



**HOCHSCHULE
HANNOVER**
UNIVERSITY OF
APPLIED SCIENCES
AND ARTS

Bachelorarbeit im Sommersemester 2017

Ambulante psychiatrische Versorgung
von Menschen mit Migrationshintergrund

Linda Arnemann

Ambulante psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund

Bachelorarbeit im Sommersemester 2017
an der Hochschule Hannover – Fakultät V
Abteilung Pflege und Gesundheit
Eingereicht von Linda Arnemann

Erstprüfender: Herr Lutz Schütze, M.A.
Zweitprüfende: Frau Prof. Dr. Uta Oelke

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Methodik	1
2	Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland	3
2.1	Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – ein Überblick.....	3
2.2	Psychische Belastungsfaktoren des Fluchtgeschehens	4
2.3	Traumafolgestörungen	7
2.4	Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland.....	9
3	Hilfsangebote und Therapiemöglichkeiten für traumatisierte Menschen mit Migrationshintergrund	10
3.1	Therapie von Traumafolgestörungen.....	10
3.2	Bedarf und Bedürfnisse traumatisierter Menschen mit Migrationshintergrund	14
3.3	Angebote der ambulanten psychiatrischen Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund in der Region Hannover	18
3.4	Barrieren im Zugang zu psychosozialen und psychotherapeutischen Leistungen ..	21
4	Das Konzept der Ambulanten Psychiatrischen Pflege	24
4.1	Entstehung und Entwicklung der Ambulanten Psychiatrischen Pflege.....	24
4.2	Voraussetzungen für die Verordnung und Durchführung Ambulanter Psychiatrischer Pflege.....	26
4.3	Zielgruppen und Tätigkeitsfelder der Ambulanten Psychiatrischen Pflege	28
4.4	Kooperationen und Schnittstellen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege	31
5	Kann die Ambulante Psychiatrische Pflege traumatisierte Menschen mit Migrationshintergrund adäquat versorgen?	34
6	Schlussbetrachtung	37

Literaturverzeichnis

Eigenständigkeitserklärung

1 Einleitung und Methodik

Der Bevölkerungsanteil mit Migrationshintergrund in Deutschland hat in den letzten neun Jahren, von 2007 bis 2016, stetig zugenommen. Viele Menschen flohen aus ihren Heimatländern aus Angst vor Gewalt, Verlust oder dem Tod. Für die meisten wurden diese Ängste bereits zur Realität und die Lebensbedingungen in der Heimat zusehends unmenschlicher. Das Erlebte hinterließ bei jedem der Betroffenen Spuren. Einige Menschen können die schwerwiegenden Erlebnisse gut verarbeiten. Innere Widerstandsfähigkeit, Stärke und die Hoffnung auf eine positive Zukunft helfen ihnen dabei. Andere haben Schwierigkeiten, das Erlebte auf sich beruhen zu lassen. Sie sind geplagt von endlosen Ängsten, sich aufdrängenden Erinnerungen und Alpträumen. Als Reaktion auf ein außergewöhnlich belastendes Lebensereignis zeigen sich bei den Betroffenen psychische Störungen. Sie leiden an einer Traumafolgestörung. Die Therapie und Begleitung betroffener Menschen erfordern besondere soziale und fachliche Fähigkeiten. Die Begleitung von Menschen mit Migrationshintergrund stellt diesbezüglich eine besondere Herausforderung dar.

Es gibt neben psychiatrischen Kliniken einige ambulante Institutionen, die anbieten, traumatisierte Menschen mit Migrationshintergrund zu versorgen und zu begleiten. Jedoch sind deren Kapazitäten überlastet. Hilfsbedürftige Menschen stehen auf langen Wartelisten. Der Zugang zu Psychotherapie, die bei Traumafolgestörungen die Therapie der ersten Wahl darstellt, ist gerade für Migrantinnen und Migranten, deren Asylverfahren noch andauert, erschwert. Ein Hilfsangebot, das an dieser Stelle zu sehr vernachlässigt wird, ist die Ambulante Psychiatrische Pflege. Leider existiert das Angebot in Deutschland nicht flächendeckend und unterschiedliche Umsetzungsbedingungen erschweren die Verbreitung der ambulanten Leistung. Der Gemeinsame Bundesausschuss gibt vor, welche Erkrankungen für die Ambulante Psychiatrische Pflege verordnungsfähig sind. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen zählen nicht dazu, wodurch die Begleitung traumatisierter Menschen mit Migrationshintergrund mit eindeutiger Diagnosestellung zunächst ausgeschlossen wird.

Diese Ausarbeitung wurde unter der Fragestellung verfasst, inwiefern das Versorgungsangebot der Ambulanten Psychiatrischen Pflege sich mit dem Bedarf und Be-

dürfnissen traumatisierter Menschen mit Migrationshintergrund deckt. In Anbetracht der geschilderten Sachlage soll dargelegt werden, ob die Ambulante Psychiatrische Pflege Kapazitätsproblemen ambulanter Psychotherapie entgegenwirken kann, vor allem in Bezug auf die Versorgung traumatisierter Migrantinnen und Migranten. Den migrationsspezifischen Aspekt außer Acht gelassen, soll abschließend beantwortet werden, ob die Posttraumatische Belastungsstörung generell als verordnungsfähige Diagnose für die Ambulante Psychiatrische Pflege sinnvoll wäre.

Im ersten Abschnitt werden aktuelle Daten zur Einwanderungssituation in Deutschland dargelegt. Hieran folgt ein Einblick in die psychische Gesundheits- und Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. Hierbei liegt der Fokus vor allem auf Traumafolgestörungen. Im zweiten Abschnitt werden ambulante Hilfsangebote und Therapiemöglichkeiten für traumatisierte Migrantinnen und Migranten vorgestellt. Zunächst werden allgemeine ärztliche und psychotherapeutische Therapiemaßnahmen bei Traumafolgestörungen erläutert, danach geht es speziell um die Begleitung traumatisierter Menschen mit Migrationshintergrund. Entsprechend der Literaturrecherche werden anschließend spezielle Hilfsangebote aus der Region Hannover vorgestellt. Danach werden Zugangsbarrieren zu den ambulanten Leistungen erläutert. Im letzten Abschnitt wird das Hilfsangebot der Ambulanten Psychiatrischen Pflege sehr detailliert und ausführlich vorgestellt, um das bisher weitestgehend unbekanntes Konzept klar von anderen ambulanten Angeboten abzugrenzen. Abschließend werden die oben genannten Fragestellungen, auf Grundlage der einzelnen Abschnitte, diskutiert.

Die Inhalte dieser Ausarbeitung wurden auf Grundlage einer thematischen Suche, im Rahmen einer Literaturrecherche, zusammengetragen. Die Literaturrecherche erfolgte über die Datenbank des Hannoverschen Online Bibliothek Systems (HOBSY), über die Online-Suchportale Google und Google-Scholar sowie über das Online-Suchportal des Fachverlages Bibliomed. Für die Ausarbeitung wurden Fachbücher, Artikel aus Fachzeitschriften und aktuelle Studien verwendet. Folgende Schlagworte wurden hauptsächlich zur Recherche genutzt: *Ambulante Psychiatrische Pflege; Häusliche psychiatrische Krankenpflege, Psychiatrische Versorgung von Migranten; Psychiatrie Migration; Transkulturelle Psychiatrie; Trauma Migration; Traumatisierte*

Flüchtlinge; Konzepte Traumabewältigung; Sonnenberger Leitlinien; aktuelle Zahlen Flüchtlinge Deutschland etc.

Die thematische Suche erfolgte ferner über Institutionen innerhalb der Region Hannover, die sich für die psychiatrische Begleitung und Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund einsetzen. Über die Internetpräsentation dieser Institutionen konnten bestehende Konzepte und Angebote gefunden werden. In Bezug auf die Institutionen wurde der stationäre Sektor bei der Recherche möglichst außer Acht gelassen, da der Schwerpunkt dieser Arbeit auf dem ambulanten Sektor liegt.

In dieser Ausarbeitung wird nicht auf die Heterogenität der Menschen mit Migrationshintergrund eingegangen. Die Aussagen werden im allgemeinen Kontext getroffen, unabhängig von Geschlecht, Herkunft oder Alter der Menschen. Eingeschlossen wurden insbesondere Angaben über Flüchtlinge mit traumatischen Erfahrungen.

Expertengespräche mit der Pflegedienstleitung und Geschäftsführung eines Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienstes in Göttingen über die Versorgung von Flüchtlingen, trugen einerseits zur Themenfindung dieser Ausarbeitung bei, andererseits machten die Gespräche die Relevanz der Thematik deutlich. Für ein strukturiertes Experteninterview hat der vorgegebene Umfang der Ausarbeitung nicht ausgereicht.

2 Psychische Gesundheit von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

2.1 Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland – ein Überblick

Seit dem Jahr 1990 stellten rund 4,4 Mio. Menschen einen Asylantrag in Deutschland. Die Zahlen der Erstanträge sind seit dem Jahr 2007 stetig angestiegen. Im Jahr 2016 wurde der höchste Jahreswert für Asylanträge, seit dem Bestehen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF), in Deutschland verzeichnet. Insgesamt suchten 745.545 Menschen Schutz in der Fremde. 722.370 der Menschen stellten einen Asylerstantrag, 23.175 einen Folgeantrag. Rund 280.000 Personen sind 2016 tatsächlich als Asylsuchende in Deutschland eingereist (vgl. BAMF 2017). Innerhalb des Jahres 2015 zogen bereits 890.000 Menschen mit Migrationshintergrund hinzu (vgl. BAMF 2016). Die Zahl der Asylanträge war geringer als im Jahr 2016, je-

doch ist zu berücksichtigen, dass zwischen der Einreise und dem Stellen eines Asyl-antrags teilweise Monate liegen und die Zahl der Erstanträge nicht zwangsläufig der Anzahl der Schutzsuchenden entspricht (vgl. bpb 2017).

Im Jahr 2015 lebten in Deutschland 17,1 Mio. Menschen mit Migrationshintergrund. Hierbei wurden sowohl Migrantinnen und Migranten mit deutscher, als auch ausländischer Staatsbürgerschaft berücksichtigt. Mit 21% machten sie ca. ein Fünftel der Gesamtbevölkerung Deutschlands aus. Zwei Drittel der Menschen mit Migrationshintergrund (66,9%) lebten 2015 als Migranten in erster Generation. Ein Drittel (33,1%) hatte keine eigene Migrationserfahrung und lebte bereits in zweiter oder dritter Generation in Deutschland (vgl. bpb 2016). Ein Großteil der ausländischen Bevölkerung stammt 2015 aus der Türkei (16,5%), aus Polen (8,1%) und Italien (6,5%) (vgl. DESTATIS 2016). Jedoch steht seit 2014 die arabische Republik Syrien an erster Stelle der zugangsstärksten Herkunftsländer der Migrantinnen und Migranten in Deutschland. Im Jahr 2016 betrug die Zahl der Asylverfahren syrischer Migranten 36,9%. Neben Syrien machten Afghanistan (17,6%) sowie der Irak (13,3%) im Jahr 2016 die Anzahl der meisten Asylverfahren aus. 75,9% der Asylbewerber 2016, die einen Erstantrag stellten, gehören dem Islam an (vgl. BAMF 2017).

2.2 Psychische Belastungsfaktoren des Fluchtgeschehens

Im Hinblick auf die psychische Verfassung der Schutzsuchenden spielen die Beweggründe, die sie zur Flucht aus ihrem Herkunftsland veranlassten, eine wichtige Rolle. In einer qualitativen Stichprobenbefragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), des Sozioökonomischen Panels und des BAMF, unter der Leitung des Forschungsbereichsleiters des IAB Prof. Dr. Herbert Brücker, wurden 123 Menschen, die im Ausländerzentralregister (AZR) registriert sind, zu ihren Fluchtmotiven befragt.

Als signifikantestes Motiv wird die Angst vor gewaltsamen Konflikten und Krieg (70%) genannt (vgl. BAMF 05/2016). Gewalttaten im Zuge von Kriegs- und Terrorangriffen zerstörten die Heimat der Menschen und zwangen sie völlig unvorbereitet zur Flucht. Bereits jahrelang bestehende Kriege, die zum Leid der Zivilbevölkerung ausgetragen werden, sorgten für permanente Lebensbedrohung und Todesangst. Weitere wichti-

ge Beweggründe sind die religiöse, politische oder ethnische Diskriminierung (38%) und Verfolgung (44%) (vgl. BAMF 05/2016). Die Geflohenen durften weder ihren Glauben und ihre Kultur, noch ihre politische Haltung frei ausleben. Als Ungläubige, Andersdenkende oder Oppositionelle wurden sie von Terrorgruppen oder dem Staat verfolgt, inhaftiert oder gefoltert. Ihnen wurden Arbeitsplätze und Bürgerrechte verweigert. Viele andere Menschen, zum Teil Angehörige der Geflohenen, wurden entführt, misshandelt und ermordet. Vor allem Frauen werden häufig als Opfer von Unterdrückung und sexueller Gewalt erwähnt. Auch die Angst vor Zwangsrekrutierung (36%) (vgl. BAMF 05/2016) ist ein häufig genannter Beweggrund zur Flucht. Menschen wurden vom Staat instrumentalisiert, indem sie gezwungen wurden, entgegen ihrer Überzeugung, im Krieg zu kämpfen und Unschuldige zu töten. Wenn sie sich widersetzten, drohte ihnen Inhaftierung, Folter und Mord. Weitere Hauptursachen, die Menschen zur Flucht aus ihren Herkunftsländern veranlassten, sind die vorherrschenden, schlechten Lebensbedingungen (39%) sowie eine allgemein schlechte Wirtschaftssituation (32%) (vgl. BAMF 05/2016). Diese Beweggründe sind vor allem Resultate aus Kriegen, Diskriminierung und Perspektivlosigkeit (vgl. IAB 09/2016, S. 41f.).

Auch die Hoffnung auf Schutz und ein sicheres Leben im Zielland ist ein Beweggrund zur Flucht. Das Motiv Sicherheit betrifft zum einen die körperliche und seelische Unversehrtheit, zum anderen die soziale Sicherheit aufgrund einer besseren Wirtschaftslage und eines guten Bildungssystems. Aber auch Familienangehörige oder Bekannte, die bereits im Zielland leben, können Sicherheit und Rückhalt bieten. Deutschland ist vor allem, angesichts seiner Achtung der Menschenrechte, als Zielland attraktiv (vgl. BAMF 2016). Die Entscheidung, das Herkunftsland zu verlassen, ist keineswegs aus einem Affekt heraus entstanden. In der Regel sind die Motive sehr vielschichtig und der Entschluss wohlüberlegt. Menschen, die nicht überraschend fliehen mussten, erörterten die Entscheidung wochenlang mit ihrer Familie, welche auch die hohen Kosten für die Flucht aufbrachte. Häufig investiert die Familie ihr ganzes Kapital, um einem Mitglied zur Flucht zu verhelfen, in der Erwartung, dass diese Person die Familie aus dem Zufluchtsland finanziell unterstützt (vgl. IAB 09/2016, S. 55f.).

Auch die Flucht als solche birgt sehr viele Belastungsfaktoren. Sogenannte Schleuser, die Menschen zur Flucht in ihr Zielland verhelfen sollen, nutzten und beuteten

die Schutzsuchenden aus. Sowohl die Reise über das Meer, als auch über den Landweg brachte große Gefahren mit sich und viele Menschen verstarben. Die erste Etappe ihrer Flucht verbrachten die Schutzsuchenden häufig bis zu drei Monate in Transitländern. Meist handelt es sich um die direkten Nachbarländer des Herkunftslandes. Bereits müde, erschöpft und verängstigt von ihrer Reise, machten die Geflohenen dort teilweise sehr schlechte Erfahrungen. Die Menschen berichten von Erpressung, Misshandlung, Inhaftierung und Diskriminierung in den Transitländern. Es mangelte an Hilfsangeboten, Unterkünften oder Lebensmitteln. Zu diesen Belastungen kommen die Trennung von der Familie und Freunden hinzu und das Unwissen über deren Verbleib. Auch der tödliche Verlust Angehöriger oder Mitreisender, während der Flucht, ist keine Seltenheit (vgl. IAB 09/2016, S. 54f.). Im Durchschnitt befanden sich die Geflohenen laut Befragung 35 Tage auf der Flucht (vgl. DIW 2016, S. 21).

In Deutschland angekommen haben Schutzsuchende mit sogenannten Postmigrationsstressoren zu kämpfen. Nach kurzer Erleichterung, endlich am Ziel der langen Reise angekommen zu sein, rücken vor allem psychische Belastungsfaktoren nach und nach wieder in den Vordergrund. Vielen ist zunächst nicht klar, dass nach dem Registrierungsprozess erst der eigentliche Asylantrag gestellt werden kann. Unsicherheit sowie Unkenntnis über den genauen Ablauf und die Dauer des Asylverfahrens führen zu Ängsten und Frustration. Vor allem die Sprachbarriere führt zu Verständigungsschwierigkeiten mit zuständigen Behörden und ist beim Aufbau sozialer Kontakte hinderlich. Je länger das Verfahren andauert, desto größer wird die Angst vor der Abschiebung ins Herkunftsland. Langandauernde Asylverfahren, sowie Sprachdefizite sorgen außerdem für mangelnde Beschäftigungsmöglichkeiten. Der Wunsch nach sozialen Kontakten und Integration ist seitens der Schutzsuchenden in den meisten Fällen gegeben, jedoch fühlen sie sich unerwünscht, wenn Menschen ihnen abweisend begegnen (vgl. IBA 09/2016, S. 79f.) Mit dem Verlust der sozialen Bezüge aus der Heimat wird das Gefühl, fremd im Aufnahmeland zu sein, noch verstärkt (vgl. Gaebler et al. 2017, S. 110).

2.3 Traumafolgestörungen

Ein psychisches Trauma (griech. Wunde) stellt eine Verletzung der seelischen Gesundheit dar (vgl. DeGPT 2017), die aufgrund einer Diskrepanz zwischen dem tatsächlich Erlebten und den individuellen Bewältigungsstrategien entstanden ist. Die Diskrepanz hat eine Traumareaktion zur Konsequenz. Es gibt Faktoren, die die Verarbeitung der leidvollen Erfahrungen zusätzlich erschweren. Je jünger ein Mensch beim Durchleben eines traumatischen Ereignisses ist, umso weniger verfügt er über die Fähigkeit Situationen oder Verhaltensweisen einzuschätzen. Relevant ist außerdem die Art des Ereignisses, so haben menschliche Handlungen eine schwerwiegendere Wirkungsweise als beispielsweise Naturkatastrophen. Aber auch fehlende Hilfe und Unterstützung verstärken die Hilflosigkeit eines Betroffenen und somit die Ausprägung des Traumas. Ein Faktor, der ebenso großen Einfluss auf die Entstehung und die Ausprägung eines Traumas hat, ist die Resilienz (vgl. Imm-Bazlen 2017, S. 36f.). Der Begriff Resilienz (lat. „resilire“: abprallen, zurückspringen) beschreibt in der Psychologie die seelische Widerstandsfähigkeit eines Menschen gegenüber negativen Umwelteinflüssen (vgl. Wellensiek 2011, S. 18). Je ausgeprägter die Resilienz und somit die persönlichen und sozialen Ressourcen eines Menschen, desto besser kann dieser an der Bewältigung von Krisen wachsen (vgl. Welter-Enderlin et al. 2012, S. 13). Versagen die individuellen Bewältigungsstrategien kann das Erlebte nicht erfasst und verarbeitet werden. Es kommt zu einer Stress- bzw. Traumareaktion (vgl. Imm-Bazlen 2017, S. 36).

In bedrohlichen Lebenssituationen aktiviert der menschliche Körper als natürlichen Schutzmechanismus die Flucht- oder Kampfbereitschaft. Erlebt eine Person jedoch ein schwerwiegendes, traumatisierendes Ereignis, findet im Gehirn eine umfangreiche Stressreaktion statt, die eine angemessene Verarbeitung des Erlebten unmöglich macht. Die Stressreaktion des Körpers hält fortlaufend an und wirkt sich schädlich auf die psychische und körperliche Gesundheit aus (vgl. Imm-Bazlen 2017, S. 52f.). Dies kann sich zunächst in einer akuten Belastungsreaktion äußern, die bei ausreichenden Bewältigungsstrategien nach einiger Zeit von alleine abklingt. Hält der posttraumatische Stress jedoch an, kann es, auch Wochen oder Jahre nach einem traumatischen Ereignis, zu einer Traumafolgestörung kommen (vgl. DeGPT 2017).

Die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) ist eine spezifische Form der Traumafolgestörung (vgl. Flatten et al. 2011, S. 202). Sie wird laut der ICD-10-GM-Liste in den psychiatrischen Fachbereich der neurotischen, Belastungs- und somatoformen Störungen eingeordnet. Die ICD-10-GM ist die deutsche Version der Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung (vgl. DIMDI 2017). Die PTBS unterscheidet sich von der akuten Belastungsreaktion, die nach einer vorübergehenden Krisenreaktion wieder abklingt und der Anpassungsstörung, die sich durch eine emotionale Beeinträchtigung aufgrund eines belastenden Lebensereignisses, äußert. (vgl. BMG 2016, S. 198f.). Die PTBS hingegen zeigt sich als verzögerte Folgereaktion auf ein gravierendes, traumatisches Lebensereignis, das an der eigenen Person, oder an fremden Personen erlebt wurde. Es handelt sich um Ereignisse, die das persönliche Selbst- und Weltbild erschüttern und ein Gefühl der Hilflosigkeit auslösen. Die Symptome der PTBS treten in der Regel gebündelt, als Syndrom, auf. Betroffene leiden unter wiederkehrenden, belastenden Gedanken und Erinnerungen, die sich regelrecht aufdrängen. Die Erinnerungen manifestieren sich in Alpträumen und Flashbacks, es können aber auch Amnesien auftreten. Hinzu kommen Symptome der Überregung wie Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen, Reizbarkeit oder Schreckhaftigkeit. Betroffene zeigen Vermeidungsverhalten bzgl. der Reize und Situationen, welche sie mit dem Trauma assoziieren. Ferner leiden Betroffene an emotionaler Abgestumpftheit, sie ziehen sich zurück, sind desinteressiert und teilnahmslos. Neben der primären psychischen Störung entwickeln Betroffene häufig eine komorbide Störung. Angststörungen, Depressionen, Suchterkrankungen und dissoziative Störungen, oft in Verbindung mit Suizidgedanken, treten begleitend als weitere psychische Störung auf. Als Begleitscheinungen der PTBS finden sich nicht nur seelische Beschwerden, sondern auch körperliche Symptome wie Herzrasen, vermehrtes Schwitzen, chronische Schmerzen oder sogar Organerkrankungen. Die Symptomatik kann direkt auf das traumatische Erlebnis folgen oder mit einer Zeitverzögerung von mehreren Wochen bis Jahren auftreten. Aufgrund dieser Verzögerung, besteht die Gefahr, dass ein lange zurückliegendes Trauma und somit eine PTBS als Erkrankung nicht in Betracht gezogen wird. Auch Erlebnisse aus der Kindheit können bei Erwachsenen eine PTBS hervorrufen (vgl. Flatten et al. 2011, S. 203). Die Prognosen der Erkrankung sind eher positiv, die Mehrzahl der Fälle kann geheilt werden, jedoch besteht bei wenigen Betroffene-

nen die Gefahr einer Chronifizierung. Wenn die Erkrankung über mehrere Jahre besteht, kann sich eine Persönlichkeitsstörung entwickeln (vgl. BMG 2016, S. 198).

2.4 Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland

Die Prävalenz definiert die relative Häufigkeit von Krankheitsfällen innerhalb eines Zeitraums (vgl. GBE 2017). In Anbetracht der Prävalenz von Traumafolgestörungen oder PTBS bei Flüchtlingen gibt es derzeit keine eindeutige Datenlage. Jedoch besteht ein Zusammenhang zwischen der Art des Traumas und der Häufigkeit der PTBS. So wird zum Beispiel von einer 50% Prävalenz bei Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfern und einer 25% Prävalenz bei Opfern von Gewaltverbrechen ausgegangen (vgl. Flatten et al. 2011, S. 203). Zur Ermittlung einer Lebenszeitprävalenz bei Menschen mit Migrationshintergrund wurden im Bundesgesundheitsblatt 19 quantitative Studien von 1999 bis 2014 zur Epidemiologie und Therapie der PTBS, die eine institutionsbasierte oder populationsbasierte Stichprobe beinhalteten, zusammengetragen. Die untersuchte Prävalenz variiert jedoch stark. Dies ist auf die variierende Fallzahl und die große Heterogenität der Menschen verschiedenen Alters, Geschlechts und verschiedener Herkunftsländer zurückzuführen. Auch die Erhebungsinstrumente sowie die Diagnosemethoden unterschieden sich deutlich. Nichtsdestotrotz zeigt das Zusammentragen der Studien, dass Menschen mit Migrationshintergrund eine erhöhte Prävalenz bzgl. der PTBS aufweisen. Mit Ausnahme einer Studie lagen die Werte bei mindestens 16% bei populationsbasierten Stichproben und bei mindestens 22% bei institutionsbasierten Stichproben (vgl. Bozorgmehr et al. S. 609f.).

Eine der aktuelleren Studien zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern fand unter der Leitung des Chefarztes Prof. Dr. Niklewski der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums Nürnberg zwischen 2011 und 2012 statt. Insgesamt wurden über 300 Personen auf Grundlage von Selbstzuweisung und einer randomisierten Stichprobe auf psychische Erkrankungen untersucht (vgl. Niklewski et al. 2012, S. 8f.). Das Ergebnis des Projekts zeigt eine erhöhte Prävalenz von depressiven Störungen, Angststörungen und der PTBS bei Menschen mit Migrationshintergrund im Vergleich zur europäischen Allgemeinbe-

völkerung. Von 125 Personen wurde bei der Zufallsstichprobe bei 47 Menschen (37,6%) eine relevante psychiatrische Diagnose der Nummer F3 oder F4 der ICD-10-Liste festgestellt. Bei den Personen, die sich selbst zuwiesen, lag die Prävalenzrate bei 70,2%. Von 158 Personen wurden 111 eine psychiatrisch relevante Diagnose zugewiesen (vgl. Niklewski et al. 2012, S. 33f.). Die Gruppe F3 der ICD-10-Liste umfasst Affektive Störungen wie depressive Episoden, die Gruppe F4 beinhaltet Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen. Die PTBS wird der Gruppe F4 zugeordnet (vgl. DIMDI 2017).

Zum Vergleich zeigt eine Studie der Psychologischen Hochschule Berlin und der Technischen Universität Dresden zur Psychischen Gesundheit Erwachsener, dass die 12-Monats-Prävalenz der PTBS Erwachsener im Alter von 18 bis 79 Jahren in Deutschland bei lediglich 2,3% liegt (vgl. Jacobi et al. 2015). Trotz der tendenziell hohen Prävalenzrate der PTBS bei Menschen mit Migrationshintergrund sollte nicht pauschal jeder Flüchtling als traumatisiert eingestuft werden. Jeder Mensch erlebt persönliche Schicksalsschläge, die individuell verarbeitet werden (vgl. Imm-Bazlen 2017, S. 36).

3 Hilfsangebote und Therapiemöglichkeiten für traumatisierte Menschen mit Migrationshintergrund

3.1 Therapie von Traumafolgestörungen

Die Traumatherapie wurde ursprünglich in drei Phasen unterteilt. Die Stabilisierungsphase basiert auf Vertrauensaufbau und Beziehungsgestaltung sowie dem Schaffen eines Sicherheitsgefühls. Diese Phase nimmt in der Regel den größten Raum innerhalb der Therapie ein. Sie bereitet den Körper und die Seele auf die Konfrontation mit dem traumatischen Ereignis vor. Nach ausreichender Stabilisierung beginnt die Traumabearbeitungsphase. Sie beinhaltet die Konfrontation mit den traumatisierenden Ereignissen mit anschließender Verarbeitung des Traumas. In der abschließenden Phase, der Integrationsphase wird das Erlebte in die persönliche Lebensgeschichte eingeordnet. Betroffene klären persönliche Sinnfragen und lernen ihr gegenwärtiges Leben und ihre Zukunft neu auszurichten (vgl. Reddemann/Dehner-Rau 2013, S. 66).

Die Therapie von Traumafolgestörungen sollte von einem interdisziplinären Behandlungsteam durchgeführt werden, das gemeinsam einen Gesamtbehandlungsplan erarbeitet. Dieses Behandlungsteam besteht im Idealfall aus Akteuren verschiedener Berufsgruppen des Gesundheits- und Sozialwesens, die sich auf die Therapie von Traumafolgestörungen spezialisiert haben. Beim Durchlaufen des Behandlungsplans können Betroffene sich an verschiedene Ansprechpartner wenden, die ihnen in der jeweiligen Situation Unterstützung anbieten. Neben zeitnaher, traumaspezifischer Psychotherapie, ist es wichtig ein psychosoziales Behandlungsnetzwerk zu organisieren (vgl. Flatten et al. 2011, S. 205). Bei geflüchteten Menschen mit Migrationshintergrund ist das Hilfsnetzwerk sehr umfangreich und muss gut koordiniert werden. Neben dem Fachpersonal für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik, Sozialarbeit, Sozialpädagogik und Sprachmittlung sind außerdem Flüchtlingsbetreuerinnen und -betreuer sowie ehrenamtliche Helferinnen und Helfer als Bezugspersonen involviert (vgl. Schneck 2017, S. 144).

Die Diagnose der PTBS wird von einer Fachärztin oder einem Facharzt für psychiatrische Erkrankungen gestellt. Diese schätzen zunächst, innerhalb der sogenannten Stabilisierungsphase, ein, ob Betroffene einen Stabilisierungsbedarf haben. Stabilität bedeutet in diesem Zusammenhang, dass Betroffene über eine angemessene Affektregulation, soziale Kompetenzen und die Fähigkeit zum Selbstmanagement verfügen. Um diesen Bedarf abzuklären wird im weiteren Therapieverlauf eine stabile therapeutische Beziehung hergestellt. Betroffene werden so an die therapeutischen Maßnahmen gebunden. Ferner schätzen die behandelnde Ärztin oder der behandelnde Arzt ein, ob eine Selbst- oder Fremdgefährdungstendenz besteht. Ist dies der Fall, ist es indiziert eine Akutversorgung in einer psychiatrischen Klinik zu veranlassen, bis Betroffene in einem stabileren Zustand sind (vgl. Flatten et al. 2011, S. 205).

Die Erstmaßnahmen der traumaadaptierten Psychotherapie sollen äußere Sicherheit schaffen und vor weiterer Traumaeinwirkung schützen. Mithilfe von Psychoedukation, also psychotherapeutischen Maßnahmen, die auf eine Aufklärung bzgl. Diagnose und Therapie abzielen (vgl. Bäuml & Pitschel-Walz, 2008, S. 3), sollen Betroffene und ihre Angehörigen bei der Akzeptanz und später bei der Bewältigung ihrer Erkrankung unterstützt werden. Sie erhalten Hilfestellung beim Aufbau sozialer Netzwerke, der Entwicklung interpersoneller Ressourcen sowie bei der Kontrolle von Symptomen. Zusätzlich kann eine Psychopharmakotherapie indiziert sein. Bei

komorbiden Störungen wie depressiven Episoden, Angststörungen und Psychosen können Antidepressiva, Neuroleptika und Tranquilizer wie Benzodiazepine die Therapie unterstützen. Jedoch ist hierbei die besondere Suchtgefährdung traumatisierter Menschen zu berücksichtigen (vgl. Reddemann/Dehner-Rau 2013, S. 66f.). Auch adjuvante Verfahren wie Kunst-, Ergo-, oder Körpertherapie können einbezogen werden, wenn Betroffene hierfür offen sind. (vgl. Flatten et al. 2011, S. 205).

Sobald Betroffene ausreichend Ressourcen, Bewältigungsstrategien und Vertrauen zu den therapeutischen Bezugspersonen entwickelt haben, kann die Traumabearbeitungsphase beginnen. Die Indikation zur Traumabearbeitung wird unter Einbezug des gesamten Behandlungsteams getroffen. Die Bearbeitung des Traumas kann sowohl stationär, auf Schwerpunktstationen oder Tageskliniken, als auch ambulant, in Schwerpunktpraxen ggf. in Verbindung anderer ambulanter Angebote, erfolgen. Das Setting ist abhängig von der Ausprägung der Störung und der Stabilität des Betroffenen. Fortlaufend ist eine transparente Vernetzung von Angeboten und Ansprechpartnern wichtig. Die traumaadaptierten Interventionen sollten weiterhin in einen Gesamtbehandlungsplan eingebettet sein. Betroffene werden innerhalb der Bearbeitungsphase nach und nach mit dem Ereignis konfrontiert, welches die traumatische Störung ausgelöst hat. Traumatisch festgehaltene Erinnerungen werden durchgespielt und aufgearbeitet. Ziel der Phase ist die Integration des Erlebten in das Bewusstsein Betroffener (vgl. Flatten et al 2011, S. 208). Die Traumaaufarbeitung sollte nicht durchgeführt werden, wenn Betroffene sich in einer Psychose befinden, Suizidgedanken äußern, ihre Affekte nicht kontrollieren können, selbstverletzendes Verhalten zeigen, eine dissoziative Störung aufweisen oder sich noch nicht ausreichend zum traumatischen Ereignis distanzieren können. Unter diesen Umständen würde die Konfrontation mehr Schaden als Nutzen ausrichten. Die Traumakonfrontation ist nicht immer zwingend erforderlich und sollte nie zu früh oder als alleinige Intervention durchgeführt werden. In manchen Fällen können Betroffene auch ohne konkrete Konfrontation ihre Traumafolgestörung überwinden (vgl. Reddemann/Dehner-Rau 2013, S. 84f.).

Therapieformen, die sich zur Traumakonfrontation eignen, sollen schonend für Betroffene sein und ihnen Kontrolle über den Therapieverlauf gewähren. Bei der Kognitiv-behavioralen Therapie geht es darum, sich negatives Denken wie Schuldgefühle oder Selbstzweifel, bewusst zu machen und diese ggf. zu verändern. Im Rahmen der

Verhaltenstherapie kann die Prolongierte Exposition nach Edna Foa genutzt werden. Traumatische Erfahrungen werden in Therapiesitzungen detailliert benannt und aufgezeichnet. Betroffene sind dazu aufgefordert, sich die Aufzeichnungen täglich zuhause anzuhören, bis das Bewusstsein eintritt, dass die Situation vorbei und überstanden ist. Bei Psychodynamischen Therapien wie der Mehrdimensionalen Psychodynamischen Traumatherapie (MPTT) nach Gottfried Fischer oder der Psychodynamischen imaginativen Traumatherapie (PITT) nach Luise Reddemann liegt der Fokus auf der therapeutischen Beziehung und der Einsichtsförderung. Die „Eye Movement Desensitization and Reprocessing“-Methode (EMDR) nach Francine Shapiro soll Betroffenen ermöglichen, traumatische Erlebnisse sehr schnell zu durchleben und zu verarbeiten. Gleichzeitig werden durchlebte Ereignisse und die damit verbundenen Gefühle jedoch sehr intensiv wahrgenommen. Mit gezielten Handbewegungen lösen Therapeuten Augenbewegungen bei Betroffenen aus, die das Gehirn zu einer beschleunigten Traumaverarbeitung anregen (vgl. Reddemann/Dehner-Rau 2013, S. 76f.). Verfahren wie diese sollten lediglich von qualifizierten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit traumatherapeutischen Kompetenzen durchgeführt werden (vgl. Flatten et al 2011, S. 208). Neben den genannten Therapieformen sind begleitende Maßnahmen wie die Psychopharmakotherapie und sozialpsychiatrische Interventionen, je nach Stabilität des Betroffenen, weiterhin sinnvoll. Soziale Unterstützung erfolgt durch die Einbeziehung Angehöriger, die berufliche Rehabilitation sowie die Existenzsicherung. Die Traumatherapie endet jedoch nicht mit der Traumabearbeitungsphase (vgl. Flatten et al. 2011, S. 208).

In der abschließenden Integrationsphase erhalten Betroffene Unterstützung bzgl. einer Rückfallprophylaxe. Sie erarbeiten persönliche Strategien, die ihnen die Bewältigung künftiger belastender Lebensphasen ermöglichen. Ferner werden in dieser Phase der Neuorientierung Zukunftsperspektiven entwickelt. Die Sinnfrage des Lebens wird neu bewertet und es findet eine soziale Neuorientierung statt. Betroffene lernen, sich mit den traumaspezifischen Verlusten auseinanderzusetzen und erhalten Raum und Zeit für Trauerarbeit (vgl. Flatten et al. 2011, S. 208).

3.2 Bedarf und Bedürfnisse traumatisierter Menschen mit Migrationshintergrund

Im folgenden Abschnitt werden die zwischenmenschlichen Interventionen der oben beschriebenen Traumatherapie differenzierter vorgestellt. Anhand dessen wird dargelegt welchen Bedarf und welche Bedürfnisse traumatisierte Flüchtlinge während ihrer Traumabewältigung haben. Die im Folgenden beschriebenen Interventionen können sowohl von ehrenamtlichen, als auch von professionellen Helferinnen und Helfern des Sozial- und Gesundheitswesens angewandt werden. Für eine adäquate Traumabegleitung, vor allem bezüglich der Traumabearbeitungsphase, ist es jedoch unabdingbar professionelle Hilfe in Anspruch zu nehmen.

In der Stabilisierungsphase der Traumabewältigung geht es um Bindungssicherheit und Vertrauen, um Beziehungen, das Fördern der Selbstwirksamkeit und des Selbstvertrauens um den Aufbau von Vertrauen mit dem Ziel eine Beziehung zur betroffenen Person herzustellen. In dieser Phase ist ‚Bindung‘, also das Bestehen sowie das Herstellen zwischenmenschlicher Beziehungen, von hoher Bedeutung. Schon vor dem Durchleben einer Krise entscheidet mitunter die Bindung zu Bezugspersonen über die Resilienz, eines Menschen. Gebundene Personen verfügen in der Regel über umfassendere Bewältigungsstrategien, sie sind in der Lage offen Emotionen zu zeigen und in Krisensituationen aus Beziehungen zu schöpfen (vgl. Lennertz zit.n. Zimmermann 2011, S. 175f.) . Bei Menschen, die ein traumatisches Ereignis durchlebt und nie sichere Bindung erfahren haben, gilt es positive Bindungserfahrungen zu erzeugen. Im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen bedeutet das, Kontinuität herzustellen. Diese kann durch feste Ansprechpartner, also Bezugspersonen, erfolgen. Betroffene müssen sich während der Traumabewältigung auf konstante Beziehungen verlassen können. Dies setzt ein kontinuierliches Verhalten der Menschen voraus, die Geflohene unterstützen möchten. Dieses Verhalten umfasst die bedingungslose Annahme des Gegenübers, Wertschätzung, Empathie sowie die Wahrung von Grenzen. Dies bedeutet jedoch nicht, dass das Gegenüber uneingeschränkt einverstanden mit dem Verhalten oder den Affekten Betroffener sein muss. Traumatisierte Menschen weisen beispielsweise eine erhöhte Empfindlichkeit und Reizbarkeit auf. Hierbei spielt das Vermitteln von Transparenz und Authentizität eine wichtige Rolle. So ist das reflektierte Anzeigen von Wut oder Ärger bei Grenzüberschreitungen seitens Betroffener durchaus angemessen. Wichtig ist es, dem Gegenüber weiterhin wertschätzend und respektvoll zu begegnen.

Betroffene Menschen erleben Kontinuität außerdem durch transparente Beziehungsnetzwerke. Es muss Klarheit geschaffen werden, an wen sie sich in welcher Situation und zu welchem Zeitpunkt wenden können. So gibt es in der Begleitung von traumatisierten Menschen mehrere Bezugspersonen, die fachlich entsprechend auf deren Bedürfnisse spezialisiert sind. Aber auch ehrenamtliche Helfer können zu einer Bezugsperson werden (vgl. Imm-Bazlen 2017, S. 84f.). Die Bezugsperson als solche muss als zuverlässige Basis agieren (vgl. Brisch 2014 S. 25). Damit traumatisierte Menschen sich weiterentwickeln können, bedarf es also einer kontinuierlichen Bindung zu Bezugspersonen. Je sicherer die emotionale Verbindung ist, umso größer sind die Fortschritte bei der Traumabewältigung.

Im Zuge der Beziehungsgestaltung gilt es nicht nur das Vertrauen der betroffenen Menschen zu erlangen, sondern auch darum, ihnen Vertrauen in ihre eigenen Fähigkeiten zu schenken. Das Gefühl der Hilflosigkeit soll durch das Gefühl der Selbstwirksamkeit ersetzt werden. Betroffene müssen erfahren, dass sie selbst Einfluss auf ihr Leben und ihr Umfeld haben. Sie werden dazu befähigt Verantwortung zu übernehmen und Autonomie zurückzugewinnen, indem ihnen Freiheiten eingeräumt werden. Bei der Arbeit mit traumatisierten Menschen mit Migrationshintergrund gilt es Freiheiten bzgl. ihrer Kultur zu gewähren. Die Wertschätzung, die damit einhergeht, fördert das Selbstwertgefühl und die Selbstwirksamkeit. Auch das Setzen von Grenzen seitens Betroffener sowie das Tragen von Verantwortung sind wichtige Bestandteile der Selbstwirksamkeit. Viele der Menschen können aufgrund ihrer traumatischen Erfahrungen nicht mehr für sich selbst einstehen. Bezugspersonen sollten hierbei solange Unterstützung anbieten, bis Betroffene ausreichend Vertrauen und Bindungssicherheit erfahren haben, um sich selbst zu schützen (vgl. Imm-Bazlen 2017, S. 104). Während der Traumabegleitung werden außerdem gemeinsam Bewältigungsstrategien erarbeitet, die den Menschen helfen, sich selbst zu helfen. Denn jemand der in schwierigen Situationen handlungs- und entscheidungsfähig bleibt, ist selbstwirksam. Bewältigungsstrategien lassen sich in erster Linie von vorhandenen Ressourcen ableiten. Ressourcen sind physische, psychische, soziale oder milieubezogene Fähigkeiten, aus denen der Mensch Kraft schöpfen kann, um sein Leben positiv zu gestalten. Auch Glaube kann eine wichtige Ressource sein (vgl. Imm-Bazlen 2017, S. 136).

Ferner beinhaltet die Stabilisierungsphase der Traumabewältigung das Ziel, Sicherheit zu erzeugen. Ein Gefühl von Sicherheit kann über äußere Rahmenbedingungen bzw. gezielte Methoden hergestellt werden. Wie bereits vorab erwähnt, ist eine sichere Bindung zu einer Bezugsperson bei der Traumabewältigung unabdingbar. Ein Bezugsbetreuersystem schafft mithilfe von Transparenz und Kontinuität ein Gefühl von Sicherheit. Zusammen mit einer Bezugsperson können außerdem feste Tagesstrukturen erarbeitet werden. Betroffene empfinden häufig eine innere Unordnung und können ihren Tagesablauf aufgrund des Erlebten nicht mehr selbstständig strukturieren. Feste Routinen und Rituale, zum Beispiel in Form von Wochenplänen, schaffen Klarheit und helfen Ängste abzubauen. Strukturierte Tagesabläufe beinhalten beispielsweise häusliche Verpflichtungen, Berufstätigkeit und Schule sowie die Freizeitgestaltung. Ein weiterer Sicherheitsfaktor ist eine adäquate Gesundheitsförderung und Prävention. Mithilfe von Aufklärungsarbeit bezüglich grundlegender Hygienemaßnahmen und des deutschen Gesundheitssystems können Missverständnisse und Unsicherheiten abgebaut werden. Mit Aufklärungsarbeit geht ein angemessenes Informationsmanagement einher. Wenn Betroffene ausführlich über das Rechtssystem oder das Asylverfahren, bei Bedarf mithilfe eines Dolmetscherdienstes, informiert werden, können sie Prozesse besser nachvollziehen und sich entsprechend selbstsicher verhalten. Weitere äußere Faktoren, die Betroffenen Sicherheit geben, sind eine zuverlässige Nahrungsgrundversorgung und die Verfügbarkeit einer häuslichen Unterkunft (vgl. Schmiege 2017, S. 211f.)

Neben den äußeren Rahmenbedingungen ist ebenso die Erfüllung der Grundbedürfnisse bedeutsam für das Schaffen eines Sicherheitsgefühls. Dazu zählen mitunter physiologische Grundbedürfnisse wie ausreichend Schlaf und das Stillen von Hunger. Auch der Wunsch nach Zugehörigkeit ist ein Grundbedürfnis. Der Mensch ist ein Beziehungswesen, das oftmals seine inneren Bedürfnisse gegenüber gesellschaftlichen Erwartungen zurückstellt und somit ein inneres Ungleichgewicht auslöst. Für Menschen aus fremden Kulturen stellt die Anpassung an eine fremde Gesellschaft eine besondere Herausforderung dar. Der Wunsch nach Integration ist zwar gegeben, jedoch ist die Diskrepanz gegenüber den eigenen Wertvorstellungen zu groß. Die Authentizität der eigenen Person geht verloren. Traumatisierte Menschen haben infolgedessen die Fähigkeit dafür verloren das Ausmaß des inneren Ungleichgewichts einzuschätzen. Je mehr die Identität eines Menschen mit geringem Selbstwertgefühl vom direkten Umfeld in Frage gestellt wird, desto ausgeprägter wird er

nach den persönlichen, kulturellen Wertvorstellungen handeln und diese verteidigen, obwohl das Bedürfnis nach Zugehörigkeit groß ist. Fehlende Akzeptanz verunsichert Menschen und zwingt sie an starren Regeln festzuhalten. Das bedeutet, je mehr die Identität der geflohenen Menschen wertgeschätzt wird, desto besser können sie sich integrieren. Bezugspersonen können sie dabei unterstützen die Fähigkeit des authentischen Handelns wiederzuerlangen. Die Wertschätzung der wahren Identität sorgt wieder für ein inneres Gleichgewicht. Auch die Förderung der Selbstwirksamkeit bewirkt Sicherheit. Je mehr Verantwortung und Entscheidungsfreiheit einem Menschen übertragen wird, umso bewusster wird ihm, dass er selbst Einfluss auf sein Leben hat. Mit Verantwortung geht oftmals die Sinnfrage einher. Diese ist ein Grundbedürfnis des Menschen und kann ein Gefühl von Sicherheit geben. Traumatisierte Menschen können dazu ermutigt werden den Sinn, trotz erschwerter Lebensumstände, in jeweiligen Situationen zu suchen (vgl. Imm-Bazlen 2017, S. 184f.).

Neben der seelischen Unterstützung und Stabilisierung bedarf es in der Begleitung traumatisierter Flüchtlinge stabilisierende Alltagshilfen, die Betroffenen helfen Normalität wiederzufinden. Hierzu zählen die Unterstützung bei Alltagsaktivitäten, die Förderung sozialer Kontakte sowie die Planung von Entspannung- und Ablenkungsmaßnahmen. Hierbei gilt, das richtige Maß an Hilfe und Zuwendung einzuschätzen. Signale des Rückzugs sollten mit Gelassenheit und Geduld beantwortet werden. Die Unterstützungsmaßnahmen sollen das Kennenlernen der fremden Umgebung fördern und Orientierung bezüglich der Alltagsabläufe schaffen. Betroffene werden bei Einkäufen und anderen Erledigungen begleitet. Sie erhalten Unterstützung bei der Wohnungssuche und der Organisation von Haushaltsgegenständen. Sie werden über wichtige Institutionen und Behörden informiert und zu Terminen begleitet. Auch ärztliche und therapeutische Termine können begleitet werden. Bei Bedarf wird ein Dolmetscher oder ein deutschsprachiges Familienmitglied hinzugezogen. Häufig hilft Betroffenen bereits ein Fahrdienst zu wichtigen Terminen. Das Bewusstsein, dass die begleitende Person sich für die persönlichen Interessen einsetzt und bei Rückfragen geduldig zur Verfügung steht, erzeugt ein Gefühl von Sicherheit. In Bezug auf soziale Alltagsunterstützung ist es hilfreich die Interessen der Einzelperson und ggf. deren Familie wahrzunehmen und Kontakte zu Vereinen oder Personen mit ähnlichen Interessen zu vermitteln. Gemeinsame Aktivitäten, der Austausch mit anderen Betroffenen und das Knüpfen von Kontakten, stärkt das Selbstwertgefühl und schafft gleichzeitig Ablenkung von Belastungsfaktoren (vgl. Schneck 2017, S. 152f.).

3.3 Angebote der ambulanten psychiatrischen Versorgung für Menschen mit Migrationshintergrund in der Region Hannover

Neben stationären Therapiemöglichkeiten gibt es einige ambulante Ansprechpartner und Institutionen, die sich auf die Unterstützung und Begleitung traumatisierter Menschen mit Migrationshintergrund spezialisiert haben. Im folgenden Abschnitt werden ambulante Institutionen der Region Hannover anhand einer Studie aus dem Jahr 2012 zur Erfassung der Sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten vorgestellt. Es handelt sich um eine Nachuntersuchung einer Studie aus dem Jahr 2006. Der Sozialpsychiatrische Verbund (SPV) der Region Hannover beauftragte das Ethno-Medizinische Zentrum Hannover e.V. (EMZ) diesen Forschungsauftrag durchzuführen und veröffentlichte diesen als vierten Band der Sozialpsychiatrischen Schriften, die sich bzgl. eines Schwerpunktthemas mit der sozialpsychiatrischen Versorgungssituation der Region Hannover auseinandersetzen. Die Bände erscheinen seit dem Jahr 2007 regelmäßig (vgl. SPV Region Hannover 2014, S. 3).

Der SPV der Region Hannover ist Teil des Sozialpsychiatrischen Dienstes (SpDi) der Region Hannover. Dieser übernimmt die Geschäftsführung des Verbundes. Der SpDi als solcher stellt ambulante Hilfsangebote für psychisch Erkrankte und deren Angehörige zur Verfügung. Die Angebote beinhalten Prävention, Beratung, Betreuung und in Ausnahmeständen der Betroffenen die Durchführung von Kriseninterventionen. Auf Grundlage der Zusammenarbeit mit Kliniken, Ärztinnen und Ärzten, Verbänden und Organisationen können langfristige Versorgungspläne für Betroffene koordiniert und erstellt werden. Die Koordination der Zusammenarbeit verschiedener Anbieter und Institutionen der Region übernimmt der SPV (vgl. Hannover.de GmbH 2017).

Ein Teil der Erhebung zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation aus dem Jahr 2012 wurde quantitativ, mithilfe eines standardisierten Fragebogens, der von den teilnehmenden Institutionen des SPV bearbeitet wurde, durchgeführt. Hierbei ging es um die Erfassung der Gestaltung und Inanspruchnahme sozialpsychiatrischer Leistungen. Der andere Teil der Erhebung erfolgte qualitativ in Form von leitfadengestützten Interviews. Die Interviewpartner waren Experten aus den Institutionen, aus Hilfsorganisationen, Betroffene selbst sowie deren Angehörige. Auf Grundlage der Interviews aus verschiedenen Perspektiven sollte zum einen die Wahrnehmung der

Versorgungssituation aus Sicht der Klienten, zum anderen die persönliche Einstellung der Experten zur Versorgungssituation, erfasst werden (vgl. SPV 2014, S. 16f.).

Dem SPV der Region Hannover gehören fünf Einrichtungen an, deren Schwerpunkt auf Migration liegt. Drei der Einrichtungen nahmen an der Studie teil. Das EMZ, das gleichzeitig hauptverantwortlich für die Nachuntersuchung war, war einer der Teilnehmer (vgl. SPV Region Hannover 2013, S. 55). Es handelt sich um eine gemeinnützige Einrichtung, deren Schwerpunkt auf interkultureller Gesundheitsförderung liegt. In Bezug auf die psychische Gesundheit von Migrantinnen und Migranten bietet das EMZ Maßnahmen der Transkulturellen Psychiatrie, Psychotherapie und psychiatrische Begutachtungen an (vgl. EMZ 2009). Eine weitere Einrichtung mit dem Schwerpunkt Migration ist das Institut für transkulturelle Betreuung e.V. (ITB) in Hannover. Es handelt sich um einen landesweit tätigen Betreuungs- und Vormundschaftsverein, der sich mit Anliegen der rechtlich zu betreuenden Migrantinnen und Migranten auseinandersetzt. Der Verein Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderung e. V. (AHMB) besteht aus Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen unterschiedlichster Kultur- und Sprachkreise. Der Verein setzt sich für die Selbstbestimmung und Förderung der gleichberechtigten Teilhabe am Gesellschaftsleben von Menschen mit körperlichen oder seelischen Handicaps ein (vgl. AHMB 2017). Zum Zeitpunkt der Erhebung lag der Anteil des Personals mit Migrationshintergrund bei 84% innerhalb der drei Einrichtungen (vgl. SPV 2014, S. 56). Die kulturspezifischen Hilfsangebote wurden fast ausschließlich, zu 95%, von Menschen mit Migrationshintergrund wahrgenommen (vgl. SPV 2014, S. 58).

Neben den genannten Einrichtungen, die ihren Schwerpunkt auf die Begleitung, Unterstützung und Betreuung von Migrantinnen und Migranten legen, nahmen auch zwölf sozialpsychiatrische Beratungsstellen der Region Hannover an der Erhebung des Verbundes teil. Dort lag der Anteil des Personals mit Migrationshintergrund zum Zeitpunkt der Erhebung lediglich bei 4% (vgl. SPV 2014, S. 68). Die Unterstützungsangebote der Beratungsstellen wurden zu 13% von Migrantinnen und Migranten genutzt (vgl. SPV 2014, S. 71). Die sozialpsychiatrischen Beratungsstellen richten sich an psychisch Erkrankte und gehandicapte Menschen und deren Angehörige. Neben Beratung und Betreuung bieten diese Nachsorgeleistungen nach Klinikaufenthalten sowie Krisenintervention in akuten Notlagen an (vgl. Hannover.de GmbH 2017).

Von sieben Angeboten der Ambulanten Psychiatrischen Pflege (APP) in der Region Hannover nahmen lediglich zwei Pflegedienste an der Erhebung des SpDi teil. Das Konzept der APP wird in Kapitel 4 genauer erläutert. Das Personal der teilnehmenden Pflegedienste hatte zum Erhebungszeitpunkt zu 78% keinen Migrationshintergrund. Das Angebot wurde zu 92% von Menschen ohne Migrationshintergrund genutzt. Die Klientinnen und Klienten mit Migrationshintergrund wurden zu 70% mit einer F3-Diagnose, also affektiven Störungen, an die Pflegedienste übermittelt.

Ein weiteres wichtiges Angebot zur ambulanten Versorgung psychisch erkrankter Menschen mit Migrationshintergrund sind die 32 Psychosozialen Zentren in Deutschland. In Niedersachsen befindet sich in Hannover das Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge (NTFN). Das NTFN nahm nicht an der Erhebung zur sozialpsychiatrischen Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover teil. Nichtsdestotrotz leistet das Zentrum einen wichtigen Beitrag zur sozialpsychiatrischen Versorgung und Begleitung Betroffener. Sie bieten Stabilisierung, Krisenintervention, psychosoziale Beratung, Aufklärungsarbeit, medizinische Diagnostik und Therapie sowie Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen an. Außerdem leisten sie Öffentlichkeitsarbeit, mit dem Ziel der Vernetzung, Weiterbildung und Sensibilisierung von Helferinnen und Helfern sowie Institutionen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Zentrums setzen sich aus Fachpersonal für Psychiatrie, Psychotherapie, Sozialarbeit, Ergotherapie und Sprachmittlung sowie Ehrenamtlichen zusammen (vgl. BAfF e.V. 2016, S. 40f.).

In dem Versorgungsbericht aus dem Jahr 2016 zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) wurde ein ansteigendes Versorgungsdefizit bezüglich der psychotherapeutischen Versorgung Betroffener festgestellt. Die durchschnittliche Ablehnungsquote für Psychotherapien, die durch die Versorgungszentren bei den Sozialbehörden beantragt wurden, betrug im Jahr 2015 33%. Im Jahr 2013 wurden lediglich 15% der Anträge abgelehnt. Hinzu kommt eine lange Wartezeit für die Bearbeitungsdauer. Im Jahr 2015 wurden 38% der Anträge erst nach über sechs Monaten bearbeitet (vgl. BAfF e.V. 2016, S. 79f.).

Die hier vorgestellten Angebote zur ambulanten psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in der Region Hannover bilden lediglich einen Anteil des Versorgungsspektrums ab. In erster Linie soll ein Überblick über die Insti-

tutionen und Organisationen geschaffen werden, die ihren Schwerpunkt auf die Versorgung von Migrantinnen und Migranten legen. Die APP wurde bereits an dieser Stelle aufgegriffen, da sie im weiteren Verlauf der Ausarbeitung ein zentrales Thema darstellt.

3.4 Barrieren im Zugang zu psychosozialen und psychotherapeutischen Leistungen

Nicht alle Menschen mit Migrationshintergrund, die an psychischen Erkrankungen leiden, können professionelle Hilfe in Anspruch nehmen. Es gibt einige Hindernisse, die den Weg zur Inanspruchnahme psychosozialer Versorgungsleistungen erschweren. Somit besteht vor allem bei Migrantinnen und Migranten mit Traumafolgestörungen, die in erster Linie auf Psychotherapie angewiesen sind, ein Versorgungsdefizit.

Die Zugänglichkeit zu gesundheitlichen und psychosozialen Leistungen ist für Flüchtlinge aufgrund des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) eingeschränkt. Menschen, deren Asylantrag noch in Bearbeitung ist, haben in den ersten 15 Aufenthaltsmonaten lediglich Anspruch auf die Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (§ 4 AsylbLG). Über die Kostenübernahme spezieller Leistungen, wie Psychotherapie oder Dolmetscherkosten, entscheidet im Einzelfall die zuständige Behörde. Das bedeutet, dass viele Geflüchtete bei gesundheitlichen Beschwerden zunächst das Sozialamt aufsuchen müssen, wo entweder ärztliche oder fachfremde Gutachter prüfen, ob ein Behandlungsbedarf besteht. Bei Bedarf wird ihnen dann ein Krankenbehandlungsschein zur Überweisung an eine Ärztin oder einen Arzt ausgestellt. Die Einführung einer Gesundheitskarte für Asylbewerberinnen und Asylbewerber bringt nur teilweise Entlastung. Gemeinden und Krankenkassen entscheiden freiwillig über die Bereitstellung von Gesundheitskarten, daher wurden diese nicht flächendeckend eingeführt. Betroffene können direkt ärztliche Versorgung in Anspruch nehmen, ohne vorher einen Behandlungsschein beantragen zu müssen. Dies führt zu einer schnelleren Abwicklung der medizinischen Versorgung und Verwaltungskosten werden eingespart. Nichtsdestotrotz orientiert sich der Leistungsumfang nach wie vor an dem AsylbLG und psychosoziale Leistungen können nur in Einzelfällen in Anspruch genommen werden (vgl. Flory 2015, S. 5f.).

Ferner entstehen Schnittstellenproblematiken, bezüglich der Kostenübernahme und Genehmigung von Psychotherapien, bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern, die

bereits über 15 Monate in Deutschland leben. Diese haben nach § 264 Absatz 2 Satz 1 und Absatz 4 Satz 1 SGB V Anspruch auf die Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) und sind nicht mehr von den Einschränkungen des AsylbLG betroffen. Sie empfangen dann Sozialhilfe nach dem SGB XII. Psychisch erkrankte Flüchtlinge haben von da an Anspruch auf Psychotherapie. Gesundheitsleistungen werden dann zunächst von der Krankenkasse getragen und vom Sozialhilfeträger erstattet. Befinden sich Betroffene bereits vor Ablauf der 15 Monate in psychotherapeutischer Behandlung, kann es beim Übergang zu Unklarheiten bei der Genehmigung und der Kostenübernahme kommen. Diese erfolgen in den ersten 15 Monaten durch das Sozialamt. Danach muss die Leistung von der GKV genehmigt werden. Die Psychotherapien müssen aufgrund dessen vorzeitig abgebrochen werden (vgl. BÄK/BPtk 2015, S. 6).

Eine weitere Zugangsbarriere zu psychotherapeutischen Leistungen stellt die fehlende Finanzierung für Dolmetscherdienste dar. Selbst von der GKV genehmigte Psychotherapien oder andere psychiatrische Behandlungen können ohne Sprachmittlung nicht durchgeführt werden. Es besteht zwar die Möglichkeit, neben dem Antrag auf Psychotherapie, einen Antrag auf Übernahme der Kosten für Dolmetscherdienste bei der GKV zu beantragen, jedoch wird dies in der Regel abgelehnt. Obwohl sich sprachmittlungsgestützte Psychotherapien als erfolgreich erwiesen haben. Es besteht ferner die Möglichkeit einen Antrag auf Mehrbedarf beim Jobcenter zu stellen, die Beantragung ist allerdings relativ aufwändig und der Bearbeitungszeitraum sehr lang (vgl. BÄK/BPtk 2015, S. 7).

Psychotherapie ist laut der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtk) und der Bundesärztekammer (BÄK) die Behandlungsmethode der ersten Wahl bei einer PTBS (vgl. BÄK/BPtk 2015, S. 8). Jedoch fehlen sehr viele Therapieplätze und die Wartezeiten sind extrem lang. Im schlimmsten Fall führen akute Symptome einer Traumafolgestörung ohne zeitnahe Therapie zu einer Chronifizierung (vgl. BAfF 2016, S. 101).

Die bereits unter **3.3** vorgestellten Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer übernehmen derzeit den größten Anteil der psychotherapeutischen Versorgung von betroffenen Migrantinnen und Migranten (vgl. BÄK/BPtk 2015, S. 8). Insgesamt 19.472 (5%) von rund 380.000 Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen erhielten im Jahr 2015 in den Zentren psychosoziale Unterstützung oder wurden von diesen in

die Regelversorgung vermittelt. 14.109 Betroffene wurden direkt in den Zentren versorgt, 5.147 (36%) nahmen die dortige Psychotherapie in Anspruch. Im Durchschnitt versorgte jedes Zentrum im Jahr 2015 441 Betroffene, 161 befanden sich pro Zentrum in Psychotherapie. Im Jahr 2015 standen in den 32 Zentren, während eines durchschnittlichen Monats, 1700 Menschen auf Wartelisten. Die durchschnittliche Wartezeit betrug ca. 6 Monate, ein Drittel der Zentren musste Aufnahmestopps verhängen, da die Kapazitäten nicht ausreichten. Außerdem wurden in allen Zentren insgesamt 40% mehr Flüchtlinge, aufgrund fehlender Kapazitäten, abgelehnt als aufgenommen. Um dieses erhebliche Versorgungsdefizit auszugleichen vermitteln die Psychosozialen Versorgungszentren Betroffene an Leistungserbringer der Regelversorgung. Doch auch hier bestehen, die bereits oben beschriebenen, Probleme bezüglich der Genehmigung sowie der Kostenübernahme der Therapie und der Sprachmittlungskosten seitens der GKV. Aber auch Berührungängste und fehlende Erfahrung der Leistungserbringer führen oftmals zur Ablehnung von traumatisierten Flüchtlingen (vgl. BAfF 2016 S.101ff.).

Neben den Zugangsbarrieren des Gesundheits- und Sozialsystems können auch persönliche Barrieren eine psychosoziale Versorgung von traumatisierten Menschen mit Migrationshintergrund erschweren. Sprachliche Barrieren sind nicht ausschließlich aufgrund einer anderen Muttersprache gegeben, sondern können auch in Zusammenhang mit der Erkrankung der PTBS stehen. Das Sprechen über traumatisierende Ereignisse ist sehr schwer, da es Erinnerungen hervorrufen kann, die für Betroffene kaum zu ertragen sind. Aus diesem Grund haben traumatisierte Menschen häufig Probleme ihre Beschwerden und das Geschehene in Worte zu fassen. Hinzu kommt ggf. der Bedarf eines Dolmetscherdienstes. Wobei Betroffene sich beim Sprechen über ihr Befinden noch schwerer tun, wenn Dritte involviert sind (vgl. BAfF e.V. 2016, S. 16).

Auch ein anderer kultureller Hintergrund kann eine Barriere in der psychosozialen Versorgung darstellen. Verschiedene Kulturen haben verschiedene Auffassungen von Gesundheit und Krankheit. Insbesondere psychische Erkrankungen sind in vielen Kulturen tabuisiert und schambesetzt. Außerdem werden oftmals unrealistisch hohe Erwartungen an die Medizin Westeuropas gestellt. Betroffene erhoffen sich schnelle Heilung von psychischen und physischen Beschwerden, obwohl vor allem die Therapie von Traumafolgestörungen eine relativ lange Zeit und Geduld erfordern.

Je nach kulturellem Hintergrund und traumatischer Erfahrung, ist in manchen Fällen das Geschlecht des Therapeuten bzw. der potentiellen Bezugsperson entscheidend. Das „verkehrte“ Geschlecht kann durchaus eine Vertrauensbarriere verursachen und eine adäquate Therapie verhindern (vgl. BAfF 2016, S. 17f.).

Geflohene Menschen, die lange Zeit extremer Gewalt und Folter ausgesetzt waren, sind aufgrund tiefgreifender Scham- und Schuldgefühle, schwer zu erreichen. Sie haben das Vertrauen in sich und andere verloren und schwanken permanent zwischen Hilfsbedürfnis und Misstrauen. Ein Vertrauensaufbau ist erschwert. Da Betroffene sich auf ihrer Flucht nur auf sich selbst verlassen konnten, fällt ihnen die Integration in einen strukturierten Alltag schwer (vgl. BAfF 2016, S. 19).

Wie Bezugspersonen und Therapeutinnen und Therapeuten traumatisierter Menschen angemessen auf die beschriebenen persönlichen Barrieren reagieren können, wurde unter Abschnitt **3.2** erläutert.

4 Das Konzept der Ambulanten Psychiatrischen Pflege

4.1 Entstehung und Entwicklung der Ambulanten Psychiatrischen Pflege

Erste Modellversuche zum Angebot der APP wurden ab 1980 in vorhandenen Sozialstationen durchgeführt. Eigenständige psychiatrische Pflegedienste konnten nur in Einzelfällen, auf Grundlage von Sondervereinbarungen, gegründet werden. Die damaligen Leistungen richteten sich in erster Linie an entlassene Langzeitpatienten aus psychiatrischen Kliniken. Angebote, die in den Folgejahren auf Basis verschiedener Länderregelungen entstanden, unterschieden sich stark von ihren pflegerischen Leistungen und ihrer Angebotsdauer. (vgl. Hemkendreis/Haßlinger (2014, S. 13f.). Auch für die psychiatrische Versorgung gilt die, seit 2003 im SGB XII gesetzlich verankerte, Vorgabe ambulante Angebote den stationären Leistungen vorzuziehen (vgl. SGB XII § 13 Art. 1, Abs. 1 und Abs. 2).

Im Jahr 2004 wurde die APP an einzelnen Standorten Teil der integrierten Versorgung nach § 140 a-d SGB V (vgl. BAPP 2008, S. 2). Die integrierte Versorgung soll mithilfe von indikationsspezifischen Verträgen einzelne Leistungssektoren miteinander vernetzen und somit die Wirtschaftlichkeit und die Qualität der medizinisch inter-

disziplinären Versorgung verbessern (vgl. AOK 2017). Im Rahmen der integrierten Versorgungsverträge wurde für die APP eine neuartige Versorgungsstruktur geschaffen, deren Richtlinien sich erstmals von der Häuslichen Krankenpflege unterscheiden. Unabhängig von der integrierten Versorgung schuf der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) im Jahr 2005 die Grundlage für die Implementierung der APP in die Regelversorgung. Die psychiatrische Pflege wurde in den Richtlinien über die Verordnung von Häuslicher Krankenpflege des G-BA festgehalten und ermöglicht seitdem eine ärztliche Verordnung psychiatrischer Pflegeleistungen für ambulante psychiatrische Pflegedienste (vgl. BAPP 2008, S. 2).

Die Verankerung der psychiatrischen Pflege in die Häusliche Krankenpflege schien zunächst eine Möglichkeit zu sein, die APP flächendeckender anbieten und verbreiten zu können. Die Richtlinien wurden allerdings bezüglich ihrer Umsetzung sehr unkonkret formuliert. Die einzelnen Bundesländer waren dazu aufgefordert die Zulassungsbedingungen für APP individuell zu definieren, wodurch große regionale Unterschiede entstanden sind. Leistungserbringer der APP müssen Umsetzungsbestimmungen mit örtlichen Kostenträgern gesondert aushandeln. Dies bedeutet, dass sich nicht nur die Einsatzdauer und die Vergütung der Leistungen regional unterscheiden, sondern auch die Versorgungsqualität. Zudem ist die Bereitschaft der Kostenträger, ambulante psychiatrische Pflegeleistungen zu übernehmen, häufig gering (Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 17).

Des Weiteren ist die Verordnungsmöglichkeit zeitlich und diagnostisch begrenzt (vgl. BAPP 2008, S. 2) So darf der Versorgungszeitraum laut Verordnung vier Monate nicht überschreiten. Außerdem sind lediglich Diagnosen, bei denen die Effektivität der APP literarisch nachgewiesen wurde, verordnungsfähig. Grundlage für den Katalog verordnungsfähiger Diagnosen bildet eine nationale und internationale Literaturrecherche, die der G-BA hat durchführen lassen (vgl. Tschinke 2007, S. 255) Der Ausschluss bestimmter Diagnosen, fehlende einheitliche Versorgungsrichtlinien sowie die häufig fehlende Bereitschaft zur Kostenübernahme seitens der Kostenträger bremst die erwünschte, flächendeckende Entwicklung der APP (vgl. BAPP 2008, S.3).

Die berufspolitische Organisation „Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege“ (BAPP) setzt sich seit 2002 für die Förderung der APP und das Recht auf eine patientenorientierte, ganzheitliche Versorgung psychisch erkrankter Menschen ein. Die

BAPP hat nicht nur in Deutschland ein Netzwerk für die APP geschaffen, sondern auch in der Schweiz und in Österreich. Seit 2004 finden jährlich länderübergreifende Arbeitsgruppen im Rahmen eines Dreiländerkongresses zur psychiatrischen Pflege statt (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 16f.). Im Zuge der Qualitätsförderung formulierte die BAPP einen Anforderungs- und Tätigkeitskatalog, sowie ein Leitbild für die APP. In Form von Online-Publikationen setzt sie sich außerdem mit dem aktuellen gesundheitspolitischen Geschehen bezüglich APP auseinander und liefert Hilfestellung bei gesetzlichen Fragen (vgl. BAPP 2017). Regionalgruppen der BAPP sollen als Ansprechpartner für Leistungserbringer bezüglich der regionalen Bedingungen fungieren. Seit 2007 hat die BAPP eine Berechtigung auf Anhörung vor dem G-BA (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 17).

4.2 Voraussetzungen für die Verordnung und Durchführung Ambulanter Psychiatrischer Pflege

Die APP ist immer eine freiwillige Maßnahme für Betroffene und wird von spezialisierten Fachpflegediensten angeboten. Die wichtigsten Kooperationspartner der o. g. Pflegedienste sind Kliniken, bzw. daran angeschlossene Psychiatrische Institutsambulanzen (PIA) und niedergelassene Fachärztinnen und Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie. Voraussetzung für die APP ist eine Verordnung für Häusliche Krankenpflege. Die sogenannte Erstverordnung darf ausschließlich von einem niedergelassenen Facharzt oder einem Facharzt der PIA ausgestellt werden. Nach Diagnose-sicherung durch die Fachärztin oder den Facharzt können auch die Hausärztin oder der Hausarzt APP verordnen (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 23f.). Zur Verordnung gehören der Verordnungsvordruck zur Häuslichen Krankenpflege und ein fachärztlich erstellter Behandlungsplan. Diese müssen die Indikation, die Fähigkeitsstörungen, die Zielsetzung der Behandlung und die Behandlungsschritte enthalten (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 23f.).

Ist die Verordnung ausgestellt, so nimmt das ärztliche Fachpersonal oder die betroffene Person selbst, zeitnah telefonischen Kontakt zum psychiatrischen Pflegedienst auf. Ein erster persönlicher Kontakt der Pflegefachkraft zur Klientin oder zum Klienten erfolgt in der Regel innerhalb von drei Tagen nach Ausstellung der Erstverordnung. Die zuständige Pflegefachkraft stimmt die nachfolgenden Termine flexibel

mit den Klientinnen und Klienten ab. Eine Erstverordnung wird zunächst für 14 Tage ausgestellt. Die Pflegeperson hat innerhalb dieses Zeitraums die Möglichkeit eine vertrauensvolle Beziehung zur betroffenen Person aufzubauen und eine sogenannte Pflegeakzeptanz herzustellen. Kann dies in der vorgegeben Zeit nicht erreicht werden, wird keine Folgeverordnung ausgestellt. Der Verordnungszeitraum für APP kann seitens der Krankenkasse für maximal vier Monate bewilligt werden. Innerhalb dieser Zeit können pro Woche bis zu 14 Termine stattfinden. Diese sollen während des Verordnungszeitraums jedoch nach und nach reduziert werden. Eine Ausnahme stellen Krisensituationen innerhalb des Zeitraumes dar. Hierbei gilt es durch vermehrte Terminvereinbarungen einen Klinikaufenthalt zu verhindern (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 22f.).

In Anbetracht der Schwere und unabsehbaren Verlaufsform einiger psychiatrischer Erkrankungen wird ein maximaler Verordnungszeitraum von lediglich vier Monaten von Fachkräften kritisiert. Ebenso ist fraglich, ob ein Erstverordnungszeitraum von 14 Tagen bei allen Betroffenen für das Schaffen einer Vertrauensbasis ausreicht. Mit der Folgeverordnung hat der Pflegedienst eine ausführliche Pflegeplanung und Pflegedokumentation beim Kostenträger einzureichen. Diese Unterlagen werden vom Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) geprüft, welcher über eine Ablehnung oder Kostenübernahme einer Folgeverordnung entscheidet (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 29f.).

Aus der Pflegeplanung und der Dokumentation muss eindeutig hervorgehen, dass die betroffene Person ihre Fähigkeitsstörungen innerhalb des Pflegeprozesses, mit Hilfe entsprechender Maßnahmen, positiv beeinflussen kann. Außerdem muss deutlich gemacht werden, dass das angestrebte Therapieziel, im Rahmen des Verordnungszeitraums erreichbar ist (vgl. G-BA 2005b). Der Antrag auf APP darf hierbei nicht grundsätzlich abgelehnt werden, jedoch kann der Kostenträger die Behandlungszeiträume kürzen. Um dies zu verhindern ist eine professionelle Argumentation seitens des Pflegedienstes entscheidend. Nach Ablauf des maximalen Verordnungszeitraums von vier Monaten erfolgt in der Regel eine Ablehnung der Kostenübernahme von Folgemaßnahmen (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 31f.).

Die Umsetzung der APP wird von den Kostenträgern, je nach Region, in unterschiedlichen Verträgen geregelt. Die BAPP setzt sich seit längerem für eine bundeseinheitliche Regelung ein, jedoch bisher ohne Erfolg. Allerdings hat die BAPP im Jahr 2008

Empfehlungen zur Ausführung der APP zusammengetragen. Die Empfehlungen orientieren sich an den Maßstäben und Grundsätzen zur Sicherung und Weiterentwicklung der Pflegequalität (SGB XI § 113) (vgl. BAPP 2008). Das Land Niedersachsen bietet mit dem „Vertrag gemäß § 132 a Abs. 2 SGB V für die Häusliche psychiatrische Fachkrankenpflege mit einem spezialisierten Pflegedienst“ (AOK 2011), laut der BAPP, ein gutes Vorbild wie ein möglicher bundeseinheitlicher Vertrag zusammengesetzt sein könnte. Die Vereinbarungen seien qualitativ gut und die Lösungsansätze realistisch (vgl. BAPP 2008).

Das Personal ambulanter psychiatrischer Pflegedienste besteht aus 3-jährig examinierten Pflegefachkräften, die über ausreichend Berufserfahrung im Fachbereich Psychiatrie verfügen. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter sollten mindestens 200 Fortbildungsstunden im Bereich Psychiatrie oder Gerontopsychiatrie nachweisen können. Alternativ ist eine Berufserfahrung von mindestens fünf Jahren im Fachbereich Psychiatrie anzuerkennen (vgl. BAPP 2008).

4.3 Zielgruppen und Tätigkeitsfelder der Ambulanten Psychiatrischen Pflege

Das Angebot der APP richtet sich grundsätzlich an alle Menschen, die wegen psychischer sozialer Probleme in Krisensituationen geraten sind und ihren Alltag nicht mehr alleine bewältigen können. Die APP kann anstatt einer Krankenhausbehandlung, zur Vermeidung von Klinikeinweisung und zur Sicherung der ambulanten fachärztlichen Behandlung erfolgen. Betroffene können das aufsuchende Angebot mehrmals in der Woche in Anspruch nehmen, um an ihren Fähigkeitsstörungen zu arbeiten, ihre Ressourcen zu stärken und Bewältigungsstrategien zu entwickeln. Das Aufsuchen im persönlichen Umfeld hilft den Pflegefachkräften dabei, umgebungsbezogene und personenbezogene Faktoren, ebenso wie Angehörige, in die Versorgung miteinzubeziehen (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 24).

Bezüglich der verordneten Hauptdiagnosen zur Inanspruchnahme von APP existieren nur wenige Erhebungen, die teilweise nicht veröffentlicht wurden. Laut der unter Punkt **3.3** vorgestellten Studie zur Sozialpsychiatrischen Versorgungssituation in der Region Hannover, war die verordnete Diagnose der Klientinnen und Klienten der teilnehmenden Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienste zu 67% den F3- und zu 33% den F2- Diagnosen zuzuordnen (vgl. SPV 2014, S. 85). Diese umfassen Affektive

Störungen und das Krankheitsbild der Schizophrenie. Der GB-A gibt in den Richtlinien zur Häuslichen Krankenpflege (SGB V § 92 Absatz 1 Satz 2 Nr. 6 und Absatz 7) die verordnungsfähigen Diagnosen zur Häuslichen psychiatrischen Krankenpflege vor. Neben den zuvor genannten Hauptdiagnosen, zählen u.a. Formen der Demenz, organisch bedingte psychische Störungen sowie Anteile der neurotischen Belastungs- und somatoformen Störungen zu den verordnungsfähigen Diagnosen (vgl. G-BA 2017). Nichtsdestotrotz ist fraglich, ob die ICD-Liste dazu geeignet ist, die Zielgruppe der APP zu beschreiben. Psychiatrische Pflege behandelt nicht die Erkrankung an sich, sondern betrachtet die Erkrankung lediglich als Teil des komplexen Daseins. Betroffene haben, neben ihrer Erkrankung, auch gesunde Anteile in sich, die aktiviert und gefördert werden müssen (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 26).

Die Aufgaben und Leistungen der APP sind vielseitig und erfordern, neben einer ausgeprägten Sozialkompetenz, ein umfangreiches Fachwissen, Organisationsfähigkeit und Kooperationsbereitschaft (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 37). Die Richtlinien des GB-A geben lediglich drei Maßnahmen der häuslichen psychiatrischen Krankenpflege vor. Demnach beinhaltet die Versorgung das Erarbeiten einer Pflegeakzeptanz bzw. das Aufbauen einer Beziehung, das angemessene Intervenieren in Krisensituationen sowie die Erarbeitung von Bewältigungsstrategien bezüglich des Umgangs mit Fähigkeitsstörungen (vgl. SGB V § 92 Abs. 1 und Abs. 7).

Zur genaueren Differenzierung der Leistungen verfasste die BAPP im Jahr 2003 einen Tätigkeitskatalog für die APP. Diese 16 Tätigkeitsfelder machen den Umfang des Leistungsspektrums deutlich. Zu den wesentlichen Elementen zählen die Beziehungsgestaltung, aktives Zuhören, Unterstützung bei der Tagesstrukturierung, Empowerment sowie Begleitung und Hilfe bei lebenspraktischen Tätigkeiten. Die ambulante Versorgung hebt sich vor allem aufgrund der Unterstützung bei lebenspraktischen Problemen vom stationären Setting ab (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 21f.).

Da eine Darlegung der einzelnen Tätigkeiten Ambulanter Psychiatrischer Pflegedienste sehr umfangreich wäre, wird im Folgenden lediglich auf Besonderheiten und Herausforderungen eingegangen, die das ambulante Setting in der psychiatrischen Pflege mit sich bringt. Im ambulanten Setting greifen andere Versorgungsstrategien als in der psychiatrischen Klinik. Die Klientinnen und Klienten bestimmen selbst, ob sie mit der Pflegeperson in Kontakt treten möchten und sie zur Tür hereinlassen. So

kommt es nicht selten vor, dass Pflegepersonal eines psychiatrischen Pflegedienstes nach dem Erstkontakt vor verschlossenen Türen steht. Von daher ist es von hoher Priorität, neben den ärztlich angeordneten Maßnahmen, die Bedürfnisse der Betroffenen zu berücksichtigen und Interventionen auf einer Augenhöhe auszuhandeln. Bevormundendes Verhalten, welches das Pflegepersonal häufig in psychiatrischen Kliniken zeigt, wird ambulant nicht greifen. Betroffene setzen nur die Maßnahmen um, von deren Wirkung sie selbst überzeugt sind.

Ferner ist es von hoher Priorität, die Kultur und Wertvorstellungen der Klientinnen und Klienten kennenzulernen und zu verstehen, um eine Vertrauensbasis zu schaffen (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 40). Dies bezieht sich u.a. auf psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund. Neben individuellen Problemen sind hier zusätzlich kulturspezifische Konfliktfelder zu berücksichtigen. Das Pflegepersonal ist dazu angehalten, das kulturspezifische Krankheitsverständnis, das Verständnis sozialer Rollen, die Bedeutsamkeit der Familie sowie den Stellenwert kultureller und religiöser Obliegenheiten, in die Versorgung einzubeziehen (vgl. Tschinke 2016, S. 322f.). Persönliche Rituale und Wertvorstellungen gehen jedoch nicht ausschließlich mit Religion oder Migration einher. Die häusliche Umgebung eines psychisch erkrankten Menschen stellt häufig ein Spiegelbild seiner inneren Unordnung dar. Auf das aufsuchende Pflegepersonal kann dies zunächst befremdlich wirken. Auch hier gilt zu versuchen, sich so gut wie möglich in das Weltbild Betroffener hineinzusetzen, ohne sie zu verurteilen. Eine Abwehrhaltung bezüglich fremder Kulturen und Weltbilder sorgt für Ablehnung und Misstrauen bei Betroffenen (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 40f.).

Die psychiatrische Pflege baut auf Kommunikation und Beziehungsgestaltung auf. Im ambulanten Setting ist vor allem ein angemessener Umgang mit Nähe und Distanz entscheidend. Es ist außerdem wichtig, Klientinnen und Klienten in die Maßnahmenplanung einzubeziehen und ihnen eine informierte Entscheidung über angebotene Interventionen zu ermöglichen. Das Pflegepersonal stimmt hierfür die Art und Weise der Kommunikation auf die Kommunikationsebene des Betroffenen ab. Das bedeutet, dass auf erkrankungsbedingte, missverständliche Aussagen angemessen und ressourcenorientiert reagiert werden sollte (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 42).

Werden Klientinnen und Klienten in ihrem häuslichen Umfeld aufgesucht, gehört der Kontakt zum sozialen Umfeld zwangsläufig zur Versorgungssituation dazu. Pflegen-

de werden mit den Sorgen und Ängsten Angehöriger konfrontiert, erfahren aber auch teilweise Ablehnung. Fehlt Angehörigen die Akzeptanz für psychisch erkrankte Familienmitglieder spielt Aufklärungsarbeit, z.B. bezüglich unverständlicher Verhaltensweisen Betroffener, eine entscheidende Rolle. Da psychiatrische Erkrankungen mitunter durch soziale Faktoren verursacht werden und soziale Kontakte einen Rahmen für tolerable und kranke Verhaltensweisen vorgeben, ist das Beobachten und Analysieren des sozialen Umfeldes von Betroffenen sehr wichtig (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 68f.).

Weitere essentielle Elemente der APP sind das Vermitteln von Hoffnung, von Experten als „Recovery“ (Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 44) bezeichnet, sowie das Stärken der Selbstwirksamkeit, mithilfe von Empowerment. Das Ziel der Versorgung ist es, Betroffene auf ihrem Weg zurück zur Selbstbestimmung und Autonomie zu begleiten. Sie werden bestärkt, mithilfe ihrer Ressourcen, Krisen selbstständig zu bewältigen und erlangen durch Entscheidungsprozesse das Bewusstsein zurück, Einfluss auf ihr Leben zu haben. In Aushandlungsprozessen kann es vorkommen, dass eine Diskrepanz bezüglich der geplanten Interventionen zwischen Betroffenen und dem Pflegepersonal entsteht. Im Zuge der Selbstbestimmung gilt es an dieser Stelle, die Entscheidungen des Klienten zu akzeptieren, auch wenn, aufgrund von Risiken, eine andere Meinung vertreten wird. Hierbei unterscheidet die Pflegeperson zwischen gefährlichen Risiken, wie Selbstgefährdung, und positiven Risiken, wie Mut, etwas Neues zu wagen. Das Pflegepersonal kann eine hoffnungsvermittelnde Haltung einnehmen, indem es Zuversicht und Vertrauen schafft, Geduld aufbringt, Betroffene nicht bevormundet oder stigmatisiert und ihnen eine Entscheidungsfreiheit im Versorgungsprozess gewährt. Die gemeinsame Entscheidungsfindung bezüglich des Behandlungsprozesses von Klientinnen und Klienten wird als „Adherence-Therapie“ (Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 47) bezeichnet (vgl. Hemkendreis/ Haßlinger 2014, S. 44f.).

4.4 Kooperationen und Schnittstellen der Ambulanten Psychiatrischen Pflege

Ein wichtiger Aspekt der APP ist außerdem die Kooperation mit anderen Institutionen und Berufsgruppen. Der regelmäßige Kontakt zum behandelnden Facharzt oder der Fachärztin liegen im Interesse aller Beteiligten. Die zuständige Pflegefachkraft kann

anbieten ihre Klientinnen und Klienten zu Arztbesuchen zu begleiten. Im Rahmen der engmaschigen Betreuung kann die APP eine Rückmeldung über den Gesundheitszustand Betroffener, deren Stabilität bezüglich Krisensituationen sowie die Wirkungsweise verschriebener Medikamente geben. Die zeitnahe Kontaktaufnahme bei Veränderungen des Gesundheitszustandes kann einen Klinikaufenthalt verhindern (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 96).

Um Klientinnen und Klienten nach einem stationären Aufenthalt den Übergang in die häusliche Umgebung zu erleichtern, ist ein vorrauschauendes Entlassungsmanagement der psychiatrischen Kliniken notwendig. Die Maßnahmen der APP unterstützen Betroffene dabei, wieder mit alltäglichen Aufgaben vertraut zu werden. Die frühzeitige Kontaktierung eines Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienstes und der rechtzeitige Antrag auf eine Verordnung sorgen für eine problemlose Überleitung. Da psychiatrischen Kliniken häufig die Erfahrung in der Zusammenarbeit mit APP fehlt, ist das Personal der Pflegedienste dazu angehalten, Kontakte zu psychiatrischen Kliniken zu knüpfen und diese über deren Leistungen aufzuklären (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 101).

Neben den bereits erwähnten ambulanten Hilfsangeboten in Abschnitt **3.3**, stellen die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) eine weitere Versorgungsmöglichkeit für psychisch erkrankte Menschen dar. Hier arbeitet ein multidisziplinäres Team, u.a. bestehend aus ärztlichem, pflegerischem und therapeutischem Personal, eng zusammen an einem Standort. Die APP hebt sich aufgrund ihrer hochfrequenten, aufsuchenden Versorgung von anderen ambulanten Angeboten, wie den PIA, ab. Diese bieten zwar ein umfassendes Versorgungskonzept an, jedoch bedingt dieses Angebot, dass Betroffene die Institution selbstständig aufsuchen und nicht auf häufige Termine angewiesen sind. Der psychiatrische Pflegedienst gewährleistet aufgrund einer 24-stündigen Bereitschaft mehr Flexibilität. Wenn eine Genehmigung des Kostenträgers vorliegt, können sich die Angebote jedoch gut ergänzen (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 98).

Weitere Kooperationsmöglichkeiten psychiatrischer Pflegedienste bieten die Sozio- und die Ergotherapie. Soziotherapie eignet sich vor allem für Betroffene mit schweren chronischen Störungen. Die Maßnahmen umfassen u.a. Trainings- und Motivationsmethoden, die Betroffene dabei unterstützen, Therapiemaßnahmen zu akzeptieren und diese selbstständig in Anspruch zu nehmen. Im Gegensatz zur APP, die die-

se Leistung auch anbietet, wird Soziotherapie in jedem Fall vom Kostenträger finanziert. Ambulante Ergotherapie bietet die Möglichkeit die Kreativität und Arbeitsfähigkeiten zu fördern (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 100f.).

Ein weiteres wichtiges Element der ambulanten psychiatrischen Versorgung ist die Psychotherapie, die von niedergelassenen, psychologischen oder ärztlichen Psychotherapeuten übernommen wird. Psychotherapie und APP stellen keine konkurrierenden Leistungen dar. Während Psychotherapie das Ziel verfolgt, grundsätzliche Belastungen und Probleme in Gesprächen und speziellen Therapiemaßnahmen (siehe Abschnitt 3.1) zu ergründen, spezialisiert sich der psychiatrische Pflegedienst auf die akute Bewältigung der Alltagserfordernisse. Psychotherapie kann nur erfolgen, wenn Betroffene über ausreichende innere Stabilität verfügen und sich kognitiv und sprachlich auf die Interventionen einlassen können. Die Ambulante Psychiatrische Pflege ermöglicht mit ihrer pflegerischen Unterstützung Betroffenen den Ausbau eines stabilen Selbstkonzepts. Insofern eignet sich der psychiatrische Pflegedienst durchaus als Überbrückungsmaßnahme bis Betroffene einen Psychotherapieplatz erhalten. Die Therapieplätze sind begrenzt und die Wartezeiten in der Regel lang. Die Pflegefachkräfte haben jedoch die Möglichkeit relativ zeitnah nach der Verordnungsstellung eine entsprechende Maßnahme einzuleiten. Werden beide Angebote vom Kostenträger genehmigt, können sie sich gut ergänzen. Jedoch gibt es auch Parallelen zwischen den Leistungen (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 102f.).

Der Psychotherapieforscher Klaus Grawe beschäftigte sich mit Wirksamkeitsunterschieden verschiedener Psychotherapiemethoden und stellte fest, dass die wesentliche Wirkung von Therapiemaßnahmen lediglich auf allgemeine Wirkfaktoren zurückzuführen ist. Diese sind unabhängig von spezifischen Therapien. Grawe leitete anhand erfolgreicher Therapiemethoden fünf allgemeine Wirkfaktoren ab (vgl. Grawe 2005, S. 7f.). Diese Wirkfaktoren finden sich in den Leistungen und Ansätzen der APP wieder (vgl. Hemkendreis/Haßlinger 2014, S. 102). Zu den allgemeinen Wirkfaktoren zählt das Nutzen vorhandener Ressourcen. Die Motivationen, Fähigkeiten und Interessen des Betroffenen werden für den Verlauf der Therapie genutzt. Ein weiterer Wirkfaktor ist das Erfahren von Problemen, indem Betroffene mit problemauslösenden Faktoren konfrontiert werden. Daran schließt die Problembewältigung an, die Betroffene unterstützen soll, mithilfe problemspezifischer Maßnahmen, positive Erfahrungen aus Belastungssituationen zu schöpfen. Mithilfe der motivationalen Klä-

rung sollen Betroffene sich über auslösende und aufrechterhaltende Faktoren ihres problematischen Erlebens bewusst werden. Der wohl signifikanteste Wirkfaktor ist die Therapeutische Beziehung, die einen starken Einfluss auf das Therapieergebnis hat (vgl. Grawe 2005, S. 7f.).

5 Kann die Ambulante Psychiatrische Pflege traumatisierte Menschen mit Migrationshintergrund adäquat versorgen?

Abschließend sollen die eingangs formulierten Fragen beantwortet werden. Aus der Literaturrecherche geht hervor, dass Traumafolgestörungen, vor allem die PTBS, bzgl. der psychiatrischen Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund, eine hohe Relevanz haben. Zum einen, da in den letzten Jahren die Zahl der Asylanträge in Deutschland stetig angestiegen ist (Abschnitt 2.1), zum anderen, weil Menschen, die aus ihren Heimatländern geflohen sind, besonders anfällig für Traumafolgestörungen sind. Allgemein wurden die Relevanz der Thematik und der hohe Bedarf von Hilfsangeboten erkannt. Es gibt bereits sehr viele Institutionen und Organisationen, die sich für die Therapie und Begleitung traumatisierter Flüchtlinge einsetzen. Jedoch setzt das AsylbLG bezüglich der Angebotsfinanzierung Grenzen. So werden psychosoziale Leistungen während der ersten 15 Monate des Deutschlandaufenthaltes nur in Einzelfällen vom Sozialamt erstattet. Nach den 15 Monaten ist die GKV zuständiger Kostenträger. Werden die Leistungen finanziert, müssen Betroffene nichtsdestotrotz lange auf einen Therapieplatz warten, da die Kapazitäten der Angebote schnell ausgeschöpft sind. Die langen Wartezeiten wirken sich nachweislich negativ auf den Verlauf von Traumafolgestörungen aus.

Die APP könnte einen Beitrag dazu leisten, das bestehende Versorgungsdefizit aufzufangen. Hinderlich ist jedoch, neben der Kostenerstattungsproblematik, dass Traumafolgestörungen nicht zu den verordnungsfähigen Diagnosen für APP zählen. Interessanterweise decken sich die Tätigkeiten und Leistungen der APP zum einen, mit dem Bedarf und den Bedürfnissen traumatisierter Flüchtlinge, zum anderen ähneln die Wirkfaktoren der APP den allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie (Abschnitt 4.5), welche bei Traumafolgestörungen die gängige Therapiemaßnahme darstellt.

Die in Abschnitt **3.2**, ausführlich erläuterte Stabilisierungsphase, die Teil der Traumatherapie ist, könnte, sofern sie finanziert wird, in jedem Fall durch die APP erfolgen. Die bedürfnisorientierten Handlungsanweisungen spiegeln das Leistungsspektrum der APP wider. Die Leistungen der Pflegepersonen basieren schließlich auf dem Beziehungs- und Vertrauensaufbau. Sie gewährleisten aufgrund eines hochfrequentierten, aufsuchenden Angebots die Kontinuität und Sicherheit, die Betroffene so dringend brauchen. Aber auch die Förderung von Ressourcen und Bewältigungsstrategien, zur Wiederherstellung der Autonomie und Selbstwirksamkeit Betroffener, sind ein wichtiger Bestandteil der APP. Das Aufsuchen in häuslicher Umgebung ermöglicht, neben der Einbeziehung des sozialen Umfeldes, das Einüben alltagspraktischer Fähigkeiten.

Die Expertengespräche mit der Pflegedienstleistung und Geschäftsführung des Göttinger Ambulanten Psychiatrischen Pflegedienstes bestätigten, anhand von Beispielen, dass die APP eine adäquate Versorgung psychisch erkrankter Migrantinnen und Migranten gewährleisten kann. In den Gesprächen wurde die Relevanz des Themas deutlich. Auf konkrete Fallbeispiele wird an dieser Stelle verzichtet, jedoch sollen knapp und beispielhaft die Möglichkeiten, welche die Versorgung der APP bietet, aufgeführt werden. Die APP kann sich bei Bedarf der familiären Situation annehmen, Kinder, Eltern oder Partner einbeziehen. Familienangehörige können hierbei als Dolmetscher agieren, falls dies gewünscht ist. Die APP sucht Betroffene auch in Flüchtlingsunterkünften auf oder bietet Unternehmungen an, um der beengten, konfliktreichen Lebenssituation für eine gewisse Zeit zu entfliehen. Sie bietet außerdem Unterstützung bei der Wohnungssuche an. Flexible Termin- und Treffpunktvereinbarungen geben Betroffenen viele Freiheiten und ein Mitspracherecht. Ihnen wird Zeit und Raum gewährt, um gewohnte Rituale und Bräuche auszuüben. Sie erfahren in jedem Fall bedingungslose Wertschätzung, trotz anderer kultureller Werte und trotz ihrer psychischen Erkrankung. Das Begleiten und die Unterstützung bei der sprachlichen Verständigung bei Arzt- oder Behördenterminen stellt eine wichtige Erleichterung im Alltag dar, ebenso wie die Aufklärungsarbeit über die eigene Erkrankung und Wirkungsweise von Medikamenten sowie allgemein über die Abläufe im deutschen Gesundheitssystem. Auch Gespräche sind ein essentieller Bestandteil der APP, doch auch ohne einwandfreie Kommunikation kann die Maßnahme erfolgen. Bei alltagspraktischen Tätigkeiten sind keine tiefgehenden Gespräche notwendig und auch nonverbale Kommunikation, sowie Interesse an der Muttersprache der Betroffenen

können Wertschätzung vermitteln. Abgesehen von der Möglichkeit Deutschkurse wahrzunehmen, fördert die Kommunikation mit einer Bezugsperson die sprachlichen Fähigkeiten zusätzlich. Betroffene nehmen in der Regel die Unterstützungs- und Vermittlungsangebote im sozialen und gesundheitlichen Bereich dankbar an.

Die APP vereint alle Leistungen, die traumatisierte Menschen mit Migrationshintergrund in der Stabilisierungsphase benötigen. Des Weiteren haben psychiatrische Pflegekräfte in der Regel Erfahrung im Umgang mit den Symptomen und komorbiden Störungen, die eine Traumafolgestörung ausmachen (Abschnitt 2.3). APP könnte eine wichtige Komponente im Versorgungsnetzwerk darstellen, wenn ihre Leistungen vom Kostenträger finanziert werden. Da APP prinzipiell sofort nach der ärztlichen Verordnungsstellung beginnen kann, wäre es beispielsweise sinnvoll, diese einzusetzen, bis Psychotherapieplätze oder vergleichbare Angebote verfügbar sind. Danach könnten die Angebote theoretisch parallel verlaufen.

Da die Traumakonfrontationsphase spezielle Therapieansätze (Abschnitt 3.3) erfordert, für welche die psychiatrischen Pflegefachkräfte in der Regel nicht qualifiziert sind, sollte an dieser Stelle die Psychotherapie ansetzen. Jedoch sind die Pflegepersonen nach ausreichender Beziehungsgestaltung, dazu in der Lage, einzuschätzen, ob Betroffene überhaupt den Bedarf der Konfrontation mit dem traumatischen Erlebnis haben. Wenn sie psychisch stabil sind und ihren Alltag problemlos bewältigen können, haben sie das Trauma ggf. allein auf Basis der Stabilisierungsphase überwunden. Prinzipiell stellt sich die Frage, inwiefern spezifische Therapien Einfluss auf die Wirkung einer therapeutischen Maßnahme haben. Unter Berücksichtigung der allgemeinen Wirkfaktoren der Psychotherapie (Abschnitt 4.5) kann die APP mit ganz ähnlichen Wirkfaktoren, bereits vor Beginn der Psychotherapie, dazu beitragen einen positiven Behandlungsverlauf zu ebnen.

Als Partner verschiedener Facharztpraxen und Kliniken, gewährleistet die enge Zusammenarbeit zwischen Pflegefachkräften und Fachärztinnen und Fachärzten, in notfallmäßigen oder nicht mehr beherrschbaren Krisensituationen, wie z. B. Verdacht auf Suizidgefährdung, eine zügige stationäre Aufnahme in eine psychiatrische Klinik. Prinzipiell wird in der APP bei verordnungsfähigen Diagnosen standardmäßig so verfahren, um nach erfolgter Risikoeinschätzung für eine suizidale Handlung zeitnah entsprechende Interventionsmaßnahmen einzuleiten. Weiterhin ist die APP qualifiziert und erfahren im Umgang und der Wirkungsweise eingesetzter Psychopharmaka

und kann ggf. die zuständige Ärztin oder den zuständigen Arzt über Besonderheiten informieren.

Da die Traumatherapie nicht nach der Traumaverarbeitung bzw. Traumakonfrontation endet, wäre auch an dieser Stelle der Einsatz von APP sinnvoll. Diese kann Betroffene sowohl bei der Trauerarbeit, als auch bei der zukünftigen Neuorientierung unterstützen und somit langfristig eine Rückfallprophylaxe gewährleisten (Abschnitt 3.2).

In Anbetracht des dargelegten Leistungsprofils der APP, die jederzeit in enger Kooperation zu anderen ärztlichen und therapeutischen Berufsgruppen steht, wären die F43-Diagnosen der ICD-10-Liste *Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen*, mitunter die PTBS, als verordnungsfähige Diagnosen durchaus sinnvoll. Für die Arbeitsprinzipien der APP sind die gestellten Diagnosen in vielen Fällen unerheblich, da die psychiatrischen Pflegefachkräfte Betroffene ganzheitlich versorgen, mit ihren erkrankten und gesunden Anteilen. Jedoch würde die Verordnungsfähigkeit von Traumafolgestörungen einen Abbau von Zugangsbarrieren zur APP bedeuten und einen ganz neuen Versorgungsansatz für Betroffene ermöglichen. Vor allem in Bezug auf traumatisierte Menschen mit Migrationshintergrund kann die APP ein Ansatz sein, um Versorgungsdefiziten entgegenzukommen.

6 Schlussbetrachtung

Ursprünglich sollte der Schwerpunkt der Ausarbeitung lediglich darauf liegen, inwiefern APP eine adäquate Versorgung von traumatisierten Menschen mit Migrationshintergrund leisten könnte. Im Laufe der Bearbeitung und Literaturvertiefung ergab sich jedoch ein weiterer relevanter Aspekt bezüglich der Thematik. Traumafolgestörungen sind für die APP derzeit gar nicht verordnungsfähig. Die Verordnungsfähigkeit des Diagnosekatalogs des G-BA wurde allerdings durch reine nationale und internationale Literaturrecherche erstellt. Wobei eine Übertragbarkeit der internationalen Studien auf das deutsche Gesundheitssystem kaum möglich ist und deutsche Studien oder Projekte auch im Jahr 2017 rar sind. Es wurden keine eigenen Studien durchgeführt, sondern lediglich bestehende Forschungsarbeiten genutzt. Frühere Kritik der Experten oder anhörungsberechtigter Organisationen bzgl. der Einbezie-

hung bestimmter Diagnosen „wurden [...] nicht von wissenschaftlichen Belegen begleitet, welche die Wirksamkeit der geforderten Leistungserweiterungen evidenzbasiert dargelegt hätten“ (G-BA 02/2005). Die Begründung des G-BA ist trotz Verjährung nachvollziehbar. Aus diesem Grund besteht bezüglich der Verordnungsfähigkeit von Traumafolgestörungen noch Forschungsbedarf, um kritische Stellungnahmen zu untermauern. Diese Ausarbeitung beruht zwar lediglich auf einer Literaturrecherche, sie kann jedoch einen ersten Ansatz darstellen, der aufzeigt, dass die Leistungen der APP sich durchaus mit Bedarfen und Bedürfnissen traumatisierter Menschen decken.

Vor allem sollte jedoch deutlich werden, dass APP sich für die Begleitung von schutzsuchenden, psychisch erkrankten Migrantinnen und Migranten eignet, unabhängig von deren differenzierter Diagnose.

Literaturverzeichnis

Ambulante Hilfen für Menschen mit Behinderung e.V. (AHMB) (2017). Online verfügbar unter: <http://www.ahmb.de/index.php> (07.06.2017)

AOK-Bundesverband GbR (2017): Verträge zur Integrierten Versorgung (§ 140 a-d SGB V). Online verfügbar unter: <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bund/iv/> (19.06.17)

AOK Gesundheitspartner (2011): Psych. HKP Vertrag 2011 - AOK-Gesundheitspartner. Online verfügbar unter: <https://www.aok-gesundheitspartner.de/imperia/md/gpp/nds/pflege/hkp/vertrag.pdf> (23.06.17)

BAPP-Bundesinitiative Ambulante Psychiatrische Pflege e.V. (2008): Psychiatrische Pflege. Online verfügbar unter: <http://www.bapp.info/texte/psychpfl.pdf> (19.06.17)

Bäumli, Josef; Pitschel-Walz, Gabi (2008): Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. Stuttgart: Schattauer GmbH.

Böttche, Maria; Heeke, Carina; Knaevelsrud, Christine (2016): Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei Kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, Jg. 9, Heft 5, S. 621-626

Bozorgmehr, Kayvan; Joos, Stefanie; Loerbroks, Adrian; Mohsenpour, Amir; Saure, Daniel; Schneider, Christine; Stock, Christian (2016): Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990-2014). In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, Jg. 9, Heft 5, S. 599-620.

Brisch, Karl Heinz (2014): Die Bedeutung von Bindung in Sozialer Arbeit, Pädagogik und Beratung. In: Trost, Alexander (Hrsg.) (2014): Bindungsorientierung in der Sozialen Arbeit: Grundlagen-Forschungsergebnisse-Anwendungsbereiche. Dortmund: Borgmann.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2017): Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe April 2017. Online verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-april-2017.pdf?__blob=publicationFile (11.05.17)

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2016): BAMF-Kurzanalyse. Ausgabe 5|2016 der Kurzanalysen des Forschungszentrums Migration, Integration und Asyl des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Online verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Kurzanalysen/kurzanalyse5_iab-bamf-soep-befragung-gefluechtete.pdf?__blob=publicationFile (11.05.2017)

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2017): Das Bundesamt in Zahlen 2016: Asyl. Online verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2016-asyl.pdf?__blob=publicationFile (11.05.17)

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2017): Schlüsselzahlen Asyl 2016. Online verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Flyer/flyer-schluesselfzahlen-asyl-2016.pdf?__blob=publicationFile (11.05.17)

Bundesärztekammer (BÄK)/Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) (2015): Vorschlag der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) und der Bundesärztekammer (BÄK) zu den Eckpunkten eines Modellprojektes zur Verbesserung der Versorgung psychisch kranker Flüchtlinge. Online verfügbar unter: http://www.bundesaerztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Modellprojekt_Versorgung_psychisch_kranker_Fluechtlinge_BPtK_BAEK.pdf (16.06.2017)

Bundesinitiative ambulante psychiatrische Pflege e.V. (2008): Empfehlungen zur Ausführung der ambulanten psychiatrischen Krankenpflege. Online verfügbar unter: <http://www.bapp.info/texte/BAPP-Empfehlung.pdf> (23.06.17)

Bundesministerium für Gesundheit (BGM); Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (Hrsg.) (2016): ICD-10-GM Version 2017. Systematisches Verzeichnis. Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, 10. Revision – German Modification –.

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) (2016): Flüchtlinge in unserer Praxis: Informationen für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen. Online verfügbar unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2016/03/BAfF-Fluechtlinge_in_unserer_Praxis.pdf (16.06.2017)

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) (2016): Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2017/02/Versorgungsbericht_3-Auflage_BAfF.pdf (16.06.2017)

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2016): Soziale Situation in Deutschland. Migration. Migrationshintergrund I. Online verfügbar unter: http://www.bpb.de/wissen/NY3SWU,0,0,Bev%F6lkerung_mit_Migrationshintergrund_I.html (11.05.17)

Bundeszentrale für politische Bildung (bpb) (2017): Zahlen zu Asyl in Deutschland. Infografiken nach Daten des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge. Online verfügbar unter: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/flucht/218788/zahlen-zu-asyl-in-deutschland> (12.05.17)

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) (2017): ICD-10-GM. Online verfügbar unter: <http://www.dimdi.de/static/de/klassi/icd-10-gm/index.htm> (12.05.17)

Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) (2016): Politikberatung kompakt IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten: Überblick und erste Ergebnisse: Online verfügbar unter: https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.547162.de/diwkompakt_2016-116.pdf (12.05.17)

Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT)(2017): Was ist ein Trauma und wie entstehen Traumafolgestörungen? Online verfügbar unter: <http://www.degpt.de/informationen/fuer-betroffene/trauma-und-traumafolgen/> (18.05.17)

Ermann, Michael/Machleidt, Wielant (Hrsg.) (2013): Migration, Kultur und psychische Gesundheit. Dem Fremden begegnen. Stuttgart: W. Kohlhammer GmbH.

Ethno-Medizinisches Zentrum e.V. (EMZ) (2009): Online verfügbar unter: <http://www.ethno-medizinisches-zentrum.de/> (07.06.17)

Feldmann, Robert E.; Seidler, Günter H. (2013): Traum(a) Migration. Aktuelle Konzepte zur Therapie traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer. Gießen: Psychosozial-Verlag.

Flatten, Guido et al. (2011): S 3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1. In: Trauma & Gewalt, Jg. 5, Heft 3. S.202-210

Flory, Lea (2015): Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten mit Traumafolgestörungen. Online verfügbar unter: https://www.vielfalt-mediathek.de/data/artikel_ida_gefluchtete_traumafolgestrungen.pdf (16.06.2017)

Gary, Dr. Alexander; Koch, Prof. Dr. E. ...dt; Staudt, Jonas (2015): Medizinische Versorgung von Migranten. Interkulturelle Öffnung. In: f&w führen und wirtschaften im Krankenhaus, Jg. 32, Heft 10, S. 808-813.

Gesundheitsberichterstattung des Bundes (2017): Prävalenz. Online verfügbar unter: http://www.gbe-bund.de/gbe10/abrechnung.prc_abr_test_logon?p_uid=gast&p_aid=0&p_knoten=FID&p_sprache=D&p_suchstring=2236 (12.05.17)

Gemeinsamer Bundesausschuss (2005): Beschlussbegründung zur Änderung der Richtlinien über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. Online verfügbar unter: <https://www.g-ba.de/downloads/40-268-47/2005-02-15-Psychiatrisch-Begrueundung.pdf> (29.06.17)

Gemeinsamer Bundesausschuss (2017): Richtlinie Häusliche Krankenpflege-Richtlinie Stand: 2. Juni 2017 des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von häuslicher Krankenpflege. (Häusliche Krankenpflege-Richtlinie). Online verfügbar unter: https://www.g-ba.de/downloads/62-492-1400/HKP-RL_2017-03-16_iK-2017-06-02.pdf (23.06.17)

Glaesmer, Heide; Kaiser, Marie; Nesterko, Yuriy (2017): Kultursensible Aspekte während der Diagnostik von psychischen Belastungen bei Flüchtlinge – Zwei kommentierte Fallberichte. In: Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, Jg. 67, Heft 3/4, S.109-118

Grawe, Klaus (2005): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? In: Psychotherapeutenjournal. Jhg. 4, Heft 1, S. 4-11

Hannover.de GmbH (2017): Die Beratungsstellen des Sozialpsychiatrischen Dienstes. Online verfügbar unter: <https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Gesundheit/Beratungsstellen/Sozialpsychiatrischer-Dienst-in-der-Region-Hannover/Die-Beratungsstellen-des-Sozialpsychiatrischen-Dienstes> (07.06.17)

Hannover.de GmbH (2017): Sozialpsychiatrischer Dienst in der Region Hannover. Online verfügbar unter: <https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Gesundheit/Beratungsstellen/Sozialpsychiatrischer-Dienst-in-der-Region-Hannover> (07.06.17)

Hannover.de GmbH (2017): Sozialpsychiatrischer Verbund. Online verfügbar unter: <https://www.hannover.de/Leben-in-der-Region-Hannover/Gesundheit/Beratungsstellen/Sozialpsychiatrischer-Verbund> (07.06.17)

Haßlinger, Volker; Hemkendreis, Bruno (2014): Ambulante Psychiatrische Pflege. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Heinz, Andreas/Machleidt, Wielant (Hrsg.) (2011): Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier GmbH.

Ilhan Kizilhan, Jan (2013): Kultursensible Psychotherapie. Hintergründe, Haltungen und Methodenansätze. Berlin: VWB-Verlag für Wissenschaft und Bildung.

Imm-Bazlen, Ulrike; Schmiege, Anne-Kathrin (2017): Begleitung von Flüchtlingen mit traumatischen Erfahrungen. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag.

Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) (2016): IAB Forschungsbericht. Aktuelle Ergebnisse aus der Projektarbeit des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung 9/2016. Geflüchtete Menschen in Deutschland - eine qualitative Befragung. Online verfügbar unter: <http://doku.iab.de/forschungsbericht/2016/fb0916.pdf>

Institut für transkulturelle Betreuung e.V. (ITB) (2013): Online verfügbar unter: <http://itb-ev.de/> (07.06.17)

Jacobi, Frank; et al.(2015): Psychische Erkrankungen und ihr Behandlungsbedarf – Studie zur Gesundheit Erwachsener (DEGS1-MH). Online verfügbar unter: http://www.psychenet.de/fileadmin/redaktion/Aktuelles/psychenet_Abschluss Symposium_Jacobi_Studie_zur_Gesundheit_Erwachsener.pdf (12.05.17)

Kindler, Heinz; Metzner, Frank; Pawlis, Silke; Reher, Cornelia (2016): Psychotherapeutische Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in Deutschland. In: Bundesgesundheitsblatt-Gesundheitsforschung-Gesundheitsschutz, Jg. 9, Heft 5, S. 642-651

Krankenkassenzentrale (2017): Flüchtlinge im deutschen Gesundheitssystem (Online verfügbar unter: <https://www.krankenkassenzentrale.de/fluechtlinge#>) (16.06.2017)

Lennertz, Ilka (2011): Trauma und Bindung bei Flüchtlingskindern. Erfahrungsbearbeitung bosnischer Flüchtlingskinder in Deutschland. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht GmbH & Co. KG.

Machleidt, Wielant (2005): Migration, Integration und psychische Gesundheit. In: Psychiatrische Praxis, Jg. 32, Heft 8, S. 55-57.

Niklewski, Prof. (UGD) Dr. med. Dr. phil. Günter (2012): Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern – Zirndorf. Online verfügbar unter: <http://www.pgasyl.de/cms/images/stories/PGAsyl/abschlussbericht%20zirndorf%20einfassung%2029.10.2012.pdf> (12.05.17)

Schneck, Ulrike (2017): Psychosoziale Beratung und therapeutische Begleitung von traumatisierten Flüchtlingen. Köln: Psychiatrie Verlag GmbH.

Sozialpsychiatrischer Verbund der Region Hannover (SPV) (Hrsg.) (2014): Sozialpsychiatrische Schriften Band 4. Sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Migrantinnen und Migranten in der Region Hannover – Studie 2012. Hannover: Region Hannover.

Robert Koch-Institut (2017): Journal of Health Monitoring. Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. Online verfügbar unter: http://www.rki.de/DE/Content/Gesundheitsmonitoring/Gesundheitsberichterstattung/GBEDownloadsJ/JoHM_2017_01_gesundheitliche_lage1b.pdf?blob=publicationFile (19.04.17)

Reddemann, Prof. Dr. med. Luise; Dehner-Rau, Dr. med. Cornelia (2013): Trauma heilen. Ein Übungsbuch für Körper und Seele. Stuttgart: TRIAS Verlag.

Statistisches Bundesamt (Destatis) (2016): Ausländische Bevölkerung am 31.12.2015 nach Geschlecht und ausgewählten Staatsangehörigkeiten. Online verfügbar unter: <https://www.destatis.de/DE/ZahlenFakten/GesellschaftStaat/Bevoelkerung/Migration/Integration/AuslaendischeBevolkerung/Tabellen/Geschlecht.html> (11.05.17)

Tschinke, Ingo (2007): Analyse der Richtlinie zur ambulanten psychiatrischen Pflege. In: Schulz, Michael et al. (2007) (Hrsg.): Kompetenz - zwischen Qualifikation und Verantwortung. Vorträge und Posterpräsentationen. 4. Dreiländerkongress in Bielefeld-Bethel. Unterostendorf: IBICURA.

Tschinke, Ingo (2016): Betreuung und Behandlung von Êziden in der ambulanten psychiatrischen Pflege. In: Hahn, Sabine; Hegedüs, Anna; Finklenburg, Udo; Gurtner, Caroline; Schoppmann, Susanne; Stefan, Harald; Schulz, Michael (Hrsg.) (2016): Fremdsein überwinden. Kompetenzen der psychiatrischen Pflege in Praxis – Management – Ausbildung – Forschung. Bern: Verlag Forschung & Entwicklung/Dienstleistung Pflege, S. 320-323

Wellensiek, Sylvia Kéré (2011): Handbuch Resilienz-Training. Widerstandskraft und Flexibilität für Unternehmen und Mitarbeiter. Weinheim Basel: Beltz Verlag.

Eigenständigkeitserklärung

Ich versichere, dass ich die Arbeit selbstständig verfasst und andere als die von mir angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt habe.

Ich bin mit der Einstellung meiner Bachelorarbeit in die Bibliothek der Hochschule Hannover einverstanden.

Hannover,

Ort, Datum

Unterschrift