

Positionspapier

22. März 2016

DGPPN-Geschäftsstelle

Reinhardtstraße 27 B | 10117 Berlin

TEL 030.2404 772-0 | FAX 030.2404 772-29

sekretariat@dgppn.de

WWW.DGPPN.DE

Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern

Weltweit sind Millionen von Menschen auf der Flucht vor Krieg, Gewalt, Hunger und Menschenrechtsverletzungen. Dies stellt auch in Deutschland eine enorme Herausforderung für die medizinische Versorgung dar. Der Bereich Psychiatrie und Psychotherapie steht vor großen Aufgaben, denn viele der Neuankömmlinge haben traumatisierende Erfahrungen gemacht und Traumafolgestörungen entwickelt oder leiden an anderen psychischen Störungen. Die Bedingungen in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen in Deutschland sowie die erheblichen Zugangsbarrieren zum Gesundheitssystem verstärken ihre soziale Unsicherheit und erhöhen damit ihre Vulnerabilität. In einem umfassenden Positionspapier stellt die DGPPN die aktuelle Versorgungssituation dar und diskutiert die Konsequenzen für das Gesundheitswesen.

Die wichtigsten Erkenntnisse und Empfehlungen der DGPPN auf einen Blick:

- Die Rate der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) ist bei Flüchtlingen und Asylbewerbern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das bis zu 10-fache erhöht. In einer zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern wurden 2012 bei 63,6 % der Asylbewerber eine oder mehrere psychiatrische Diagnosen gestellt.
- Je länger ein Asylverfahren dauert, desto höher ist die Prävalenz für psychische Störungen sowie körperliche Gesundheitsprobleme. Männliche wie weibliche Asylsuchende begehen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung häufiger Suizidversuche, wobei sich Männer häufiger suizidieren.
- Fachkräfte im Gesundheitswesen sowie in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen sollten für die psychosoziale Situation der Asylsuchenden sensibilisiert, über mögliche Gesundheitsprobleme aufgeklärt und in kultursensitiven Screening-Instrumenten geschult werden.
- Im Rahmen der medizinischen Erstuntersuchung in den Erstaufnahmeeinrichtungen ist auch die psychische Gesundheit zu untersuchen.
- Akut behandlungsbedürftige Erkrankungen machen ein zeitnahes Erstgespräch bei einem Facharzt notwendig, in dem nach diagnostischer Abklärung je nach Beratungs- und Behandlungsbedarf eine Kurzintervention und die Weiterleitung der Patienten in das vernetzte Versorgungssystem erfolgen können.

PRÄSIDENTIN

Dr. med. Iris Hauth

PRESIDENT ELECT

Prof. Dr. med. Arno Deister

PAST PRESIDENT

Prof. Dr. med. Peter Falkai

KASSENFÜHRER

Dr. med. Andreas Küthmann

BEISITZER AUS-, FORT- UND WEITERBILDUNG

Prof. Dr. med. Fritz Hohagen

BEISITZERIN FORENSISCHE PSYCHIATRIE

Dr. med. Nahlah Saimeh

BEISITZER FORSCHUNG, BIOLOGISCHE THERAPIE

Prof. Dr. med. Andreas Meyer-Lindenberg

BEISITZER KLASSIFIKATIONSSYSTEME

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel

BEISITZERIN PSYCHOTHERAPIE, UNIVERSITÄRE LEHRE

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

BEISITZER PSYCHOSOMATIK, PSYCHOTRAUMATOLOGIE

Prof. Dr. med. Martin Driessen

BEISITZERIN PUBLIC HEALTH, VERSORGUNGSFORSCHUNG, PRÄVENTION

Prof. Dr. med. Steffi G. Riedel-Heller

BEISITZER PUBLIKATIONEN, GESCHICHTE, E-LEARNING

Prof. Dr. med. Dr. rer. soc. Frank Schneider

BEISITZER TRANSKULTURELLE PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE, SUCHTMEDIZIN

Prof. Dr. med. Dr. phil. Andreas Heinz

VERTRETER BVDN

Dr. med. Frank Bergmann

VERTRETERIN BVDP

Dr. med. Christa Roth-Sackenheim

VERTRETER FACHKLINIKEN PSYCHIATRIE, PSYCHOTHERAPIE UND PSYCHOSOMATIK

Prof. Dr. med. Thomas Pollmächer

VERTRETER JUNGE PSYCHIATER

Dr. med. Berend Malchow

HYPOVEREINSBANK MÜNCHEN

IBAN DE58 7002 0270 0000 5095 11

BIC HYVEDEMMXXX

VR 26854B, Amtsgericht | Berlin-Charlottenburg

- Der Einsatz professionell qualifizierter Kultur- und Sprachmittler im Gesundheitswesen sowie in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen ist zu gewährleisten.

Hintergrund

Nach Angaben des Flüchtlingskommissariats der Vereinten Nationen (UNHCR) sind weltweit derzeit mehr als 60 Millionen Menschen aufgrund von Krieg, Gewalt, Hunger und Menschenrechtsverletzungen auf der Flucht. Die Zahl derer, die in Europa und insbesondere Deutschland Schutz suchen, hat drastisch zugenommen. Im Jahr 2015 wurden in Deutschland 1.091.894 Asylsuchende registriert. Beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) wurden insgesamt 476.649 formelle Asylanträge gestellt, 273.815 mehr als im Vorjahr. Allein 162.510 Asylbewerber kamen aus Syrien. Viele Prognosen gehen davon aus, dass der Zustrom von Flüchtlingen anhalten und die Zahl der Asylanträge weiter steigen wird.

Unter den Antragstellern im Jahr 2015 waren 69,2 % männlich und 30,8 % weiblich. Von diesen waren 71,1 % jünger als 30 Jahre alt. Bei Kindern bis 16 Jahren, die 28 % der Asylbewerber ausmachen, war das Verhältnis bei Jungen und Mädchen fast gleich (BAMF 2015b). Nur wenige (3 %) der Flüchtlinge sind älter als 60 Jahre. 35,9 % der Flüchtlinge kamen 2015 aus Syrien und der Arabischen Republik, gefolgt von Albanien, Kosovo, Afghanistan, Irak und Serbien (BAMF 2016).

Die Gruppe der Flüchtlinge und Asylbewerber ist äußerst heterogen. Darunter befinden sich Menschen unterschiedlicher Herkunftsländer, verschiedener Generationen und mit unterschiedlichem Bildungshintergrund. Zudem unterscheiden sie sich hinsichtlich der Beweggründe für die Flucht und der Erfahrungen auf der Flucht. Sie sind entweder allein, in Gruppen oder mit Familien geflohen, wobei die Dauer der Flucht über Stunden, Wochen, Monate oder sogar Jahre andauerte und über verschiedene Routen und über unterschiedliche Drittländer führte sowie mit Hindernissen verbunden war. Ca. 50 % der Flüchtlinge und Asylsuchenden sind minderjährig, oftmals unbegleitet. Sie sind eine besonders schutzbedürftige Gruppe. Es ist unbestritten, dass Flüchtlinge und Asylbewerber multiplen und komplexen Stressoren vor der Flucht, während der Flucht und nach der Flucht ausgesetzt waren und auch im Aufnahmeland weiterhin ausgesetzt sind, die ihre psychische Gesundheit nachhaltig beeinträchtigen können.

Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen

Traumatische Erfahrungen vor und auf der Flucht

Der Verlust wichtiger Bezugspersonen, die Zerstörung von Eigentum und Existenzgrundlagen, Unsicherheit der Lebensbedingungen, Krieg, Folter, Inhaftierung, Terroranschläge, Misshandlungen und sexualisierte Gewalt zählen zu den traumatisierenden Erlebnissen, die von Flüchtlingen und Asylbewerbern berichtet werden und die zur Flucht führten. Auf der Flucht erlebten viele Betroffene Schutz- und Orientierungslosigkeit (Kälte, Hitze, Hunger, Durst), mangelnde medizinische Versor-

gung, Überfälle, Übergriffe und Diskriminierung. Am Zielort führen der Aufenthalt in Sammelunterkünften, Schwierigkeiten im Umgang mit Behörden wegen sprachlich-kultureller Barrieren, Zuordnung des Wohnorts und eingeschränkte Reisefreiheit, häufig fehlende Arbeitserlaubnis, Abhängigkeit von Sozialleistungen, fehlende Zukunftsperspektiven und drohende Abschiebung trotz langjähriger Aufenthalts zu Stress. Bei Kindern und Jugendlichen stellen ein kurzer Aufenthaltsstatus und mangelnde Chancen auf einen Ausbildungsplatz zusätzliche Stressoren dar (Heeren et al. 2012).

Traumafolgestörungen und weitere psychische Erkrankungen

Die Erfahrungen in Krisengebieten und auf der Flucht sowie deren Folgen und die Stressoren nach der Migration im Aufnahmeland können bei den Betroffenen neben einer Anpassungsstörung auch zu chronischen Störungsbildern wie Depressionen und Angststörungen führen (Lindert et al., 2009; Hansson et al. 2012). So berichten Lindert et al. (2009), dass unter Flüchtlingen und Asylbewerbern bei 44,5 % eine Depression, bei 40 % eine Angststörung und bei 36 % eine PTBS zu finden sind, während Gerritsen et al. (2006) Depression bei 56 %, Angststörung bei 56 % und PTBS bei 21 % gefunden haben. Demgegenüber haben Heeren et al. (2014) eine Rate an Depressionen bei 42–85 %, eine Angststörung bei 39–63 % und eine PTBS bei 5–54 % diagnostiziert. Dagegen weisen andere Studien darauf hin, dass die Rate der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) bei Flüchtlingen und Asylbewerbern im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um das zehnfache erhöht ist (Fazel et al. 2005; Crumlish et al. 2010). Aus Deutschland stammt die kürzlich veröffentlichte Studie von Richter et al. (2015), in der 2012 in einer zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern bei 63,6 % der Asylbewerber eine oder mehrere psychische Diagnosen gestellt wurden. Die häufigste Diagnose war die Posttraumatische Belastungsstörung (F43.1) mit 32,2 %, gefolgt von depressiven oder rezidivierenden depressiven Episoden (F32, F33), 21,9 % Anpassungsstörung (F43, 2) und chronischer Insomnie (F51.0). Suizidgedanken wurden bei 26 % der Selbstzuweiser, aber nur bei 6 % in der Zufallsstichprobe exploriert.

Mehrere Untersuchungen konnten feststellen, dass mit der Dauer eines Asylverfahrens die Prävalenz für psychische Störungen sowie für körperliche Gesundheitsprobleme steigt und die Lebensqualität und Zufriedenheit der Betroffenen sinkt. Hierauf scheinen insbesondere ein mangelhafter Zugang zum Gesundheitssystem (Laban et al. 2008; Bhui et al. 2006; Gerritsen et al. 2006), geringe Lebensqualität, wahrgenommene Diskriminierung sowie eine fehlende Arbeitserlaubnis und finanzielle Sorgen einen wesentlichen Einfluss zu haben (Laban et al. 2004; Noh et al. 1999). Diese nach der Ankunft auftretenden Probleme können eine Genesung erschweren oder sogar verhindern (Porter & Haslam, 2005; Silove et al., 1997; Momartin et al. 2006).

In den Niederlanden wurden bei männlichen Asylbewerbern im Vergleich zu einheimischen Männern höhere Suizidzahlen berichtet, bei Frauen zeigte sich dieser Unterschied nicht. Beide Geschlechter begehen im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung aber häufiger Suizidversuche. Als Risikofaktoren wurden Aufenthalt in Aufnahmeeinrichtungen, lange Antragszeiten, Single-Dasein, Einsamkeit und Isolation, männliches Geschlecht, niedriger sozioökonomischer Status, Zukunftsängste,

psychische Erkrankung in der Vorgeschichte, Diagnosen wie PTBS oder Depression, vorheriger Kontakt zum Versorgungssystem, selbstverletzendes Verhalten in der Vorgeschichte sowie schwere und viele Verluste und Anpassungsprobleme an die neue Kultur und Umgebung beschrieben (Goosen et al. 2011).

Herausforderungen für das psychosoziale Hilfesystem

Screening zur Erkennung von psychischen Erkrankungen in Erstaufnahmeeinrichtungen

Prävention und Früherkennung sowie eine zielgruppengemäße und möglichst frühe Behandlung von posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen psychischen Erkrankungen ist eine Voraussetzung für die erfolgreiche Integration der betroffenen Menschen und beugt Chronifizierungen vor. **Deshalb fordert die DGPPN, entsprechende Screenings in Erstaufnahmeeinrichtungen im Rahmen der medizinischen Erstuntersuchungen verpflichtend durchzuführen.**

Die fehlende Gesundheitskompetenz („Health literacy“), d. h. Unkenntnisse bei Mitarbeitenden von versorgenden Einrichtungen für Flüchtlinge und Asylbewerber über einfache Basissymptome z. B. einer Depression oder Posttraumatischen Belastungsstörung, verhindert oftmals das frühzeitige Erkennen von psychischen Problemen. Dies macht aus Sicht der DGPPN die **Schulung von primären Kontaktpersonen (z. B. Sozialarbeiter, Allgemeinärzte) hinsichtlich psychischer Symptome und der Weiterleitung in das Versorgungssystem** notwendig.

Obwohl die aktuelle EU-Aufnahmerichtlinie verlangt, dass die besondere Schutzbedürftigkeit antragsstellender Asylbewerber festzustellen ist, worunter auch psychische Erkrankungen wie Trauma-Folgestörungen zählen (EU 2013), liegen bis heute keine offiziellen Daten zur Prävalenz vor. Diese Richtlinie schreibt außerdem vor, dass insbesondere der Zugang zu einer adäquaten medizinischen und psychotherapeutischen Behandlung für Folteropfer und traumatisierte Flüchtlinge und Asylbewerber sichergestellt werden soll (EU 2013).

Gleichzeitig benötigt nicht jeder Betroffene eine psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung. **Viele Flüchtlinge und Asylbewerber können durch eine gute Tagesstruktur, die niederschwellige Aktivierung ihrer Ressourcen, Coping-Strategien und soziale Unterstützung sowie Integrationsmaßnahmen die Stressoren relativ gut bewältigen.** Deshalb ist es zunächst wichtig, die Grundbedürfnisse der Flüchtlinge und Asylbewerber wie passende Unterkunft, Sicherung der Ernährung, sicherer Aufenthaltsstatus und eine sinngebende Beschäftigung zu sichern, um somit dazu beizutragen, dass die Betroffenen nach Möglichkeit keine Behandlungsbedürftigkeit entwickeln. Auch kommt es darauf an, die Betroffenen in die Sozial- und Arbeitswelt zu integrieren.

Gestufte Versorgung

Sollte ein Screening auf akut behandlungsbedürftige Erkrankungen stoßen, muss zeitnah ein Erstgespräch mit einem Facharzt stattfinden, in welchem je nach Beratungs- und Behandlungsbedarf eine Kurzintervention und die Weiterleitung der Patienten in das vernetzte Versorgungssystem erfolgen können. Dazu sollten Notunterkünfte, Erstaufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünfte Vereinbarungen mit den pflichtversorgenden Fachabteilungen bzw. -krankenhäusern und dem Sozialpsychiatrischen Dienst schließen. Die akute Behandlung bzw. Krisenintervention erfolgt in Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie, hier vor allem in den Rettungsstellen der Krankenhäuser und insbesondere den Psychiatrischen Institutsambulanzen. Die Abrechnung dieser Leistungen gestaltet sich aufgrund der langen Bearbeitungszeit in den Sozialämtern schwierig und sollte dringend erleichtert und beschleunigt werden. Bei weitergehendem Behandlungsbedarf sollten die Betroffenen in das regionale psychiatrische Versorgungsnetz überführt werden. Bei komplexem Bedarf können die Psychiatrischen Institutsambulanzen Leistungen übernehmen. Niedergelassene Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie sind im Rahmen der kasernenärztlichen Versorgung in die Behandlung einzubeziehen. Grundsätzlich ist anzustreben, durch eine gute Vernetzung in der Versorgung langfristige Beziehungen zu den Betroffenen aufzubauen, da sich Beziehungsabbrüche nachteilig auf die Genesung auswirken.

Kulturelle und sprachliche Herausforderungen

Die kulturellen Kontexte, aus denen viele Flüchtlinge und Asylbewerber stammen, unterscheiden sich erheblich von unserem westlichen Kulturkreis – aber auch innerhalb dieser Gruppen gibt es aus unterschiedlichen Gründen verschiedene Erklärungsmodelle und Behandlungserwartungen hinsichtlich körperlicher und psychischer Erkrankungen (Kleinman 1977, 1988; Littlewood und Lipsedge 1989; Krause 1998, 2002). Individuelle Faktoren wie Bildungsstand, medizinisches Wissen und Lebenserfahrung sowie kulturelle und religiöse Deutungsmuster prägen das Krankheitsverständnis und den Umgang mit Krankheit. Die Kultur und die psychosozialen Faktoren beeinflussen die Erwartungen der Patienten an den Arzt, die Behandlungsmotivation und die Compliance bezüglich therapeutischer Strategien und die Adhärenz der Patienten (Tseng, 2004). Unterschiede in der Präsentation und Attribuierung von psychischen Beschwerden seitens der betroffenen Flüchtlinge als auch der Helfer (Kirmayer et al. 2011) erschweren eine adäquate Diagnostik und Versorgung. Insbesondere Psychotherapie ist in vielen Herkunftsländern nicht etabliert und mit Vorbehalten belegt. Dies muss bei der Wahl der Behandlungsstrategie berücksichtigt und den Betroffenen behutsam näher gebracht werden.

Auch die Gesundheitsberufe selbst haben eine oft unbewusste Tradition von Einstellungen und Haltungen entwickelt (Tseng 2004), welche die Art der Arzt-Patient-Beziehung (partnerschaftlich vs. patriarchalisch), die Erwartungen an den Arzt oder den Umgang mit Regeln betreffen (Kleinman, 1988; Lewis-Fernandes und Kleinman 1995; Tseng 2004) und im Umgang mit Flüchtlingen und Asylbewerbern zu berücksichtigen sind.

Der Zugang zum Gesundheitssystem wird zudem durch sprachliche Verständigungsprobleme erschwert. Dabei kann es zu Missverständnissen, Fehldiagnosen und Fehlbehandlungen mit Spätfolgen und Folgekosten kommen. Insbesondere im Bereich der Psychiatrie und Psychotherapie ist Sprache ein unabdingbares Instrument und ein wichtiger Wirkfaktor (Kluge 2011; Schouler-Ocak 2015b).

Deshalb ist es wichtig, **Fachkräfte in den Erstaufnahmeeinrichtungen und Sammelunterkünften sowie im Gesundheitssystem hinsichtlich kultursensibler Aspekte der Pflege und medizinischen Versorgung von Angehörigen fremder Kulturkreise zu schulen.** Dabei könnten spezialisierte psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (z. B. das Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin) oder transkulturelle Ambulanzen (z. B. das St. Hedwig-Krankenhaus in Berlin oder das Zentrum Transkulturelle Psychiatrie & Psychotherapie des Klinikum Wahrendorff in Hannover) eine Schlüsselrolle spielen, da dort das benötigte Know-How vorliegt.

Darüber hinaus sollte der Einsatz fachkundiger Kultur- und Sprachmittler im Gesundheitswesen sowie in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen gewährleistet sein. Sprachmittlung, insbesondere in der sprechenden Medizin, sollte verbindlicher Standard im deutschen Gesundheitssystem sein. Studien weisen darauf hin, dass die Vermittlung durch einen professionell qualifizierten Dolmetscher bei traumatisierten Flüchtlingen keinen negativen Effekt auf die Wirksamkeit von Psychotherapie hat (Brune et al. 2011; d'Ardenne et al. 2007; Kluge 2011).

Infotexte über psychische Erkrankungen und ihre Behandlung sowie das psychiatrische Versorgungssystem, aber auch diagnostische und therapeutische Manuale, sollten in den momentan besonders nachgefragten Sprachen (Englisch, Arabisch, Dari, Farsi, Französisch, Hindi, Paschtu, Portugiesisch und Tigrinya) als Handout und im Internet zur Verfügung stehen.

Zentrale Forderungen der DGPPN

Aus den o. g. Ausführungen ergeben sich folgende Forderungen der DGPPN:

- Primäre Kontaktpersonen (z. B. Sozialarbeiter, Allgemeinärzte) sollten hinsichtlich psychischer Symptome und der Weiterleitung in das Versorgungssystem geschult werden.
- Fachkräfte im Gesundheitswesen sowie in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen sollten für die psychosoziale Situation der Asylsuchenden sensibilisiert, über mögliche Gesundheitsprobleme aufgeklärt und in kultursensitiven Screening-Instrumenten geschult werden.
- Im Rahmen der medizinischen Erstuntersuchung in den Erstaufnahmeeinrichtungen ist auch die psychische Gesundheit zu untersuchen.
- Aufsuchende Strukturen (z. B. Sozialpsychiatrischer Dienst) müssen ausgebaut und Planungs- und Koordinierungsstellen vor Ort verstärkt werden.
- Spezialisierte Strukturen wie z. B. psychosoziale Zentren für Folteropfer oder transkulturelle Ambulanzen sollten gestärkt werden.

- Bei akut behandlungsbedürftigen Symptomen sollte zeitnah ein Erstgespräch mit einem Facharzt stattfinden, in dem nach diagnostischer Abklärung je nach Beratungs- und Behandlungsbedarf eine Kurzintervention und die Weiterleitung der Patienten in das vernetzte Versorgungssystem erfolgen können.
- Bei Behandlungsbedarf sollte eine vernetzte Versorgung durch niedergelassene Fachärzte und Kliniken für Psychiatrie und Psychotherapie im Rahmen der regionalen Pflichtversorgung eingeleitet werden.
- Professionell qualifizierte Kultur- und Sprachmittler sollten im Gesundheitswesen sowie in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen vorgehalten werden.
- Infotexte über psychische Erkrankungen sollten in den besonders nachgefragten Sprachen zur Verfügung stehen.

Für die DGPPN

Dr. med. Iris Hauth, Präsidentin der DGPPN

PD Dr. med. Meryam Schouler-Ocak, Leiterin DGPPN-Referat Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Migration

PD. Dr. med. Iris T. Graef-Calliess, Stellv. Leiterin DGPPN-Referat Interkulturelle Psychiatrie und Psychotherapie, Migration

Dipl. Psych. Gabriel Gerlinger M.A., Leiter Public Affairs und Wissenschaft der DGPPN

Kontakt

Dr. med. Iris Hauth

Reinhardtstraße 27 B

D-10117 Berlin

Tel.: 030-240 477 20

Fax: 030-240 477 229

E-Mail: i.hauth[at]dgppn.de

Literatur

BAMF 2016. Aktuelle Zahlen zu Asyl. <http://de.statista.com/statistik/daten/studie/76095/umfrage/asylantraege-insgesamt-in-deutschland-seit-1995/>

BAMF 2015b http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf?__blob=publicationFile

d' Ardenne P, Ruaro L, Cestari L, Fakhoury W & Priebe S (2007) Does interpreter-mediated CBT with traumatized refugee people work? A comparison of patient outcomes in east London. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy* 35(3):293–301

- Bhui K, Audini B, Singh S, Duffett R & Bhugra D (2006) Representation of asylum seekers and refugees among psychiatric inpatients in London. *Psychiatr Serv* 57(2):270-272
- Brune M, Eiroá-Orosa F J, Fischer-Ortman J, Delijaj B & Haasen C (2011) Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health* 4(2):144–151
- Crumlish N & O'Rourke K (2010) A Systematic Review of Treatments for Post-Traumatic Stress Disorder Among Refugees and Asylum-Seekers. *Journal of Nervous & Mental Disease* 198:4:237-251
- Europäischen Union (2013) Amtsblatt vom 29.6.2013, Richtlinie 2013/33/EU, Artikel 21 (S. 180/106 DE) und Artikel 25 Absatz 1 (S. 180/108) DE Zugriff am 06.06.2015
- Fazel M, Wheeler J & Danesh J (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet* 365(9467):1309-1314
- Gerritsen AAM, Bramsen I, Devillé W, Van Willigen LHM, Hovens JE & Van der Ploeg HM (2006). Use of health care services by Afghan, Iranian, and Somali refugees and asylum seekers living in The Netherlands. *European Journal of Public Health* 16(4):394-399.
- Goosen S, Kunst AE, Stronks K, van Oostrum IE, Uitenbroek DG & Kerkhof AJ (2011) Suicide death and hospital-treated suicidal behaviour in asylum seekers in the Netherlands: a national registry-based study. *BMC Public Health* 11:484
- Hansson EK, Tuck A, Lurie S & McKenzie K (2012) Rates of mental illness and suicidality in immigrant, refugee, ethnocultural, and racialized groups in Canada: a review of the literature. *Can J Psychiatry* 57(2):111-21
- Heeren M, Mueller J, Ehlert U, Schnyder U, Copiery N & Maier T (2012). Mental health of asylum seekers: a cross-sectional study of psychiatric disorders. *BMC Psychiatry* 17(12):114
- Heeren M, Wittmann L, Ehlert U, Schnyder U, Maier T & Müller (2014) Psychopathology and resident status - comparing asylum seekers, refugees, illegal migrants, labor migrants, and residents. *Compr Psychiatry* 55(4):818-825
- Kirmayer LJ, Narasiah L, Munoz M, Rashid M, Ryder AG, Guzder J, Hassan, G, Rousseau C & Pottie K (2011). Common mental health problems in immigrants and refugees: general approach in primary care. *CMAJ* 183(12):959-967
- Kleinman A (1977). Depression, somatization and the "new cross-cultural psychiatry". *Soc Sci Med* 11(1):3-10
- Kleinman A (1988) *Rethinking Psychiatry – From cultural category to personal experience*. New York: Free Press

Kluge U (2011) Sprach- und Kulturmittler in der Psychotherapie. In: Machleidt W, Heinz A (Hrsg.) Praxis der Interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie. Migration und psychische Gesundheit. München: Elsevier Urban & Fischer, S 145-154

Krause I (1998) Therapy Across Culture. London: Sage

Krause I (2002) Culture and Systems in Family Therapie, London: Karnac

Laban CJ, Gernaat HBPE, Komproe IH, Schreuders GA & De Jong JTVM (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *J Nerv Ment Dis* 192:843-852

— Laban CJ, Komproe IH Gernaat HBPE & De Jong JTVM (2008) Impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 43:507-515

Lewis-Fernandez R, Kleinman A (1995) Cultural Psychiatry. Theoretical, clinical, and research. *Psychiatric Clinic of North America* 18(3):433-448

Lindert J et al (2009) Depression and anxiety in labour migrants and refugees. *Soc Sci Med* 69:246-257

— Littlewood R, Lipsedge M (1989) Aliens and alienists: ethnic minorities and psychiatry. London: Unwin & Hyman

Momartin S, Steel Z, Coello M, Aroche J, Silove DM & Brooks R (2006) A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *Med J Aust* 185(7):357-361

Noh S, Beiser M, Kaspar V, Hou F & Rummens J (1999) Perceived racial discrimination, depression, and coping: a study of Southeast Asian refugees in Canada. *J Health Soc Behav* 40(3):193-207

Porter M & Haslam N (2005) Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons: a meta-analysis. *Jama* 294(5):602-612

Richter K, Lehfeld H & Niklewski G (2015) Warten auf Asyl: Psychiatrische Diagnosen in der zentralen Aufnahmeeinrichtung in Bayern. *Gesundheitswesen* 77(11):834-838

Schouler-Ocak M, Graef-Calliess IT, Tarricone I, Qureshi A, Kastrup M & Bhugra D (2015a) EPA Guidance on Cultural Competence Training. *Eur Psychiatry* 30(3):431-40

Schouler-Ocak M (2015b) Psychiatrische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland. *Nervenarzt* 86:1320-1325

Silove D, Sinnerbrink I, Field A, Manicavasagar V & Steel Z (1997) Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *Br J Psychiatry* 170:351-357

Tseng WS & Streltzer J (2004) Cultural Competence in Clinical Psychiatry. Washington: American psychiatric Publishing