

Ein Jahr „Integrative psychosoziale Flüchtlingsberatung Rostock“ (IPF Rostock)

Evaluation des IPF-Konzeptes mit dem Stepped-and-Collaborative-Care-Modell in der psychosozialen und sozialmedizinischen Flüchtlingsversorgung

Christian Dahlke mit Daniel Schubert

IPF Rostock, Paulstraße 22, 18055 Rostock, Kontakt: info@ipf-rostock.de

Zusammenfassung: Das IPF-Team aus überwiegend (Fach)ÄrztInnen unterstützt seit Februar 2017 soziale und medizinische Einrichtungen in der Versorgung von Flüchtlingen nach dem Stepped-and-collaborative-care-Modell (SCCM). Der theoretische Kern des SCCM ist die gestufte Versorgung vor Einschaltung spezialisierter Hilfen, vor allem Psychotherapie. Die InterviewerInnen erheben sprachmittlergestützte biopsychosoziale Anamnesen, geben individual- und sozialmedizinische Empfehlungen und vermitteln medizinische, psychologische und soziale Hilfen. Die IPF übernimmt zudem eine eigene Versorgungsfunktion in der psychosomatischen und psychosozialen Begleitung. Die Auswertung der IPF-Arbeit ist statistisch-qualitativ im Halbjahresvergleich erfolgt. Die IPF erreicht eine differenzierte klientenzentrierte Beurteilung, kompensiert Vermittlungsanliegen in den psychotherapeutischen Bereich durch Beratung und Widervorstellung und konnte besonders im zweiten Halbjahr mit Rückgang der Zuweisungszahlen und der Zunahme der Widervorstellungen die Arbeit mit psychosozial komplex belasteten und chronisch kranken KlientInnen stärken. Eine regelmäßige Zusammenarbeit hat sich vor allem mit den Gemeinschaftsunterkünften und vereinzelt Haus- und KinderärztInnen etabliert. Als Ausblick stehen die Zusammenarbeit mit PsychotherapeutInnen, die weitere Aufklärung über das SCCM unter den Versorgern und der Aufbau eines Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge und Folteropfer im Vordergrund.

Einführung

Entwicklung des IPF-Konzeptes

Die psychosoziale und sozialmedizinische Versorgung der neu angekommenen Flüchtlinge stellt eine Herausforderung dar. Zur Umsetzung des Rechts aller Menschen auf körperliche und geistige Gesundheit (UN-Sozialpakt 1976, vgl. BafF 2016) mit den Kriterien: Zugänglichkeit, Verfügbarkeit, Annehmbarkeit und Qualität jeder Gesundheitsleistung (CESCR 2000, vgl. auch BafF 2016) wurde 2016 in einem Arbeitskreis kommunaler, zivilgesellschaftlicher und (fach)ärztlicher Akteure die „Integrative psychosoziale Flüchtlingsberatung“ initiiert. Das wichtigste Kriterium der Beratung sollte ihre niedrigschwellige Zugänglichkeit sein, die über sprachmittlergestützte Kommunikation (sprachliche Barriere) und unabhängig einer Kassenzugehörigkeit (strukturelle Barriere) geplant wurde. Die Flüchtlingsperspektive integrierte kultursensible, interkulturelle und migrationspezifische Aspekte.

IPF-Sprechstunde

Struktureller Kern der IPF-Arbeit ist die wöchentliche Sprechstunde mittwochs 16-18 Uhr in den Räumen des Gesundheitsamtes Rostock. Sie wird von zwei hauptsächlich ärztlichen InterviewerInnen nach dem Vier-Augen-Prinzip und einer/m SprachmittlerIn gehalten. Je Sprechstunde werden zwei KlientInnen zu je einer Stunde geplant. Die Zuweisung erfolgt mit einem strukturierten Zuweisungsschein auf dem bestimmte Anliegen angekreuzt und zusätzlich in einem Freifeld beschrieben werden können.

Inhaltlicher Kern der IPF-Arbeit ist das Interview und der Bericht. Das Interview entspricht einer biopsychosozialen Anamnese (Fritzsche et al. 2016). Die Migrations- bzw. Fluchtanamnese ist ein gesonderter Teil des Interviews (Gelzer 2005). Die Anamnese ist grundsätzlich klientenzentriert und berücksichtigt die interkulturelle Ebene (Cultural Formulation Interview, APA 2013). Zur weiteren Beurteilung werden die Psychopathologie

(AMDP 2007), der Migrationsprozess (Gavranidou 2017) und interkulturelle Faktoren gemeinsam mit dem/der SprachmittlerIn eingeschätzt (Abdallah-Steinkopff 2017, vgl. auch „Interkulturelle Öffnung“, Haufe 2006). In der Beurteilung werden das psychosoziale Funktionsniveau (nach Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus, DSM-III-R) und die abnormen psychosozialen Umstände (nach Z55-65, Kapitel XXI, ICD-10) des/der KlientIn beschrieben. Die Empfehlungen betreffen soziale und medizinische Maßnahmen, u. a. zum Case Management (Wendt 2016). Der IPF-Bericht ist ein qualifizierter ärztlicher Bericht, der das Interview strukturiert zusammenfasst.

Stepped-and-Collaborative-Care-Modell

Schneider et al. (2017) schlagen für die Versorgung von Flüchtlingen ein „Stepped-and-collaborative-care-Modell“ (SCCM) vor, um das psychiatrische Versorgungsdefizit adäquater zu bewältigen. SCCM entspricht gestuften Versorgungsmodellen, die in der Not- und Entwicklungshilfe bereits erfolgreich angewandt worden sind. Bei limitierten Ressourcen werden „Versorgungsangebote partizipativ, kultursensibel und bedarfsgerecht“ eingeführt (ebd. S. 12). „Grundidee des SCCM ist, dass Patienten zunächst mithilfe allgemein verfügbarer Behandlungsangebote versorgt und erst bei fehlender Wirkung mit intensiveren therapeutischen Interventionen behandelt werden (‘stepped care‘). ‚Collaborative care‘ steht hier für eine integrative Versorgungsform, deren Fokus auf der verbesserten Vernetzung zwischen den Behandlern (z. B. Hausarzt, Psychiater, u. a.) und einer stärkeren Patientenbeteiligung durch Patientenaufklärung, Peer-to-Peer-Berater und Empowerment liegt“ (ebd. S. 13).

Die Integration des SCCM ins IPF-Konzept bedeutet für die IPF in der *gestuften Versorgung* eine Doppelposition: 1. psychosoziale Beurteilung und Beratung nach hausärztlicher Basisversorgung bzw. nach Vorstellung in einer sozialen Beratungsstelle noch vor einer psychiatrisch-psychologischen Spezialdiagnostik und 2. psychosoziale Begleitung bei eigener Indikationsstellung mit Zustimmung des/der KlientIn, bei Anliegen der ZuweiserInnen oder nachdem die psychiatrische Diagnostik erfolgt ist und eine psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention (noch) nicht indiziert ist (nach Versorgungsmodell, Wenk-Ansohn 2017). Die *integrative Versorgung* bedeutet eine ausgeprägte Zusammenarbeit nicht nur direkt mit den KlientInnen, sondern mit den bereits vorhandenen sozialen und medizinischen Versorgern, die der IPF ihre KlientInnen und PatientInnen zuweisen. Die IPF übernimmt somit als Mittlerin zwischen den medizinischen und den sozialen ZuweiserInnen eine zentrale Stellung mit Lotsenfunktion in der KlientInnenversorgung ein (Abb. 1).

Das sich daraus ergebene Leistungsangebot der IPF umfasst Beurteilung, Beratung bzw. Aufklärung, Vermittlung und Begleitung (Tab. 1).



Tab. 1: Leistungen der IPF-Sprechstunde

Erhebung der psychosoziale Anamnese
Feststellung des Grads der psychosozialen Beeinträchtigung
Zusammenarbeit mit professionellen SprachmittlerInnen
Begleitung von Menschen mit chronischen Krankheiten durch die Ebenen des Gesundheitswesens
Unterstützung bei der Vermittlung an HausärztInnen oder FachärztInnen und spezialisierte Einrichtungen
Bearbeitung konkreter Anfragen von niedergelassenen ÄrztInnen
Vermittlung von Informationen und Empfehlungen zu speziellen Gesundheitsthemen

Fragestellung

Das IPF-Konzept zur Versorgung von Flüchtlingen ist in Rostock neu. Für das SCCM zur Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland gibt es zudem noch keine Erfahrungswerte (Schneider et al. 2017). Entsprechend soll das IPF-Konzept mit Fokus auf das SCCM evaluiert werden.

Methoden

Die Evaluation erfolgt über die statistische Auswertung der IPF-Arbeit anhand der Datensätze zu folgenden Items: Termin- und Kontaktfrequenz, ZuweiserInnen, Zuweisungsanliegen, KlientInnenprofile und IPF-Berichte. Der Erhebungszeitraum der Daten beginnt mit der ersten angebotenen Sprechstunde am 15. Februar 2017 und endet mit der Sprechstunde am 28. Februar 2018. Die Sprechstunde ist in diesem Zeitraum wöchentlich ohne Ausfall angeboten worden. Insgesamt handelt es sich um 55 Sprechstunden. Die Entwicklung der IPF-Arbeit wird als Halbjahres-vergleich dargestellt. Das erste Halbjahr umfasst die ersten 29 Sprechstunden (15. Februar bis 30. August 2017) und das zweiten Halbjahr die folgenden 26 Sprechstunden (06. September 2017 bis 28. Februar 2018). Die IPF-Berichte werden in den Abschnitten Beurteilung und Empfehlung qualitativ ausgewertet. In die Auswertung gehen nur die Erstberichte ein.

Ergebnisse

Termin- und Kontaktfrequenz in der Sprechstunde

Im Erhebungszeitraum wurden 118 Termine mit einer Frequenz von 2,15 Terminen je Sprechstunde geplant. Von diesen haben 89 Termine stattgefunden (1,62 Termine je Sprechstunde). Der Verlauf beider Frequenzen zeigt vom ersten zum zweiten Halbjahr eine

Abnahme (2,41 zu 1,79 geplante Termine je Sprechstunde und 1,84 zu 1,42 stattgefundene Termine je Sprechstunde), der mit dem Rückgang der Zuweisungen von 47 im ersten Halbjahr auf 27 im zweiten Halbjahr und der Runterregulierung der Frequenz durch die IPF mit maximal zwei Neuvorstellungen je Sprechstunde zusammenhängt. Gleichzeitig haben die Wiedervorstellungstermine für Verlaufsgespräche von 15 im ersten Halbjahr auf 18 im zweiten Halbjahr zugenommen. Wurde im ersten Halbjahr nur jeder fünfte Termin als Wiedervorstellung geplant (0,21), ist es im zweiten Halbjahr mehr als jeder dritte Termin (0,38) gewesen. Die Frequenz ausgefallener Termine ist von jeden 3,88. Termin auf jeden 4,38. Termin zurückgegangen. Diese Entwicklung steht in Verbindung mit dem gesunkenen Anteil der ausgefallenen Wiedervorstellungen für Verlaufsgespräche von fast der Hälfte (8 von 18 Terminen) auf fast ein Viertel (3 von 11 Terminen) der ausgefallenen Termine. Von den geplanten Wiedervorstellungen für Verlaufsgespräche haben in absoluten Zahlen im Halbjahresvergleich 7 zu 15 und 15 zu 18 Termine auch wirklich stattgefunden.

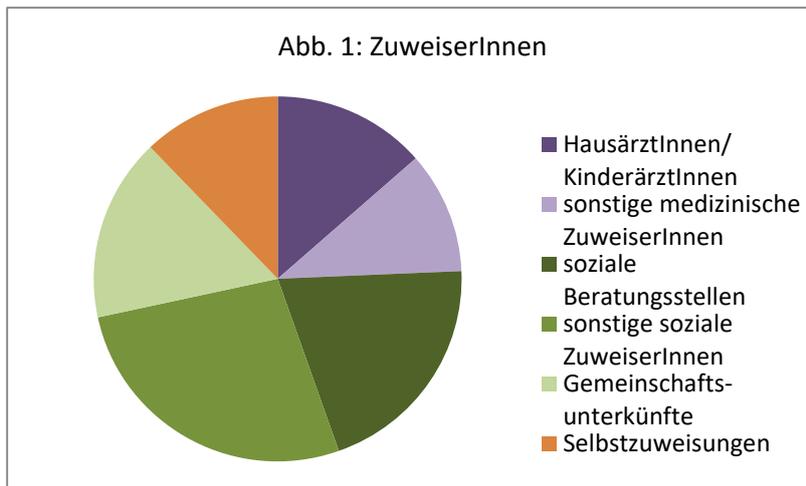
ZuweiserInnen

Insgesamt hat es 75 Zuweisungen gegeben (Abb. 2), von denen 48 Zuweisungen aus dem sozialen Bereich (64%) und 19 Zuweisungen aus dem medizinischen Bereich kamen (24%). Selbstzuweisungen gab es neunmal (12%).

Die ZuweiserInnen aus dem sozialen Bereich kommen aus der dezentralen professionellen Flüchtlings- und MigrantInnenberatung, den zentralen Gemeinschaftsunterkünften (GU) und dem heterogenen Feld der sonstigen sozialen ZuweiserInnen. Insgesamt haben 21 unterschiedliche soziale Einrichtungen Menschen zugewiesen. Im Halbjahresvergleich gab es einen Rückgang von 34 auf 14 Zuweisungen (fast 60%). Während die Zuweisungen der GUs nur leicht zurückgingen (von 7 auf 5), sind die Zuweisungen der Beratungsstellen sehr stark (von 13 auf 2) und der sonstigen ZuweiserInnen deutlich (von 14 auf 7) zurückgegangen. Die Anzahl der Einrichtungen ist um fast 30% zurückgegangen (von 14 auf 10), sodass elf Einrichtungen nicht mehr, sieben neue Einrichtungen und drei Einrichtungen weiterhin zugewiesen haben. Die Häufigkeit der Zuweisungen je Einrichtung ist um ein Drittel zurückgegangen (2,35 zu 1,5).

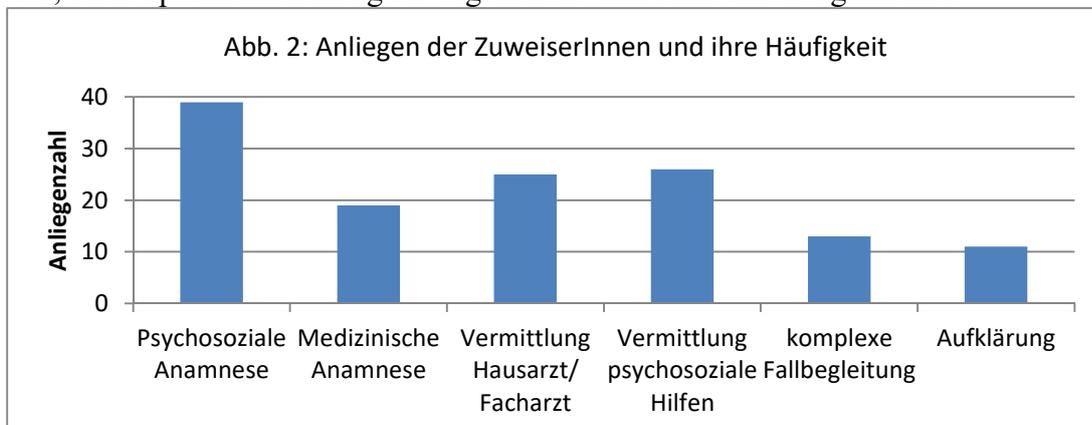
Die ZuweiserInnen aus dem medizinischen Bereich sind die ambulant tätigen Haus- und KinderärztInnen und sonstige medizinische ZuweiserInnen. Im Halbjahresvergleich bleibt die Zuweisungszahl der Haus- und KinderärztInnen stabil (5 zu 4) bei insgesamt sechs ÄrztInnen, von denen drei ÄrztInnen in der Nähe von GUs arbeiten. Zwei dieser ÄrztInnen haben zweimal und mehr PatientInnen der IPF zugewiesen. Die Zuweisungszahl der sonstigen medizinischen ZuweiserInnen, die hauptsächlich (Fach-)ÄrztInnen aus der Niederlassung oder stationären Ambulanz und Medinetz Rostock e. V. waren, ist deutlich gefallen (6 auf 2).

Die Selbstzuweisungen, Selbstvorstellungen von KlientInnen und der über Dritte vermittelte Wunsch nach Selbstvorstellung, verdoppeln sich im Halbjahresvergleich von 3 auf 6. Die Hälfte der 6 KlientInnen im zweiten Halbjahr war der IPF bereits bekannt.



Zuweisungsanliegen

Es wurden 57 Zuweisungsscheine mit 133 Anliegen ausgefüllt (Abb. 3). Am stärksten nachgefragt war 39 Mal die Erhebung der psychosomatischen/ psychosozialen Anamnese (PSA, 29%), gefolgt von der Vermittlung von HausärztInnen bzw. FachärztInnen (19%) und der Vermittlung psychosozialer/ psychologischer Hilfen (PSH, 20%). Im Halbjahresvergleich gibt es einen prozentualen Anstieg der Anliegen bei der PSA (27% auf 33%) und der medizinischen Anamnese (13% auf 17%) und einen Abfall bei der Vermittlung von Haus- und FachärztInnen von 21% auf 15%. Die anderen Anliegen bleiben prozentual relativ stabil. Bei der Entwicklung der Anzahl der gleichzeitig angekreuzten Anliegen sind zwei Anliegen mit 41% und 45% im Erst- und Zweithalbjahr stabil am Häufigsten. Als zwei Anliegen werden jeweils fast zur Hälfte die PSA und die Vermittlung von PSH angekreuzt. Andere bevorzugte Anliegenpaare gibt es nicht. Einen Wechsel bei der zweithäufigsten Anliegenanzahl hat es von einem Anliegen (39% auf 10%) zu drei Anliegen (16% auf 35%) gegeben. Die Hälfte der Einzelanliegen im ersten Halbjahr war die Vermittlung eines/er Haus- bzw. FachärztIn, wovon die Hälfte als Psychotherapie im Freifeld konkretisiert wird. Diese Anliegen gehen alle auf die Beratungsstellen zurück, womit eine Verbindung zwischen Einzelanliegen, Vermittlung von Haus- bzw. FachärztIn und Beratungsstellen gibt, die im zweiten Halbjahr zurückgegangen sind. Die Dreieranliegen im zweiten Halbjahr umfassen alle die PSA und entweder die Vermittlung zum/r Haus- bzw. FachärztIn oder die komplexe Fallbegleitung durch die IPF selbst. Über die Hälfte (57%) dieser Zuweisungen kommen von den medizinischen ZuweiserInnen, die sonst nur 35% aller Zuweisungsscheine im zweiten Halbjahr ausgefüllt haben. Die restlichen Dreieranliegen teilen sich auf Zuweisungen einer GU, einer Spezialeinrichtung für Jugendliche und einer Kirchengemeinde.



KlientInnenprofile

Der IPF wurden 64 KlientInnen als Zuweisung bekannt. Tatsächlich stellten sich 58 KlientInnen vor. Für die Auswertung werden alle 64 KlientInnen berücksichtigt. Der/die

bisher typische IPF-KlientIn ist Mitte bis Ende 20 Jahre alt, männlich, kommt aus Syrien, spricht arabisch ohne ausreichend Deutschkenntnisse, hat eine Aufenthaltserlaubnis, lebt entweder zentral in einer Unterkunft oder dezentral in einer eigenen Wohnung oder Wohngemeinschaft, hat einen Hausarzt und kommt ohne eine Diagnose (Tab. 2). Im Halbjahresvergleich verändert sich der Anteil weiblicher KlientInnen von einem Drittel auf fast die Hälfte und der Anteil zentral untergebrachter KlientInnen ist von fast der Hälfte auf ein Drittel gesunken.

Die KlientInnen ohne Aufenthaltserlaubnis unterscheiden sich deutlich vom o. g. Profil. Sie sind unterschiedlichen Alters (zwischen 14 und 59 Jahren), sind mehrheitlich weiblich, kommen aus sechs unterschiedlichen Ländern (am häufigsten Afghanistan), sprechen sechs verschiedene Sprachen, haben entweder eine Ablehnung des Asylverfahrens oder sie befinden sich noch im Asylverfahren, leben mehrheitlich zentral, haben mehrheitlich eine/n HausärztIn und haben mehrheitlich eine chronisch somatische oder psychiatrische Diagnose. Die KlientInnen dieser Gruppe stellten sich im Halbjahresvergleich gleichmäßig häufig vor. Eine weitere Gruppe unterscheidet sich ebenfalls deutlich vom o. g. Profil. Diese KlientInnengruppe hat ausreichend Deutschkenntnisse für Interviews ohne eine/n SprachmittlerIn und ist wesentlich jünger. So können fast alle Jugendliche und Adoleszenten bis 19 Jahre Deutsch. Dies nimmt bereits in der ersten Hälfte des dritten Lebensjahrzehntes deutlich ab. Hier sprechen nur noch ein Drittel der KlientInnen ausreichend Deutsch. Die letzte zu betrachtende Gruppe ist die der KlientInnen mit Diagnosen, die bereits bei der Erstvorstellung bekannt waren bzw. von den ZuweiserInnen und KlientInnen genannt wurden. Die Diagnosen sind mehrheitlich chronisch-somatisch und waren bereits vor der Migration bekannt. Im Halbjahresvergleich nehmen die chronisch-somatischen Diagnosen prozentual zu (27% auf 35%), während die psychiatrischen Diagnosen fast gleich bleiben (15% auf 13%).

Tab. 2: KlientInneninformationen	
Alter	0-59 Jahre, Durchschnitt: 29 Jahre, Median: 26 Jahre
Geschlecht	männlich (44), weiblich (20)
Herkunft	Syrien (29), Afghanistan (10), Iran (7), Irak (4), Palästina (2), Eritrea (2), andere (4)
Sprache	arabisch (44), farsi/dari/persisch (16), andere (10), ausreichend Deutschkenntnisse (15)
Asylstatus	Aufenthaltstitel (46), Verfahren (4), kein Asyl in Deutschland (8)
Unterbringung	dezentral (30), zentral (29)
HausärztIn	vorhanden (45), nicht vorhanden (15)
Diagnosen (bekannt)	keine (32), chronisch somatisch (19), psychiatrisch (9), psychosomat. (1)

IPF-Berichte

Es wurden 54 IPF-Berichte verfasst und ausgewertet (Tab. 3). Die Bewertungen differenzieren zwischen sozialen Belastungen in den einzelnen Lebensbereichen und den emotionalen Belastungen, die sich in Folge sozialer oder individueller Belastungen ergeben können. Die sozialen Belastungen sind beengte Unterbringungsform, fehlende Tagesstrukturierung, hohe Leistungsanforderung beim Spracherwerb, fluchtbedingtes zerrissenes Familiensystem oder mangelnde soziale Integration. Die emotionalen Belastungen sind die erhöhte Vulnerabilität infolge der Migration (lange Dauer, Zwischenaufenthalte, erschwerte Fortbewegung, traumatisierende Ereignisse), fehlender Familiennachzug, konflikthafte Familienbeziehungen, soziale Isolierung, erfolglos erlebte Integrationsbemühungen (Wohnraum- und Berufssuche, Lernmisserfolge in der Sprachschule). Die emotionalen Belastungen sind lebensbereichsübergreifend (Sprachmisserfolg und geringere Aussicht auf Arbeit) und mit anderen Faktoren wie chronischer Erkrankung oder unsicherem Asylstatus verknüpft (chronische Krankheit und Arbeitsmarktintegration, bedrohter Schulabschluss und geringere Aussicht auf sicheren Aufenthaltsstatus). Eine besondere Form emotionaler Belastungen stellen die mit hohen Erwartungen besetzten negativen Nachrichten dar, wie der negative Asylbescheid oder der abgelehnte Familiennachzug. Die Belastungen erreichen Krankheitswert mit der Entwicklung psychopathologischer Auffälligkeiten, multipler

körperlicher Beschwerden und chronischer Schmerzen. Entsprechend werden Verdachtsdiagnosen gestellt.

Tab. 3: Auswertung IPF-Berichte: Bewertung und Empfehlungen	
Bewertung	Empfehlungen
<p>psychosoziale Belastung</p> <ul style="list-style-type: none"> - fehlende Tagesstrukturierung - Leistungsüberforderung (Schule, Sprachkurs) - enge oder konflikthafte Wohnverhältnisse - mangelnde Integration in den Sozialraum <p>emotionale Belastung</p> <ul style="list-style-type: none"> - zerrissenes Familiensystem/ fehlender Familiennachzug - erschwerter/konflikthafter Familienkontakt - soziale Isolierung/ unklare Zukunft (Asylstatus, Beruf) - Folgen der Flucht/ Migration (Traumatisierung) <p>psychopathologisch auffällig</p> <ul style="list-style-type: none"> - Affektivität (hoffnungslos, klagsam), - formales Denken (Grübeln), - Aufmerksamkeits- u. Konzentrationsprobleme <p>chronische Schmerzen/ körperliche Beschwerden</p> <p>eingeschränktes psychosoziales Funktionsniveau</p>	<p>individualmedizinisch</p> <ul style="list-style-type: none"> - kontinuierliche hausärztliche Betreuung - fachärztliche somatische Diagnostik - psychiatrisch-psychosomatische Diagnostik - Vermittlung von FachärztInnen <p>sozialmedizinisch</p> <ul style="list-style-type: none"> - Entlastung bei psychosozialen Belastungen - Sozialraumintegration - komplexe Fallbegleitung <p>Wiedervorstellung zur Verlaufsbeurteilung</p> <ul style="list-style-type: none"> - der Empfehlungen - der somatischen/ psychosomatischen Beschwerden - der psychopathologischen Auffälligkeiten - des psychosozialen Funktionsniveaus
<p>Verdachtsdiagnosen: somatoforme Störungen, depressive Episode, Anpassungsstörung, Drogenabusus, selbstverletzendes Verhalten (Jugendliche/ Adoleszente), akute Belastungsreaktion, posttraumatische Belastungsstörung</p>	

Diskussion

Das psychosomatisch und interkulturell ausgerichtete IPF-Interview mit SprachmittlerInnen hat zu einer differenzierten biopsychosozialen KlientInnen-Beurteilung geführt, die eine wesentliche Bedingung der gestuften Versorgung nach dem SCCM erfüllt. In Form der IPF-Berichte konnte die Beurteilung den ZuweiserInnen vermittelt werden.

Im ersten Halbjahr gab es besonders von Seiten der professionellen sozialen Beratungsstellen ausschließlich Vermittlungsanliegen zu HausärztInnen, FachärztInnen und vor allem PsychotherapeutInnen, die die IPF nicht im Sinne der ZuweiserInnen bearbeitet hat. Hier wird ein Grund für den starken Zuweisungsrückgang im zweiten Halbjahr gesehen. Die unzureichende psychotherapeutische Versorgungslage besonders für volljährige Flüchtlinge ist allerdings bekannt, weshalb die IPF als besondere Versorgungsstruktur eingerichtet worden ist. Insofern hat die IPF auf die obigen Anliegen im Sinne des SCCM mit der Beurteilung und Beratung der KlientInnen bzw. ZuweiserInnen und im Bedarfsfall mit dem Angebot der Wiedervorstellung reagiert. Nichtsdestoweniger ist selbst für die KlientInnen, die im SCCM betreut werden und für die ein deutlicher Psychotherapiebedarf besteht eine solche Versorgung noch nicht gewährleistet. Ein Hauptgrund ist nach IPF-Erfahrung die ungeklärte Finanzierung der SprachmittlerInnen.

Mit dem Rückgang der obigen Zuweisungen und mit der Zunahme und der tatsächlichen Wahrnehmung der Wiedervorstellungen im zweiten Halbjahr konnte die Arbeit mit psychosozial komplex belasteten und chronisch kranken KlientInnen erheblich gestärkt werden: genauere Beurteilung mit Psychoedukation und Beratung, Kontaktaufbau mit anderen Versorgern, supportive Gespräche und Beziehungsaufbau. Damit erfüllt die IPF aktuell den Ansatz der gestuften Versorgung vor Einschaltung spezieller psychotherapeutischer Hilfen. Die integrative Versorgung ist durch das Zuweisungskonzept mit Rückmeldung prinzipiell erfüllt und erweist sich in der Praxis als effektiv. Die regelmäßige Zusammenarbeit in der psychosozialen und medizinischen Versorgung hat sich mit den Gemeinschaftsunterkünften und sehr wenigen Haus- und KinderärztInnen etabliert.

Als Ausblick sollen kurz-, mittel- und langfristige Ziele erreicht werden: Zusammenarbeit mit PsychotherapeutInnen mit Klärung der Frage der Sprachmittlerfinanzierung, Kontinuierliche Aufklärung über das SCCM mit dem Ziel mehr psychosozial komplex belasteten und

chronisch kranken KlientInnen die gestufte Versorgung zugänglich zu machen und Entwicklung eines Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge und Folteropfer aus dem derzeitigen Konzept der IPF, um die Psychodiagnostik und Psychotherapie zu stärken.

Literatur

Abdallah-Steinkopff, B. (2017): Zusammenarbeit mit Dolmetschern, in: Abdallah-Steinkopff, B., Böttche, M., Liedl, A., Knaevelsrud, C.: Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte, Stuttgart, S. 90-107.

Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, AMDP (2007): Das AMDP-System. Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde, Göttingen.

American Psychiatric Association, APA (2013): Cultural Formulation Interview (CFI), URL: https://www.psychiatry.org/File%20Library/Psychiatrists/Practice/DSM/APA_DSM5_Cultural-Formulation-Interview.pdf (abgerufen: 26.03.2018).

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, BAfF e. V. (2016): Versorgungsbericht, 3. aktualisierte Auflage, Berlin.

Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information, DIMIDI (2017): Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-10-GM), 10. Revision, Version 2018, URL: <http://www.dimdi.de/dynamic/de/klassi/downloadcenter/icd-10-gm/version2018/systematik/> (abgerufen: 26.03.2018).

Fritzsche, K., Burbaum, C. (2016): Die biopsychosoziale Anamnese, in: Fritzsche, K., Geigges, W., Richter, D., Wirsching, M. (Hrsg.): Psychosomatische Grundversorgung, Berlin/ Heidelberg, S. 55-62.

Gavranidou, M. (2017): Migration, in: Abdallah-Steinkopff, B., Böttche, M., Liedl, A., Knaevelsrud, C.: Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte, Stuttgart, S. 7-17.

Gelzer, D (2005): Migrantinnen und Migranten in der hausärztlichen Sprechstunde, Primary Care 5(6), S. 128-131.

Haufe, S. G. (2006): Interkulturelle Öffnung und Professionalisierung in Europa. Reflexion zur institutionellen Einbindung, in: Wohlfahrt, E.; Zaumseil, M. (Hrsg.): Transkulturelle Psychiatrie – Interkulturelle Psychotherapie. Interdisziplinäre Theorie und Praxis, Heidelberg, S. 225-238.

United Nation Committee on Economic, Social and Cultural Rights, CESCR (2000): General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12), URL: <http://www.refworld.org/pdfid/4538838d0.pdf> (abgerufen: 26.03.2018).

Schneider, F., Bajbouj, M., Heinz, A. (2017): Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland. Modell für ein gestuftes Vorgehen, in: Der Nervenarzt 88 (1), S. 10-17.

Skala zur Erfassung des globalen Funktionsniveaus, GAF (1989), in: Diagnostische Kriterien und Differentialdiagnosen des diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-III.R., Weinheim/ Basel, URL: http://www.psychiatrie-in-berlin.de/soziotherapie/gaf_skala.pdf (abgerufen 27.03.2018).

Wendt, W. R. (2015): Case Management in der Krankversorgung, in: Wendt, W. R.: Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung, Freiburg i. Bg., S. 262-275.

Wenk-Ansohn, M. (2017): Akutversorgung und traumaorientierte Langzeitbehandlung bei traumatisierten und psychisch belasteten Geflüchteten, in: Abdallah-Steinkopff, B., Böttche, M., Liedl, A., Knaevelsrud, C.: Psychotherapie mit Flüchtlingen – neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse. Das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte, Stuttgart, S. 147-162.