Leopoldina
Nationale Akademie
der Wissenschaften

April 2018 | Stellungnahme

Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig

In Zusammenarbeit mit der
Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften

berlin-brandenburgische
AKADEMIE DER WISSENSCHAFTEN

Impressum

Herausgeber:
Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V.
– Nationale Akademie der Wissenschaften –
Jägerberg 1, 06108 Halle (Saale)

Berliner Büro:
Reinhardtstraße 14, 10117 Berlin

Redaktion:
Dr. Kathrin Happe, Dr. Henning Steinicke, Dr. Stefanie Westermann,
Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina,
Abteilung Wissenschaft – Politik – Gesellschaft (Leitung: Elmar König)
Kontakt: politikberatung@leopoldina.org

Satz:
unicommunication.de, Berlin

Druck:
druckhaus köthen GmbH & Co. KG
Friedrichstr. 11/12
06366 Köthen (Anhalt)

Lektorat:
Katharina Schmalz, Regensburg

ISBN: 978-3-8047-3860-7

Zitiervorschlag:
Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2018):
Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig. Halle (Saale).

Bibliographische Information der Deutschen Nationalbibliothek:
Die deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliographie,
detaillierte bibliographische Daten sind im Internet unter https://portal.dnb.de abrufbar.

Stand: Februar 2018

Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig

In Zusammenarbeit mit der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften

Inhalt

Zusammenfassung und Empfehlungen 4

1 Worum geht es? 8

2 Warum leiden die Betroffenen unter psychischen Problemen? 9

2.1 Vor der Flucht 9
2.2 Auf der Flucht 10
2.3 Nach der Flucht 10

3 Wie äußert sich das Leid der Betroffenen? 12

3.1 Wie reagieren Körper und Psyche auf Bedrohung? 12
3.2 (Langzeit-)Folgen von Traumatisierungen 13
3.3 Kulturspezifische Ausdrucksformen psychischen Leids 14

4 Kinder und Jugendliche im Fokus: Zur besonderen Bedeutung von pränatalem Stress und Belastungserfahrungen im Kindes- und Jugendalter 15

4.1 Auswirkungen traumatischer Erfahrungen in sensiblen Entwicklungsphasen 15
4.2 Symptome psychischen Leids bei Kindern und Jugendlichen 16
4.3 Belastete Eltern – belastete Familien 16

5 Handlungsbedarf für die aufnehmende Gesellschaft 18

5.1 Trauma und Gewalterfahrungen als Integrationshindernisse 18
5.2 Dissoziales Verhalten durch Trauma und Gewalterfahrungen 19
5.3 Unzureichende Versorgung und Unterstützung von psychisch leidenden Flüchtlingen 20

6 Mögliche Lösungsansätze – eine differenzierte und bedarfsgerechte Versorgungsstruktur 22

6.1 Screening und Feststellung 22
6.2 Beratung, Unterstützung und Therapie 23
6.3 Behandlungsverfahren für Trauma-Folgestörungen 26
6.4 Behandlung von geflüchteten Kindern 29
6.5 Evaluation und Monitoring von Diagnostik und Interventionen 29

7 Literatur 30

8 Anhang 35

Zusammenfassung und Empfehlungen

Flüchtlinge, die nach Deutschland kommen, haben häufig vor und während der Flucht ein enormes Ausmaß an Gewalt und lebensbedrohlichen Situationen erfahren, oder sie wurden Zeugen von solchen traumatisierenden Ereignissen. Dauerhafte Belastungen haben das Leben dieser Menschen geprägt: Armut und traumatisierende Kindheitserfahrungen in ressourcenarmer Umgebung, organisierte Gewalt, Zwangsmaßnahmen, Verfolgung, Verschwinden oder Tod von Familienmitgliedern und Freunden, sexuelle und körperliche Gewalt oder Ausbeutung.

Diese Erlebnisse wiegen bei vielen Flüchtlingen in der Summe so schwer, dass sie zu psychischen und körperlichen Krankheiten führen. Die Betroffenen leiden oftmals unter Symptomen wie Schmerzen, anhaltenden Schlafstörungen, Albträumen, sich aufdrängenden Erinnerungen des Horrors und Problemen bei der Emotionsregulation. Häufig ist zudem die Immunabwehr geschwächt, nicht selten kommt deshalb zum psychischen Leid eine körperliche Erkrankung hinzu, z. B. chronische Entzündungsprozesse oder Autoimmunerkrankungen. Bei Menschen, die im Elternhaus oder in Kriegssituationen Gewalt erfahren oder selbst aktiv ausgeübt haben, sinkt zudem – vor allem bei Männern – die Schwelle, selbst gewalttätig zu werden. Aus wissenschaftlichen Studien ist bekannt, dass Trauma-Folgestörungen häufig chronisch verlaufen – mit beträchtlichen und u. U. dauerhaften Behandlungskosten. Besonders gravierend wirken sich traumatische Erlebnisse im Kindes- und Jugendalter aus, da die Betroffenen in der Entfaltung ihres Entwicklungspotentials stark behindert werden.

Die vielen Flüchtlinge mit schweren psychischen Belastungen benötigen dringend Hilfe – sofortiges Handeln ist erforderlich. Andernfalls können sich gravierende negative Konsequenzen ergeben: für die Betroffenen selbst, für deren nachfolgende Generationen und für die Gesellschaft. Flüchtlinge, die psychisch leiden, sind oft nicht in der Lage, ihren Alltag zu bewältigen, vertrauensvolle soziale Beziehungen einzugehen oder eine neue Sprache zu erlernen – dies sind aber zentrale Voraussetzungen für die Integration in die Gesellschaft, eine erfolgreiche Berufsausübung und ein zufriedenstellendes Leben.

Massive traumatische Belastungen und daraus resultierende psychische Beeinträchtigungen können zu dissozialem Verhalten führen – und damit die aufnehmende Gesellschaft in ihrem sozialen Zusammenhalt betreffen. Dies wiederum kann dann auf Seiten der aufnehmenden Gesellschaft zu Ablehnung oder Diskriminierung führen. Bleiben psychische Beeinträchtigungen der Flüchtlinge unerkannt und unbehandelt, können sich mittel- und langfristig empfindliche Veränderungen des sozialen Zusammenhalts der Gesellschaft entwickeln.

Auch die Lebenssituation und die vielen Probleme nach der Flucht sind psychisch belastend, insbesondere die Ungewissheit über den Verbleib von Angehörigen, die soziale Vereinsamung oder der soziale Statusverlust im Vergleich zum Heimatland. Eine hohe Abbruchquote bei Sprachkursen oder auch die Tatsache, dass viele Flüchtlinge ihren Alltag nicht aktiv gestalten können, weisen auf diese Probleme hin. Inzwischen ermöglichen bestimmte Kursangebote, z. B. Erstorientierungskurse, zwar ein langsameres Lernen ohne

Druck, doch helfen diese Maßnahmen psychisch schwer belasteten Flüchtlingen kaum. Vielmehr gilt es bei ihnen, das psychische Leid, das oftmals die Ursache der skizzierten Probleme ist, früher und adäquat anzugehen.

1 | Wir empfehlen,
den betroffenen Flüchtlingen rechtzeitig psychosoziale und wenn nötig klinische Hilfe anzubieten, damit Integrations- und Sprachkurse wirksam werden können. Dafür empfehlen wir ein Repertoire von Hilfsangeboten, das einerseits den spezifischen Bedürfnissen der Betroffenen gerecht wird und sie andererseits in die bestehenden Gesundheits- und Sozialsysteme integriert, ohne diese zu überlasten.

Aufgrund wissenschaftlicher Befunde ist davon auszugehen, dass einem signifikanten Teil der betroffenen Flüchtlinge nur mit einer professionellen, spezifischen Trauma-Therapie geholfen werden kann. Für sehr viele Betroffene sind aber auch schneller verfügbare, niederschwellige, also leichter zugängliche, Angebote eine wichtige Hilfestellung. Dazu gehören insbesondere psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen, die aktive Einbindung in soziale Netzwerke oder gezielte Verhaltensaktivierungen. Die Wirksamkeit dieser Angebote hinsichtlich einer Verbesserung der Lebensqualität und der Handlungsfähigkeit der Betroffenen ist wissenschaftlich belegt.

2 | Wir empfehlen
eine Hilfestruktur, die das gegenwärtige Versorgungsmodell in Deutschland ergänzt. In einem solchen differenzierten Unterstützungs- und Versorgungsmodell können, je nach Bedarf, professionelle psychotherapeutische Angebote durch approbierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten oder Psychiaterinnen und Psychiater sowie niederschwellige Angebote von speziell geschulten Personen (u. a. Peer-Beraterinnen und -Berater) durchgeführt werden. Niederschwellige Maßnahmen können darüber hinaus auch für die bedarfsgerechte Versorgung der Gesamtbevölkerung eingesetzt werden – dadurch könnten Barrieren beim Zugang zu psychotherapeutischer Versorgung, insbesondere für marginalisierte Gruppen, abgebaut werden.

Voraussetzung für ein differenziertes Angebot ist, früh zu identifizieren, welche Betroffenen welche Hilfe benötigen. Deutschland ist nach der EU-Richtlinie 2013/33 dazu verpflichtet, Menschen mit besonderem Schutzbedarf zu identifizieren und entsprechend zu versorgen.

3 | Wir empfehlen
den Einsatz von Screening-Instrumenten, wie beispielsweise den Refugee Health Screener, um früh Hinweise auf einen eventuell bestehenden Behandlungsbedarf zu erhalten. Bei dem Screening, wie es hier verstanden wird, handelt es sich nicht um eine Anamnese oder Diagnostik. Diese Screenings sind allen Flüchtlingen, die nach Deutschland kommen, regelhaft anzubieten – idealerweise IT-basiert (Smartphone, Tablet). Den Kommunen käme hierbei eine zentrale Rolle zu: Die Screenings sollten möglichst bei der Aufnahme in Unterkünften in den Kommunen erfolgen, z. B. durch die Gesundheitsämter, Jugendämter oder sozialpsychiatrischen Dienste.

Flüchtlinge kommen sehr häufig über Hausarztpraxen in Kontakt mit dem deutschen Gesundheitssystem. Dadurch haben Hausärztinnen und -ärzte in vielen Fällen eine Orientierungsfunktion für Patientinnen und Patienten – somit auch bei der Begleitung von psychisch belas-

teten und kranken Flüchtlingen. Letzteres ist für viele Hausärzte eine große Herausforderung, nicht zuletzt aufgrund von Sprachbarrieren, zeitintensiven Beratungsgesprächen und kulturell bedingten Anforderungen. Über Ärztinnen und Ärzte hinaus gibt es eine Reihe weiterer Berufsgruppen wie Sozialarbeiter oder Lehrende, die regelmäßig mit Flüchtlingen in Kontakt kommen.

4 | Wir empfehlen
eine Weiterentwicklung und Ausweitung von qualifizierten Fort- und Weiterbildungsmöglichkeiten auch für nicht primär psychotherapeutisch tätige Berufsgruppen, um diesen Informationen und konkrete Hilfestellungen im Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen zu vermitteln.

Derzeit gibt es nicht genügend Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die adäquat für die Behandlung von Trauma-Folgestörungen ausgebildet sind. Auch hierdurch ergeben sich Versorgungsengpässe.

5 | Wir empfehlen
eine Weiterentwicklung und Ausweitung von Fort- und Weiterbildungsangeboten für Psychotherapeutinnen und -therapeuten zur Diagnose und Therapie von Trauma-Folgestörungen.

Eine zentrale Rolle bei der Umsetzung von Hilfsangeboten für Flüchtlinge spielen sogenannte Peer-Beraterinnen und -Berater. Sie können als „Gesundheitslotsen“ begleiten, vermitteln, dolmetschen, erklären, anleiten und beraten. Nach einer zusätzlichen Ausbildung als „Trauma-Berater“ können sie zudem die Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen einer Delegation, also einer Übertragung bestimmter Behandlungselemente, in der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge unterstützen.

Peer-Beraterinnen und -Berater sind in der Regel sowohl mit dem Sprach- und Kulturkreis der betroffenen Flüchtlinge als auch mit den Gegebenheiten in Deutschland vertraut. Für eine solche Aufgabe geeignet sind beispielsweise Studierende mit Herkunft aus dem jeweiligen Kulturkreis. Voraussetzung ist eine intensive und praxisorientierte Schulung und – im Falle der Unterstützung einer Therapie im Rahmen einer Delegation – die engmaschige Supervision und Begleitung durch den Psychotherapeuten, der die Fallverantwortung trägt. Um die Qualität der Arbeit von Peer-Beraterinnen und -Beratern sicherzustellen, ist vor allem entscheidend, dass die Ausbildung durch entsprechend qualifizierte Institutionen und Lehrkräfte erfolgt.

6 | Wir empfehlen
den Einsatz von Peer-Beraterinnen und -Beratern bei der Begleitung traumatisierter Flüchtlinge. Die beschriebenen Maßnahmen sollten in den Bereich bestehender Integrations- und Unterstützungsangebote des Bundes, der Länder und der Kommunen eingegliedert werden, die dafür auch entsprechend finanziell ausgestattet werden müssen.

7 | Wir empfehlen
darüber hinaus, entsprechend geschulte Peer-Beraterinnen und -Berater zur unterstützenden Behandlung im Rahmen einer Psychotherapie einzusetzen. Voraussetzung dafür ist eine Ausbildung zum „Trauma-Berater“ auf der Grundlage wissenschaftlich gesicherter und evidenzbasierter[1] Methoden und Verfahren. An diese Voraussetzungen sollte die Akkreditierung von Schulungskursen ebenso wie die Finanzierung der Maßnahmen geknüpft werden.

1 „Evidenzbasiert“ bedeutet, dass die Wirksamkeit der Verfahren in mehreren unabhängigen klinischen Studien nachgewiesen wurde.

8 | Wir empfehlen,
die Möglichkeiten der Delegation, z. B. an ausgebildete „Trauma-Berater“, im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung stärker zu nutzen. Dazu müssen gesetzliche Spielräume, falls erforderlich, angepasst werden.

9 | Wir empfehlen,
eine wissenschaftliche Begleitforschung für alle Maßnahmen sowie ein Monitoring durch eine unabhängige Institution.

Die Behandlung von Flüchtlingen mit schweren psychischen Leiden stellt oftmals besondere Anforderungen an das therapeutische Setting: Neben einer kultursensitiven Behandlung muss die Psychotherapie in vielen Fällen durch speziell geschulte Dolmetscherinnen und Dolmetscher unterstützt werden. Für den Erfolg einer Psychotherapie bei traumatisierten Flüchtlingen ist dies unerlässlich.

10 | Wir empfehlen,
dass die Abrechnung von Behandlungen und die Kostenübernahme von Dolmetscherleistungen für die gesamte Dauer der Therapie unabhängig vom Aufenthaltsstatus und der Aufenthaltsdauer betroffener Flüchtlinge erfolgen. Zur weiteren Unterstützung und zum Abbau von Sprachbarrieren sollten darüber hinaus digitale Angebote auf ihren spezifischen Nutzen geprüft und gegebenenfalls weiterentwickelt werden.

1 Worum geht es?

Flüchtlinge[2] sind vor, während und nach ihrer Flucht besonderen gesundheitlichen, psychischen und sozioökonomischen Belastungen ausgesetzt. Physische und psychische Leiden variieren insbesondere je nach der Summe erlebter massiver Bedrohungen wie Kriegs- und Fluchterfahrung, aber auch in Abhängigkeit von Entwicklungsbedingungen in Kindheit und Jugend. Erste Untersuchungen weisen darauf hin, dass ein substantieller Anteil der in den vergangenen Jahren nach Deutschland gekommenen Flüchtlinge professionelle Hilfe und Unterstützung benötigt, um die Voraussetzung zu erlangen, erfolgreich familiäre, schulische und berufliche Anforderungen zu bewältigen, und um sich in die Gesellschaft integrieren zu können.[3]

Traumatisierte Menschen leiden massiv seelisch und körperlich unter den Folgen des Erlebten. Bleibt ihr seelisches Leiden unbehandelt, sind traumatisierte Flüchtlinge oftmals nicht in der Lage, eine neue Sprache zu erlernen, sie können in Schule oder Arbeit ihre Kapazitäten nicht entfalten. Nicht zuletzt weisen eine hohe Abbruchquote bei Sprachkursen oder auch die Tatsache, dass viele Flüchtlinge ihren Alltag nicht aktiv gestalten können, auf diese Probleme hin. Bei Menschen, die nicht hinreichend in die Gesellschaft integriert sind, besteht zudem ein erhöhtes Risiko für dissoziales und gewaltbereites Verhalten.[4]

Humanitäre, medizinische, psychologische und ökonomische Gründe verlangen eine frühzeitige Behandlung der Trauma-Folgen. Gegenwärtig sind die Versorgungsmöglichkeiten in Deutschland jedoch nicht ausreichend, um der Zahl und den Bedürfnissen der betroffenen Menschen gerecht zu werden. Deshalb erscheint eine Implementierung von innovativen Unterstützungs- und Versorgungsmodellen sinnvoll. Diese können sich beispielsweise an Modellen orientieren, die in der Not- und Entwicklungshilfe bereits jahrzehntelang erprobt sind.[5]

Aufgrund von Schätzungen ist zu vermuten, dass die Hälfte der in den letzten Jahren nach Deutschland gekommenen Flüchtlinge durch mehrfache und massive traumatische Erfahrungen seelisch belastet ist. Wiederum die Hälfte dieser Personen dürfte nicht in der Lage sein, sich ohne fremde Hilfe zu erholen. Schätzungen, die derzeit aber noch unsicher sind, gehen davon aus, dass allein von den 2015/2016 nach Deutschland gekommenen Flüchtlingen etwa eine Viertelmillion betroffen ist.[6]

2 Wir fassen unter den Begriff „Flüchtlinge“ Menschen, die mit dem Ziel nach Deutschland kommen, einen Status als Schutzberechtigte zu erhalten.

3 Elbert et al. (2017).

4 Collier (2014).

5 Elbert et al. (2017); Schneider et al. (2017).

6 Die Anzahl und die Schwere der Trauma-Folgestörungen bei Flüchtlingen variieren mit der Summe der belastenden Erfahrungen. Über Flüchtlingspopulationen hinweg schwankt dieser Anteil entsprechend, bis zu ca. 30 Prozent der Erwachsenen leiden an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (Fazel et al., 2005; Miller et al., 2005). Ein entsprechender Anteil gilt wahrscheinlich auch für die derzeitige Flüchtlingspopulation in Deutschland (Kaltenbach et al., 2017). Wissenschaftlich belastbare Aussagen sind derzeit aufgrund mangelnder Daten weder zur exakten Anzahl der Betroffenen noch zu den voraussichtlichen Kosten der Versorgung bzw. der Nicht-Versorgung möglich.

2 Warum leiden die Betroffenen unter psychischen Problemen?

Je häufiger und je stärker Menschen vor der Flucht, auf der Flucht oder am Zielort lebensbedrohenden Ereignissen ausgesetzt sind, desto eher entwickeln sie psychische Leiden. Studien in Kriegspopulationen belegen, dass die Wahrscheinlichkeit eines psychischen Leidens[7] sowie das Ausmaß von Funktionsbeeinträchtigungen im Alltag[8] mit der Anzahl unterschiedlicher lebensbedrohender Erfahrungen zunimmt[9]. Gleichzeitig verringert sich mit zunehmender Anzahl erlebter traumatischer Stressoren die Wahrscheinlichkeit einer Erholung ohne professionelle psychotherapeutische Hilfe.[10]

Flüchtlinge sind in besonderem Maße folgenden Stressoren ausgesetzt:[11]

1. lebensbedrohenden Erfahrungen durch organisierte Gewalt vor der Flucht, u. a. aufgrund von kriegerischen Handlungen, staatlicher Verfolgung, systematischer Folter, Rebellenüberfällen und Straßen-/Milieugewalt,

2. lebensbedrohenden Erfahrungen und Entbehrungen auf der Flucht, denen auch vielfach mit Gewalt begegnet werden musste,

3. belastenden Erfahrungen und Anpassungsanforderungen nach der Flucht wie Aufenthalte in Flüchtlingslagern/-einrichtungen und

4. Verlust von Bezugspersonen und Familie, insbesondere bei Kindern.

Hinzu kommt: Sind Eltern und Bezugspersonen in einem von Gewalt geprägten Umfeld dauerhaft solchen Stressoren ausgesetzt, ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass sie dies an ihre Kinder weitergeben, und die Kinder dann mitunter körperliche und emotionale Gewalt sowie Vernachlässigung erfahren. Für Kinder und Jugendliche ist dies besonders kritisch, da derartige Erfahrungen prägend sind (siehe hierzu auch Kapitel 4). Solche belastenden Kindheitserfahrungen erweisen sich in Kombination mit Bedrohungen und Verletzungen durch organisierte Gewalt im Erwachsenenalter als besonders schädlich für die psychische wie auch die körperliche Funktionstüchtigkeit.[12]

2.1 Vor der Flucht

Verschiedene Studien zeigen, dass Menschen in Kriegs- und Krisengebieten oftmals einem enormen Ausmaß an erlebter und beobachteter Gewalt ausgesetzt sind.[13] Eine akute Zunahme der Gewalt führt dann zur Flucht.[14] Flüchtlinge, die aus Kriegsgebieten geflohen sind, berichten oft von physischer und psychologischer Folter, von Bombardierungen, sexueller Gewalt und anderen Gräueltaten.[15]

Neben diesen unmittelbar bedrohlichen Erfahrungen sind Flüchtlinge häufig zusätzlich einer Reihe von dauerhaften Stressoren ausgesetzt: u. a. Bedrohung,

7 Mollica et al. (1998); Neuner et al. (2004a).
8 Bei Kindern siehe Catani et al. (2010).
9 Schauer et al. (2003).
10 Kolassa et al. (2010).
11 Schauer (2016).
12 Nandi et al. (2015); Spitzer et al. (2009); Afari et al. (2014); Gupta (2013); Paras et al. (2009).
13 z. B. Ertl et al. (2011); Neuner et al. (2004a); Steel et al. (2009).
14 Gäbel et al. (2006); Abbott (2016); Schauer (2016); Underwood (2017).
15 Elbert et al. (2013); Hensel-Dittmann et al. (2011); Neuner et al. (2004b); Mnookin (2016); Steel et al. (2009).

Verfolgung, Einschüchterung, Angst vor Verhaftungen, Hausdurchsuchungen, Verschwinden oder Tod von Freunden und Familienmitgliedern, Erleben des Leids nahestehender Menschen, Verlust von Status und Beruf, Unterbrechung der Schule oder Berufsausbildung, Trennung, Isolierung der Familie, sozialer Entwurzelung durch wiederholte Umzüge, schlechter Ernährung und medizinischer Versorgung sowie systematischen Entbehrungen oder Zwangsmaßnahmen.

2.2 Auf der Flucht

Die eigentliche Flucht kann sich völlig unterschiedlich gestalten: Für einige kann das Fluchtgeschehen ein sehr kurzer, relativ sicherer Vorgang sein, der innerhalb eines Tages abgeschlossen ist, etwa eine Evakuierung per Flugzeug. Für viele ist die Flucht aber eine mehrfach lebensbedrohliche Odyssee, z. T. über Jahre und Länder hinweg. Auf der Flucht mischen sich dann andauernde psychische Anspannung und starke körperliche Beanspruchung oder gar Auszehrung mit dem erneuten Bezeugen und Erfahren traumatischer Lebensereignisse: So erleben Menschen auf der Flucht häufig sexuelle und körperliche Gewalt, sie werden von Familienmitgliedern getrennt oder werden beraubt. Mitunter werden sie genötigt, anderen Schmerzen zuzufügen oder gar zu töten. Menschen auf der Flucht werden u. U. Zeugen von Folter oder Tötungen, verlieren enge Familienmitglieder oder Freunde und müssen mitunter extrem harte Umweltbedingungen ertragen wie etwa die Hitze auf dem Weg durch die Sahara.

Durch Mitmenschen zugefügte Gewalt kann die positiven Grundannahmen über die Welt und die Mitmenschen in einem solchen Maße erschüttern (*shattered assumptions*)[16], dass Ängste nicht mehr eingedämmt werden können (*anxiety buffer disruption*)[17]. Das beeinträchtigt die Fähigkeit, vertrauensvolle zwischenmenschliche Beziehungen zu entwickeln, die wiederum für die Heilung von Traumata entscheidend sind.

Der Verlust von Zugehörigkeit und Status, Territorium und Ressourcen, die Hilflosigkeit, Ungewissheit, Ausweglosigkeit der Fluchtsituation, die Wartezeiten, der Verlust von Selbstwirksamkeit und Autonomie sowie die körperliche Erschöpfung und permanente Sorge um Familienmitglieder wirken auf jeden Flüchtling zermürbend. Besonders gilt dies aber für Individuen, die bereits zuvor traumatische Erfahrungen machen mussten.[18]

2.3 Nach der Flucht

Auch nach einer Flucht wirken am Aufnahmeort viele Belastungsfaktoren fort – und weitere kommen dazu:[19]

- Krieg, Verfolgung und vor allem auch Flucht bedeuten oftmals eine Zerstörung sozialer Netzwerke. Damit einher geht ein grundlegendes Gefühl der Einsamkeit.[20] Bei Personen, die bereits schwere Traumatisierungen mitbringen und deshalb besonders vulnerabel sind, hängt die weitere Entwicklung der seelischen Gesundheit auch davon ab, ob grundlegende menschliche Bedürfnisse wie die Zugehörigkeit zu einer Familie und zu einer Gruppe[21] sowie der Wunsch nach Wertschätzung und Status[22] zumindest teilweise erfüllt werden können[23].

- Angst um Familienangehörige, die nicht geflohen sind oder sich noch auf der Flucht befinden.[24]

16 Janoff-Bulman (2010).

17 Edmondson et al. (2011).

18 Schauer et al. (2011).

19 Li et al. (2016).

20 Bogic et al. (2015); Chen et al. (2017); Gorst-Unsworth und Goldenberg (1998).

21 Baumeister und Leary (1995); Tafjel und Turner (1979).

22 Anderson et al. (2015).

23 Correa-Velez et al. (2010).

24 Nickerson et al. (2010).

- Verlust der angestammten Rolle in der Familie.[25]

- Verlust des wahrgenommenen gesellschaftlichen Status und der damit verbundenen Anerkennung sowie der Verlust der ökonomischen Sicherheit.[26]

- Stigmatisierung belastet Betroffene zusätzlich zum eigentlichen Leiden, es reduziert einmal mehr ihren Selbstwert. So bedingen beispielsweise Vorurteile über psychisch erkrankte Menschen häufig eine Diskriminierung oder Zurückweisung bis hin zum sozialen Ausschluss der Betroffenen.[27]

- anhaltende Ungewissheit über die Möglichkeiten, am Aufnahmeort bleiben zu dürfen.

- oftmals lange Zeiten ohne Beschäftigung (Warten auf Arbeitserlaubnis etc.).[28]

- Ablehnung bis hin zu Gewaltandrohungen und -anwendung durch die Bevölkerung des aufnehmenden Landes.[29]

25 Miller et al. (2002a).

26 Jablensky et al. (1992); Miller et al. (2002b); Mollica et al. (2002); Singh-Manoux et al. (2003); Sulaiman-Hill und Thompson (2012).

27 Ben-Zeev et al. (2010); Bhugra et al. (2017).

28 Warfa et al. (2012).

29 Jasinskaja-Lahti et al. (2009); Willems (1995).

3 Wie äußert sich das Leid der Betroffenen?

3.1 Wie reagieren Körper und Psyche auf Bedrohung?

Lebensbedrohende und andere traumatische Ereignisse wirken sich unmittelbar auf das Erleben und Verhalten sowie die körperlichen Funktionen eines Menschen aus. Wenn Menschen gezwungen sind, sich zu verstecken, zu kämpfen oder zu fliehen, werden Psyche und Körper in einer Alarmreaktion extrem erregt. Es kommt zu einer Aktivierung zunächst des sympathischen Nervensystems mit schnellem Herzschlag, Schwitzen, Zittern. Der Körper ist in einer erhöhten Reaktionsbereitschaft, u. U. neigen Betroffene auch zu übereilten und unüberlegten Handlungen. Bei Ausweglosigkeit kommt es dagegen zu parasympathischer Aktivierung (Blutdruckabfall). Alle Menschen besitzen idealtypisch drei mögliche Reaktionsmuster: 1) Angst und damit verbundene Fluchtimpulse; 2) Aggressivität, verbunden mit der Bereitschaft zu kämpfen, und 3) bei erkennbarer Ausweglosigkeit ein „Sich-tot-Stellen“ (Schreckstarre in tonischer Immobilität oder schlaffe Immobilität bis hin zum Ohnmachtsanfall). Rasch ergeben sich kognitive Einschränkungen wie Aufmerksamkeits- und Wahrnehmungsdefizite – der sogenannte Tunnelblick –, Handlungsblockierungen und Gefühle von Ausgeliefertsein und Hilflosigkeit.[30]

Durch das akute, sehr hohe Erregungsniveau verändert sich die Gedächtnisbildung. Die stark emotional belastende Situation brennt sich regelrecht in das Gedächtnis ein, und zwar in einer Form, bei der keine bewusste Abrufkontrolle mehr möglich ist. Mit zunehmender Zahl lebensbedrohender Erfahrungen können mehr und mehr Umweltreize diese Erinnerungen aktivieren. Die Betroffenen fühlen sich häufig bedroht, etwa wenn sie eine Person in Uniform sehen, ein Feuer riechen oder einfach nur innerlich erregt sind.

Akute Bedrohungen und chronische Belastungen führen zu einer Stressreaktion des Organismus (Box 1). Diese äußert sich unmittelbar in psychischen und körperlichen Veränderungen. Es kommt zur Aktivierung des körperlichen Verteidigungssystems und damit zur Bereitstellung von Energieressourcen, u. a. durch einen Anstieg des Blutfett- und Glukosespiegels sowie einer Blutdruck- und Herzfrequenzsteigerung. Zugleich werden Verdauungsprozesse, der Proteinaufbau, Immunreaktionen und Sexualfunktionen gehemmt.

Wenn der Organismus auch nach der akuten Bedrohungssituation in einer dauerhaften Stressreaktion verbleibt und nicht „versteht“, dass eine Bedrohung nur aus der Erinnerung aufsteigt, kommt es zu einer chronifizierten bzw. dysregulierten Stressreaktion.[31] Diese kann sich einerseits peripher im Körper sowie zentral im Gehirn in einer dauerhaften Erhöhung von Entzündungsmarkern und insgesamt in einer Veränderung des Immunsystems äußern. Die Betroffenen leiden beispielsweise an einem hartnäckigen Schnupfen oder rheumatischen Beschwerden.[32] Andererseits kann die chronifizierte Stressreaktion auch zu psychischen Beschwerden führen, beispielsweise zu Gefühlen

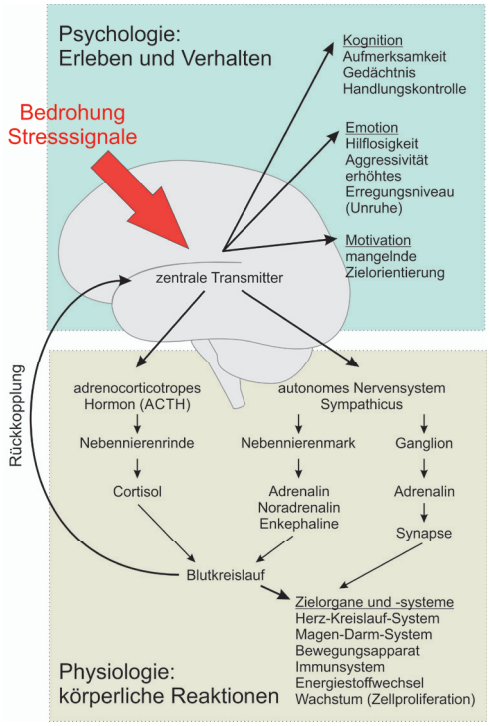
30 Schauer und Elbert (2010).

31 Elbert und Schauer (2014).

32 z. B. Sommershof et al. (2009).

Box 1: Physische und psychische Reaktionen auf Bedrohungen

Wird eine ernsthafte Bedrohung für Leib und Leben wahrgenommen, so verändert dies nahezu alle körperlichen Funktionen, auch das Gehirn wird über Rückkopplung in einen anderen Funktionsmodus versetzt.



Bedrohungen und chronische Belastungen führen zu einer Stressreaktion des Organismus. Diese äußert sich in psychischen und körperlichen Veränderungen. Das autonome Nervensystem kann massive Blutdruck- und Herzfrequenzänderungen bedingen. Parallel wird das Hauptverteidigungssystem mit Cortisolausschüttung angestoßen. Dies führt zur Bereitstellung von Energieressourcen, u. a. durch einen Anstieg des Blutfett- und Glukosespiegels. Zugleich werden Verdauungsprozesse, der Proteinaufbau, Immunreaktionen und Sexualfunktionen gehemmt. Zentral kommt es zu Veränderungen der regionalen Hirndurchblutung. Die für die Gedächtnisbildung bedeutsamen Prozesse der Neuroplastizität werden z. T. direkt, z. T. indirekt durch die freigesetzten Transmitter (Noradrenalin), das heißt Botenstoffe, und Immunfaktoren (Cytokine) beeinflusst. Die Konditionierung von furchtauslösenden Signalen erfolgt leichter, das Furchtgedächtnis generalisiert schneller auf andere neutrale Signale und die Fähigkeit, konditionierte Furchtassoziationen zu löschen, ist reduziert. Die Aufmerksamkeit wird eingeschränkt, eine kontrollierte Regulation von Emotionen und Motivationen ist nicht mehr möglich. Ängste oder Aggressionen werden nicht mehr beherrscht, es resultiert Hilflosigkeit oder unkontrollierte Aggressivität.

der Hilflosigkeit, zu Depressionen oder zu überschießender Aggressivität. Zugleich können Motivationsverlust und ein Überforderungsgefühl selbst bei geringfügigen Anforderungen entstehen. Kognitiv ergeben sich Einschränkungen der Leistungs- und Konzentrationsfähigkeit, erkennbar an erhöhter Ablenkbarkeit, mangelnder Problemlösefähigkeit, eingeschränktem Arbeits- und schlechtem Langzeitgedächtnis. Zugleich werden Betroffene von nicht steuerbaren, plötzlich auftretenden traumatischen Erinnerungen am Tag und in der Nacht geplagt. Dabei ist auch eine konsistente Rekonstruktion von erlebten Kriegs- und Foltererfahrungen vor allem bei Menschen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) signifikant erschwert: Die Einordnung spezifischer Auslöser der Trauma-Inhalte in ihren örtlichen und zeitlichen Kontext ist nicht mehr möglich. Dadurch wird die erinnerte Bedrohung im Hier und Jetzt wahrgenommen und es kommt zu nicht kontrollierbaren Erregungs- und Angstzuständen.

3.2 (Langzeit-)Folgen von Traumatisierungen

Direkt im Anschluss an das Erleben eines traumatischen Ereignisses treten bei den meisten Betroffenen vorübergehende Symptome auf wie erhöhte Schreckhaftigkeit und die Vermeidung Trauma-assoziierter Stimuli. Hinzu kommen ungewollte Erinnerungen an das Trauma. Bei Personen, die bisher noch nicht häufiger betroffen waren, verringern sich die genannten Symptome zumeist innerhalb weniger Wochen und Monate. Mit zunehmender Stresserfahrung hingegen verstetigen sich die Symptome und es entwickelt sich das Vollbild einer Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS). Mit weiterer Be-

lastung kommen andere Trauma-Folgen hinzu wie depressive und dissoziative Störungen.[33]

Vielfach wurde belegt, dass das Risiko, an einer PTBS zu erkranken, höher ist, je häufiger lebensbedrohende Erfahrungen gemacht worden sind und je unterschiedlicher die Szenarien von erlebter Angst und Hilflosigkeit waren[34] – eine spontane Heilung wird dann ohne eine Behandlung immer unwahrscheinlicher.[35] Darüber hinaus können die Erfahrungen und Belastungen nach der Flucht dazu beitragen, dass psychische Leiden aufrechterhalten werden und eine Vielzahl der betroffenen Flüchtlinge in der Folge solcher Stresserfahrungen oft über Jahrzehnte in psychischen und körperlichen Erkrankungen gefangen bleibt.[36]

Untersuchungen bei vergleichbaren Risikopopulationen legen nahe, dass die Spätfolgen psychischer Traumatisierungen mit einer relevanten Verkürzung der Lebenserwartung einhergehen[37], beispielsweise durch eine erhöhte Rate tödlich verlaufender Herz-Kreislauf-Erkrankungen.[38] Die Zusammenhänge sind bislang nicht endgültig geklärt. Vermutet wird, dass die Grundlagen dafür bereits im Kindes- und Jugendalter gelegt werden. Abhängig von der Intensität und Häufigkeit traumatischer Erfahrungen sowie dem Lebensalter der Betroffenen zum Zeitpunkt des Erlebens steigt im späteren Verlauf das Risiko für weitere psychiatrische Erkrankungen wie affektive Störungen, Angst-[39] und Suchterkrankungen[40]. Für Letztere sind sozialer Ausschluss und das Leben in einem instabilen sozialen Gefüge weitere wichtige Risikofaktoren. Auch Psychosen, also schwere psychische Störungen, die fast alle Bereiche des Denkens, Fühlens und Handelns betreffen, können infolge einer Traumatisierung wahrscheinlicher werden.[41]

3.3 Kulturspezifische Ausdrucksformen psychischen Leids

Je nach Kultur und Sprache bringen Menschen psychisches Leid unterschiedlich zum Ausdruck.[42] Kulturübergreifend äußern sich psychische Leiden häufig in somatischen, also körperlichen, Beschwerden. Auch depressionsbezogene Symptome wie Antriebsarmut, Selbstwertminderung und depressive Stimmungslage zeigen sich in allen Kulturen. Unterschiede bestehen aber im Hinblick auf das subjektive Erleben, den Umgang mit und die Darstellung von depressiven Symptomen.[43] Die Interpretation von Symptomen ist oftmals abhängig von kultur- und religionsspezifischen Normen, und der Ausdruck der Symptome ist kulturell unterschiedlich geprägt, was die Diagnosestellung erschwert.[44]

Generell äußern sich Symptome aus dem Trauma-Spektrum bei Flüchtlingen zunächst vor allem in körperlichen Beschwerden. Hinzu kommt, dass viele Flüchtlinge aus ihren Herkunftsländern keine psychotherapeutische Versorgung kennen oder diese womöglich sogar als stigmatisierend empfinden. Diese Menschen suchen dann vornehmlich Hilfe für ihre körperlichen Beschwerden beim Hausarzt.[45] Hierdurch kann eine partielle Linderung ihrer Symptome, aber keine Therapie der Ursachen erreicht werden. Erneute Arztbesuche sind die Folge. Kulturelle Barrieren und sprachliche Einschränkungen führen häufig dazu, dass der aufgesuchte Hausarzt die dargestellte Symptomatik häufig nicht adäquat einschätzen kann.

33 Schnyder und Cloitre (2015).
34 Neuner et al. (2004a); Wilker et al. (2015).
35 Kolassa et al. (2010).
36 Elbert et al. (2017).
37 Charlson et al. (2016).
38 Hendrickson et al. (2013).
39 Green et al. (2010).
40 Driessen et al. (2008).
41 Abbott (2016).
42 Penka et al. (2012).
43 Kizilhan (2009).
44 Bermejo et al. (2017).
45 Elbert et al. (2017).

4 Kinder und Jugendliche im Fokus: Zur besonderen Bedeutung von pränatalem Stress und Belastungserfahrungen im Kindes- und Jugendalter

4.1 Auswirkungen traumatischer Erfahrungen in sensiblen Entwicklungsphasen

Besonders kritisch für Gesundheit und psychische Funktionstüchtigkeit sind traumatische Erfahrungen in der frühen Kindheit und Jugend, also in Entwicklungsphasen, in denen das Nerven- und Immunsystem noch nicht voll ausgebildet sind. Beide, Nerven- und Immunsystem, entwickeln sich zwar auf der Basis genetischer Programme, aber für die konkrete Ausgestaltung von Strukturen und Funktionen sind immer auch Umwelteinflüsse erforderlich. Das gilt für sehr elementare Funktionen, z. B. das Sehen, ebenso wie für höhere komplexe Funktionen, z. B. die Sprache oder – in diesem Zusammenhang bedeutsam – die Fähigkeit zur Stressregulation und Krankheitsabwehr. Hinzu kommt, dass es in der prä- wie postnatalen Entwicklung bestimmte Phasen mit einer besonderen Formbarkeit des Nervensystems gibt, in denen sich die jeweilige Umwelt besonders nachhaltig und prägend auswirkt. Man spricht daher von sensiblen und kritischen Phasen: sensibel, wenn eine erhöhte Formbarkeit gegeben ist; kritisch, wenn bestimmte Umwelteinflüsse zwingend erfahren werden müssen, damit sich Funktionen überhaupt ausbilden.[46] Für verschiedene Funktionsbereiche sind Beginn und Ende dieser Phasen unterschiedlich gut durch gesicherte Befunde eingegrenzt, aber es ist davon auszugehen, dass es solche Phasen für alle Funktionsbereiche gibt und dass sich alle Fenster einer erhöhten Formbarkeit etwa mit dem Ende der Pubertät schließen.

Die nachhaltige Prägung des Nerven- und Immunsystems durch spezifische Umweltbedingungen beginnt bereits im Mutterleib.[47] So wurde z. B. in kontrollierten Tierstudien nachgewiesen, dass eine Stressbelastung der Mutter während bestimmter Phasen der Schwangerschaft die Immunreaktion der Nachkommen im Jugendalter negativ verändert.[48] Inzwischen existieren vergleichbare Beobachtungen bei Menschen: Auch hier zeigt sich ein Zusammenhang zwischen Belastungen der Mutter während der Schwangerschaft (z. B. Gewalt durch den Partner) und dem Immunstatus sowie der seelischen Gesundheit der Nachkommen im Jugendalter.[49]

Ebenso haben ungünstige Umwelterfahrungen unmittelbar nach der Geburt nachhaltige Auswirkungen auf die Entwicklung des Immun- und Nervensystems. Gut kontrollierte Tierversuche zeigten auf, dass das Pflegeverhalten des Muttertieres das spätere Verhalten und die Physiologie der Nachkommen beeinflusst.[50] Nachkommen, um die sich die Mütter in den ersten Lebenswochen weniger kümmern und die dadurch geringeren Körperkontakt erfahren, zeigen später mehr ängstliches und weniger exploratives Verhalten sowie stärkere Stress- und Verteidigungsreaktionen bei Belastung als Nachkommen von Müttern, die einen intensiven Körperkontakt mit ihren Nachkommen pflegen. Die jeweilige Umwelt(-erfahrung) führt also dazu,

46 Knudsen (2004); Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina et al. (2014).

47 Weinstock (2008).

48 Coe et al. (2002); Yirmiya und Goshen (2011).

49 Radtke et al. (2015); Radtke et al. (2011); Entringer et al. (2010).

50 Zhang und Meaney (2010).

dass genetisch verfügbare Entwicklungsprogramme entweder aktiviert oder aber blockiert werden. Diese sogenannten epigenetischen Effekte, die prä- und postnatal ausgelöst werden können, wirken das gesamte Leben nach[51] und können sich u. a. in einer geringeren Belastungsfähigkeit oder in psychischen Einschränkungen und Erkrankungen (z. B. Depression, Schizophrenie, Psychosen, Drogenabhängigkeit) äußern. Traumatisierungen in der vulnerablen frühen Entwicklungsphase können die Wahrscheinlichkeit eines Suizids um das bis zu Zwanzigfache erhöhen.[52] Auch die Risiken für eine Reihe von somatischen Erkrankungen sind bei Menschen mit frühen traumatischen Erfahrungen dauerhaft erhöht, so nachgewiesen u. a. für Autoimmunerkrankungen, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Übergewicht und Diabetes.[53] Als Folge von Traumatisierungen durch erlebte Gewalt in der Kindheit kann zudem eine spätere Neigung zu Gewaltausübung entstehen, wie eine neuere Studie demonstriert, die nahelegt, dass ein wesentlicher Teil kriminellen Verhaltens aus interpersonalem Kindheitstrauma resultieren kann.[54] Schließlich können erlebte Belastungen über epigenetische Prozesse auch an die Enkelgeneration weitergegeben werden.[55] Schwangere Frauen und Kinder stellen damit besonders sensible Gruppen unter den Flüchtlingen dar.

4.2 Symptome psychischen Leids bei Kindern und Jugendlichen

Viele minderjährige Flüchtlinge entwickeln nach traumatisierenden Erlebnissen posttraumatische Symptome und leiden oft an schweren Schlafstörungen, Albträumen, Dissoziationen und sich aufdrängenden Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse. Schwierigkeiten bei der Verhaltens- und Emotionsregulation, die beispielsweise in Form von selbstverletzendem Verhalten oder Substanzmissbrauch auftreten, eine gestörte Selbstwahrnehmung oder psychotische Symptome und Bindungsstörungen gehören ebenfalls zu den möglichen Folgen einer Traumatisierung. Die häufigste Trauma-Folgestörung bei minderjährigen Flüchtlingen ist, neben der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), die Depression. Studien zur Häufigkeit des Auftretens von Depression bei minderjährigen Flüchtlingen zeigten, dass bis zu ein Drittel von ihnen belastet sein kann.[56] Noch höher liegt der Wert bei Jugendlichen, die ohne eine sorgeberechtigte Person nach Deutschland gekommen sind.[57] Außerdem gibt es evidente Hinweise auf eine hohe Ängstlichkeit.[58]

4.3 Belastete Eltern – belastete Familien

Neben den von außen einwirkenden traumatischen Ereignissen vor und während der Flucht besteht für geflüchtete Kinder und Jugendliche auch die Gefahr, Gewalt durch psychisch belastete Eltern zu erfahren. Die psychische Belastung der Eltern kann sich in Ungeduld, Unverständnis bis hin zu Aggressivität und Gewalt gegenüber den Kindern äußern.[59] Im Erziehungsverhalten der Eltern spiegeln sich häufig auch deren eigene Kindheitserfahrungen von Vernachlässigung und Gewalt durch Erziehende wider.[60] In vielen Ländern, aus denen Flüchtlinge stammen, sind Gewalt und körperliche Bestrafung in der Erziehung weit verbreitet.[61] Aufgrund der Forschungslage zu Trauma und

51 Heim und Binder (2012).
52 Santa Mina und Gallop (1998).
53 Gold et al. (1986); Pasquali et al. (1993); Chrousos (2000); Roy et al. (1993).
54 Webb et al. (2017).
55 Serpeloni et al. (2017).
56 Metzner et al. (2016).
57 Mueller-Bamouh et al. (2016).
58 Metzner et al. (2016).
59 Saile et al. (2014); Rieder und Elbert (2013).
60 Elbert et al. (2006); Ruf-Leuschner et al. (2014).
61 Straus (2010).

Aggression sowie zu organisierter und familiärer Gewalt[62] können wir davon ausgehen, dass Gewalt in der Erziehung in Flüchtlingsfamilien eine wichtige Rolle spielt und Flüchtlingseltern aus Überforderung und eigener Belastung zu Gewalt in der Erziehung greifen.

62 Fazel et al. (2012); Hecker et al. (2014); Rieder und Elbert (2013); Ruf-Leuschner et al. (2014).

5 Handlungsbedarf für die aufnehmende Gesellschaft

Es steht außer Frage, dass jede hilfsbedürftige Person in Deutschland adäquate Hilfe erhalten sollte. Das gilt selbstverständlich auch für Flüchtlinge.[63] Aufgrund der schweren Folgen von Traumatisierungen sowie der Vielzahl der Betroffenen ergibt sich eine besondere gesellschaftliche Relevanz für eine angemessene Behandlung. Trauma-Folgestörungen können chronisch werden, wenn sie unbehandelt bleiben.[64] Daraus ergeben sich sowohl individuelles Leid als auch Integrationshindernisse und Belastungen für das Gesundheitssystem.[65] Schließlich können Gewalterfahrungen auch zu neuer Gewalt durch die Betroffenen führen.

5.1 Trauma und Gewalterfahrungen als Integrationshindernisse[66]

Die in Kapitel 3 beschriebenen Belastungen und psychischen Leiden von Flüchtlingen führen häufig zu Einschränkungen ihrer gesellschaftlichen Teilhabemöglichkeiten und verhindern eine normale Lebensführung. Traumatisierte Menschen sind in hohem Maße verängstigt und leben häufig zurückgezogen, oft missdeuten sie soziale Signale als bedrohlich und reagieren dann entweder überschießend aggressiv oder mit Hilflosigkeit.[67] Eine Folge von Traumatisierung kann ebenfalls sein, dass sich die Betroffenen nur schwer in einer fremden Kultur zurechtfinden, ihre Lernfähigkeit ist eingeschränkt und sie bringen oftmals keine Kraft auf, um eine neue Sprache zu erlernen. In schweren Fällen von Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) sind die Patientinnen und Patienten überhaupt nicht in der Lage, konzentriert und kontrolliert mit der Umwelt zu interagieren. Betroffene Flüchtlinge können so nicht oder nur sehr eingeschränkt von Integrationsprogrammen profitieren.

Durch therapeutische Interventionen können die durch Traumata ausgelösten kognitiven, emotionalen und körperlichen Beeinträchtigungen erfolgreich behandelt und langfristige negative Folgen verhindert bzw. gemildert werden.[68] Ohne eine entsprechende Unterstützung werden die Betroffenen häufig Angebote zur sprachlichen und beruflichen Ausbildung aufgrund der beschriebenen Einschränkungen nicht gewinnbringend wahrnehmen können.[69]

Traumata äußern sich häufig in chronischen körperlichen Beschwerden und lassen die Betroffenen so auf Dauer zu „Drehtürpatienten“ in den ärztlichen Praxen werden [70]. Dass sich hieraus Belastungen für das solidarisch finanzierte Gesundheitswesen ergeben, liegt auf der Hand. Gleichzeitig bleibt die Eingliederung in den Arbeitsmarkt erschwert, was in einer erhöhten Inanspruchnahme der Sozialsys-

63 Die Mitgliedsstaaten der Europäischen Union haben sich verpflichtet, die spezielle Situation von Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, zu berücksichtigen, siehe Art. 21 Richtlinie 2013/33/EU, Abl L 180/96 v. 29.06.2013.

64 Sack et al. (1999); Tam et al. (2017).

65 Heinz und Schneider (2017).

66 Die Situation bei der Integration von Flüchtlingen heute ist dabei eine gänzlich andere als die nach dem 2. Weltkrieg. Die geflüchteten Menschen damals kamen aus demselben Sprach- und Kulturkreis wie die aufnehmende Gesellschaft und verfügten nicht selten über vergleichbare Bildungs- und Ausbildungsniveaus.

67 Maercker (2013).

68 zusammenfassend Schnyder und Cloitre (2015) sowie Landolt et al. (2017).

69 Heinz und Schneider (2017); Schneider et al. (2017).

70 Penka et al. (2012).

teme resultiert. All dies macht die Suche nach effektiven, realisierbaren und möglichst kostengünstigen Unterstützungs- und Versorgungsstrategien für psychisch belastete Flüchtlinge umso dringlicher.

Gegenwärtig sind die volkswirtschaftlichen Folgekosten in allen relevanten gesellschaftlichen Bereichen (Gesundheitsversorgung, Sozialwesen, Erziehung und Bildung, Arbeit, öffentliche Sicherheit, Strafvollzug usw.) schwer abschätzbar, da entsprechende Daten nicht verfügbar sind. Kurzfristig spürbare Entlastungen erscheinen gegenwärtig eher nicht wahrscheinlich. Langfristige Entlastungen, z. B. durch eine erfolgreiche schulische, soziale oder Arbeitsmarktintegration sind zu erwarten – aufgrund der fehlenden Datengrundlage und der Notwendigkeit von langen Beobachtungsdauern lassen sich gegenwärtig jedoch ebenfalls keine verlässlichen und belastbaren Aussagen hierzu treffen.

5.2 Dissoziales Verhalten durch Trauma und Gewalterfahrungen

Mehr als 60 Prozent der erwachsenen und mehr als 40 Prozent der jugendlichen Flüchtlinge haben in unterschiedlichen Rollen – als Opfer oder seltener auch als Täter – Gewalterfahrungen in der häufig vom Bürgerkrieg betroffenen Heimat[71] und/oder auf der Fluchtroute[72] gemacht. Neben stressbezogenen und posttraumatischen Folgeerkrankungen führen ebendiese Gewalterfahrungen bei einem Teil der Betroffenen zu einer Zunahme der eigenen Gewaltneigung[73], die sich sowohl gegen die eigene Person als auch gegen Dritte richten kann.[74]

Diese menschliche Reaktion auf Gewalterfahrung ist universell und in der Vergangenheit in unterschiedlichen Kulturen ausführlich beschrieben worden.[75] Sie tritt in zwei verschiedenen Formen auf: (i) als *reaktive Aggression* in Form einer defensiv ausgerichteten Antwort auf die zahlreichen soziokulturellen Stressoren, häufig ausgedrückt durch negative Emotionen wie Feindseligkeit, Angst, Ärger und Wut; (ii) als *appetitive Aggression*[76], die als lustvoll wahrgenommen wird, zielgerichtet ist und die besonders häufig bei Menschen beobachtet wird, die selbst aktiv an kriegerischen oder kämpferischen Auseinandersetzungen teilgenommen haben bzw. teilnehmen mussten.[77]

Eine solche mögliche Neigung zur Gewalt wird nicht nur durch die eigene Gewalterfahrung gefördert, sondern auch durch die Anstrengung, die Individuen aufbringen müssen, um sich mit einer fremden Kultur auseinanderzusetzen (Akkulturationsstress).[78] Zudem wirkt sich eine wahrgenommene kulturelle Distanz zwischen Normen der eigenen Heimat und denen in Deutschland begünstigend auf eine Gewaltneigung aus. Diese Wahrnehmung führt, wie in Kulturkonflikttheorien beschrieben, zu einer zunehmenden Entfremdung von der umgebenden Gesellschaft, die dazu führen kann, dass die Betroffenen sozial auffällig oder gar straffällig werden.[79]

Dissoziales Verhalten betrifft auch die aufnehmende Gesellschaft in ihrem sozialen Gefüge. Dies kann sich in unterschiedlicher Weise zeigen, etwa in einem Verlust gegenseitigen Vertrauens innerhalb der aufnehmenden, aber auch zwischen der aufnehmenden und der zugezogenen Bevölkerung; in einer abnehmenden Bereitschaft, soziale Güter zu teilen, oder auch in offener Ablehnung und Diskriminierung.[80] Bleiben Ursachen des dissozialen Verhaltens wie die psychischen Beeinträchtigungen der Flüchtlinge

71 Abbott (2016).
72 Schock et al. (2016).
73 Bushman (2017).
74 Hecker et al. (2014); Webb et al. (2017).
75 Elbert et al. (2017).
76 Elbert et al. (2018).
77 Nandi et al. (2017).
78 Messinger et al. (2012).
79 Chen und Zhong (2013).
80 Collier (2014).

unerkannt und unbehandelt, kann dies mittel- und langfristig zu Veränderungen des sozialen Zusammenhalts der Gesellschaft führen.

Darüber hinaus kann das Verhalten von Betroffenen auch Zyklen von Gewalt hervorrufen. So können belastete Eltern über die in Kapitel 3 beschriebenen epigenetischen Effekte hinaus das Stressabwehrsystem ihrer Kinder auf ungünstige Art beeinflussen.[81] Einflüsse in der Kindheit sind deswegen so kritisch, weil in dieser Phase Selbstkontrolle, soziale Kompetenzen und Wertesysteme erworben werden. Wenn ungünstige Entwicklungsbedingungen oder belastende Erfahrungen während der Kindheit das Erlernen der Gewaltregulation verhindern, steigt das Risiko für internalisierendes Verhalten bis hin zur Selbstverletzung oder auch für externalisierendes Verhalten in Form von gewalttätiger Kriminalität gegenüber anderen. Ersteres trifft vor allem auf junge Frauen zu, letzteres insbesondere auf junge Männer.[82]

5.3 Unzureichende Versorgung und Unterstützung von psychisch leidenden Flüchtlingen

Psychisch leidende Flüchtlinge treffen in Deutschland auf ein Versorgungssystem, das bereits den bestehenden Bedarf an psychotherapeutischer Hilfe in vielen Regionen nicht deckt. Zu der bereits bestehenden strukturellen Mangelsituation kommen noch die besonderen Anforderungen hinzu, welche die Gruppe der Flüchtlinge an das System stellt.[83]

Fehlende personelle Ressourcen

Eine alleinige Versorgung der Flüchtlinge durch approbierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten bzw. Psychiaterinnen und Psychiater ist nicht umsetzbar. Zum einen ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in vielen ländlichen Regionen häufig bereits für die dort lebende Bevölkerung nicht ausreichend.[84] Zum anderen benötigt die Ausbildung von für die Psychotherapie qualifizierten Therapeuten viele Jahre. Obendrein gibt es derzeit nicht genügend Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die für die Behandlung von Trauma-Folgestörungen adäquat ausgebildet sind.

Unzureichende qualifizierte Unterstützungsangebote

Einem signifikanten Teil der Betroffenen kann nur mit einer professionellen, spezifischen Traumatherapie geholfen werden. Für sehr viele von ihnen sind aber auch schneller verfügbare, niederschwellige Angebote bereits eine wichtige Hilfestellung. Dazu gehören insbesondere psychosoziale Unterstützungsmaßnahmen, die aktive Einbindung in soziale Netzwerke oder gezielte Verhaltensaktivierungen. Entsprechende Angebote sind bislang nicht in ausreichendem Maße vorhanden.

Sprachliche und kulturelle Herausforderungen in der Therapie

Die psychotherapeutische Behandlung von Flüchtlingen stellt sehr hohe Anforderungen an die Kommunikation. Sprachbarrieren, aber auch unterschiedliche Erwartungshaltungen an eine Therapie können deren Erfolg erschweren. Hinzu kommen u. U. unterschiedliche Wertvorstellungen und kulturspezifische Erklärungsmodelle für seelisches Leid. Vor diesem Hintergrund kommt es zu hohen Abbruchquoten der Behandlung, aber auch zu Fehldiagnosen oder -behandlungen.[85]

81 Elbert und Schauer (2014); Ullmann et al. (2017).

82 Webb et al. (2017).

83 Schneider et al. (2017).

84 Siehe Daten der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zur regionalen Verteilung der ärztlichen und psychologischen Psychotherapeutinnen und -therapeuten in der vertragsärztlichen Versorgung, zuletzt erhoben 2016 (Datenquelle sind statistische Informationen aus dem Bundesarztregister), http://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php (Stand: 28.11.2017).

85 Penka et al. (2012).

Nicht langfristig gesicherte Finanzierung von Dolmetschern bzw. Sprachmittlern

Dolmetscher sind aufgrund der fehlenden Sprachkenntnisse von Seiten der Patienten sowie Therapeuten für eine Therapie oftmals unabdingbar. Eine Finanzierung auch für die Zeit nach dem Übergang in die medizinische Regelversorgung ist bislang nicht gesichert. Ebenso benötigt wird eine ausreichende Zahl von Dolmetscherinnen und Dolmetschern, die für den therapeutischen Kontext qualifiziert sind.[86]

86 Gouzoulis-Mayfrank et al. (2017); Schaffrath et al. (2017); Schneider et al. (2017).

6 Mögliche Lösungsansätze – eine differenzierte und bedarfsgerechte Versorgungsstruktur

Was ist angesichts des skizzierten Bedarfs und der Limitierungen des bestehenden Versorgungssystems zu tun, damit traumatisierte Flüchtlinge die nötige Hilfe erhalten? Um angemessen auf die Herausforderungen reagieren zu können, müssen Lösungsansätze vier Bedingungen erfüllen: Sie müssen zeitnah einsetzbar und finanzierbar sein, sie müssen für die Betroffenen zugänglich sein und sie müssen eine adäquate Unterstützung der Betroffenen bzw. Behandlung ihres Leidens ermöglichen. Was ist hierfür notwendig?

6.1 Screening und Feststellung

Nicht ohne Grund verpflichtet die EU mit der Richtlinie 2013/33 dazu, Menschen mit besonderem Schutzbedarf zu identifizieren und entsprechend zu versorgen – dazu gehören auch Menschen mit psychischem Leid. Dies ist auch aus den folgenden Gründen von großer Bedeutung:

- Im Falle von Trauma-Folgestörungen gehört es auch zum Krankheitsbild, Erinnerungen an die traumatischen Erlebnisse möglichst zu vermeiden. Dieses Vermeidungsverhalten führt dazu, dass die Betroffenen oftmals erst medizinische Hilfe aufsuchen, wenn das psychische Leid körperliche Symptome wie Schlafstörungen oder Schmerzen hervorruft. Dann gehen die Betroffenen jedoch in der Regel zu einem Hausarzt, um die körperlichen Leiden zu lindern.

- In vielen Fällen droht eine Chronifizierung, wenn psychische Leiden behandlungsbedürftig werden, der Behandlungsbedarf aber nicht oder nicht richtig erkannt wird.

- Hinzu kommt, dass die durch das psychische Leiden bedingten Einschränkungen oft neue Probleme verursachen, zu zusätzlichen Stressoren führen und damit das psychische Leiden verstärken, beispielsweise durch ein Scheitern in Integrations- und Sprachkursen, Schule oder Beruf.

Daher sollten existierende, wissenschaftlich validierte, klinische Screening-Verfahren[87], beispielsweise der Refugee Health Screener[88], bei allen Flüchtlingen eingesetzt werden. Der Refugee Health Screener erfragt Anzahl und Schwere von Symptomen. Das Screening sollte an geeigneten Schnittstellen erfolgen, möglichst unmittelbar nach Aufnahme in die Kommune; z. B. durch die Gesundheitsämter, Jugendämter oder die sozialpsychiatrischen Dienste. Geschulte Personen, insbesondere Peer-Berater (siehe Box 2), können das Screening durchführen und auswerten. Aus den Ergebnissen des Screenings lässt sich ableiten, mit welcher Wahrscheinlichkeit eine psychische Störung vorliegt und bei welchen Personen ein unmittelbarer Handlungsbedarf angezeigt ist (siehe Kapitel 6.2).

87 Bei dem Screening, wie es hier verstanden wird, handelt es sich nicht um eine Anamnese oder eine Diagnostik.

88 Hollifield et al. (2013); siehe auch: http://refugeehealthta.org/wp-content/uploads/2012/09/RHS15_Packet_PathwaysToWellness-1.pdf (Stand: 15.12.2017).

6.2 Beratung, Unterstützung und Therapie

Nicht alle Flüchtlinge mit psychischem Leid benötigen eine vollumfängliche Psychotherapie. In vielen Fällen sind niederschwellig, partizipativ und integrativ ausgerichtete Angebote[89] ebenso wirksam wie ressourcenintensive Einzeltherapien[90].[91] In weniger schweren Fällen können z. B. bereits die soziale Einbettung und Verhaltensaktivierung der Betroffenen von großer Bedeutung sein – dies können beispielsweise Peer-Beraterinnen und -Berater leisten. Damit ergeben sich die folgenden Handlungsmöglichkeiten aus dem Screening:

- Aufmerksame Beobachtung: Der Betroffene bekommt einen Peer-Berater zugeordnet, der nach 3–6 Monaten noch einmal Kontakt zu dem Betroffenen aufnimmt und bespricht, ob eine Verbesserung oder Verschlechterung des Zustandes eingetreten ist. Bei einer Verbesserung ist keine weitere Beobachtung notwendig. Bei gleichbleibendem Zustand erfolgt nach 3–6 Monaten nochmals eine Kontaktaufnahme. Im Fall einer Verschlechterung wird das Screening erneut durchgeführt.

- Syndromspezifische und kultursensible angeleitete Selbsthilfe: Der Betroffene bekommt einen entsprechend geschulten Peer-Berater zugeordnet, der direkt Kontakt aufnimmt und ihn bei der Selbsthilfe und der sozialen Integration unterstützt. Zu den Angeboten gehören z. B. verhaltensaktivierende Maßnahmen, Information und Aufklärung über Trauma-Folgestörungen oder auch das Beobachten von Stressoren und das Üben von Problemlöse-Fertigkeiten.

- Fachexpertenintervention: Wenn es Hinweise auf akuten Behandlungsbedarf gibt, wird der Betroffene schnellstmöglich einem Psychiater oder Psychotherapeuten vorgestellt, der die Indikationsstellung vornimmt. Stellt dieser einen Behandlungsbedarf fest, findet in dessen Fallverantwortung eine Behandlung durch ihn selbst, oder aber mithilfe einer Delegation, etwa an einen Peer-Berater, statt.

Um den sich ergebenden Unterstützungs- und Versorgungsbedarf für betroffene Flüchtlinge angemessen zu decken, braucht es die entsprechenden personellen Ressourcen. Dabei müssen die traumatischen Erfahrungen der Betroffenen adäquat und kultursensibel adressiert werden. Das spricht für den Einsatz von sogenannten Peer-Beraterinnen und -Beratern (Box 2).

Voraussetzung für die Arbeit als Peer-Berater ist die Ausbildung durch entsprechend qualifizierte Institutionen und Lehrkräfte. Peer-Berater sollten darüber hinaus eng an existierende Strukturen im Gesundheits- und Sozialsystem angebunden sein. Eine Finanzierung der Maßnahmen und eine Anerkennung als Peer-Berater sollten an die Erfüllung dieser Voraussetzungen geknüpft werden.

Peer-Berater können als „Trauma-Berater“ Psychotherapeuten deutlich entlasten, wenn diese die Durchführung bestimmter manualisierter, im Ablauf festgelegter Module einer Trauma-Therapie an sie delegieren (siehe Box 2).[92]

89 Bajbouj et al. (2018).

90 van Straten et al. (2015). Bei der Arbeit von van Straten et al. (2015) handelt es sich um eine Metaanalyse bei einer Nicht-Flüchtlingspopulation. Es liegt aber nahe, dass diese Ergebnisse auch auf Flüchtlingspopulationen übertragbar sind.

91 Solche Angebote werden auch international vorgeschlagen. Siehe hierzu beispielsweise das Briefing-Paper der International Society for Traumatic Stress Studies (ISTSS): http://www.istss.org/education-research/briefing-papers/trauma-and-mental-health-in-forcibly-displaced-pop.aspx (Stand: 26.01.2018).

92 Lernen können wir dabei von Erfahrungen mit entsprechenden Ansätzen in ressourcenarmen, von Krieg betroffenen Regionen mit suboptimalen Gesundheitssystemen: Studien zeigen, dass hier speziell geschulte Laien Module einer Behandlung effektiv und ohne gesteigertes Risiko für die Betroffenen durchführen können – z. B. Module einer Narrativen Expositionstherapie (Catani et al., 2009; Ertl et al., 2011; Jacob et al., 2014; Neuner et al., 2008), der Trauma-fokussierten kognitiven Verhaltenstherapie (McMullen et al., 2013; O'Callaghan et al., 2013) sowie anderer, aus der kognitiven Verhaltenstherapie abgeleiteter pragmatischer Ansätze (Bolton et al., 2014), soweit sie über einen Trauma-Fokus in der Behandlung verfügen (siehe hierzu auch Kapitel 6.3).

Box 2: Peer-Berater – Unterstützung der Betroffenen durch Menschen mit Migrationshintergrund oder Fluchterfahrung

Was sind Peer-Berater?

Peer-Beraterinnen und -Berater sind Personen mit Migrationshintergrund oder eigenen Fluchterfahrungen, die vielfältige Übersetzungs-, Begleitungs- und Lotsenfunktionen übernehmen. Peer-Berater sind idealerweise zweisprachig und stellen selbst ein Beispiel für gelungene Integration in Deutschland dar. Es gibt bereits gute Erfahrungen mit Peer-Beratern als „Gesundheitslotsen" in der Versorgung von Migranten.[89] Darüber hinaus können Peer-Berater nach einer zusätzlichen intensiven Schulung auch im Behandlungskontext – unter Fallverantwortung eines Psychotherapeuten – als sogenannte „Trauma-Berater" eine Rolle spielen.

Peer-Berater als „Gesundheitslotsen"

„Gesundheitslotsen" können in der Anwendung von Screening-Instrumenten geschult werden und auf dieser Grundlage Betroffene der psychotherapeutischen Versorgung zuführen oder sie an relevante Stellen im Gesundheits-, Arbeits- oder Sozialsystem vermitteln. „Gesundheitslotsen" verfügen über Sachkenntnis im deutschen Gesundheits- und Sozialsystem und können Flüchtlinge diesbezüglich beraten und gegebenenfalls beim Erstkontakt mit Ärztinnen und Ärzten sowie Therapeutinnen und Therapeuten begleiten. Sie können darüber hinaus betroffene Flüchtlinge bei der sozialen Integration unterstützen. Dazu gehören beispielsweise Verhaltensaktivierung und die Einbindung in ein soziales Netzwerk.

Peer-Berater als „Trauma-Berater"

„Trauma-Berater" sind entsprechend ausgebildete Personen, die unter Fallverantwortung und Supervision von approbierten Psychotherapeuten arbeiten. Sie können Betroffenen Informationen über Aspekte der Erkrankung vermitteln, um zu einem Verständnis der Erkrankung und ihrer Folgen beizutragen (Psychoedukation). Sie können darüber hinaus im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung unter engmaschiger Supervision und nach Abklärung der Indikationsstellung evaluierte Kurzzeitinterventionen zur Behandlung der Trauma-Folgestörungen durchführen. Grundlage der Behandlungen sind Verfahren, deren Wirksamkeit erfolgreich wissenschaftlich nachgewiesen wurde; und zwar auch dann, wenn sie von Beratern ohne eine dem deutschen System entsprechende Psychotherapeuten-Ausbildung durchgeführt werden. Dies geschieht immer unter Fallverantwortung eines approbierten Psychotherapeuten. Nach jedem Behandlungsmodul findet eine klinische Untersuchung statt, nach welcher der supervidierende Psychotherapeut gegebenenfalls weitere Schritte einleitet.

Wie werden Peer-Berater ausgebildet?

Die „Gesundheitslotsen" werden in mehrtägigen Schulungen auf ihre Aufgabe vorbereitet; z. B. durch psychosoziale Zentren und andere akkreditierte Ausbildungszentren in diesem Bereich.
Für die Ausbildung als „Trauma-Berater" ist mindestens eine theoretische Ausbildung von 6 Wochen mit anschließender praktischer Fallarbeit, zunächst in Gegenwart, dann unter Supervision eines Therapeuten, notwendig. Letzteres könnten diejenigen Therapeutinnen und Therapeuten übernehmen, denen sie später zugeordnet werden. Wenn sich 5–10 Hochschulen an dieser Ausbildung mit je 4–8 Kursen mit je 10–15 Teilnehmern pro Jahr beteiligten, dann wäre es möglich, 500 „Trauma-Berater" pro Jahr auszubilden.

93 Salman (2015).

Wie kann dieses Modell umgesetzt werden?
Das skizzierte Modell sieht die Möglichkeit vor, dass ein Psychotherapeut an bis zu 10 „Trauma-Berater“ delegiert. Mit ihnen führt er regelmäßig – mindestens 14-tägig bei laufenden Verfahren – Supervisionssitzungen durch, einzeln oder in der Gruppe. Wenn sich nur 10 Prozent der derzeit 24 000 vertragsärztlichen Psychotherapeutinnen und -therapeuten an diesem System beteiligen und dabei durchschnittlich 4 „Trauma-Berater“ betreuen würden, könnten somit circa 10 000 „Trauma-Berater“ zum Einsatz kommen. Die entsprechenden regulatorischen und gesetzgeberischen Voraussetzungen dafür müssen geprüft und u. U. angepasst werden. Um einen raschen Versorgungsbeginn zu ermöglichen, könnten zudem bereits dem Gesetz nach bestehende Strukturen vermehrt herangezogen und gegebenenfalls angepasst werden. „Trauma-Berater“ sind gemäß den ihnen im Delegationsverfahren zugewiesenen Aufgaben zu honorieren.

Dabei liegen die Indikationsstellung und die finale Verantwortung für den Fall zwingend bei dem jeweiligen Psychotherapeuten. Diesem obliegen die Aufsicht und die individuelle Behandlungsplanung unter Berücksichtigung der individuell vorliegenden Problemlage und eventueller Begleiterkrankungen. Um dies mit einem einheitlichen Qualitätsstandard in die Praxis umzusetzen, sollten die Ärzte- und Psychotherapeutenkammern, idealerweise koordiniert auf Bundesebene, Eckpunkte für die Qualifizierung von Peer-Beratern im therapeutischen Behandlungskontext entwickeln.

Darüber hinaus brauchen Psychotherapeutinnen und -therapeuten weitere Unterstützung. Zum einen, um mit den Betroffenen kommunizieren zu können: Hierfür müssen die Ausbildung und der Einsatz von geschulten Sprachmittlern finanziert werden. Zum anderen ist es wichtig, Psychotherapeuten zu schulen: entsprechend den spezifischen Anforderungen der Betroffenen, aber auch für die veränderte Aufgabenstellung als delegierende und begleitende Akteure in diesem Behandlungskontext.[94] Inhalte einer solchen Schulung könnten beispielsweise von den Fachgesellschaften erarbeitet werden, z. B. der Deutschen Gesellschaft für Psychologie und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde. Relevante Inhalte wären: Kenntnisse und Fähigkeiten, Trauma-Folgestörungen wissenschaftsbasiert zu behandeln (siehe Kapitel 6.3), Trauma-fokussierte Behandlung auch mit Sprachmittlern durchzuführen sowie Wissen und Fertigkeiten weiterzuvermitteln und beispielsweise Peer-Berater als Supervisor anzuleiten.

An verschiedenen Stellen im Screening ebenso wie bei der Begleitung und Behandlung von psychisch belasteten Flüchtlingen bietet sich der Einsatz digitaler Hilfsmittel und geeigneter internetbasierter Programme an.[95] Der Einsatz solcher Technologien bietet eine Reihe möglicher Vorteile: Neben Kosteneffektivität[96] und einer einfachen Verbreitung zählt hierzu vor allem auch die Möglichkeit, zwei klassische Versorgungsbarrieren einfacher zu überwinden: Sprache[97] und Stigma[98]. Gleichzeitig besteht aber noch Forschungsbedarf zu einer Reihe offener Fragen, z. B. zum Indikationsbedarf oder zur dauerhaften Wirksamkeit. Der Einsatz solcher Techniken und Programme sollte – ebenso wie die Umsetzung der vorliegenden Empfehlungen – wissenschaftlich begleitet werden.

94 Heinz und Schneider (2017).

95 Knaevelsrud et al. (2016); Schneider et al. (2017). Siehe dazu beispielsweise http://www.ewi-psy.fu-berlin.de/einrichtungen/arbeitsbereiche/klinisch_psychologische_intervention/forschung/onlineintervention/ilajnafsy/index.html (Stand: 15.12.2017).

96 Solomon et al. (2015).

97 Schulz et al. (2014).

98 Kennedy et al. (2016).

Wie in Kapitel 4 dargestellt, sind Kinder eine besonders vulnerable Gruppe innerhalb der Gruppe der Flüchtlinge. Neben den vor, während oder nach der Flucht erlebten Traumatisierungen sind Stress- und mögliche Gewalterfahrungen innerhalb der ebenfalls enorm belasteten Familien für Kinder von besonderer Bedeutung. Beratungs- und Begleitangebote für Flüchtlingseltern wären eine wichtige Maßnahme, um diese zu entlasten, sie für die Identifikation von möglicherweise behandlungsbedürftigen Traumatisierungen ihrer Kinder zu sensibilisieren und sie bei dem Weg ihrer Kinder durch das deutsche Schul- und Betreuungssystem zu unterstützen. Orte hierfür wären Eltern-Kind-Zentren, aufnehmende Elterngespräche in Kindertagesstätten und Schulen oder Angebote von Bildungsträgern. Zum Teil gibt es bereits entsprechende Angebote, Ziel wäre es, diese durch wissenschaftliche Evidenz zu stärken und möglichst flächendeckend einzuführen.

6.3 Behandlungsverfahren für Trauma-Folgestörungen

Für die Behandlung von seelischem Leid aufgrund wiederholter traumatischer Erfahrungen wurde eine Reihe von wirksamen psychotherapeutischen Verfahren entwickelt (siehe hierzu Box 3).[99] Zur vorübergehenden Linderung von Symptomen kann auch unterstützend eine psychopharmakologische Intervention eingesetzt werden. Diese hat aber, wie in randomisiert kontrollierten Behandlungsstudien gezeigt, nur eine geringe nachhaltige Wirksamkeit und wird daher nicht als Behandlung erster Wahl empfohlen.[100]

Psychotherapeutischen Verfahren zur Behandlung von Trauma-Folgestörungen, deren Wirksamkeit nachgewiesen wurde, sind zwei grundlegende Aspekte gemeinsam.[101] Der Fokus der Behandlung liegt, erstens, auf der strukturierten Erinnerung der traumatischen Erlebnisse und, zweitens, auf der Bedeutung, die diesen Erlebnissen zuerkannt wird. Hintergrund ist, dass traumatische Erlebnisse von den Betroffenen oft nicht in ihrem jeweiligen Kontext erinnert werden können, sondern sich in Fragmenten plötzlich und nicht steuerbar aufdrängen. Dadurch wird die erinnerte Bedrohung im Hier und Jetzt wahrgenommen und es kommt zu nicht kontrollierbaren Erregungs- und Angstzuständen.

Mit der Konzentration auf die Erinnerung selbst grenzen sich die sogenannten Trauma-fokussierten Therapieverfahren ab von den Symptom-fokussierten Verfahren, die den Schwerpunkt der Behandlung auf die Einübung von Bewältigungsstrategien für die auftretenden Symptome legen. Die Trauma-fokussierten Therapieverfahren nutzen – neben einer obligatorischen Psychoedukation, also der Erklärung der Störung, der Symptome sowie möglicher Ursachen – im Wesentlichen zwei Behandlungsmethoden, die je nach Ansatz mit unterschiedlicher Gewichtung betont werden. Dies sind:

- Die angeleitete Wieder-Erinnerung im Sinne einer verbalen Aufarbeitung der traumatischen Erlebnisse. Diese hat das Ziel, die belastenden Erinnerungen in ihren räumlichen und zeitlichen Kontext einzuordnen: wann und wo ist etwas passiert; und

- die kognitive Bearbeitung der Bedeutung der Erinnerungen: welche Gefühle werden ausgelöst etc.

Einzelne Verfahren fügen noch die Einübung des Umgangs mit Trauma-Erinnerungen im Alltag oder die Einübung allgemeiner Fähigkeiten des Umgangs mit Gefühlen und zwischenmenschlichen Mustern hinzu.

99 Bisson et al. (2013); Schnyder et al. (2015); Schnyder und Cloitre (2015); Watts et al. (2013).

100 Schnyder und Cloitre (2015).

101 Schnyder et al. (2015).

Die Verfahren unterscheiden sich in zwei Punkten: zum einen hinsichtlich der Betonung der einzelnen Techniken, zum anderen aber auch darin, ob nur das am meisten belastende traumatische Erlebnis (Index-Trauma) bearbeitet wird oder ob insgesamt emotional hocherregende Ereignisse im Verlauf des gesamten Lebens thematisiert werden. Letzteres ist oftmals erforderlich, wenn Flüchtlinge eine Reihe unterschiedlicher traumatischer Erfahrungen durchleben mussten.

Box 3: Behandlungsverfahren[102]

Die *Kognitive Therapie* (KT) der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) verfolgt u. a. das Ziel, Fehlbewertungen von Erlebnissen und Risiken zu korrigieren.[103] Mit Unterstützung des Therapeuten arbeitet der Patient von Beginn an am Aufbau von Aktivitäten und der Wiederbelebung sozialer Kontakte. Die Restrukturierung des Trauma-Gedächtnisses erfolgt durch

1. Zugang zu den Erinnerungen an die schlimmsten – im Sinne von emotional erregendsten – Momente während des Traumas und erörtert diese in Bezug zu Bedrohungen in der Gegenwart;
2. die Neubewertung des Geschehens aus heutiger Sicht unter Hinzunahme aller verfügbaren Informationen.

Der Patient lernt die Auslöser des Wiedererlebens zu unterscheiden von den sich daraus ergebenden Gefühlen und kann so zwischen Vergangenem und der Gegenwart trennen. Darüber hinaus wird versucht, diejenigen Verhaltensweisen und kognitiven Prozesse zu verändern, welche zu einem Wiedererleben der belastenden Erinnerungen führen.

- Die Kognitive Therapie erfordert erhebliche Expertise und eignet sich daher für die Behandlung von Flüchtlingen durch professionell ausgebildete und approbierte Psychotherapeutinnen und -therapeuten.

Die *Narrative Expositionstherapie* (NET)[104] bettet Erinnerungen in den zugehörigen Kontext von Raum und Zeit ein – eine Zuordnung, die infolge von wiederholten traumatischen Erfahrungen verloren gegangen ist. Im Rahmen der NET erstellt der Patient zunächst einen chronologischen Überblick über seine prägenden positiven, negativen und traumatischen Lebenserfahrungen mithilfe einer *Lifeline.* Im Zentrum dieser Behandlung steht jedoch die *chronologische Erzählung* der Lebensgeschichte mit therapeutischer Betonung der bedeutsamsten Lebensereignisse. Lückenhafte episodische Angaben zu den traumatischen Erlebnissen werden erinnert und aufgearbeitet und deren Bedeutung in kohärente Erzählungen überführt.

102 Eine Zusammenfassung und Effektivitätsbewertungen der genannten Verfahren finden sich bei Schnyder und Cloitre (2015).

103 Ehlers und Clark (2000).

104 Schauer et al. (2011).

Von besonderer Wichtigkeit sind die Bedeutungszusammenhänge innerhalb einer Lebensgeschichte. Deshalb ist eine Narration möglichst über die biografisch relevanten und prägenden Lebensereignisse zu erstellen, um zu einem Erkennen der eigenen Geschichte und zu einem Verständnis für die daraus resultierenden Gefühle und das Verhalten zu kommen. Der wertschätzende, begleitende therapeutische Kontakt erlaubt korrigierende Beziehungserfahrungen, während belastende Szenen aus der Vergangenheit aufleben. Die Haltung des Therapeuten ist akzeptierend und explizit menschenrechtsorientiert. Es kommt zu einer Würdigung der Person und ihrer Biografie in einer Gesamtschau.

- Die Erzählung von wichtigen Erlebnissen ist allen Kulturen eigen. Mehrere Studien in Herkunftsländern von Flüchtlingen zeigen, dass die NET ein robustes Verfahren ist und auch Laien innerhalb weniger Monate zum Trauma-Therapeuten ausgebildet werden können. In Deutschland könnten derart ausgebildete Peer-Berater bei der Therapie wesentliche Hilfestellung geben.

Bei der *Prolonged Exposure Therapie* (PE)[105] setzt sich der Patient in der Vorstellung mit den belastendsten Erinnerungen auseinander (imaginative Exposition). Kennzeichen einer PTBS ist, dass der Patient eine solche Exposition vermeidet, da sie Angst und Hilflosigkeit auslöst. Bei psychotherapeutischer Begleitung können diese schmerzhaften Erfahrungen durch die nachfolgende Verarbeitung bewältigt werden: Auffälliges in der Imagination des Erlebten, widersprüchliche Wahrnehmungen, aufkommende Gedanken und Gefühle werden mit dem Therapeuten besprochen. Dabei setzt sich der Patient auch mit Gefühlen wie Scham, Schuld und Wut auseinander. Ergänzt wird dies durch das gezielte Aufsuchen bisher vermiedener Orte und das bewusste Ausführen bislang vermiedener eigener Handlungen (*In-vivo*-Exposition).

- Die PE wurde bisher noch wenig bei Personen mit so unterschiedlichen traumatischen Erfahrungen wie Flüchtlingen eingesetzt. Daher sollte das Verfahren vor einer breiteren Anwendung zunächst in Modellprojekten evaluiert werden. Eine wesentliche Einschränkung könnte der Fokus der Behandlung auf ein einzelnes, besonders belastendes Trauma (Index-Trauma) sein, da Flüchtlinge oftmals eine Reihe traumatischer Erfahrungen gemacht haben.

Ähnlich der Kognitiven Therapie (KT) werden auch in der *Cognitive Processing Therapie* (CPT)[106] Momente der Erinnerung und Einschätzung bearbeitet, die der Verarbeitung und Heilung im Wege stehen (*stuck points*). Verzerrte Grundannahmen und Überzeugungen werden im Gespräch zwischen Therapeuten und Patienten bearbeitet (sokratischer Dialog). Zwischen den Sitzungen schreiben die Patientinnen und Patienten einen detaillierten Bericht über ihre schlimmsten traumatischen Erfahrungen, den sie sich täglich vorlesen, um eine realistischere Einschätzung des Erlebten zu erreichen.

- Auch für die CPT liegen Studien vor, die eine Durchführung einer allerdings deutlich vereinfachten Variante bei Kriegspopulationen durch *Counselor*s mit begrenzter Schulung als möglich belegen. Wirksamkeitsstudien bei Flüchtlingen stehen noch aus.

---

105 Foa et al. (2007).
106 Resick und Schnicke (1992).

Bei der *Eye Movement Desensitization and Reprocessing Therapy (kurz EMDR-Therapie)*[107] soll sich der Patient auf ein Vorstellungsbild des Geschehens sowie die derzeitigen negativen Überzeugungen und die Verortung von beunruhigenden körperlichen Empfindungen konzentrieren. Das Besondere an dieser Behandlung ist die systematische Kombination der Erinnerungen mit angeleiteten Augenbewegungen in einer vorgegebenen Frequenz. Hierdurch – so der Ansatz dieser Therapie – könnte die Aufmerksamkeit gesteuert und die Intensität des Wiederabrufs reguliert werden.

- Studien zur Effektivität der EMDR-Therapie bei Flüchtlingen weisen noch keinen Erfolg in Langzeituntersuchungen nach. Eine wesentliche Einschränkung könnte zudem auch hier der Fokus der Behandlung auf ein einzelnes, besonders belastendes Trauma (Index-Trauma) sein, da Flüchtlinge oftmals eine Reihe traumatischer Erfahrungen gemacht haben.

6.4 Behandlung von geflüchteten Kindern

Die Ergebnisse klinischer Studien zeigen, dass die verschiedenen Varianten der sogenannten Trauma-Psychotherapien bei Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS) auch bei Kindern die Therapien erster Wahl sind.[108] Die derzeitige Evidenzlage hinsichtlich der Behandlung kriegstraumatisierter Kinder ist jedoch begrenzt: Das verfügbare Wissen stützt sich auf wenige kontrollierte Studien. Evidenz liegt vor für die Trauma-fokussierte *Kognitive Verhaltenstherapie* nach dem Manual von Cohen.[109] Nur eine einzige randomisiert kontrollierte Studie liegt vor für die PTBS-Behandlung bei Flüchtlingskindern[110], wobei die *Narrative Expositionstherapie* (NET) eingesetzt wurde. Eine kürzlich durchgeführte unabhängige Untersuchung[111] bestätigte, dass die NET, in Übereinstimmung mit Untersuchungen zur Wirksamkeit dieses Ansatzes bei von Krieg betroffenen Erwachsenen, einer der vielversprechendsten und am besten untersuchten Behandlungsansätze für vom Krieg betroffene Kinder mit PTBS ist und im Allgemeinen eine klinisch signifikante Verbesserung bei behandelten Kindern bewirkt hat.

6.5 Evaluation und Monitoring von Diagnostik und Interventionen

Es existiert eine Reihe von nachweislich wirksamen Therapieansätzen zur Behandlung von psychischen Erkrankungen infolge von traumatischen Erlebnissen. Grundsätzlich ist davon auszugehen, dass diese Therapien auch für Flüchtlinge geeignet sind. Allerdings liegen bisher relativ wenige Erkenntnisse vor, ob, und wenn ja, wie kulturspezifische Aspekte die Wirksamkeit der Therapien bei Flüchtlingen beeinflussen.

Trotz des bestehenden Handlungsdrucks und der vorhandenen Versorgungslücke sollten alle derzeit zum Einsatz kommenden Verfahren und Instrumente hinsichtlich ihrer Wirksamkeit und Qualität aufmerksam wissenschaftlich begleitet werden. Die vorhandenen Screening-Instrumente und ihre Anwendung sowie der Einsatz der Peer-Beraterinnen und -Berater sollten Teil eines solchen Monitorings sein.

107 Shapiro (2001).
108 Cohen et al. (2000).
109 Cohen und Mannarino (2008).
110 Ruf et al. (2010).
111 Tyrer und Fazel (2014).

7 Literatur

Abbott A (2016) The mental-health crisis among migrants. Nature 538:158–160. doi: 10.1038/538158a.

Afari N, Ahumada SM, Wright LJ, et al. (2014) Psychological trauma and functional somatic syndromes: a systematic review and meta-analysis. Psychosom Med 76:2–11. doi: 10.1097/PSY.0000000000000010.

Anderson C, Hildreth JAD, Howland L (2015) Is the desire for status a fundamental human motive? A review of the empirical literature. Psychological Bulletin 141:574–601. doi: 10.1037/a0038781.

Bajbouj M, Alabdullah J, Ahmad S, et al. (2018) Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland: Erkenntnisse aus der Not- und Entwicklungshilfe. Der Nervenarzt 89:1-7. doi: 10.1007/s00115-017-0326-y.

Baumeister RF, Leary MR (1995) The need to belong: desire for interpersonal attachments as a fundamental human motivation. Psychol Bull 117:497–529.

Ben-Zeev D, Young MA, Corrigan PW (2010) DSM-V and the stigma of mental illness. J Ment Health 19:318–327. doi: 10.3109/09638237.2010.492484.

Bermejo I, Hölzel LP, Schneider F (2017) Transkulturelle Psychiatrie. In Schneider F (Hrsg) Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, 2. Aufl. Springer, Berlin, S 605–613.

Bhugra D, Tasman A, Pathare S, et al. (2017) The WPA-Lancet Psychiatry Commission on the Future of Psychiatry. The Lancet Psychiatry 4:775–818. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30333-4.

Bisson JI, Roberts NP, Andrew M, et al. (2013) Psychological therapies for chronic post-traumatic stress disorder (PTSD) in adults. Cochrane Database Syst Rev CD003388. doi: 10.1002/14651858.CD003388.pub4.

Bogic M, Njoku A, Priebe S (2015) Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. BMC International Health and Human Rights 15. doi: 10.1186/s12914-015-0064-9.

Bolton P, Lee C, Haroz EE, et al. (2014) A Transdiagnostic Community-Based Mental Health Treatment for Comorbid Disorders: Development and Outcomes of a Randomized Controlled Trial among Burmese Refugees in Thailand. PLoS Medicine 11:e1001757. doi: 10.1371/journal.pmed.1001757.

Bushman BJ (Hrsg) (2017) Aggression and Violence: A Social Psychological Perspective. Routledge, New York.

Catani C, Gewirtz AH, Wieling E, et al. (2010) Tsunami, War, and Cumulative Risk in the Lives of Sri Lankan Schoolchildren: Risk and Adaptation in Sri Lankan Children. Child Development 81:1176–1191. doi: 10.1111/j.1467-8624.2010.01461.x.

Catani C, Kohiladevy M, Ruf M, et al. (2009) Treating children traumatized by war and Tsunami: A comparison between exposure therapy and meditation-relaxation in North-East Sri Lanka. BMC Psychiatry 9. doi: 10.1186/1471-244X-9-22.

Charlson FJ, Baxter AJ, Dua T, et al. (2016) Excess Mortality from Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. In Patel V, Chisholm D, Dua T, et al. (Hrsg) Mental, Neurological, and Substance Use Disorders: Disease Control Priorities, Third Edition (Volume 4). The International Bank for Reconstruction and Development / The World Bank, Washington DC. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK361935/ doi: 10.1596/978-1-4648-0426-7_ch3 (Stand: 22.02.2018).

Chen W, Hall BJ, Ling L, Renzaho AM (2017) Pre-migration and post-migration factors associated with mental health in humanitarian migrants in Australia and the moderation effect of post-migration stressors: findings from the first wave data of the BNLA cohort study. The Lancet Psychiatry 4:218–229. doi: 10.1016/S2215-0366(17)30032-9.

Chen X, Zhong H (2013) Delinquency and Crime among Immigrant Youth—An Integrative Review of Theoretical Explanations. Laws 2:210–232. doi: 10.3390/laws2030210.

Chrousos GP (2000) The role of stress and the hypothalamic-pituitary-adrenal axis in the pathogenesis of the metabolic syndrome: neuro-endocrine and target tissue-related causes. Int J Obes Relat Metab Disord 24 Suppl 2:50-55.

Coe CL, Kramer M, Kirschbaum C, et al. (2002) Prenatal stress diminishes the cytokine response of leukocytes to endotoxin stimulation in juvenile rhesus monkeys. J Clin Endocrinol Metab 87:675–681. doi: 10.1210/jcem.87.2.8233.

Cohen JA, Berliner L, March JS (2000) Treatment of children and adolescents. In Foa EB, Keane TM, Friedman MJ (Hrsg) Effective treatments for PTSD: Practice guidelines from the International Society for Traumatic Stress Studies. Guilford Press, New York, S 330–332.

Cohen JA, Mannarino AP (2008) Trauma-Focused Cognitive Behavioural Therapy for Children and Parents. Child and Adolescent Mental Health 13:158–162. doi: 10.1111/j.1475-3588.2008.00502.x.

Collier P (2014) Exodus: Warum wir Einwanderung neu regeln müssen, 4. Aufl. Siedler, München.

Correa-Velez I, Gifford SM, Barnett AG (2010) Longing to belong: Social inclusion and wellbeing among youth with refugee backgrounds in the first three years in Melbourne, Australia. Social Science & Medicine 71:1399–1408. doi: 10.1016/j.socscimed.2010.07.018.

Driessen M, Schulte S, Luedecke C, et al. (2008) Trauma and PTSD in patients with alcohol, drug, or dual dependence: a multi-center study. Alcohol Clin Exp Res 32:481–488. doi: 10.1111/j.1530-0277.2007.00591.x.

Edmondson D, Chaudoir SR, Mills MA, et al. (2011) From Shattered Assumptions to Weakened Worldviews: Trauma Symptoms Signal Anxiety Buffer Disruption. J Loss Trauma 16:358–385. doi: 10.1080/15325024.2011.572030.

Ehlers A, Clark DM (2000) A cognitive model of posttraumatic stress disorder. Behav Res Ther 38:319–345.

Elbert T, Hinkel H, Maedl A, et al. (2013) Sexual and gender-based violence in the Kivu provinces of the Democratic Republic of Congo: insights from former combatants. Washington DC. World Bank Group. http://documents.worldbank.org/curated/en/795261468258873034/Sexual-and-gender-based-violence-in-the-Kivu-Provinces-of-the-Democratic-Republic-of-Congo-insights-from-former-combatants (Stand: 22.02.2018).

Elbert T, Rockstroh B, Kolassa I-T, et al. (2006) The Influence of Organized Violence and Terror on Brain and Mind: A Co-Constructive Perspective. In Baltes, PB (Hrsg) Lifespan Development and the Brain: The Perspective of Biocultural Co-Constructivism. Cambridge University Press, New York. S 326-349. doi: 10.1017/CBO9780511499722.017.

Elbert T, Schauer M (2014) Wenn Gegenwart zur Illusion wird. Spuren belastender Lebenserfahrungen in Genom, Gehirn und Geist. In Güntürkün O und Hacker J (Hrsg) Geist – Gehirn – Genom – Gesellschaft. Nova Acta Leopoldina BD 120 Nr. 405, Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart, S 63–79.

Elbert T, Schauer M, Moran JK (2018) Two pedals drive the bi-cycle of violence: reactive and appetitive aggression. Current Opinion in Psychology 19:135–138. doi: 10.1016/j.copsyc.2017.03.016.

Elbert T, Wilker S, Schauer M, Neuner F (2017) Dissemination psychotherapeutischer Module für traumatisierte Geflüchtete: Erkenntnisse aus der Traumaarbeit in Krisen- und Kriegsregionen. Der Nervenarzt 88:26–33. doi: 10.1007/s00115-016-0245-3.

Entringer S, Buss C, Wadhwa PD (2010) Prenatal stress and developmental programming of human health and disease risk: concepts and integration of empirical findings: Current Opinion in Endocrinology, Diabetes and Obesity 17:507–516. doi: 10.1097/MED.0b013e3283405921.

Ertl V, Pfeiffer A, Schauer E, et al. (2011) Community-Implemented Trauma Therapy for Former Child Soldiers in Northern Uganda: A Randomized Controlled Trial. JAMA 306:503–512. doi: 10.1001/jama.2011.1060.

Fazel M, Reed RV, Panter-Brick C, Stein A (2012) Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. The Lancet 379:266–282. doi: 10.1016/S0140-6736(11)60051-2

Fazel M, Wheeler J, Danesh J (2005) Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. The Lancet 365:1309–1314. doi: 10.1016/S0140-6736(05)61027-6.

Foa EB, Hembree EA, Rothbaum BO (2007) Prolonged exposure therapy for PTSD: emotional processing of traumatic experiences. Oxford University Press, Oxford, UK.

Gäbel U, Ruf M, Schauer M, et al. (2006) Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 35:12–20. doi: 10.1026/1616-3443.35.1.12.

Gold PW, Loriaux DL, Roy A, et al. (1986) Responses to corticotropin-releasing hormone in the hypercortisolism of depression and Cushing's disease. Pathophysiologic and diagnostic implications. N Engl J Med 314:1329–1335. doi: 10.1056/NEJM198605223142101.

Gorst-Unsworth C, Goldenberg E (1998) Psychological sequelae of torture and organised violence suffered by refugees from Iraq. Trauma-related factors compared with social factors in exile. The British Journal of Psychiatry 172:90–94. doi: 10.1192/bjp.172.1.90.

Gouzoulis-Mayfrank E, Schmitz-Buhl M, Schaffrath J, Pollmächer T (2017) Die aktuelle Situation der Versorgung von Flüchtlingen in psychiatrischen Kliniken in Deutschland – Eine Bestandsaufnahme der BDK. Psychiat Prax 44:7–9. doi: 10.1055/s-0042-121777.

Green JG, McLaughlin KA, Berglund PA, et al. (2010) Childhood adversities and adult psychopathology in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R) I: Associations with first onset of DSM-IV disorders. Arch Gen Psychiatry 67:113. doi: 10.1001/archgenpsychiatry.2009.186.Gupta MA (2013) Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. Int Rev Psychiatry 25:86–99. doi: 10.3109/09540261.2012.736367.

Hecker T, Hermenau K, Isele D, Elbert T (2014) Corporal punishment and children's externalizing problems: a cross-sectional study of Tanzanian primary school aged children. Child Abuse Negl 38:884–892. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.11.007.

Heim C, Binder EB (2012) Current research trends in early life stress and depression: Review of human studies on sensitive periods, gene–environment interactions, and epigenetics. Experimental Neurology 233:102–111. doi: 10.1016/j.expneurol.2011.10.032.

Heinz A, Schneider F (2017) Psychiatrische und psychotherapeutische Versorgung geflüchteter Personen: Herausforderungen und Perspektiven. Der Nervenarzt 88:1–2. doi: 10.1007/s00115-016-0257-z.

Hendrickson CM, Neylan TC, Na B, et al. (2013) Lifetime trauma exposure and prospective cardiovascular events and all-cause mortality: findings from the Heart and Soul Study. Psychosom Med 75:849–855. doi: 10.1097/PSY.0b013e3182a88846.

Hensel-Dittmann D, Schauer M, Ruf M, et al. (2011) Treatment of traumatized victims of war and torture: a randomized controlled comparison of narrative exposure therapy and stress inoculation training. Psychother Psychosom 80:345–352. doi: 10.1159/000327253.

Hollifield M, Verbillis-Kolp S, Farmer B, et al. (2013) The Refugee Health Screener-15 (RHS-15): development and validation of an instrument for anxiety, depression, and PTSD in refugees. General Hospital Psychiatry 35:202–209. doi: 10.1016/j.genhosppsych.2012.12.002.

Jablensky A, Marsella AJ, Ekblad S, et al. (1992) Conference and Symposium Reports: The International Conference on the Mental Health and Wellbeing of the World's Refugees and Displaced Persons, Stockholm, Sweden, 6–11 October, 1991. J Refug Stud 5:172–184. doi: 10.1093/jrs/5.2.172.

Jacob N, Neuner F, Maedl A, et al. (2014) Dissemination of Psychotherapy for Trauma Spectrum Disorders in Postconflict Settings: A Randomized Controlled Trial in Rwanda. Psychotherapy and Psychosomatics 83:354–363. doi: 10.1159/000365114.

Janoff-Bulman R (2010) Shattered Assumptions: Towards a New Psychology of Trauma. Simon and Schuster, New York.

Jasinskaja-Lahti I, Liebkind K, Solheim E (2009) To Identify or Not To Identify? National Disidentification as an Alternative Reaction to Perceived Ethnic Discrimination. Applied Psychology 58:105–128. doi: 10.1111/j.1464-0597.2008.00384.x.

Kaltenbach E, Härdtner E, Hermenau K, et al. (2017) Efficient identification of mental health problems in refugees in Germany: the Refugee Health Screener. European Journal of Psychotraumatology 8:1389205. doi: 10.1080/20008198.2017.1389205.

Kennedy AJ, Versace VL, Brumby SA (2016) Research protocol for a digital intervention to reduce stigma among males with a personal experience of suicide in the Australian farming community. BMC Public Health 16:1204. doi: 10.1186/s12889-016-3874-3.

Kizilhan JI (2009) Interkulturelle Aspekte bei der Behandlung somatoformer Störungen Intercultural aspects of the treatment of somatoform disorders. Psychotherapeut 54:281–288. doi: 10.1007/s00278-009-0656-8.

Knaevelsrud C, Wagner B, Böttche M (2016) Online-Therapie und -Beratung: ein Praxisleitfaden zur onlinebasierten Behandlung psychischer Störungen, 1. Aufl. Hogrefe, Göttingen.

Knudsen EI (2004) Sensitive periods in the development of the brain and behavior. J Cogn Neurosci 16:1412–1425. doi: 10.1162/0898929042304796.

Kolassa I-T, Ertl V, Eckart C, et al. (2010) Spontaneous remission from PTSD depends on the number of traumatic event types experienced. Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy 2:169–174. doi: 10.1037/a0019362.

Landolt MA, Cloitre M, Schnyder U (Hrsg) (2017) Evidence-Based Treatments for Trauma Related Disorders in Children and Adolescents. Springer International Publishing, Cham.

Li SSY, Liddell BJ, Nickerson A (2016) The Relationship Between Post-Migration Stress and Psychological Disorders in Refugees and Asylum Seekers. Current Psychiatry Reports 18. doi: 10.1007/s11920-016-0723-0.

Maercker A (Hrsg) (2013) Posttraumatische Belastungsstörungen: mit 40 Tabellen, 4. vollst. überarb. und aktualisierte Aufl. Springer, Berlin.

McMullen J, O'Callaghan P, Shannon C, et al. (2013) Group trauma-focused cognitive-behavioural therapy with former child soldiers and other war-affected boys in the DR Congo: a randomised controlled trial. Journal of Child Psychology and Psychiatry 54:1231–1241. doi: 10.1111/jcpp.12094.

Messinger AM, Nieri TA, Villar P, Luengo MA (2012) Acculturation Stress and Bullying Among Immigrant Youths in Spain. Journal of School Violence 11:306–322. doi: 10.1080/15388220.2012.706875.

Metzner F, Reher C, Kindler H, Pawils S (2016) Psychotherapeutische Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in Deutschland. Bundesgesundheitsbl 59:642–651. doi: 10.1007/s00103-016-2340-9.

Miller GA, Elbert T, Rockstroh B (2005) Judging psychiatric disorders in refugees. The Lancet 366:1604–1605. doi: 10.1016/S0140-6736(05)67655-6.

Miller KE, Weine SM, Ramic A, et al. (2002a) The relative contribution of war experiences and exile-related stressors to levels of psychological distress among Bosnian refugees. J Trauma Stress 15:377–387. doi: 10.1023/A:1020181124118.

Miller KE, Worthington GJ, Muzurovic J, et al. (2002b) Bosnian refugees and the stressors of exile: a narrative study. Am J Orthopsychiatry 72:341–354. doi: http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0002-9432.72.3.341.

Mnookin S (2016) Out of the shadows: making mental health a global development priority. Washington DC. World Bank Group. http://documents.worldbank.org/curated/en/270131468187759113/Out-of-the-shadows-making-mental-health-a-global-development-priority (Stand: 22.02.2018).

Mollica RF, Cui X, Mcinnes K, Massagli MP (2002) Science-based policy for psychosocial interventions in refugee camps: a Cambodian example. J Nerv Ment Dis 190:158–166.

Mollica RF, McInnes K, Poole C, Tor S (1998) Dose-effect relationships of trauma to symptoms of depression and post- traumatic stress disorder among Cambodian survivors of mass violence. The British Journal of Psychiatry 173:482–488. doi: 10.1192/bjp.173.6.482.

Mueller-Bamouh V, Ruf-Leuschner M, Dohrmann K, et al. (2016) Are experiences of family and of organized violence predictors of aggression and violent behavior? A study with unaccompanied refugee minors. Eur J Psychotraumatol 7. doi: 10.3402/ejpt.v7.27856.

Nandi C, Crombach A, Bambonye M, et al. (2015) Predictors of posttraumatic stress and appetitive aggression in active soldiers and former combatants. European Journal of Psychotraumatology 6:26553. doi: 10.3402/ejpt.v6.26553.

Nandi C, Elbert T, Bambonye M, et al. (2017) Predicting domestic and community violence by soldiers living in a conflict region. Psychol Trauma 9:663–671. doi: 10.1037/tra0000262.

Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina, acatech – Deutsche Akademie der Technikwissenschaften, Union der deutschen Akademien der Wissenschaften (2014) Frühkindliche Sozialisation: biologische, psychologische, linguistische, soziologische und ökonomische Perspektiven, Halle (Saale).

Neuner F, Onyut PL, Ertl V, et al. (2008) Treatment of posttraumatic stress disorder by trained lay counselors in an African refugee settlement: A randomized controlled trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology 76:686–694. doi: 10.1037/0022-006X.76.4.686.

Neuner F, Schauer M, Karunakara U, et al. (2004a) Psychological trauma and evidence for enhanced vulnerability for posttraumatic stress disorder through previous trauma among West Nile refugees. BMC Psychiatry 4. doi: 10.1186/1471-244X-4-34.

Neuner F, Schauer M, Klaschik C, et al. (2004b) A comparison of narrative exposure therapy, supportive counseling, and psychoeducation for treating posttraumatic stress disorder in an african refugee settlement. J Consult Clin Psychol 72:579–587. doi: 10.1037/0022-006X.72.4.579.

Nickerson A, Bryant RA, Steel Z, et al. (2010) The impact of fear for family on mental health in a resettled Iraqi refugee community. Journal of Psychiatric Research 44:229–235. doi: 10.1016/j.jpsychires.2009.08.006.

O'Callaghan P, McMullen J, Shannon C, et al. (2013) A Randomized Controlled Trial of Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy for Sexually Exploited, War-Affected Congolese Girls. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 52:359–369. doi: 10.1016/j.jaac.2013.01.013.

Paras ML, Murad MH, Chen LP, et al. (2009) Sexual abuse and lifetime diagnosis of somatic disorders: a systematic review and meta-analysis. JAMA 302:550–561. doi: 10.1001/jama.2009.1091.

Pasquali R, Cantobelli S, Casimirri F, et al. (1993) The hypothalamic-pituitary-adrenal axis in obese women with different patterns of body fat distribution. J Clin Endocrinol Metab 77:341–346. doi: 10.1210/jcem.77.2.8393881.

Penka S, Schouler-Ocak M, Heinz A, Kluge U (2012) Interkulturelle Aspekte der Interaktion und Kommunikation im psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlungssetting. Bundesgesundheitsbl 55:1168–1175. doi: 10.1007/s00103-012-1538-8.

Radtke KM, Ruf M, Gunter HM, et al. (2011) Transgenerational impact of intimate partner violence on methylation in the promoter of the glucocorticoid receptor. Transl Psychiatry 1:e21. doi: 10.1038/tp.2011.21.

Radtke KM, Schauer M, Gunter HM, et al. (2015) Epigenetic modifications of the glucocorticoid receptor gene are associated with the vulnerability to psychopathology in childhood maltreatment. Translational Psychiatry 5:e571. doi: 10.1038/tp.2015.63.

Resick PA, Schnicke MK (1992) Cognitive processing therapy for sexual assault victims. J Consult Clin Psychol 60:748–756.

Rieder H, Elbert T (2013) The relationship between organized violence, family violence and mental health: findings from a community-based survey in Muhanga, Southern Rwanda. Eur J Psychotraumatol 4. doi: 10.3402/ejpt.v4i0.21329.

Roy MS, Roy A, Gallucci WT, et al. (1993) The ovine corticotropin-releasing hormone-stimulation test in type I diabetic patients and controls: suggestion of mild chronic hypercortisolism. Metab Clin Exp 42:696–700.

Ruf M, Schauer M, Neuner F, et al. (2010) Narrative exposure therapy for 7- to 16-year-olds: A randomized controlled trial with traumatized refugee children. J Traum Stress 23:437–445. doi: 10.1002/jts.20548.

Ruf-Leuschner M, Roth M, Schauer M (2014) Traumatisierte Mütter – traumatisierte Kinder?: Eine Untersuchung des transgenerationalen Zusammenhangs von Gewalterfahrungen und Traumafolgestörungen in Flüchtlingsfamilien. Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie 43:1–16. doi: 10.1026/1616-3443/a000237.

Sack WH, Him C, Dickason D (1999) Twelve-Year Follow-up Study of Khmer Youths Who Suffered Massive War Trauma as Children. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry 38:1173–1179. doi: 10.1097/00004583-199909000-00023.

Saile R, Ertl V, Neuner F, Catani C (2014) Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda. Child abuse & neglect 38:135–146. doi: 10.1016/j.chiabu.2013.10.007.

Salman R (2015) Gesundheit mit Migranten für Migranten – die MiMi Präventionstechnologie als interkulturelles Health-Literacy-Programm. Public Health Forum 23:109–112. doi: 10.1515/pubhef-2015-0040.

Santa Mina EE, Gallop RM (1998) Childhood sexual and physical abuse and adult self-harm and suicidal behaviour: a literature review. Can J Psychiatry 43:793–800. doi: 10.1177/070674379804300803.

Schaffrath J, Schmitz-Buhl M, Gün AK, Gouzoulis-Mayfrank E (2017) Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten am Beispiel eines großen psychiatrischen Versorgungskrankenhauses im Rheinland. Psychother Psych Med 67:126–133. doi: 10.1055/s-0042-116081.

Schauer M (2016) The mass refugee movement – better reframed as mental health crisis? In International Society for Traumatic Stress Studies: StressPoints – a quarterly eNewsletter. http://sherwood-istss.informz.net/admin31/content/template.asp?sid=48039&brandid=4463&uid=1019025605&mi=5471628&mfqid=26491997&ptid=0&ps=48039. (Stand: 23.10.2017).

Schauer M, Elbert T (2010) Dissociation Following Traumatic Stress. Zeitschrift für Psychologie/ Journal of Psychology 218:109–127. doi: 10.1027/0044-3409/a000018.

Schauer M, Neuner F, Elbert T (2011) Narrative exposure therapy: a short-term treatment for traumatic stress disorders, 2., erweiterte Aufl. Hogrefe, Cambridge, Mass.

Schauer M, Neuner F, Karunakara UK, et al. (2003) PTSD and the "building block" effect of psychological trauma amon West Nile Africans. Bulletin 10:5–6.

Schneider F, Bajbouj M, Heinz A (2017) Psychische Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland: Modell für ein gestuftes Vorgehen. Der Nervenarzt 88:10–17. doi: 10.1007/s00115-016-0243-5.

Schnyder U, Cloitre M (Hrsg) (2015) Evidence Based Treatments for Trauma-Related Psychological Disorders. Springer International Publishing, Cham.

Schnyder U, Ehlers A, Elbert T, et al. (2015) Psychotherapies for PTSD: what do they have in common? Eur J Psychotraumatol 6. doi: 10.3402/ejpt.v6.28186.

Schock K, Böttche M, Rosner R, et al. (2016) Impact of new traumatic or stressful life events on pre-existing PTSD in traumatized refugees: results of a longitudinal study. Eur J Psychotraumatol 7:32106.

Schulz A, Stolz T, Berger T (2014) Internet-based individually versus group guided self-help treatment for social anxiety disorder: protocol of a randomized controlled trial. BMC Psychiatry 14:115. doi: 10.1186/1471-244X-14-115.

Serpeloni F, Radtke K, de Assis SG, et al. (2017) Grandmaternal stress during pregnancy and DNA methylation of the third generation: an epigenome-wide association study. Translational Psychiatry 7:e1202. doi: 10.1038/tp.2017.153.

Shapiro F (2001) Eye movement desensitization and reprocessing (EMDR): basic principles, protocols, and procedures, 2. Aufl. Guilford Press, New York.

Singh-Manoux A, Adler NE, Marmot MG (2003) Subjective social status: its determinants and its association with measures of ill-health in the Whitehall II study. Social Science & Medicine 56:1321–1333. doi: 10.1016/S0277-9536(02)00131-4.

Solomon D, Proudfoot J, Clarke J, Christensen H (2015) e-CBT (myCompass), Antidepressant Medication, and Face-to-Face Psychological Treatment for Depression in Australia: A Cost-Effectiveness Comparison. J Med Internet Res 17. doi: 10.2196/jmir.4207.

Sommershof A, Aichinger H, Engler H, et al. (2009) Substantial reduction of naïve and regulatory T cells following traumatic stress. Brain, Behavior, and Immunity 23:1117–1124. doi: 10.1016/j.bbi.2009.07.003.

Spitzer C, Barnow S, Völzke H, et al. (2009) Trauma, posttraumatic stress disorder, and physical illness: findings from the general population. Psychosom Med 71:1012–1017. doi: 10.1097/PSY.0b013e3181bc76b5.

Steel Z, Chey T, Silove D, et al. (2009) Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. JAMA 302:537–549. doi: 10.1001/jama.2009.1132.

Straus MA (2010) Prevalence, societal causes, and trends in corporal punishment by parents in world perspective. Law and Contemporary Problems 73:1–30.

Sulaiman-Hill CMR, Thompson SC (2012) Afghan and Kurdish refugees, 8–20 years after resettlement, still experience psychological distress and challenges to well being. Australian and New Zealand Journal of Public Health 36:126–134. doi: 10.1111/j.1753-6405.2011.00778.x.

Tafjel H, Turner J (1979) An Integrative Theory of Intergroup Conflict. In Austin WG, Worchel S (Hrsg), The Social Psychology of Intergroup Relations The social psychology of intergroup relations. Brooks/Cole Pub. Co, Monterey, Calif, S 33–47.

Tam SY, Houlihan S, Melendez-Torres GJ (2017) A Systematic Review of Longitudinal Risk and Protective Factors and Correlates for Posttraumatic Stress and Its Natural History in Forcibly Displaced Children. Trauma, Violence, & Abuse 18:377–395. doi: 10.1177/1524838015622437.

Tyrer RA, Fazel M (2014) School and Community-Based Interventions for Refugee and Asylum Seeking Children: A Systematic Review. PLoS ONE 9:e89359. doi: 10.1371/journal.pone.0089359.

Ullmann E, Bornstein SR, Lanzman RS, et al. (2017) Countering posttraumatic LHPA activation in refugee mothers and their infants. Molecular Psychiatry. doi: 10.1038/mp.2017.235.

Underwood E (2017) Surviving genocide: Storytelling and ritual help communities heal. Science. doi: 10.1126/science.aal1190.

van Straten A, Hill J, Richards DA, Cuijpers P (2015) Stepped care treatment delivery for depression: a systematic review and meta-analysis. Psychological Medicine 45:231–246. doi: 10.1017/S0033291714000701.

Warfa N, Curtis S, Watters C, et al. (2012) Migration experiences, employment status and psychological distress among Somali immigrants: a mixed-method international study. BMC Public Health 12:749. doi: 10.1186/1471-2458-12-749.

Watts BV, Schnurr PP, Mayo L, et al. (2013) Meta-analysis of the efficacy of treatments for posttraumatic stress disorder. J Clin Psychiatry 74:e541-550. doi: 10.4088/JCP.12r08225.

Webb RT, Antonsen S, Carr MJ, et al. (2017) Self-harm and violent criminality among young people who experienced trauma-related hospital admission during childhood: a Danish national cohort study. The Lancet Public Health 2:e314–e322. doi: 10.1016/S2468-2667(17)30094-4.

Weinstock M (2008) The long-term behavioural consequences of prenatal stress. Neuroscience & Biobehavioral Reviews 32:1073–1086. doi: 10.1016/j.neubiorev.2008.03.002.

Wilker S, Pfeiffer A, Kolassa S, et al. (2015) How to quantify exposure to traumatic stress? Reliability and predictive validity of measures for cumulative trauma exposure in a post-conflict population. Eur J Psychotraumatol 6. doi: 10.3402/ejpt.v6.28306.

Willems H (1995) Development, patterns and causes of violence against foreigners in Germany: Social and biographical characteristics of perpetrators and the process of escalation. Terrorism and Political Violence 7:162–181. doi: 10.1080/09546559508427288.

Yirmiya R, Goshen I (2011) Immune modulation of learning, memory, neural plasticity and neurogenesis. Brain, Behavior, and Immunity 25:181–213. doi: 10.1016/j.bbi.2010.10.015.

Zhang T-Y, Meaney MJ (2010) Epigenetics and the Environmental Regulation of the Genome and Its Function. Annual Review of Psychology 61:439–466. doi: 10.1146/annurev.psych.60.110707.163625.

8 Anhang

Sprecher der Arbeitsgruppe

Prof. Dr. Thomas Elbert	Professor für Klinische Psychologie & Neuropsychologie, Universität Konstanz
Prof. Dr. Annette Grüters-Kieslich	Ärztliche Direktorin und Vorstandsvorsitzende, Universitätsklinikum Heidelberg
Prof. Dr. Frank Rösler	Seniorprofessur Biologische Psychologie und Neuropsychologie, Universität Hamburg

Mitwirkende

Prof. Dr. Malek Bajbouj	Centrum für Affektive Neurowissenschaften, Charité Universitätsmedizin Berlin
Prof. Dr. Christian Dustmann	Department of Economics, University College London (Großbritannien)
Prof. Dr. Christine Heim	Direktorin des Instituts für Medizinische Psychologie, Charité Universitätsmedizin Berlin
Dr. Anke Hoeffler	Centre for the Study of African Economies (CSAE), Oxford University (Großbritannien)
Prof. Dr. Tatjana Hörnle	Lehrstuhl für Strafrecht, Strafprozessrecht, Rechtsphilosophie und Rechtsvergleichung, Humboldt-Universität Berlin
Prof. Dr. Frank Neuner	Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bielefeld
Prof. Dr. Hans-Joachim Salize	Zentralinstitut für Seelische Gesundheit (ZI), Mannheim
PD Dr. Maggie Schauer	Direktorin des Kompetenzzentrums Psychotraumatologie, Universität Konstanz
Prof. Dr. Dr. Frank Schneider	Direktor der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik, Universitätsklinikum Aachen, Direktor des Instituts für Neurowissenschaften und Medizin (INM-10), Forschungszentrum Jülich

Wissenschaftliche Referenten

Dr. Kathrin Happe	Leopoldina, Abteilung Wissenschaft-Politik-Gesellschaft
Dr. Henning Steinicke	Leopoldina, Abteilung Wissenschaft-Politik-Gesellschaft
Dr. Stefanie Westermann	Leopoldina, Abteilung Wissenschaft-Politik-Gesellschaft

Gutachter

Prof. Dr. Jürgen Schupp	Deutsches Institut für Wirtschaftsforschung Berlin
Prof. Dr. Harald J. Freyberger	Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsmedizin Greifswald
Prof. Dr. Martin Stellpflug	Professur für Gesundheitsrecht und Ethik, Psychologische Hochschule Berlin
Prof. Dr. Nina Janich	Institut für Sprach- und Literaturwissenschaft, TU Darmstadt

Dank

Den Mitwirkenden in der Arbeitsgruppe, allen Gutachterinnen und Gutachtern und allen Personen, die zur Verbesserung der Stellungnahme beigetragen haben, sei herzlich gedankt.

Publikationen der Politik- und Gesellschaftsberatung seit 2013

Stellungnahmen

2017

Promotion im Umbruch
ISBN: 978-3-8047-3633-7

Social Media und digitale Wissenschaftskommunikation: Analyse und Empfehlungen zum Umgang mit Chancen und Risiken in der Demokratie
ISBN: 978-3-8047-3631-3

Evolutionsbiologische Bildung in Schule und Hochschule
ISBN: 978-3-8047-3648-1

Verbraucherpolitik für die Energiewende
ISBN: 978-3-8047-3666-5

Rohstoffe für die Energiewende: Wege zu einer sicheren und nachhaltigen Versorgung
ISBN: 978-3-8047-3664-1

Das Energiesystem resilient gestalten: Maßnahmen für eine gesicherte Versorgung
ISBN 978-3-8047-3668-9

2016

Additive Fertigung
ISBN: 978-3-8047-3676-4

Wissenschaftliche und gesellschaftliche Bedeutung bevölkerungsweiter Längsschnittstudien
ISBN: 978-3-8047-3552-1

2015

Mit Energieszenarien gut beraten
ISBN: 978-3-8047-3507-1

Flexibilitätskonzepte für die Stromversorgung 2050
ISBN: 978-3-8047-3503-3

The Co-Benefits of Actions on Climate Change and Public Health
Kurz-Stellungnahme

Zur Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden
Kurz-Stellungnahme

Chancen und Grenzen des genome editing
ISBN: 978-3-8047-3493-7

Medizinische Versorgung im Alter – Welche Evidenz brauchen wir?
ISBN: 978-3-8047-3427-2

Perspektiven der Quantentechnologien
ISBN: 978-3-8047-3343-5

Public Health in Deutschland – Strukturen, Entwicklungen und globale Herausforderungen
ISBN: 378-9-8047-3345-9

Staatsschulden: Ursachen, Wirkungen und Grenzen
ISBN: 978-3-8047-3284-1

Akademien nehmen Stellung zu Fortschritten der molekularen Züchtung und zum erwogenen nationalen Anbauverbot gentechnisch veränderter Pflanzen
Ad-hoc-Stellungnahme

Die Energiewende europäisch integrieren – Neue Gestaltungsmöglichkeiten für die gemeinsame Energie- und Klimapolitik
ISBN: 978-3-8047-3429-6

Palliativversorgung in Deutschland – Perspektiven für Praxis und Forschung
ISBN: 978-3-8047-3282-7

2014

Individualisierte Medizin – Voraussetzungen und Konsequenzen
ISBN: 978-3-8047-3341-1

Zur Gestaltung der Kommunikation zwischen Wissenschaft, Öffentlichkeit und den Medien – Empfehlungen vor dem Hintergrund aktueller Entwicklungen
ISBN: 978-3-8047-3286-5

Herausforderungen und Chancen der integrativen Taxonomie für Forschung und Gesellschaft –Taxonomische Forschung im Zeitalter der OMICS-Technologien
ISBN: 978-3-8047-3281-0

Frühkindliche Sozialisation – Biologische, psychologische, linguistische, soziologische und ökonomische Perspektiven
ISBN: 978-3-8047-3285-8

Wissenschaftsfreiheit und Wissenschaftsverantwortung – Empfehlungen zum Umgang mit sicherheitsrelevanter Forschung

Akademien fordern Konsequenzen aus der Ebolavirus-Epidemie
Ad-hoc Stellungnahme

Leopoldina-Diskussion

2017

Nr. 15: Ärztliches Handeln – Erwartungen und Selbstverständnis
ISBN: 978-3-8047-3793-8

Nr. 14: Zukunftsfragen für die Forschung in der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland |
ISBN: 978-3-8047-3792-1

Nr. 13: Ein Fortpflanzungsmedizingesetz für Deutschland
ISBN: 978-3-8047-3791-4

Nr. 12: Antibiotika-Forschung – 5 Jahre danach
ISBN: 978-3-8047-3738-9

Nr. 11: Nachhaltige Zeitenwende? Die Agenda 2030 als Herausforderung für Wissenschaft und Politik
ISBN: 978-3-8047-3765-5

Nr. 10: Ethische und rechtliche Beurteilung des genome editing in der Forschung an humanen Zellen
ISBN: 978-3-8047-3730-3

Nr. 9: Gutes Leben oder gute Gesellschaft?
ISBN: 978-3-8047-3653-5

Nr. 8: Tiefe Hirnstimulation in der Psychiatrie. Zur Weiterentwicklung einer neuen Therapie
ISBN: 978-3-8047-3655-9

2016

Nr. 7: Zum Verhältnis von Medizin und Ökonomie im deutschen Gesundheitssystem – 8 Thesen zur Weiterentwicklung zum Wohle der Patienten und der Gesellschaft
ISBN: 978-3-8047-3656-6

2015

Nr. 6: Sprache der Wissenschaft – Sprache der Politikberatung. Vermittlungsprozesse zwischen Wissenschaft und Politik. Dokumentation des Leopoldina-Symposiums vom 15./16. Oktober 2014 in Halle/Saale.
ISBN: 978-3-8047-3446-3

Nr. 5: Transplantationsmedizin und Organallokation in Deutschland: Probleme und Perspektiven
ISBN: 978-3-8047-3444-9

Nr. 4: Freiheit und Verantwortung der Wissenschaft: Rechtfertigen die Erfolgschancen von Forschung ihre potentiellen Risiken? Dokumentation des Symposiums der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina, der Deutschen Forschungsgemeinschaft und des Deutschen Ethikrates am 3. November 2014 in Halle/Saale.
ISBN: 978-3-8047-3435-7

Nr. 3: Die Synthetische Biologie in der öffentlichen Meinungsbildung. Überlegungen im Kontext der wissenschaftsbasierten Beratung von Politik und Öffentlichkeit.
ISBN: 978-3-8047-3325-1

2014

Nr. 2: Auf dem Wege zur perfekten Rationalisierung der Fortpflanzung? Perspektiven der neuesten genetischen Diagnostik. Dokumentation des Leopoldina-Gesprächs am 16. und 17. Februar 2013 in Halle (Saale)
ISBN: 978-3-8047-3287-2

2013

Nr. 1: Die Zukunftsfähigkeit des deutschen Wissenschaftssystems. Für die nachhaltige Entwicklung von Forschung, Lehre und Wissenstransfer. Diskussionspapier der Nationalen Akademie der Wissenschaften Leopoldina.

Zukunftsreport Wissenschaft

2014

Lebenswissenschaften im Umbruch – Herausforderungen der Omics-Technologien für Deutschlands Infrastrukturen in Forschung und Lehre (2014)
ISBN: 978-3-8047-3283-4

Diese und weitere Publikationen der Leopoldina stehen kostenfrei unter folgendem Link zum Download zur Verfügung: *http://www.leopoldina.org/de/publikationen/stellungnahmen/*

Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V.
– Nationale Akademie der Wissenschaften –

Jägerberg 1
06108 Halle (Saale)
Tel.: (0345) 472 39-600
Fax: (0345) 472 39-919
E-Mail: politikberatung@leopoldina.org

Berliner Büro:
Reinhardtstraße 14
10117 Berlin

Die Leopoldina ist eine der ältesten Wissenschaftsakademien der Welt. 1652 gegründet, ist sie der freien Wissenschaft zum Wohle der Menschen und der Gestaltung der Zukunft verpflichtet. Mit ihren rund 1500 Mitgliedern versammelt die Leopoldina hervorragende Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler aus Deutschland, Österreich, der Schweiz und zahlreichen weiteren Ländern.

Als Nationale Akademie Deutschlands vertritt die Leopoldina seit 2008 die deutsche Wissenschaft in internationalen Gremien und nimmt zu wissenschaftlichen Grundlagen politischer und gesellschaftlicher Fragen unabhängig Stellung. In interdisziplinären Expertengruppen erarbeitet die Leopoldina, auch gemeinsam mit anderen deutschen, europäischen und internationalen Akademien, öffentliche Stellungnahmen zu aktuellen Themen. Die Leopoldina fördert die wissenschaftliche und öffentliche Diskussion, sie unterstützt wissenschaftlichen Nachwuchs, verleiht Auszeichnungen, führt Forschungsprojekte durch und setzt sich für die Wahrung der Menschenrechte verfolgter Wissenschaftler ein.

www.leopoldina.org