

# Viele Akteure – eine Barriere

## Depressive Patientin aus dem Irak – eine Kasuistik

### Multiple Actors – One Barrier

### Depressive Patient from Iraq – a Case Report

Flora Kühne<sup>1</sup>, Caroline Jung-Sievers<sup>2</sup>, Sabine Schlüssel<sup>1</sup>, Celina Lichtl<sup>1</sup>, Cornelius Schüle<sup>3</sup>, Peter Falkai<sup>3</sup>, Jochen Gensichen<sup>1</sup>

#### Hintergrund

In Deutschland leben immer mehr Menschen mit Migrations- oder Fluchterfahrung. Welche Schwierigkeiten sich für diese Patienten in unserem System und in der hausärztlichen Primärversorgung ergeben, soll exemplarisch in folgendem Fallbericht aufgezeigt werden. Die beteiligten Akteure sowie Angebote des sozialpsychiatrischen Verbunds sollen anhand eines theoretischen Modells diskutiert werden.

#### Fallbericht

Eine 35-jährige irakische Familienmutter (wohnhaft in einer Flüchtlingsunterkunft) mit Depression und therapieresistentem Bluthochdruck wird aus der psychiatrischen Klinik in die ambulante Weiterbetreuung entlassen. Nach fünf Monaten werden ihre psychosoziale Situation sowie die Anbindung im Gesundheits- und Sozialsystem erneut betrachtet.

#### Schlussfolgerungen

Die Sprachbarriere in der ärztlichen Behandlung ist ein weitreichendes Problem in der Versorgung von nicht deutschsprachigen Patienten, insbesondere bei psychischen Erkrankungen und psychisch-somatischer Komorbidität. Im Rahmen der Primärversorgung und Langzeitbetreuung solcher Patienten ist es wichtig, einerseits die unterschiedlichen beteiligten Akteure zu koordinieren, andererseits patienten- und krankheitsspezifische unterstützende Möglichkeiten und Angebote im sozialpsychiatrischen Verbund zu kennen und aufzuzeigen.

#### Schlüsselwörter

Sprachbarriere; Migrantengesundheit; Depression; Kasuistik; Allgemeinmedizin

#### Background

The number of migrants and refugees living in Germany is increasing. The following case report presents different possible barriers arising for those patients in primary health care (especially family medicine) settings. Furthermore, the actors of the social and psychiatric services will be discussed based on a theoretical model.

#### Case report

A 35 year old Iraqi mother (living in a refugee shelter) with depression and resistant hypertension is discharged to the outpatient setting out of a psychiatric hospital. After five months her psychosocial situation and the utilization of services within the health care and social system is assessed again.

#### Conclusions

The language barrier poses a considerable problem in the medical treatment of non-German-speaking patients, especially with mental diseases and psychosocial comorbidities. In primary health care and long-term care of those patients, it is important to coordinate several actors as well as to know and inform about different services within the social and psychiatric system.

#### Keywords

language barrier; migrants' health; depression; case report; family medicine

#### Einleitung

Zunehmende Migrationsbewegungen und Flüchtlingsströme kennzeichnen – weltweit – die letzte Dekade [1] und stellen auch Ärzte und das Gesundheitssystem in Deutschland vor vielfältige Herausforderungen.

Während Migration die „räumliche Verlagerung des Lebensmittelpunkts“ aufgrund verschiedener Motive beschreibt und meist aus eigenem Antrieb heraus geschieht [2],

werden Menschen, die aufgrund bestimmter und definierter äußerer Einflüsse zur Flucht gezwungen werden, als Flüchtlinge, Asylsuchende, Asylbeantragende sowie Schutz-/Bleibeberichtigte bezeichnet [3].

Seit 2016 wurden in Deutschland etwa 1,2 Millionen Asylanträge gestellt [4].

Erste Anlaufstellen bei gesundheitlichen Problemen im neuen Aufenthaltsland sind häufig Notaufnah-

men und hausärztliche Praxen. Insbesondere die Hausarztpraxen werden nach Einschätzungen der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns in Zukunft immer häufiger von Flüchtlingen und Asylbewerbern aufgesucht werden [5].

Die ärztliche Versorgung jener Patienten – psychisch sowie somatisch – ist jedoch oftmals durch vielfältige Faktoren erschwert [6]. Dazu gehören unter anderem Sprachbarrieren und

<sup>1</sup> Institut für Allgemeinmedizin, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München; <sup>2</sup> Lehrstuhl für Public Health und Versorgungsforschung, Ludwig-Maximilians-Universität München; <sup>3</sup> Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Klinikum der Ludwig-Maximilians-Universität München  
DOI 10.3238/zfa.2020.0116-0120

mangelnde Bereitstellung von Übersetzern, kulturelle Unterschiede im Gesundheits- und Krankheitsverständnis oder geringe Kenntnis des Versorgungssystems und entsprechend reduzierter Inanspruchnahme von Leistungen als auch limitierter Zugang zu Transportmöglichkeiten [7, 8].

Fluchterfahrungen der Patienten, Verluste und Akkulturation stellen mitunter auch besondere psychische Belastungsfaktoren dar, die Erkrankungen wie Depression, posttraumatische Belastungsstörung und Angststörungen begünstigen können [6].

Die Fallschilderung einer nicht deutschsprachigen Patientin mit schwerer depressiver Episode sowie therapierefraktärem Bluthochdruck soll dieses Problem verdeutlichen.

Die beteiligten Akteure und Angebote in der Versorgung der Patientin (psychisch-somatische Komorbidität und Migrationshintergrund) sollen anhand des adaptierten Modells des „sozialpsychiatrischen Verbunds“ [9] aufgezeigt werden und diskutiert werden, welche Angebote der (medizinischen) Versorgung durch die Patientin in Anspruch genommen werden bzw. welche Hindernisse sich bei der Nutzung dieser oder weiterer Angebote ergeben.

## Fallbericht

### Patienteninformation

Es stellt sich die 35-jährige Patientin (Frau B.) aus dem Irak vor, die nur kurdisch und etwas arabisch spricht und sich bereits in ambulanter psychiatrischer Behandlung befindet.

Sie berichtet von einer seit zwei bis drei Wochen bestehenden Verschlechterung der Stimmung, mit Ein- und Durchschlafstörungen, Appetitminderung, Gewichtsverlust (2–3 kg), Gedankenkreisen, morgendlicher Antriebslosigkeit und Suizidgedanken.

Des Weiteren bestünden Kopfschmerzen, Augendruck, Hitzewallungen, Übelkeit, Erbrechen, Schwindel sowie Schmerzen in Rücken, Arm und Handgelenk.

### Medikamente bei Aufnahme

- Ramipril 5 mg (1–0–0 p.o.)
- Sertralin 100 mg (1–0–0–0 p.o.)
- Mirtazapin 30 mg (0–0–0–1 p.o.)
- Lorazepam 0,5 mg (0–0–0–1 p.o.)

### Zur aktuellen Lebenssituation

Frau B. sei mit ihrem Ehemann und acht Kindern vom Irak in die Türkei geflüchtet. Dort habe sich die Familie auf zwei Boote Richtung Griechenland aufteilen müssen. Die Patientin erreichte mit fünf Kindern Griechenland, wo sie etwa ein Jahr lang lebte, bevor sie nach Deutschland kam. Der Ehemann und ihre drei weiteren Kinder wurden von der Polizei aufgegriffen und zurück in den Irak geschickt. Seit 1,5 Jahren sei die Patientin nun in Deutschland, wo bereits der Bruder sowie zwei Schwestern der Patientin lebten. In einer Flüchtlingsunterkunft sei vor etwa einem Jahr ein Sohn beim Spielen aus dem Fenster gestürzt und verunglückt. Aktuell wohne die Patientin mit vier Kindern in einem Raum in einer anderen Einrichtung. Ihr Mann sei mit den drei weiteren Kindern derzeit noch im Irak. Die psychische Symptomatik bestehe in etwa seit der Einwanderung nach Deutschland, ein Bluthochdruck sei auch im Irak bereits bekannt gewesen.

### Klinische Ergebnisse

Die Exploration geschah mit Übersetzung des Bruders. Die Patientin war wach, bewusstseinsklar und unscharf orientiert (konnte aktuellen Tag und Monat nicht benennen). Konzentration, Aufmerksamkeit und Auffassung waren bei Sprachbarriere und niedrigem Bildungsniveau nicht beurteilbar.

Die Merkfähigkeit war intakt (Recall 3/3 Begriffen). Formalgedanklich etwas verlangsamt wirkend, berichtete Frau B. von Grübelneigung, inhaltlich auf den Nachzug der Familie eingengt. Kein Hinweis auf inhaltliche Denkstörungen, Halluzinationen oder Ich-Störungen. Ängste bestünden vor allem bezüglich der Kinder. Die Patientin war affektiv niedergestimmt, sprach leise und vermied Blickkontakt. Die Patientin war nicht schwingungsfähig. Es bestünden passive Suizidgedanken, aber von akuter Suizidalität wirkte Frau B. glaubhaft distanziert.

Bis auf einen erhöhten Blutdruck ergab sich ein unauffälliger somatischer (internistischer und neurologischer) Befund.

Der erhöhte Blutdruck, der sich nach Therapieversuchen mit HCT

und Bisoprolol zusätzlich zu Amlodipin therapierefraktär zeigte, wurde weiter abgeklärt. Die Langzeitblutdruckmessung zeigte erhöhte Werte, der Kochsalzbelastungstest war pathologisch, die Farbduplexuntersuchung der Nierengefäße wies auf keine Nierenarterienstenose hin. Laborchemisch zeigte sich ein pathologischer Aldosteron/Renin-Quotient, ein erniedrigter Vitamin-D-Spiegel mit dezent erhöhtem Parathormon sowie eine leicht erhöhte Nüchtern-Glukose.

### Diagnostische Verfahren

Bei Aufnahme stand ein depressiv-antriebsarmes Syndrom mit passiven Suizidgedanken im Vordergrund. In Zusammenschau der anamnestischen Daten sowie des psychopathologischen Befunds wurde die Diagnose schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome gestellt.

Des Weiteren ergaben sich folgende Nebendiagnosen:

- primärer normokaliämischer Hyperaldosteronismus
- sekundärer Hyperparathyreoidismus bei Vitamin-D-Mangel
- Verdacht auf gestörte Glukosetoleranz
- mikrozytäre Anämie (vorbekannt).

### Therapeutische Interventionen

Psychopharmakologisch wurde die antidepressive Festmedikation mit Mirtazapin (30 mg 0–0–0–1 p.o.) fortgeführt. Bei unzureichender Symptomkontrolle wurde eine Umstellung von Sertralin (100mg 1–0–0–0 p.o.) auf Venlafaxin initiiert. Jedoch zeigte sich bereits bei einer Dosis von 37,5 mg ein starker Anstieg der Blutdruckwerte, sodass Quetiapin schrittweise aufdosiert (bis auf 100 mg/d) und zusätzlich Mirtazapin auf 45 mg/d erhöht wurde.

Bei Schlafstörungen erhielt die Patientin zeitweise Zopiclon, das aber im stationären Verlauf schrittweise ausgeschlichen werden konnte.

An dem therapeutischen Konzept mit physio-, ergotherapeutischen und psychoedukativen Gruppen konnte Frau B. aufgrund kaum vorhandener Deutschkenntnisse nur eingeschränkt teilnehmen.

Ärztliche Gespräche zur Anamnese, mit dem Ziel des Therapie-Moni-

### Ambulante Behandlung

- Hausarzt
- Psychiater
- Psychotherapeut
- Soziotherapie

### Krankenhausbehandlung

- Psychiatrische Klinik
- Institutsambulanz  
(Conn-Ambulanz)

### Kommune (sozial-psychiatrischer Dienst)

- Beratung (Migration, psychotherapeutisch)
- Selbsthilfegruppe (Depression, Migration)
- Sportgruppe
- Sprachmittlung und Unterstützung Behördliches
- Unterstützung Wohnungsfindung

### Psychiatrische Einrichtungen und Dienste

- Freizeit- und Kontaktangebote (Selbsthilfegruppe Depression)
- Krisenintervention (Fluchterfahrung, Verlust Angehöriger)
- webbasierte Angebote (Psychotherapie, Patienteninformation, Apps)

### Sozialamt (AsylbLG)

- Familiennachzug
- Kostentragung medizinischer Grundversorgung bzw. KV
- Dolmetscherkosten
- Fahrtkosten
- Wohnraum (Flüchtlingsheim)
- Sozialleistungen

### Bundesagentur für Arbeit (Leistungen zur Eingliederung)

- Deutschkurs
- Jobcenter (Vermittlung Arbeitsstelle)

**Abbildung 1** Akteure des sozialpsychiatrischen Verbunds. (Die Abbildung erhebt keinen Anspruch auf Vollständigkeit.)

torings sowie der Unterstützung bei der Krankheitsverarbeitung und der Psychoedukation, waren aufgrund der Sprachbarriere nur bei Anwesenheit der Tochter mit Übersetzung durch diese möglich.

Während des achtwöchigen stationären Aufenthalts waren Beurlaubungen am Wochenende möglich, hier wurde die Patientin stets von ihrer (deutschsprachigen) Tochter abgeholt und schließlich wieder auf Station gebracht.

Um den Familiennachzug von behördlicher Seite zu beschleunigen bzw. zu ermöglichen wurde ein medizinisches Gutachten verfasst, das die Schwere der depressiven Symptomatik sowie den Zusammenhang zur Trennung mit dem anderen Teil der Familie unterstrich.

Zur Blutdruckeinstellung wurde mit Spironolacton (50 mg 1–0–0 p.o.) und Doxazosin (4 mg 1–0–1 p.o.) additiv zu Verapamil (120 mg 1–0–2 p.o.) begonnen. Außerdem wurde aufgrund des laborchemisch festgestellten Mangels eine Vitamin-D-Substitutionstherapie (mit 1000 IE 1 x täglich) begonnen.

Weitere Empfehlungen, die nach Entlassung in der ambulanten Versorgung weitergeführt werden sollen, sind Folgende:

- Empfehlung zur Nebennierenvenenkatheterisierung (Conn-Ambulanz)
- Durchführung eines oralen Glukosetoleranztests (Hausarzt)
- Weiterführung der Vitamin-D-Substitution (Hausarzt)
- regelmäßige Blutdruckmessungen (Hausarzt)
- weiterhin psychiatrische Anbindung (Psychiater).

### Follow-up und Outcome

Nach fünf Monaten wurde Frau B. erneut kontaktiert und zu ihrer Situation und dem Gesundheitszustand befragt.

Die Familie sei nun vereint, habe einen Aufenthaltsstatus für zwei Jahre und wohne in einer Flüchtlingsunterkunft. Die Patientin wirkte weiterhin affektiv niedergestimmt und war kaum schwingungsfähig. Subjektiv gehe es ihr besser, jedoch belaste sie die Situation in der Unterkunft, in der es viel Streit zwischen den Bewohnern gebe und gelegentlich geklaut werde.

Ein Sozialarbeiter des Helferkreises suche derzeit nach einer anderen Wohnung für die Familie. Eine andere Sozialarbeiterin spreche kurdisch, stehe jedoch nur gelegentlich für organisatorische/behördliche Anliegen zur Verfügung. Ihren Hausarzt habe die Patientin gewechselt, er konnte zwar kurdisch, war jedoch zu weit entfernt. Den neuen Hausarzt besuche sie, um sich Rezepte ausstellen zu lassen. Beim Psychiater sowie in der Conn-Ambulanz war sie nach Entlassung aus der psychiatrischen Klinik ebenfalls vorstellig, hier seien Medikamentenanpassungen geschehen, eine Kommunikation sei so gut wie nicht möglich. Selbsthilfegruppen, Frauenkreise oder Ähnliches (auf kurdisch/arabisch) gebe es nicht im Wohnheim oder in der Gemeinde. Auch Freunde oder Vertrauenspersonen habe die Patientin nicht. Gelegentlich kämen ihre Geschwister, die in der gleichen Region wohnten, zu Besuch. Ihr falle es schwer, Anschluss zu finden, die Tage würden hauptsächlich im Wohnzimmer verbracht. Ohne Begleitung durch die Tochter, die Deutsch spricht, gehe die Patientin nicht gerne

aus dem Haus. Die Patientin gibt an, ihre Sorgen mit niemanden zu besprechen, eine Psychotherapie könne ihr helfen, aber hier gebe es kein kurdisch/arabisches Angebot. Mit dem Hausarzt seien hierfür keine Optionen besprochen worden.

Die vielen Beteiligten (Ärzte) in der Weiterversorgung seien zwar keine Schwierigkeit, im Irak habe die Patientin jedoch nur einen Arzt gehabt.

Aktuell mache die Patientin einen Deutschkurs. Für den Ehemann, der gerne in Deutschland arbeiten würde, gebe es derzeit keinen Platz im Kurs. Frau B. werde gelegentlich vom Jobcenter kontaktiert, sie selbst möchte jedoch lieber für die Kinder da sein. Die Kinder seien in Schule und Kindergarten, für sie gebe es einige kommunale Freizeitangebote.

## Diskussion

Zur Veranschaulichung der (gesundheitlichen) Weiterbetreuung der Patientin nach Entlassung aus der psychiatrischen Klinik wurden die Akteure in Abbildung 1 aufgelistet und in Anspruch genommene farblich markiert. Bezüglich der Gliederung der Akteure wurde hier auf ein Modell „Sozialpsychiatrischer Verbund“ [9] zurückgegriffen und jenes – da es sich um eine Asylbewerberin handelt – um den Akteur des Sozialamts erweitert.

Aus der Nachbefragung der Patientin geht hervor, dass die Termine bzw. die weitere Anbindung an die verschiedenen ambulanten Spezialisten scheinbar kein Problem darstellen; Die empfohlenen Follow-up-Termine bei Hausarzt, Psychiater und in der Conn-Ambulanz wurden eingehalten. Jedoch beschränkte sich laut Patientin der Arztkontakt meist auf die Einstellung der Therapie bzw. Rezeptausstellung, da aufgrund der Sprachbarriere die verbale Interaktion sehr beschränkt war.

Von kommunaler Seite erhielt die Patientin Unterstützung in organisatorischen/behördlichen Fragen, eine Übersetzerin war für wichtige aufenthaltsrechtliche Bürokratie vorhanden, eine andere Person des Helferkreises kümmert sich derzeit um die Veränderung der Wohnsituation, und die Kinder nutzen kommunale Freizeitangebote. Auffallend ist jedoch, dass im Bereich des kommunalen so-

zialpsychiatrischen Dienstes psychosozial unterstützende Angebote fehlen bzw. nicht genutzt werden. Denkbar sind beispielsweise Selbsthilfegruppen, Frauenkreise, Sportgruppen, z.B. in der Flüchtlingsunterkunft mit anderen Arabischsprachigen.

Angebote des Psychiatrischen Dienstes wurden laut Patientin ebenfalls nicht in Anspruch genommen. Während bei Psychotherapie (Einzel- oder Gruppentherapie) die Sprache das Haupthindernis darstellt, sind auch psychiatrische Kontaktangebote/Selbsthilfegruppen auf Kurdisch oder Arabisch (z.B. in der Flüchtlingsunterkunft, Traumahilfe etc.) der Patientin nicht bekannt bzw. vorhanden.



### Flora Kühne ...

**... geboren in München, studierte in Innsbruck Humanmedizin und ist als Ärztin in Weiterbildung am Institut für Allgemeinmedizin der LMU München angestellt. Neben den klinischen Rotationen in verschiedenen Abteilungen der Uniklinik ist sie wissenschaftlich an einer Studie zur Prävention kognitiver Abbauprozesse bei älteren Hausarztpatienten beteiligt.**

Mit dem Zweck der Eingliederung in die Gesellschaft und den Arbeitsmarkt nimmt die Patientin derzeit an einem Deutschkurs teil.

Es wurde gezeigt, dass eine Vielzahl an Akteuren in der gesundheitlich-psychisch und sozialen Weiterbetreuung von Frau B. beteiligt ist, in deren Koordination der Hausarzt in unserem Gesundheitssystem eine zentrale Rolle einnimmt. Hier ist jedoch auch auf die unterstützende Rolle der Familie hinzuweisen, die nicht nur für Sprachmittlung und Begleitung zu Arztbesuchen, sondern auch zur Unterstützung der Compliance und des Selbstmanagements der Patientin tätig ist.

Das Assessment der Nutzung der Angebote des sozialpsychiatrischen Verbunds durch die Patientin bzw. dem vollen Ausschöpfen der Möglichkeiten dieser, führt uns in Frau B.s Fall zur Sprachbarriere, einem zentralen Thema im Bereich Migration und Gesundheit, das auch in der hausärztlichen Versorgung vielfach diskutiert wird. Verschiedene Ansätze zur Verbesserung dieses Problems bestehen, werden weiterentwickelt, erprobt und neue gesucht.

Im ärztlichen Alltag stehen Familienangehörige (als Übersetzungshilfe) oder professionelle Sprachmittler (Kostenpunkt) nicht immer zur Verfügung. Ärzte hatten die Möglichkeit, sich durch Video-Dolmetschdienste [10], Übersetzer-Apps und weitere Sprachmittlungstools Unterstützung zu holen [11]. Dies wird jedoch nur in geringem Maße in Anspruch genommen.

Eine weitere Möglichkeit ist die Beantragung von Sprachmittlung für eine Psycho-/Soziotherapie beim Sozialamt [12], jedoch ist mit einer Genehmigung nur im Einzelfall sowie großen zeitlichen Verzögerungen zu rechnen. Wie sich die Sprachmittlung und Anwesenheit eines Dolmetschers dann auf die Psychotherapie auswirkt (u.a. Erfolg der Therapie; Therapeuten-Patienten-Beziehung) wird vielfach diskutiert [13, 14].

Auch webbasierte Angebote zur Therapie oder Krankheitsbewältigung psychischer Erkrankungen könnten in Frau B.s Situation geeignet sein [15], zumal einige bereits auf Arabisch verfügbar sind (iFightDepression [16, 17]).

*Des Weiteren widmen sich diverse Projekte und Initiativen der mentalen Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland. Beispielsweise wird in MEHIRA [18] ein gestuftes Versorgungsmodell zur Förderung der mentalen Gesundheit von Flüchtlingen untersucht. Es besteht aus verschiedenen Gruppentherapieformen und Smartphone-Anwendungen und wird in mehreren deutschen Städten durchgeführt. Bei Improve-MH [19] wird ein hausärztliches Behandlungsprogramm für Geflüchtete mit psychischen Erkrankungen angeboten und untersucht mit dem Ziel, die Eltern-Kind-Beziehung und psychische Gesundheit der Patienten zu verbessern als auch die familiäre Transmission zu verhindern.*



### Schlussfolgerung

Die Sprachbarriere in der ärztlichen Behandlung ist ein weitreichendes Problem in der Versorgung von nicht deutschsprachigen Patienten, insbesondere bei psychischen Erkrankungen und psychisch-somatischer Komorbidität. Im Rahmen der Primärversorgung und Langzeitbetreuung solcher Patienten ist es wichtig, einerseits die unterschiedlichen beteiligten Akteure zu koordinieren (vor allem, wenn Patienten weniger Unterstützung durch Angehörige bekommen als Frau B.), andererseits patienten- und krankheitsspezifische unterstützende Möglichkeiten und Angebote im sozialpsychiatrischen Verbund zu kennen und aufzuzeigen und gegebenenfalls auch die digitalen Möglichkeiten auszuschöpfen.

**Danksagung:** IMPROVE-MH: Gefördert vom Bundesministerium für Gesundheit: Förderzeichen 01EF1801A.

### Interessenkonflikte:

Caroline Jung-Sievers hat Vortragshonorare von Pfizer Deutschland erhalten. Cornelius Schüle ist Mitglied bei einem Advisory Board der Firma Janssen-Cilag und seine Teilnahme an einem Kongress wurde durch Janssen-Cilag finanziert. Peter Falkai ist Mitglied in einem Board von Lundbeck, Otsuka, Richter und Servier; er hat Beraterhonorare von Janssen, Lundbeck, Otsuka, Recordati, Richter, Servier und Takeda erhalten. Die anderen Autoren haben keine Interessenkonflikte angegeben.

### Literaturverzeichnis

1. UNHCR. Global Trends – forced displacement in 2017. 2018. [www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2018/06/GlobalTrends2017.pdf](http://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2018/06/GlobalTrends2017.pdf) (letzter Zugriff am 27.06.2019)
2. Bundesministerium für wirtschaftliche Zusammenarbeit und Entwicklung. [www.bmz.de/de/themen/Sonderinitiative-Fluchtursachen-bekaempfen-Fluechtlinge-reintegrieren/hintergrund/definition\\_fluechtling/index.jsp](http://www.bmz.de/de/themen/Sonderinitiative-Fluchtursachen-bekaempfen-Fluechtlinge-reintegrieren/hintergrund/definition_fluechtling/index.jsp) (zuletzt aufgerufen am 19.06.2019)
3. gemäß Genfer Flüchtlingskommission 1951
4. BAMF. Aktuelle Zahlen zu Asyl (04/2019). 2019
5. [www.kvb.de/abrechnung/erstellung-abgabe-korrektur/besondere-kosten-traeger/behandlung-von-asylbewerbern/](http://www.kvb.de/abrechnung/erstellung-abgabe-korrektur/besondere-kosten-traeger/behandlung-von-asylbewerbern/) (letzter Zugriff am 19.06.2019)
6. WHO Regional Office for Europe. Mental health promotion and mental health care in refugees and migrants – technical guidance. 2018
7. Priebe S, Sandhu S, Dias S, et al. Good practice in health care for migrants: views and experiences of care professionals in 16 European countries. *BMC Publ Health* 2011; 11: 187–187
8. Langlois EV, Haines A, Tomson G, Ghaffar A. Refugees: towards better access to health-care services. *Lancet* 2016; 387: 319–321
9. Beins, W. Kommunen und ihre Rolle in der Steuerung der Versorgung psychisch Kranker. In: Bramesfeld, Koller, Salze (Hrsg.). *Public Mental Health*, 1. Aufl. Göttingen: Hogrefe, 2019
10. Mews C, Pruskil S, Kloppe T, Wilsdorf S, Scherer M. Videodolmetschen – Für den Einsatz in der Praxis geeignet? *Hamb Arztebl* 2017; 12
11. Albrecht UV, Jan U, Pramann O. Dolmetscher-Apps im Patientengespräch: Talk per Touch. *Dtsch Arztebl* 2013; 110: 26
12. BAfF. Leitfaden zur Beantragung einer Psychotherapie für Geflüchtete. [www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2017/03/BAfF\\_Arbeitshilfe\\_Therapiebeantragung.pdf](http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2017/03/BAfF_Arbeitshilfe_Therapiebeantragung.pdf) (letzter Zugriff am 19.06.2019)
13. Nuc A. Wenn Welten aufeinander treffen ... Dolmetschen in der Psychotherapie. In: Grbic N, Pöllabauer S (Hrsg.). *Kommunaldolmetschen/Community Interpreting – Probleme – Perspektiven – Potenziale*, 1. Aufl. Berlin: Frank & Timme, 2008
14. Morina N, Maier T, Schmid Mast M. Lost in Translation? – Psychotherapie unter Einsatz von Dolmetschern. *PPmP* 2010; 60:104–110
15. Sikorski C, Lupp M, Kersting A, König HH, Riedel-Heller SG. Effektivität computer- und internetgestützter kognitiver Verhaltenstherapie bei Depression – ein systematischer Literaturüberblick. *Psychiat Prax* 2011; 38: 61–68
16. [www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/get-started-studie](http://www.deutsche-depressionshilfe.de/forschungszentrum/get-started-studie) (letzter Zugriff am 19.06.2019)
17. <https://ifightdepression.com/de/start> (letzter Zugriff am 19.06.2019)
18. <https://innovationsfonds.g-ba.de/projekte/versorgungsforschung/mehira-gestuftes-versorgungsmodell-zur-foerderung-der-mentalen-gesundheit-von-fluechtlingen-mental-health-in-refugees-and-asylum-seekers.60> (letzter Zugriff am 19.06.2019)
19. Das Institut für Allgemeinmedizin der LMU arbeitet in dem vom BMG geförderten Projekt ‚Improve-MH‘ für Flüchtlingsfamilien mit jungen Kindern mit (federführend: Dr. Silvia Schneider, Bochum). Hierbei werden derzeit in Bayern Kollegen gesucht, die arabischsprachige Familien (mit Übersetzungsmöglichkeit) in ihren Praxen begleiten. Bei Interesse E-Mail an: [Lichtl.Celina@med.uni-muenchen.de](mailto:Lichtl.Celina@med.uni-muenchen.de)

### Korrespondenzadresse

**Flora Kühne**  
**Institut für Allgemeinmedizin,**  
**Medizinische Fakultät der**  
**LMU München**  
**Pettenkoferstr. 10, 80336 München**  
**[Flora.Kuehne@med.uni-muenchen.de](mailto:Flora.Kuehne@med.uni-muenchen.de)**