*Wir unterstützen daher die Aufforderung der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, die kurz- und langfristige Finanzierung und Erreichbarkeit der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sicherzustellen und ihren Ausbau zu fördern. Die Bundesebene muss einen verbindlichen Rahmen für die Finanzierung der Psychosozialen Zentren schaffen. Als ein mögliches Modell befürwortet die BAfF in diesem Zusammenhang auch die Anlehnung der FRAKTION BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN an die Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.*

Auch die Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ) müssen wegen der spezifischen Problemlagen ihrer Zielgruppe interdisziplinär und multiprofessionell arbeiten. Die Psychosozialen Zentren sollten (analog der SPZs in §119 SGB V) in einem eigenen flüchtlingsspezifischen Modell ermächtigt werden, damit sie die Komplexleistungen, die sie für besonders vulnerable Geflüchtete vorhalten, durch die zuständigen Leistungsträger abrechnen und so auf die spezifischen Versorgungsbedarfe reagieren können.

### **3. ZUM FORSCHUNGSBEDARF**

In der Befundlage zur gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten in Deutschland bestehen zum gegenwärtigen Zeitpunkt noch enorme Wissenslücken (Bozorgmehr et al., 2016). Aus Sicht der BAfF bedarf es auf allen Ebenen des Versorgungssystems einer umfassenden Erfassung und Analyse der Versorgungssituation auf der Grundlage quantitativer und qualitativer Daten.

*Die BAfF begrüßt daher die Forderung der Fraktion BÜNDNIS 90/ DIE GRÜNEN, ein Programm zur Erfassung, Analyse und Weiterentwicklung der psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen aufzulegen.*

Neben epidemiologischen Studien zur Prävalenz psychischer Störungen bei Geflüchteten in Deutschland sollte dabei auch das komplexe Spektrum der Bereiche, in denen psychosozialer Unterstützungsbedarf besteht, erfasst werden. Diesen Befunden zum Versorgungsbedarf wären u.a. Routinedaten zur tatsächlichen Versorgungssituation gegenüberzustellen, die Aussagen bezüglich der

nach Asylbewerberleistungsgesetz bzw. über die Gesetzliche Krankenversicherung versorgten Personen treffen. Darüber hinaus sollte untersucht werden, unter welchen Bedingungen Vermittlungen an niedergelassene PsychotherapeutInnen oder stationäre Behandlungsangebote erfolgreich verlaufen, bzw. welche Faktoren dazu führen, dass diese scheitern. Darüber hinaus sind Untersuchungen notwendig, die danach fragen, welche Angebote hilfreich sind, wenn Geflüchtete die Hürde des Zugangs zu Versorgungsangeboten überwunden haben, welche Wirkfaktoren innerhalb des komplexen psychosozialen Behandlungssettings herausgearbeitet werden können und welche Behandlungs- und Unterstützungsformen von den Betroffenen selbst als NutzerInnen des Gesundheitssystems als hilfreich empfunden werden.

Neben regionalen Erhebungen sollten bundesweite Studien durchgeführt werden, um lokale Unterschiede in Versorgungsstrukturen und gesellschaftspolitischen Rahmenbedingungen zu erfassen. Im Sinne einer Harmonisierung der Aufnahmebedingungen für schutzbedürftige Gruppen über die Europäische Gemeinschaft hinweg wären darüber hinaus auch Forschungsansätze zum europäischen Vergleich der Gesundheitsversorgung in den Mitgliedsstaaten wünschenswert.

## LITERATUR

- Bozorgmehr, K. & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLOS ONE*, 10(7).
- Bozorgmehr, K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S., & Schneider, C. (2016). Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz*, 59(5), 599–620.
- Brune, M., Eiroá-Orosa, F. J. Fischer-Ortman, J., Delij aj, B., & Haasen, C. (2011). Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4(2), 144–151.
- d’Ardenne, P., Ruaro, L., Cestari, L., Fakhoury, W., & Priebe, S. (2007). Does interpreter-mediated CBT with traumatized refugee people work? A comparison of patient outcomes in East London. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 35, 293–301.
- Lambert, J. E., & Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of counseling psychology*, 62(1), 28.
- Morina, N., Maier, T., & Mast, M. S. (2010). Lost in Translation?–Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 60, 104–110.