

Versorgungsbericht

Zur psychosozialen Versorgung von
Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland

4. aktualisierte Auflage



Impressum



Herausgeberin:

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge
und Folteropfer – BAfF e.V.

Paulsenstraße 55-56, 12163 Berlin
Tel.: +49 30 310 124 61
E-Mail: info@baff-zentren.org
www.baff-zentren.org

Copyright: © BAfF e.V. 2018. Alle Rechte vorbehalten.

Autorinnen: Jenny Baron, Lea Flory

Layout: Daniela Krebs

Umschlagfoto: © HerrSpecht / photocase.de

Die Publikation kann über den Online-Shop der BAfF e.V. bestellt werden:
www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/shop/

Herzlichen Dank an die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, die einen Teil ihrer knappen Zeit für die Teilnahme an der Datenerhebung aufgebracht haben. Wir bedanken wir uns ganz besonders bei Anna-Lena Zeisner und Melissa Tosun, die bei der Erstellung dieses Versorgungsberichts mitgewirkt haben.

gefördert von



Diese Publikation wurde über das Projekt KaSQu aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds kofinanziert.



Versorgungsbericht

4. aktualisierte Auflage

Dieser Bericht fasst die Analysen zusammen, die die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) jedes Jahr zur Versorgungssituation von Flüchtlingen und Folteropfern durchführt. Er beschreibt die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland entlang der Kriterien der Zugänglichkeit, der Verfügbarkeit und der Erreichbarkeit bedarfsgerechter Behandlungs- und Beratungsangebote.

In dieser Ausgabe wird außerdem Geflüchteten selbst das Wort gegeben. Sie erzählen ihre Geschichte vor, während und nach der Flucht und geben Einblick in ihre aktuelle Lebenssituation in Deutschland.

Die Daten, die dem Bericht zugrunde liegen, stammen aus der jährlichen Datenerhebung der BAfF in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, aus Interviews mit Klient*innen aus den Psychosozialen Zentren sowie einer Zusammenschau sowohl aktueller Befunde aus Psychotraumatologie und Versorgungsforschung als auch der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen, die für die Versorgung von Geflüchteten von Relevanz sind. Der Bericht schließt mit Empfehlungen für gesundheits- und sozialpolitische Interventionen, die aus diesen Analysen folgen.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort.....	4
---------------------	----------

1. „Ich musste weggehen, um weiterzuleben“ – Geflüchtete erzählen ihre Geschichte	8
--	----------

Sequentielle Traumatisierung nach Keilson	9
„Wenn ich über diese Sachen, über meine Zukunft nachdenke, dann beginne ich zu weinen“ – Francis aus Nigeria	10
Geschlechtsspezifische Verfolgung.....	13
„Wenn wir da keine Rechte haben, nicht leben können und verfolgt werden, entrechtet sind, was sollen wir denn machen?“ – Hussein aus Syrien.....	15
Traumafolgestörungen	17
Posttraumatische Belastungsstörung	18
„Ich werde alles dafür tun, dass meine Mama nicht mehr traurig ist.“ – Sajdat aus Tschetschenien	19
Kinder psychisch kranker Eltern	22
Länderinformation Tschetschenien.....	24
„Es ist sehr, sehr kompliziert, wenn du eine Person bist, die Asyl sucht“ – Gbati aus Togo.....	26
Wie viele Geflüchtete sind traumatisiert? Verbreitung von Traumafolgestörungen	28
„Eines Tages fühlte ich mich so verlassen, dass ich alle Pillen auf einmal nahm. Ich wollte mich entspannen, mich frei fühlen und dem Ganzen ein Ende machen“ – Alisha aus Afghanistan	30
Länderinformation Afghanistan.....	32
Suizidalität bei Geflüchteten	33

Zur Versorgungssituation von Geflüchteten und Folterüberlebenden in Deutschland	36
--	-----------

2. Versorgungsverpflichtungen	40
--	-----------

Das Menschenrecht auf Gesundheit	40
Besondere Verpflichtungen für psychisch erkrankte Personen und Opfer schwerer Gewalt.....	42
Die UN-Antifolterkonvention	42
Die EU-Aufnahmerichtlinie	43

3. Versorgungsangebote	46
-------------------------------------	-----------

Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland.....	47
---	----

4. Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer	50
--	-----------

Aufgaben und Leitbilder der Psychosozialen Zentren	51
Humanitäre Verantwortung der Behandlungszentren	51
Flucht, Trauma, Exil und Interkulturalität	51
Angebote der Psychosozialen Zentren.....	52
Anforderungen an die Arbeit der Psychosozialen Zentren	54
Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren	56

5. Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten für Geflüchtete	60
Klient*innen in den Psychosozialen Zentren.....	60
Klient*innen in den einzelnen Versorgungsbereichen.....	62
Sprachmittlung	63
Klient*innen in Psychotherapie	64
Setting und Behandlungsdauer.....	64
Kontextfaktoren in ihrem Einfluss auf Dauer und Setting der Therapie	65
Kinder und Jugendliche in den PSZ	66
Herkunftsländer der Klient*innen.....	68
Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen	69
Entwicklung der Klient*innen-Zahlen.....	71
Personelle Ressourcen der Psychosozialen Zentren.....	73
6. Kapazität der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer	76
Klient*innen auf den Wartelisten der Psychosozialen Zentren	77
Ablehnungen	79
Erreichbarkeit der Psychosozialen Zentren.....	80
Stadt, Land, Flucht – Die Arbeit der Psychosozialen Zentren im ländlichen Raum	81
Interview: Leben auf dem Land – eine besondere Herausforderung für psychisch belastete Geflüchtete?	81
7. Zugänglichkeit der Versorgungsangebote für Geflüchtete	88
Identifizierung psychisch erkrankter Geflüchteter.....	88
Rechtsansprüche auf Behandlungsleistungen für Geflüchtete in Deutschland	90
Kostenübernahmen für Psychotherapien in den PSZ durch die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger	92
Kostenübernahmen Sozialbehörden	93
Kostenübernahme für Sprachmittlungs- und Fahrtkosten nach AsylbLG	94
Die „Ermächtigung“ zur Behandlung von traumatisierten Asylsuchenden.....	95
Kostenübernahmen Krankenkassen	96
Kostenübernahmen Jugendämter.....	96
Entwicklung der Kostenübernahmen in den PSZ in den letzten Jahren	97
Finanzierung psychosozialer Versorgung außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems.....	98
Vermittlungen in die Regelversorgung: Möglichkeiten und Grenzen	100
8. Zusammenfassung und Fazit	106
Literatur.....	110
Adressen	114

Vorwort

„Der Flüchtling ist meist ein Objekt. Ein Problem, das gelöst werden muss. Eine Zahl. Ein Kostenpunkt. Ein Punkt. Nie ein Komma. Weil er nicht mehr wegzudenken ist, muss er Ding bleiben. Es gibt ein Leben nach der Flucht. Doch die Flucht wirkt fort, ein Leben lang. Unabhängig von den jeweiligen individuellen Prägungen, von Schuld, Bewusstsein, Absicht, Sehnsucht.“

Ilija Trojanow „Nach der Flucht“, Seite 91

Seit drei Jahren geht es im öffentlichen Diskurs fast täglich um Zahlen zu Flucht und Asyl – um Asyl-antragszahlen, um Obergrenzen und um Aufnahmestopps. Die Biographien der Geflüchteten selbst mitsamt den Menschenrechtsverletzungen, der Gewalt, aber auch dem Überlebenswillen der Subjekte treten dabei zunehmend in den Hintergrund.

Der mediale und auch der gesellschaftliche Diskurs um Flucht und Asyl hat sich inzwischen deutlich verschoben: von einem Fokus auf der Not der Geflüchteten hin zu einer Betonung der Not der europäischen Staaten mit den Geflüchteten, von Schutzverpflichtungen gegenüber Geflüchteten hin zum Schutz der Grenzen vor Geflüchteten, von Debatten über eine gerechte europäische Verteilung hin zur Forderung, das Asylverfahren in Hot Spots vor die europäischen Außengrenzen zu verlagern, von der Kritik rassistischer Positionen hin zu ihrer Vereinnahmung². Die Spielräume für Akteur*innen, die sich für die Menschenrechte, den Schutz und die Gesundheit geflohener Personen einsetzen, sind wieder enger geworden.

Doch nach wie vor stehen dieser Entwicklung zahlreiche Organisationen, Initiativen und Unterstützer*innengruppen gegenüber, die ungebrochen Solidarität zeigen und sich ihre Vision nicht zerreiben lassen. Durch diese, meist staatlich nicht finanzierte, strukturelle und soziale Unterstützung wird den Menschen das Ankommen erleichtert. Unterstützer*innen sehen Geflüchtete nicht nur als Opfer oder etwa Gefährder*innen – der Werte, der inneren Sicherheit oder der Sozialsysteme – sondern als

handlungsfähige Subjekte, denen wir Menschlichkeit schulden.

Auch in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer erfahren Geflüchtete seit 30 Jahren Solidarität und Unterstützung ohne Ansehen des Aufenthaltsstatus oder des Herkunftslands. In den Psychosozialen Zentren – als sicherem Ort – ist es möglich, dass Geflüchtete ihre individuellen Geschichten über Leid, extreme Gewalt und Entmenslichung einem Gegenüber, meist zum ersten Mal, anvertrauen. Bei der Arbeit wird dabei stets der Blick auf die Bedarfe und Interessen der geflüchteten Personen bewahrt und in den je individuellen Kämpfen um Autonomie, Mobilität und eine menschenwürdige Perspektive unterstützt. Im Spannungsfeld zwischen Menschenrechtsarbeit und Gesundheitsversorgung bieten die Psychosozialen Zentren sowohl psychosoziale Unterstützung und psychotherapeutische Behandlung an, sie verstehen es jedoch zugleich als eine ihrer Aufgaben, gemeinsam mit ihren Klient*innen auch deren Rechtsansprüche auf einen bedarfsgerechten Zugang zu gesundheitlicher Versorgung und auf Leben in Sicherheit einzufordern.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF e.V.) ist der Dachverband der Psychosozialen Zentren. Seit mehr als 20 Jahren bündelt die BAFF die Interessen der Zentren, fördert den fachlichen Austausch und vertritt gemeinsame Anliegen gegenüber Politik und Zivilgesellschaft. Sie gibt regelmäßig Expertisen, Hintergrundpapiere und

1 Im Bericht werden durchgängig einige Passagen aus dem Buch „Nach der Flucht“ von Ilija Trojanow (S. Fischer Verlag, 2017) zitiert. In seinem Buch wird eindrücklich „von der Einsamkeit, die das Anderssein für den Flüchtling tagtäglich bedeutet“, erzählt. „Davon, wie wenig die Vergangenheit des Geflüchteten am Ort seines neuen Daseins zählt. Was das Existieren zwischen zwei Sprachen mit ihm macht. Welche Lügengeschichten man als Geflüchteter den Daheimgebliebenen aufzählt. Und dass man vor der Flucht wenigstens wusste, warum man unglücklich war“. Diese „behutsame und genaue Topographie des Lebens nach der Flucht, das existentielle Porträt eines Menschenschicksals, das unser 21. Jahrhundert bestimmt“, zeigt viele Überschneidungen mit den Geschichten, die Klient*innen in den Psychosozialen Zentren erzählen.

2 Eine detaillierte Analyse der Diskursverschiebungen im Fluchtdiskurs der deutschen Medien 2015 und 2016 findet sich in der Expertise des Duisburger Instituts für Sprach- und Sozialforschung „Von der Willkommenskultur zur Notstandsstimmung“ (Jäger & Wamper, 2017). Verfügbar unter <http://www.diss-duisburg.de/wp-content/uploads/2017/02/DISS-2017-Von-der-Willkommenskultur-zur-Notstandsstimmung.pdf>

Versorgungsberichte heraus, die zur psychosozialen Versorgung von Geflüchteten Stellung beziehen.

Mit dieser Publikation aktualisiert die BAfF ihren bundesweiten Bericht zur psychosozialen Versorgung Geflüchteter in Deutschland mit einer vierten Auflage.

Weil Geflüchtete selbst andernorts in der Regel nur selten Gelegenheit haben, auf ihr persönliches Schicksal aufmerksam zu machen und ihre Biographien zunehmend hinter abstrakten Statistiken verschwinden, wird dieser Bericht mit fünf Perspektiven von Menschen u.a. aus Syrien, Tschetschenien und Afghanistan beginnen.

Auch nach einer erfolgreichen Flucht vor Folter, Unterdrückung und Krieg, befinden sich die meisten von ihnen in einer schwierigen Situation, die geprägt ist von dem Versuch das Erlebte zu verarbeiten und der Ungewissheit über den eigenen Verbleib. Der Bedarf der Geflüchteten nach adäquater psychosozialer Beratung und psychotherapeutischer Behandlung wird anhand dieser Einzelfall-

dokumentationen deutlich. Die Geschichten zeugen von unerträglichem Leid und sind gleichzeitig erfüllt von einem starken Lebenswillen. Wissenschaftliche Befunde zum Versorgungsbedarf und zu Traumafolgestörungen bei Geflüchteten werden als Hintergrundinformationen mit den Geschichten verbunden und kontextualisiert. Es wird dargestellt, welche Versorgungs- und Rehabilitationsleistungen Geflüchteten formal nach den Vorgaben internationaler Konventionen und EU-Richtlinien zustehen.

Davon ausgehend wird im zweiten Teil des Berichts vorgestellt, welche Versorgungsstrukturen es aktuell für Geflüchtete gibt. Anhand der Ergebnisse einer Datenerhebung zur Versorgungssituation von Geflüchteten in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer wird überprüft, inwieweit Versorgungsangebote für Geflüchtete verfügbar, zugänglich und tatsächlich erreichbar sind. Der Bericht schließt mit einer Zusammenfassung der Ergebnisse und leitet Empfehlungen für gesundheits- und sozialpolitische Interventionen ab, die aus den Analysen zur Versorgungssituation folgen sollten.

1.

„Ich musste
weggehen, um
weiterzuleben“
– Geflüchtete
erzählen ihre
Geschichte

1. „Ich musste weggehen, um weiterzuleben“ – Geflüchtete erzählen ihre Geschichte

„Die einen betrachten es als Einkerkung, die anderen als Befreiung. Und einer denkt: Ich bin in ein Gefängnis entlassen worden. Das Leben nach der Flucht ist für manche wie Schrumpfen, wie Verschwinden. In dieser Fremde sterbe ich und du merkst es nicht... Ein Ausharren im Wartesaal der Wiedergeburt.“

Ilija Trojanow „Nach der Flucht“, S.23

Im Folgenden wird anhand von fünf Einzelfällen geschildert, was es bedeutet, Menschenrechtsverletzungen im Herkunftsland, auf der Flucht und im Ankunftsland zu erleben. Geflüchtete selbst werden ihre Bedürfnisse und ihre Lebenssituationen beschreiben und nachzeichnen, wie sie Krieg, Verfolgung und Flucht er- und überlebt haben. Damit geben sie uns zugleich einen Einblick in die Bedingungen, die wir bereitstellen müssen, damit traumatisierte Menschen einen sicheren Ort finden und sich ein Leben „danach“ aufbauen können. Trotz der demütigenden, erschütternden und für uns z.T. unvorstellbaren Erfahrungen, die unsere Interviewpartner*innen berichten, zeugen die Stimmen der Einzelnen von großer Stärke und oft unermüdlichem Lebenswillen.

Wir haben fünf Interviews mit Klient*innen aus den Psychosozialen Zentren in den Bericht aufgenommen. Die Gespräche wurden gekürzt, durch Länderinformationen zu den Regionen aus denen unsere Gesprächspartner*innen fliehen mussten ergänzt und durch Hintergrundwissen zu psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten kontextualisiert. In vielen unserer Gespräche wurde neben den erniedrigenden Erlebnissen vor und während der Flucht vor allem auch die Zeit nach der Flucht thematisiert. Denn nicht nur Gewalt in Herkunfts- und Transitländern wirkt sich auf den Gesundheitszustand von Geflüchteten aus, auch nach der Flucht waren unsere Interviewpartner*innen in der Regel Diskriminierungserfahrungen ausgesetzt und sie empfanden die Isolation und die Unsicherheit während des Asylverfahrens als sehr belastend.

In allen unseren Begegnungen wurden körperliche und psychische Belastungen genannt, die durch sogenannte Postmigrationsstressoren verstärkt wurden.

Postmigrationsstressoren sind Belastungsfaktoren, die sich nach der Ankunft in Deutschland auf die eigene Lebenssituation auswirken. Darunter fallen etwa die aufenthaltsrechtliche Unsicherheit, lang andauernde Asylverfahren und damit verbunden ein Leben in Unsicherheit. Zudem sind die Lebensbedingungen in den Unterkünften oftmals durch stark beengte Wohnverhältnisse ohne Privatsphäre und mit wenig Schutzräumen für besonders schutzbedürftige Geflüchtete wie z.B. alleinreisende Frauen, LSBTI*-Personen oder psychisch erkrankte Menschen geprägt. Unter diesen Umständen kann sich oft nur schwer ein Gefühl von Sicherheit einstellen.

In mehreren Studien konnte gezeigt werden, dass diese Form der Unterbringung verbunden mit einem hohem Lärmpegel, Enge und mangelnden Rückzugsmöglichkeiten einen negativen Einfluss auf die gesundheitliche Situation von Geflüchteten haben kann (Gavranidou, Niemiec, Magg, & Rosner, 2008; Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel, & De Jong, 2005; Porter & Haslam, 2005). Auch eine Einschränkung der Selbstbestimmung und fehlende Möglichkeiten zur Alltagsstrukturierung, ein Mangel an sinnstiftenden Tätigkeiten und sozialer Anerkennung führen zu andauerndem Stress und psychosozialen Belastungen. Für eine Stabilisierung nach dem Erlebten braucht es Ruhe und Privatsphäre.

Für die Bewältigung von traumatischen Erfahrungen spielen die Lebensbedingungen in der Zeit nach der Traumatisierung eine bedeutsame Rolle. Das haben Langzeituntersuchungen bereits in den 1970er Jahren mit Hans Keilsons Konzept der Sequentiellen Traumatisierung gezeigt. Überträgt man das Konzept von Keilson auf die Situation von geflüchteten Personen, sollte die Aufmerksamkeit nicht nur auf den ersten zwei Phasen der Traumatisierung

liegen, sondern es muss ein ganz besonderes Augenmerk auf die dritte Sequenz, die Phase der Ankunft in Deutschland, gelegt werden.

Diese Sequenz ist ausschlaggebend für die Verarbeitung von traumatischen Erlebnissen. Die Bedingungen durch das Asylsystem, die Isolation und Unsicherheit produzieren, können zur psychischen Belastungen führen oder diese noch verstärken (Gerlach & Pietrowsky, 2012; Silove, Steel, & Mollica, 2001). Äußere Sicherheit durch einen festen Aufenthaltsstatus und damit verbundene Veränderungen in der Lebenssituation sowie den Rechtsansprüchen haben einen maßgeblichen Einfluss auf die Teilhabe

der Menschen in der Aufnahmegesellschaft. Teilhabe und Inklusion schützen vor psychischer Erkrankung. Sie ermöglichen es, der Erfahrung von Folter, Gewalt, Verlust und Zerstörung, des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht etwas entgegenzusetzen und neue Lebens- und Zukunftsperspektiven zu entwickeln. Die gesellschaftlichen und politischen Verhältnisse, die Geflüchtete umgeben und die durch unsere Gesellschaft maßgeblich gestaltbar sind, können in der Frage einer bedarfsgerechten Behandlung und Betreuung nicht ausgeklammert werden. Sie spielen eine Schlüsselrolle für die Genesung und das Wohlergehen der Betroffenen.

Sequentielle Traumatisierung nach Keilson

Nach der Durchführung einer systematischen Langzeitstudie mit jüdischen Kriegswaisen aus den Niederlanden konzipierte Hans Keilson (2005) ein wegweisendes Verständnis von Traumatisierungen bei geflüchteten Personen.

Nach diesem Konzept setzt sich die persönliche Belastungssituation überlebender Personen auch nach dem Ende der Verfolgungssituation fort, was bedeutet, dass Trauma nicht als ein einmaliges Erlebnis, sondern als Prozess gesehen werden muss. Eine Einteilung des Traumatisierungsprozesses kann in verschiedenen Phasen oder Sequenzen geschehen. Die erste Sequenz, die Keilson mit der feindlichen Besetzung der Niederlande und dem Beginn des Terrors durch das NS-Regime festmacht, ist geprägt durch das Verschwinden von vertrauten Menschen, Angriffe auf die Würde und Integrität von Familien, abbröckelndem Rechtsschutz und damit einer Auflösung der vertrauten Umgebung. Die zweite Sequenz ist die Zeit der direkten Verfolgung, des Versteckens und des Untertauchens. Deutlich geprägt wird diese Phase durch die direkte Be-

drohung der eigenen Existenz, Rechtlosigkeit und fehlende Nahrung sowie fehlendem Schutz. Die dritte Sequenz und damit die Phase nach dem Krieg ist geprägt durch die Rückkehr in rechtlich gesicherte und bürokratisch geregelte Zustände, aber auch verbunden mit einem Anpassungsdruck in einer anderen Umgebung mit neuen Regeln. Die persönliche Belastungssituation der Überlebenden endet so keineswegs mit dem Ende der Verfolgungssituation.

Für diese durch menschengemachte Gewalt zu Waisen gemachten Kinder war nicht nur die direkte Verfolgung, sondern auch die darauffolgende Phase von entscheidender Bedeutung. Die dritte Sequenz, die Wiedereingliederungsphase, wird von den Befragten als die schwierigste Zeit der extremen Belastungssituation beschrieben. Die Kinder, die in der Nachkriegszeit unter relativ guten Bedingungen aufwuchsen, erwiesen sich als psychisch stabiler bzw. gesünder als diejenigen, die eine schwierige Nachkriegszeit nach einer (vergleichsweise) weniger schrecklichen zweiten Sequenz erlitten hatten.

ERSTE SEQUENZ

die feindliche Besetzung der Niederlande und der Beginn des Terrors

DRITTE SEQUENZ

die Phase nach dem Krieg, Rückkehr in rechtlich gesicherte und bürokratisch geregelte Verhältnisse

ZWEITE SEQUENZ

die Phase der direkten Verfolgung, des Versteckens und Untertauchens, der Deportation und der Trennung von den Eltern

Abb. 1: Sequentielle Traumatisierung nach Keilson.

„Wenn ich über diese Sachen, über meine Zukunft nachdenke, dann beginne ich zu weinen“ – Francis aus Nigeria

„Also hier kann man leben, wie man es möchte, wie man will. Jeder ist frei, das zu leben, was er oder sie will. In Nigeria ist das ist nicht so. Wenn eine Person, ein Mann, ein Homosexueller ist, kann er nicht einfach sagen 'Ja, ich bin Homosexueller!'. Er wird versuchen, es zu bedecken und sogar das Spiel weiter spielen, zu sagen 'Ja, ich war auch bei meiner Freundin!'; damit er seine Reputation, seine Ehre nicht verliert; damit er solchen Bedrohungen entkommen kann, weil er Angst um sein Leben hat.“

Francis C. wächst als einer von vier Geschwistern in Nigeria auf. Bereits im Alter von elf Jahren wird ihm seine Homosexualität bewusst. Im Alter von 18 Jahren hat er seine erste Beziehung mit einem Mann. Aus Angst verstoßen zu werden, verheimlicht er seine Homosexualität vor der eigenen Familie und Freunden, lediglich seine Schwester weiß Bescheid.

„Er war ein Weißer und er war bei einer Firma für „Öffentliche Arbeit“ tätig. Dann hatte ich weitere Beziehungen zu den Männern in der Heimat, aber meine Familie wusste nichts davon. Wenn man Homosexueller ist und die Familie es öffentlich bekannt macht, wird man sofort weggeworfen oder ausgeschlossen.“

Francis geht Liebesbeziehungen mit verschiedenen Männern ein, unter anderem mit einem Mitglied aus Regierungskreisen. Das einzige, was all diese Beziehungen gemeinsam haben, ist, dass sie komplett im Verborgenen ablaufen.

„Bei dieser Abendveranstaltung habe ich einen Minister kennen gelernt, der Herr C. hieß. Auch unter den Ministern gibt es viele Homosexuelle. Sie leben ihre Beziehungen, aber diese Beziehungen bleiben immer bedeckt, geheim, sie machen nicht alle homosexuellen Beziehungen bekannt.“

In der Zwischenzeit vermutet Francis' Cousine, dass Francis homosexuell ist, was dieser leugnet. Um den Schein der „Normalität“ zu wahren geht Francis schließlich eine Beziehung mit einer Frau ein, die kurze Zeit später schwanger wird.

„Und dann hat sie mir gesagt, ja ich werde für dich eine Frau finden. Sie hat ein 20-jähriges Mädchen nach Hause mitgebracht. Und um von meiner Familie nicht ausgeschlossen zu werden, habe ich eine Beziehung zu diesem Mädchen gehabt. Wir haben nur für zwei Monate diese Beziehung gehabt. Und dann ist sie zu mir gekommen und hat gesagt, dass sie jetzt schwanger ist.“

Bei einem geheimen Treffen in einem Hotel wird Francis mit einer Gruppe homosexueller Männer

von der Polizei überrascht, da Hotelmitarbeiter sie angeschwärzt haben.

„Wir waren vier, vielleicht fünf Homosexuelle, jeder mit seinem Partner. Wir waren in einem Hotel. Und sie haben in der Rezeption angerufen. Das wusste ich nicht. Die anderen Bekannten, die da mit ihrem Partner waren, wurden von der Polizei festgenommen und dann haben sie auch mich mit meinem Partner festgenommen. Sie haben uns gesagt, die Artikel von der Verfassung, zitiert, dass Homosexualität verboten ist. Sie haben uns gesagt, dass sie uns vor Gericht stellen werden und zum Staatsanwalt schicken.“

Jegliche Bestechungsversuche und Versuche ihre Homosexualität abzustreiten scheitern. Die Gruppe muss eine ärztliche Untersuchung über sich ergehen lassen. Das Resultat: eine „ärztlich attestierte Homosexualität“. Die Konsequenz: Gefängnis:

„In diesem Zimmer hat uns der Arzt alle, einen nach dem anderen, untersucht und nach der Untersuchung machte er ein Protokoll, ein ärztliches Attest, ja dieser Mann ist homosexuell. Natürlich waren wir ausgezogen, um diese medizinische Untersuchung zu machen. Wir waren auch schon vor dem Staatsanwalt. Er hat gesagt, ja ihr seid Homosexuelle und die einzige Möglichkeit, die vor euch steht, ist ins Gefängnis zu gehen. Dann bin ich ins Gefängnis gegangen.“

Durch seine Kontakte zum Minister, mit dem er weiterhin eine Liebesbeziehung pflegt und der die genauen Gründe der Inhaftierung nicht kennt, kommt Francis nach sechs Wochen wieder frei. Nur kurze Zeit später erfährt der Minister von Francis' Treffen mit einem anderen Mann. Eifersuchtsgetrieben missbraucht der Minister seine Macht und sorgt für Francis' erneute Festnahme unter Anwendung körperlicher Gewalt:

„Er hat sofort die Gruppe, vielleicht eine Sondereinheit der Polizei, angerufen. Das ist eine sehr gewalttätige Interventionseinheit bei der Polizei. Also, gegen Banditentum sind sie trainiert. Mit ihren Helmen, ihren Anzügen. Sie haben Muskeln, sie sind sehr groß, kräftig. Ein Minister ruft sie an, das ist ernst. Das ganze Kommissariat kann zittern, wenn ein Minister anruft. Also, der war nicht ein einfacher Bürger, der angerufen hat. Der war ein Minister des öffentlichen Dienstes. Wenn sie angekommen sind, diese Mitglieder dieser Sondereinheit, hat der Minister ihnen gesagt, dass da in diesem Zimmer die Homosexuellen sind. Und einer hat mir eine Ohrfeige gegeben. Und sie haben auch M. eine Ohrfeige gegeben. Und sie haben uns

richtig gut verprügelt. Mein Gesicht war richtig geschwollen. Meine Augen waren geschwollen. Und ich war in einer kurzen Hose und die haben uns auf diese Polizeistelle gebracht.“

Wieder im Gefängnis leidet Francis unter den unmenschlichen Haftbedingungen, Zwangsarbeit und den gesundheitlichen Folgen mangelnder Hygiene.

„Das ist direkt nackter Boden, auf dem man schläft. Also, nicht zu dritt schläft man auf dem Boden. 25, 30 bis 40 Leute schlafen auf dem Boden. Man berührt sich, wenn man nebeneinander so schläft. Man kann sich nicht bewegen, wenn man so sich auf eine Seite lehnt, muss man so bleiben. Also, Sie bekommen einen Eimer und Sie werden in diesem Kanal die Exkremente rausholen mit diesem Eimer. Und von einer Stelle, wo man diese Exkremente holt, nimmt man diese Eimer und an einer anderen Stelle muss man sie leeren und wieder weiter. Sie können sich vorstellen, es gibt im Gefängnis 5000 Leute, sie gehen ja auf die Toilette. Sie können sich vorstellen, drei Tage lang gehen diese Leute auf die Toilette und diese ganzen Exkremente müssen dann geräumt werden. Wenn man nicht arbeiten will, muss man dann bezahlen. Also, ich hatte abgenommen, sehr, sehr abgenommen, ich war krank. Ich war sehr, sehr mager. Ich ging nun ständig auf die Toilette.“

Mit der Unterstützung seines Bruders und seines Liebhabers schaltet Francis einen Anwalt ein. Außerdem kontaktiert er den Minister, da er sich Hilfe von diesem erhofft. Nach neun Monaten wird Francis schließlich auf Initiative des Ministers hin aus dem Gefängnis abgeholt. Die samariterhafte „Rettung“ durch den Minister stellt sich allerdings als Farce heraus. Zwar wird Francis von Konföderierten des Ministers aus dem Gefängnis abgeholt, allerdings nur, um ihn in einer bizarr inszenierten Gerichtsverhandlung übelster psychischer, physischer und sexueller Folter auszusetzen:

„Einer von ihnen hat gefragt, ob ich mir sicher bin, dass ich ein Mann bin. Und die haben mir dann Tabletten gegeben, kleine Tabletten. Sie haben mir gesagt, diese kleinen Tabletten zu schlucken und gleich danach war ich erregt. Ja, ich hatte dann eine Erektion. Dann haben sie mir gesagt, na schön, Sie sind ja ein richtiger Mann! Sie haben gesagt, 'Sie, ein Homosexueller, wollen in diesem Land bleiben?, Sie bringen die Geschichten von Weißen in unser Land. Sie stören die Menschen hier.' Derjenige, der die Rolle des Richters spielte, hat zu dem anderen, der die Rolle des Staatsanwaltes spielte, gesagt: Herr Staatsanwalt, haben Sie irgendetwas in diesem Zusammenhang zu sagen? Ein Wort zu sagen? Also der, der die Rolle des Staatsanwaltes spielt, hat gesagt, dass das Gesetz umgesetzt wird, dass man das Gesetz umsetzt in der Praxis. Und dann der, der die Rolle des Richters spielt, zum Tod verurteilt! Und ich blieb stehen und war vor ihnen. Ich war ja so mager wie ein Finger. Ich hatte so viel abgenommen. Und jemand hat mir mit den Füßen auf die Brust getreten. Und mein Kopf war gegen den Wagen dann gestoßen. Mein Kopf blutete,

begann zu bluten. Und der andere, der daneben war, hat gesagt, beschmutze mich nicht mit deinem Blut des Schwulen! Dann haben sie mir gesagt, dass sie mich langsam ermorden, umbringen würden. Mein linker Fuß war mit Handschellen hoch in diesem Wagen festgebunden und gehängt und dann, ich weiß es nicht, wie es passiert ist, aber plötzlich hat der andere, der neben mir war, auf meinen rechten Fuß geschossen.“

Francis schildert weitere Formen schwerster physischer, psychischer und sexueller Folter, die an Perversität kaum zu übertreffen sind. An die genauen Umstände der Befreiung von seinen Peinigern kann Francis sich nicht erinnern, da er zu dem Zeitpunkt kaum noch bei Bewusstsein war. Aufgrund seiner Verletzungen muss Francis mehrmals operiert werden, da sich die Wunden entzündeten.

„Und ich habe Infektionen nach dieser Operation von diesem alten Mann bekommen. Und diese Wunden mussten wieder operiert werden. Der Arzt, der mich operiert, mit dem habe ich gesprochen, und er hat mir Anti-Schmerz-Mittel gegeben. Antibiotika. Ja, ich war da. Ich bin dageblieben. Und zwei Tage lang konnte ich nicht pinkeln. Und meine Genitalien waren geschwollen. Er hat mir auch ein Medikament verschrieben.“

Nach all diesen Erlebnissen und der fortbestehenden Angst vor dem einflussreichen Minister und weiteren Konsequenzen aufgrund seiner nun bekannten Homosexualität, entschließt sich Francis zur Flucht nach Deutschland, wo eine seiner Schwestern bereits lebt.

In Deutschland angekommen leidet Francis weiter unter seinen körperlichen sowie seelischen Wunden: Aufgrund einer chronischen Entzündung seiner Wunden ist er dauerhaft auf medizinische Hilfe angewiesen und kann nur sitzenden Tätigkeiten nachgehen. Nur mit psychotherapeutischer Unterstützung kann er mit dem Erlebten und mit der ständigen Angst um seine Tochter, die nach wie vor in Nigeria ist, umgehen.

„Ohne Hilfe von diesen Menschen, von Frau F., hätte ich mich umgebracht, Selbstmord begangen. Das war sehr schmerzhaft. Und diese Therapie hat mir sehr, sehr geholfen. Ich weiß, dass es noch eine lange Strecke zu gehen gibt, viel zu tun gibt. Ich bin schon zum Arzt gegangen wegen meiner Beine. Eine chronische Entzündung, das sind meine Beine. Das muss ich akzeptieren. Was kann ich tun? Es wird nicht weggehen. Das heißt, dass ich damit niemals fertig sein werde mit dieser chronischen Entzündung und jeden Tag nehme ich Medikamente. Ja, ich muss damit leben. Ich bete ständig zu Gott, dass er mir hilft, dass er mir die Kraft gibt weiterzuleben und dass er mir die Freude des Lebens gibt. Ja, ich bin hier. Meine Tochter fehlt mir. Seit zwei Jahren habe ich sie nicht mehr gesehen.

Ich habe darum gebettelt bei meiner Anhörung beim Bundesamt, ich habe der Anhörerin gesagt, bitte

nicht mitteilen, dass ich am Leben bin, weil dieser Minister weiß genau, wo mein Kind lebt. Er weiß es sehr genau. Dieser Minister ist eine mächtige Person. Falls er zu meinem Kind geht und zu ihm sagt, dass ich noch am Leben bin und dass ich hier weiterlebe, kann er mein Kind als Geisel nehmen und machen, was er will. Wenn ich über diese Sachen, über meine Zukunft nachdenke, dann beginne ich zu weinen.“

Aufgrund seiner Erlebnisse hat Francis Probleme, soziale Kontakte aufzubauen: Mit anderen Personen aus Afrika möchte er nichts zu tun haben, mit Deutschen fällt es ihm schwer, da er noch nicht ausreichend Deutsch spricht.

„Ich wohne allein. Ich habe jetzt die Möglichkeit gehabt, eine Wohnung zu mieten. Ich habe jetzt eine Wohnung gemietet. Ich sehe fern. Ich möchte keine Afrikaner neben mir haben. Andere Leute, aber keine Afrikaner. Ich brauche keine Freunde. Ich spreche außerdem noch nicht Deutsch. Wie jetzt. Ich spreche und Sie sind da als Übersetzer zwischen mir und euch. Wenn ich zu den Menschen gehe, zu einem Freund, mit meinem Freund spreche, möchte ich direkt mit ihm sprechen können. Wenn ich jetzt zu den Menschen gehe, die schon Deutsch sprechen, werden sie ja die Rolle des Übersetzers übernehmen. Das möchte ich nicht.“

Francis leidet unter seinen aktuellen Lebensbedingungen in Deutschland, die gekennzeichnet sind von sozialer Isolation, finanzieller Knappheit, mangelnden Beschäftigungsmöglichkeiten, Zukunftsängsten und Perspektivlosigkeit. Eine Rückkehr nach Nigeria steht für ihn außer Frage, da er befürchtet, dass ihn dort noch Schlimmeres als das bereits Erlebte erwartet:

„Also, ich kann nichts Anderes machen. Wie gesagt, du hast die Wahl, entweder mit 200 Euro zu leben oder zu sterben, dann würde ich sagen, lieber mit 200 Euro leben. Ich bete sehr viel und der liebe Gott wird mir helfen und ich werde damit leben, ich habe keine Lust darauf, wieder in meine Heimat zu gehen. Sogar wenn man mich dazu zwingen würde, in die Heimat zurückzukehren, würde ich mich lieber umbringen statt wieder in die Heimat zurückzukehren. Also, falls ich in die Heimat zurückkehren müsste, was da auf mich wartet, wird 8-fach schwieriger als das, was ich bis jetzt erlebt habe.“

Francis wartet nach wie vor auf eine Antwort auf seinen Asylantrag.

Francis leidet unter seinen aktuellen Lebensbedingungen in Deutschland, die gekennzeichnet sind von mangelnden Beschäftigungsmöglichkeiten, Zukunftsängsten und Perspektivlosigkeit (Symbolbild, CC0 HardyS | pixabay.com)



Geschlechtsspezifische Verfolgung

Die Organisation International Lesbian, Gay, Bisexual, Trans and Intersex Association (ILGA) analysiert jährlich „staatlich finanzierte Homophobie“. Durch die weltweite Analyse von Gesetzen zur sexuellen Orientierung hinsichtlich der Kriminalisierung, Schutz und Anerkennung von LSBTI* wird deutlich, dass in acht Staaten LSBTI* die Todesstrafe droht und drei Viertel aller Staaten LSBTI* nicht anerkennen (Mehr unter: <http://ilga.org/>).

So wird aus dem Bericht von 2017 deutlich, dass im Iran, in Saudi-Arabien, in Jemen und im Sudan, zudem in bestimmten Regionen von Somalia und Nigeria sowie in einigen vom „Islamischen Staat“ besetzten Gebieten im Irak und Syrien die Todesstrafe für Homosexualität verhängt wird. In fünf weiteren Staaten, Pakistan, Afghanistan, Vereinigte Arabische Emirate, Katar und Mauretanien, steht die Todesstrafe zumindest noch auf dem Papier. Weitere 14 Staaten bestrafen homosexuelle Handlungen mit 14 Jahren Haft bis lebenslänglich. In über 75 Prozent aller Staaten gibt es weiterhin keine rechtliche Anerkennung für homosexuelle Paare oder keinen Schutz vor Diskriminierung aufgrund der sexuellen Orientierung.

So sind z.B. 2017 in Tschetschenien Befehle zu „vorsorglichen Säuberungsaktionen“ bekannt, bei denen Sicherheitskräfte vor allem über soziale Medien homosexuelle Menschen aufspürten und mehr als 100 Männer festnahmen, mindestens drei sollen dabei getötet worden sein³. Auch in Ghana sind homosexuelle Handlungen illegal und werden bis zu drei Jahren mit Haft bestraft. Es gibt zwar kein spezifisches Gesetz gegen Homosexuelle oder sexuelle Orientierung in Ghana, aber LSBTI* werden auch bei wenig rechtlicher Grundlage und mit rechtlicher Unterstützung durch die Behörden routinemäßig diskriminiert, angegriffen und verhaftet (Matthews, 2016).

Verfolgungen, die an das Geschlecht anknüpfen, sind zum Beispiel Vergewaltigungen, häusliche Gewalt, Zwangsheirat, Verstümmelung der weiblichen Geschlechtsorgane, Bestrafung wegen Verstößen gegen den Sittenkodex und Diskriminierung von Homosexuellen. Diese Aufzählung ist keineswegs vollständig (UNHCR, 2013, S. 96). Dass in diesen Fällen eine Anerkennung als Flüchtling erfolgen kann, ist in Deutschland erst seit 2005 gesetzlich verankert. Die Genfer Flüchtlingskonvention⁴ sieht vor, dass eine schutzsuchende

Staatlich finanzierte Homophobie

Wie viele Staaten kriminalisieren Menschen aufgrund ihrer sexuellen Orientierung?

72 ungefähr ein Drittel der UN Mitgliedstaaten

45 Staaten wenden diese Gesetze gegen Frauen und Männer an

Die Todesstrafe wird in **8** Staaten vollzogen.

In **5** weiteren Staaten wird diese nicht mehr durchgesetzt.

Beschränkungen der Meinungs- und Versammlungsfreiheit



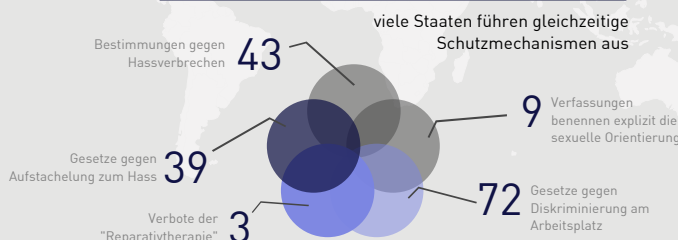
22

Staaten haben "Moralgesetze" oder "Werbeverbote"

25 —

Staaten schränken Organisationen ein, die gegen Homophobie arbeiten

Wie viele Staaten schützen Menschen vor Diskriminierung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung?



Grafik von ILGA, State-Sponsored Homophobia 2017, eigene Bearbeitung.

³ Report zur Verfolgung von LGBTI* im Nordkaukasus (2017): https://lgbtinet.org/sites/default/files/final_chechnya_publish.pdf

⁴ Art. 1 A Nr. 2 GFK.

Person dann als Flüchtling anzuerkennen ist, wenn sie Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, politischen Überzeugung oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe befürchtet. Geschlecht oder sexuelle Orientierung sind hier nicht als Merkmale explizit aufgeführt⁵.

2005 wurde mit dem Zuwanderungsgesetz erstmals eine ausdrückliche gesetzliche Regelung zur Anerkennung der geschlechtsspezifischen Verfolgung geschaffen (Pelzer & Pennington, 2006). Die geschlechtsspezifische Verfolgung wurde der „Verfolgung wegen Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe“ zugeordnet und bestimmt, dass diese Art der Verfolgung auch dann vorliegen kann, wenn diese allein an das Geschlecht anknüpft.⁶

Durch die Gesetzesänderung im Jahr 2013 wurde klargestellt, dass auch die sexuelle Orientierung, wie etwa Homosexualität, eine soziale Gruppe konstituieren kann.⁷ Außerdem wurde eingeführt, dass nicht nur die Anknüpfung an das Geschlecht, sondern auch an die geschlechtliche Identität die Zugehörigkeit zu einer sozialen Gruppe begründen kann.

In Ländern des Westbalkans, in Tschetschenien, im Iran oder Sudan, gelten LSBTI* nicht als Menschen. Es gibt oftmals keinerlei Schutz und die Öffentlichmachung der sexuellen Orientierung kommt an vielen Orten einem Todesurteil gleich. Auch von Familie oder Freund*innen ist nicht unbedingt mit Unterstützung zu rechnen, viele glauben, dass wenn LSBTI* Menschen etwas passiert, dass es ihnen „Recht geschehe“. So leben viele in den LSBTI*-Communities dauerhaft in Angst, erleben Diskriminierung und Gewalt.

Doch nicht nur in den Herkunftsländern, sondern auch auf der Flucht und im Ankunftsland, erfahren LSBTI* Gewalt und Diskriminierung

und führen ein Leben in Unsicherheit. Neben den Erfahrungen rassistischer Angriffe auf Einrichtungen für Geflüchtete, erleben LSBTI*-Geflüchtete zusätzlich spezifische homo- und transphobe Erfahrungen in Unterkünften, im öffentlichen Raum und auch im Asylverfahren.

Durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) werden keine Zahlen hinsichtlich der Anträge oder Anerkennung von LSBTI* erfasst. LSBTI* flüchten nach Deutschland aus Ländern, in denen Homosexualität oder Trans/Intergeschlechtlichkeit massiv bestraft und tabuisiert wird. Daher ist es oftmals schwierig, im Rahmen der Anhörung gegenüber Behördenmitarbeiter*innen und auch Sprachmittler*innen offen über die sexuelle Orientierung oder sexualisierte Gewalt zu sprechen. Betroffenen fällt es schwer, wenn die Verheimlichung u. a. der sexuellen Orientierung bisher zur Überlebensstrategie diente. Für die Anerkennung müssen Geflüchtete in der Anhörung jedoch zum einen ihre LSBTI*-Identität, zum anderen die (drohende) Verfolgung in ihrem Herkunftsstaat glaubhaft machen. Nach der Rechtsprechung des EuGHs⁸ sind detaillierte Befragungen zu sexuellen Praktiken, psychologische Gutachten und medizinische Tests wie auch das Einbeziehen von intimen Fotos im Asylverfahren unzulässig.

Besonders schwer ist es für LSBTI*-Geflüchtete aus sogenannten sicheren Herkunftsstaaten, wie Ghana und Senegal, in denen homosexuelle Handlungen strafbar sind. LSBTI*-Geflüchtete aus „sicheren Herkunftsstaaten“ können sich zwar während des Asylverfahrens auf ihre Verfolgung aufgrund der sexuellen Orientierung oder Geschlechtsidentität berufen, allerdings ist es durch die Beschleunigung der Verfahren massiv erschwert, die drohende Verfolgung als Asylgrund geltend zu machen.

Mehr unter: www.queer-refugees.de

5 Bergmann/Dienelt, Ausländerrecht, 11. Auflage, 2016, § 60, Rn. 19.

6 § 60 Abs. 1 AufenthG a.F.

7 § 3b Abs. 1 Nr. 4 2. HS AsylG.

8 EuGH, Urteil vom 25.01.2018 – C-473/16

„Wenn wir da keine Rechte haben, nicht leben können und verfolgt werden, entrechtet sind, was sollen wir denn machen?“ – Hussein aus Syrien

„Wir gehören ja einer religiösen Minderheit an. Wie wollen wir denn leben, wenn wir unsere Feste nicht feiern dürfen, weil wir unsere Religion nicht ausleben können? Wir lebten so, als wären wir ihre Gefangenen oder ihre Sklaven. Wo sollen wir hingehen, wenn wir auf der Erde Gottes gar nicht leben können, wo sollen wir hingehen, wenn wir keine Möglichkeiten haben? Wenn wir da keine Rechte haben, nicht leben können und verfolgt werden, entrechtet sind, was sollen wir denn machen?“

Hussein ist als Angehöriger der religiösen Minderheit der Jesiden in Syrien aufgewachsen und wurde aufgrund dessen schon seit seiner Kindheit diskriminiert.

„Wir haben viel Schlechtes, Unterdrückung und Ungerechtigkeit erlebt; haben eine Gesellschaft erlebt, in der der Starke den Schwachen auffrisst. Ich bin in dieser Welt zur Welt gekommen und hatte eine Mutter und fünf Geschwister, aber niemals einen Vater. Wir gehören der religiösen Gemeinschaft der Jesiden an, können dort aber unsere Religion nicht frei ausüben. Wir führten ein relativ schlechtes Leben. Mein Bruder verfasst auch Gedichte über den Menschen und die Unterdrückung des Menschen. Mein Bruder schrieb also diese Gedichte über die Ungerechtigkeit und die Misshandlung des Menschen insgesamt. Davon haben die syrischen Behörden natürlich Kenntnis erlangt und haben dann meinen Bruder beschuldigt, für die Kurden politisch tätig zu sein.“

Durch Nachforschungen zu dem Tod von Husseins Vater, der wie Hussein vermutet, von der Regierung gefoltert und ermordet wurde, da er beschuldigt wurde mit den Kurden Handel zu betreiben, geraten auch Hussein sowie dessen Bruder in den Fokus der Regierung. Es folgen staatliche Verfolgung, Folter und Haft aufgrund unterstellter politischer Aktivität. Für sechs Monate werden Hussein und sein Zwilling Bruder gefoltert.

„Ja, eines Tages kam ein Mann, den wir nicht kannten. Ein ganz normaler Mann und der sagte, kommt mal mit. Dann nahm er uns mit zu anderen Leuten und dort wurden wir dann an Händen und Füßen gefesselt. Wir wurden dann in einen dunklen Keller gebracht, wo das Sonnenlicht nicht hineinfallen kann und sie folterten uns. Dort blieben wir dann sechs Monate. Wir wurden beschimpft, wir wurden geschlagen. Morgens, wenn es kalt war, übergoss man uns mit kaltem Wasser und wir wurden geschlagen.“

Außerdem wendete man eine Art der Folter an, die als „Dolart“ bezeichnet wird, das heißt, man nimmt einen Autoreifen und steckt die Beine in diesen Autoreifen rein und dann schlägt man auf die Fußsohlen. So in etwa hundert Schläge habe ich da bekommen. Man legte uns auch auf so eine Bank, so eine Art Tisch war das gewesen. Man schlug auf uns ein und forderte von uns, ein Geständnis abzulegen. Wir sagten, ja, was sollen wir gestehen, wir haben nichts gemacht und dann wurden wir wieder geschlagen.“

Nach sechs Monaten werden die Brüder schließlich ohne Ausweis entlassen, was laut Hussein einem Verlust der Bürgerrechte gleichkommt.

„Einen Personalausweis hatten wir dann nicht mehr, wir hatten nur noch so ein besonderes Schreiben vom Ortsvorsteher, aus dem hervorging, wie wir hießen und wo wir geboren sind und dass wir inhaftiert gewesen waren. Eigentlich kein Schreiben, was offiziell anerkannt gewesen wäre. Und wir konnten auch nicht wegreisen aus der Stadt, woanders hingehen. Konnten uns im Land nicht mehr bewegen. Ja, sie nahmen uns unsere Papiere ab und ließen uns dann laufen.“

Die Brüder standen weiterhin unter Beobachtung. Zwei Jahre später verschwindet Husseins Zwilling Bruder. Wenige Tage nach seinem Verschwinden finden Hussein und seine Mutter den Leichnam des Bruders sichtlich gezeichnet von Spuren der Folter:

„Wir fanden ihn. An Händen und Füßen gefesselt und überall Spuren der Schläge auf seinem Körper. Und eine Schusswunde am Kopf. Als ich das sah, also ihn da so sah, fühlte ich mich in einer anderen Welt. Ab da fing ich an, an Suizid zu denken und zu sagen, es ist vielleicht besser, mein Leben zu beenden, als es weiterführen zu müssen. Für mich war es eine große Demütigung, eine große Erniedrigung und irgendwie bin ich jetzt wie ein Toter.“

Die Ermordung des Zwilling Bruders ist traumatisierend für Hussein, der seitdem unter Schlaflosigkeit, Albträumen, Selbstmordgedanken, Schuldgefühlen, emotionaler Taubheit und Panik leidet. Aus Angst, dass auch ihn das gleiche Schicksal wie seinem Bruder ereilt, taucht Hussein unter.

„Es wäre besser für mich gewesen, wenn ich auch getötet worden wäre, aber jetzt habe ich natürlich Angst. Er sagte mir, dass ich nachts schreien und zappeln würde und ähnliches. Und um ganz ehrlich zu sein, diese Zustände habe ich bis heute. Ich hatte Angst, dass man mich verhaften oder töten würde.“

Als ich mit ihm zusammensaß hatte ich immer das Gefühl, als könnte er aufstehen und hinter mich gehen und mich von hinten erschießen.“

Geplagt von permanenter Angst und Schuldgefühlen entscheidet sich Hussein schließlich zur Flucht und erreicht Deutschland ohne jegliche Ausweispapiere. Nur durch die beschwichtigenden Worte seines anderen Bruders, der bereits in Deutschland ist, ist Hussein überhaupt in der Lage trotz seiner panischen Angst vor der Polizei und einer Inhaftierung einen Asylantrag zu stellen.

„Wie ein Junge habe ich dann gezittert, weil er mich zur Polizei bringen wollte. Er sagte mir, du musst unbedingt zur Polizei, ohne Polizei läuft nichts, geht nichts. Er sagte mir, ich würde auch nicht inhaftiert werden. Er brachte mich zur Polizei und dort wurden die Formalitäten erfüllt. Dann machte man einen 'Gerichtsprozess'. Ich wurde dann also dort vor Gericht gestellt und es war für mich, als sei ich ein Krimineller.“

Auch in Deutschland leidet Hussein weiterhin unter verschiedenen psychischen Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung, wie zum Beispiel Alpträumen und Schlaflosigkeit.

„Ja, ich bin krank, ich kann nachts nicht schlafen. Ich bin eigentlich einem Heim zugeteilt worden, wo ich mich aufhalten müsste, aber ich kann das nicht. Nachts habe ich schlechte Träume, habe ich Alpträume. Da werde ich oft getötet, oft erschossen, ertränkt und ähnliches. Dann wach ich auf, schlage gegen die Tür, dann kommt mein Bruder und bringt mir Wasser.“

Aufgrund seiner Belastungssituation und resultierenden „besonderen Schutzbedürftigkeit“ ist eine Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften für Hussein unzumutbar. Stattdessen ist Hussein auf die individuelle Unterstützung seines Bruders angewiesen, der ihm tags und nachts zur Seite steht.

„Nachts habe ich große Schlafschwierigkeiten. Fühle mich sehr schlecht, schwach wie ein kleines Kind. Es

ist auch immer gut und wichtig mit ihm, da draußen auf der Straße zu laufen, sonst könnte leicht ein Unfall passieren. An der Ampel, dass ich eine rote Ampel zum Beispiel übersehe, dann hält er mich zurück.“

Aufgrund seiner schlechten psychischen Verfassung kann Hussein, selbst wenn er dies möchte, kaum am sozialen Leben teilnehmen und fühlt sich selbst in der Anwesenheit der Familie seines Bruders sozial isoliert. Er leidet nach wie vor an der Ermordung seines Zwillingbruders und der Trennung von seiner Familie in Syrien.

„Seine Kinder freuen sich sehr, wenn sie mich sehen. Sie haben sich an mich gewöhnt, aber mir geht es psychisch zu schlecht, als dass ich mit ihnen sitzen könnte. Wenn ich hier sitze, empfinde ich mich als verstorben, als verstorbenen Menschen. Ich denke mal, dass der Tod angenehmer ist als das Leben. Wenn jetzt eine andere Person an meiner Stelle sitzt, dann kann er sich vorstellen, wie diese Person empfinden würde. Ich habe jetzt meine Familie verloren. Die sind ja nun nicht mehr da. Meine Mutter, die so gnädig und mildtätig war. Ich habe meinen Bruder verloren, der der wichtigste Mensch überhaupt in meinem Leben war, der umgebracht wurde. Und jetzt habe ich meine ganze Familie verloren. Meine Geschwister und meine Mutter, die mir sehr wichtig waren. Die sind ja nun weg.“

Hussein berichtet von einer ambivalenten Gefühlslage zwischen tiefer Trauer und Wut. Dennoch gibt er sich aufkommenden Rachegeanken nicht hin, denn die Würde des Menschen ist und bleibt für Hussein unantastbar – selbst die der Mörder seines Zwillingbruders.

„Manchmal sitze ich und weine dann und wenn ich nicht weinen würde, dann würde ich vielleicht explodieren. Gedanken der Rache sind mir gekommen, also Rache zu üben. An denen beiden, die das meinem Bruder und mir angetan haben. Aber das ist ja auch nicht das Richtige, was der Menschenwürde entspricht.“



Hussein leidet nach wie vor an der Ermordung seines Zwillingbruders und der Trennung von seiner Familie in Syrien. (Symbolbild, © Bernd Vonau | photocase.de)

Traumafolgestörungen

Viele Menschen, die in Deutschland Asyl suchen, sind Überlebende von Menschenrechtsverletzungen, Folter und Krieg, haben sexualisierte Gewalt erlebt, wurden verfolgt oder vertrieben. Die Reaktionen und psychischen Belastungen nach solchen Extremerfahrungen

sind sehr unterschiedlich. Eine häufige psychische Reaktion ist die Entwicklung einer von verschiedenen Traumafolgestörungen. Unter diesem Oberbegriff können mehrere klinische Diagnosen gefasst werden:

Traumafolgestörungen im Überblick⁹

- Akute Belastungsreaktion
- Posttraumatische Belastungsstörung
- Anpassungsstörung
- Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
- Dissoziative Störungen
- Somatoforme Schmerzstörung
- Emotional Instabile Persönlichkeitsstörung (Borderline)
- Dissoziale Persönlichkeitsstörung
- Essstörungen
- Depressive Störungen
- Angststörungen
- Substanzabhängigkeit

Häufig treten auch mehrere Traumafolgestörungen zeitgleich auf (Komorbidität) und überlagern sich. Eine Studie zeigte, dass bei etwa 88 % der Patient*innen mit einer post-

traumatischen Belastungsstörung mindestens eine weitere psychische Störung vorliegt, bei 76 % mindestens zwei weitere Störungen (Perkonig, Kessler, Storz, & Wittchen, 2000).

⁹ Flatten et al. (2011) unterscheiden zwischen Traumafolgestörungen und weiteren Störungen, bei denen traumatische Belastungen maßgeblich mitbedingend sind. Da diese Unterscheidung für den vorliegenden Bericht zu weit führt, umfasst der Begriff „Traumafolgestörung“ in diesem Bericht beide Kategorien.

Posttraumatische Belastungsstörung

Die wohl bekannteste und am meisten beachtete Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS oder PTSD)¹⁰.

Voraussetzung für die Vergabe dieser Diagnose ist die Konfrontation mit einem oder mehreren traumatischen Ereignissen, wie z. B. Tod, schwerer Verletzung, sexueller Gewalt oder einer Androhung dieser Gewalttaten. Betroffene müssen diesem Erlebnis nicht direkt ausgesetzt sein, auch das indirekte Erleben (z. B. Berichte über die Vergewaltigung eines*r Verwandten), das Erleben als Augenzeug*in oder die Konfrontation mit Details von traumatischen Ereignissen (z. B. als Sanitäter*in) genügt, um dieses sogenannte Eingangskriterium zu erfüllen.

In Folge der traumatischen Ereignisse zeigen Betroffene für eine Dauer von mehr als vier Wochen Symptome aus den folgenden Bereichen:

Wiedererleben von traumatischen Situationen:

Unerwartetes, intensives Wiedererleben in Form von Bildern, filmartigen Szenen oder Alpträumen, aber auch Körperempfindungen und Gerüchen (Flashback). Während der traumatischen Situation konnte keine Verarbeitung des Erlebten stattfinden, was im Nachhinein vom Körper immer wieder versucht wird. Häufig finden diese Versuche der Verarbeitung in Situationen statt, in der der Körper zur Ruhe kommt (Einschlafen, Albtraum, Aufwachen). Aber auch am Tag können Flashbacks stattfinden oder durch sogenannte „Trigger“ oder auch Schlüsselreize ausgelöst werden, etwa durch Gerüche, Farben, Geräusche oder andere Reize, die an die traumatische Situation erinnern. Diese Reize sind oftmals auch nicht bewusst mit der traumatisierenden Situation verbunden. Diese Flashbacks lösen unerwartet extreme Angst oder Dissoziationen aus. Durch die Erinnerung an das Erlebnis fühlen sich die Personen ohnmächtig, sie können den Eindruck erhalten, das traumatisierende Erlebnis erneut durchleben zu müssen.

Übererregung bzw. erhöhte körperliche Wachsamkeit:

Traumatisierte Personen zeigen oftmals ein dauerhaft erhöhtes Stress- und Spannungslevel. Die Er-

wartung möglicher neuer Gefahren bringt den Körper in einen Modus der ständigen Wachsamkeit und damit verbunden auch sehr starken Schreckhaftigkeit. Dies äußert sich in einer körperlichen Unruhe und Nervosität. Durch die erhöhte Anspannung schlafen die Personen meist sehr schlecht. Schlafstörungen verstärken wiederum die erhöhte Reizbarkeit, die sich bei manchen Betroffenen auch in Wutausbrüchen und hoher Konfliktbereitschaft äußern kann. Auch die Konzentrationsfähigkeit ist oftmals sehr niedrig, was es den Personen erschwert, z. B. in Sprachkursen oder in der Schule den ganzen Tag dem Unterricht zu folgen.

Vermeidung von Reizen, die mit der traumatischen Situation verbunden sind:

Gedanken, Gefühle, Orte, Situationen und Gespräche, die die Betroffenen an das traumatische Erlebnis erinnern, werden vermieden. Die traumatisierten Personen gehen all diesen Reizen aus dem Weg, manche ziehen sich zurück und schotten sich ab. Andere wiederum vermeiden es, alleine zu sein oder zur Ruhe zu kommen und versuchen sich abzulenken, um so das Aufkommen der traumatischen Situation zu vermeiden. Ein häufiges Anzeichen ist auch die sogenannte Gefühlstaubheit, d.h. der Eindruck entsteht, dass die Betroffenen nichts fühlen oder die eigenen Gefühle als unwirklich wahrnehmen. Sie erscheinen emotional abgeschottet, freud- und teilnahmslos bis hin zu entfremdet gegenüber der eigenen Familie und Freund*innen. Für Außenstehende wirkt dies oftmals so, als würde die betroffene Person alles „kalt lassen“ und gleichgültig sein.

Diese Anzeichen haben massive Auswirkungen auf Beziehungen, Ausbildungschancen, aber auch enormen Einfluss auf die Anhörung im Asylverfahren. Trauma führt dazu, dass Erinnerungen nicht chronologisch, geordnet und detailliert im Gedächtnis gespeichert werden. Sie sind meist bruchstückhaft, fragmentiert und teilweise können wichtige Aspekte (Zeitpunkte, Namen oder genaue Daten) gar nicht erinnert werden, insbesondere unter Stresssituationen, wie sie die Anhörung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) für die meisten Geflüchteten darstellt. Dies führt dazu, dass Aussagen oftmals nicht vollständig, detailreich, chronologisch und widerspruchsfrei erzählt werden können, was jedoch Kriterien der Glaubwürdigkeit für das BAMF sind.

¹⁰ Die folgenden Angaben beziehen sich auf die Diagnosekriterien einer Posttraumatischen Belastungsstörung nach dem DSM-5®, der fünften Auflage des Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (American Psychiatric Association, 2013).

„Ich werde alles dafür tun, dass meine Mama nicht mehr traurig ist.“ – Sajdat aus Tschetschenien

„Jetzt zum Muttertag hat mein ältester Sohn für mich eine Postkarte gebastelt. Und er hat geschrieben: Für meine Mama, ich werde alles dafür tun, dass meine Mutter nicht mehr traurig ist. So werde ich jetzt lächeln in seiner Anwesenheit, damit er nicht traurig wird.“

Sajdat M. kommt aus einem kleinen Dorf in Tschetschenien, wo sie seit ihrer Kindheit mit Bombardierungen und der ständigen Angst des Krieges konfrontiert war:

„Ich kann mich noch erinnern, es waren Flugzeuge und drei sind dann losgefliegen, haben Bomben abgeworfen. Und haben nicht getroffen und dann kamen die nächsten drei und die nächsten drei. Und da haben sie der Reihe nach dann immer gemacht. Und da habe ich sehr viel Angst gehabt. Und da bin ich ins Haus gegangen und fünf Minuten später haben Panzer geschossen genau auf die Stelle, wo ich fünf Minuten vorher stand. Alles war zerstört, aber im Keller haben wir überlebt. Wenn man richtig sieht wie die abgeworfen werden. Und dieses Geräusch, da hatte man viel Angst. Die Angst kann man nicht mit Worten beschreiben. Aber es macht sehr viel Angst.“

Da ihr Mann die Rebellen im ersten Tschetschenienkrieg unterstützt hat, wurde er mehrfach von Soldaten inhaftiert und misshandelt:

„Als sie zu uns gekommen sind, sind sie zu uns in den Hof reingefahren. Und wir hatten gar keine

Zeit, das Tor aufzuschließen. Sie sind einfach darübergefahren. Sie sind mehrmals gekommen und einmal haben sie sogar meinen Schwiegervater zusammengeschlagen, damit der erzählt, wo der Sohn ist. Und einmal als sie meinen Mann mitnehmen wollten, hat sich seine Mutter auf sie gestürzt und da haben sie gleich auf sie geschossen in die Schulter. Zweimal wurde er abgeholt und einmal wurde er rausgeschmissen auf den Müllplatz. Wir dachten, dass er nicht mehr lebt.“

Auf Anraten ihrer Schwiegereltern entschlossen sich Sajdat, die zu diesem Zeitpunkt erneut schwanger war, und ihr Mann gemeinsam mit ihren zwei Kindern zur Flucht. Die Familie gelangte mit Hilfe eines Schleppers über Polen nach Deutschland, wo eine Schwester von Sajdat M. wohnt. Sechs Monate später wurde ihr Asylantrag abgelehnt und die Familie nach Polen abgeschoben. Nach wie vor kann Sajdat nur unter Tränen von dieser Zeit berichten, als sie aus der gerade empfundenen Sicherheit herausgerissen wurde:

„Die sechs Monate danach – als die Asylantragstellung zu Ende war – ist gut verlaufen. Ich habe mich gerade gut gefühlt, ich war entspannt. Und gerade als ich mich entspannt habe und dachte, ich kann hierbleiben, man lässt mich hier leben, da kam die Absage und wir wurden abgeschoben. Ich habe diese Zeit ganz schlimm erlebt. Das war für mich ein starker Stress, weil ich diese Trennung von meiner Schwester als so schlimm erlebt habe.“



Sajdat hat damit zu kämpfen, dass ihr Sohn ihre Traurigkeit und ihre Angst miterlebt.
(Symbolbild,
© YesPhotographers |
photocase.de)

In Polen erkrankte Sajdats Mann an Tuberkulose (TBC), die von den zuständigen Ärzt*innen fälschlicherweise als „einfache“ Lungenentzündung eingestuft und aus Kostengründen nicht hinreichend behandelt wurde:

„Sie haben gesagt er hat eine Lungenentzündung. Und nach zehn Tagen wurde er aber wieder entlassen, weil die gesagt haben, dass die Kosten nicht mehr übernommen werden. Dann hat er als er entlassen wurde viele Medikamente bekommen, aber die Behandlung wurde nicht mehr zu Ende geführt, weil der Arzt im Heim gesagt hat, dass alles in Ordnung ist.“

Diese Fehldiagnose blieb nicht ohne weitere Folgen. Im Alter von eineinhalb Jahren bekam Sajdats jüngster Sohn sehr hohes Fieber und starken Husten. Verzweifelt suchte Sajdat nach ärztlicher Unterstützung in der Flüchtlingsunterkunft, da in der Notaufnahme des Krankenhauses Geflüchtete nur mit Überweisung behandelt werden. So verloren Mutter und Sohn wertvolle Zeit in einem Wust aus stark limitierten Sprechzeiten, Bagatellisierungen von Seiten der Ärzt*innen in der Flüchtlingsunterkunft und bürokratischen Hürden, bis Sajdats Sohn endlich im Krankenhaus vorstellig wurde:

„Die Ärzte haben mit vorgeworfen, dass ich so lange gebraucht habe. Sie haben gesagt: „Wollten sie, dass ihr Kind stirbt? Wollten sie das Kind töten?“ Ich habe versucht zu erklären, warum das so war. Und sie wollten dem eigentlich gar nicht zuhören. Und dann haben sie mich auch angeschrien. Und ich habe gesagt: „Erstmal hören sie mir bitte zu.“ Ich habe gesagt: „Nehmen sie Kinder ohne Überweisungsschein?“ Und er hat gesagt: „Nein, natürlich nicht.“ Und ich habe gesagt: „Und was hätte ich machen sollen? Ich habe seit zwei Wochen

auf die Überweisung gewartet. Und sie wurde mir nicht ausgestellt. Und dann habe ich das Fieber gesenkt. Mehr blieb mir nicht übrig.“ Sie haben dann gleich eine Blutuntersuchung gemacht und einen Fleck auf der Lunge entdeckt. Sie haben an diesem Tag gleich diese Impfung...diese Untersuchung gemacht. Und drei Tage später war diese Reaktion sehr groß, es wurde bestätigt, dass mein Sohn TBC hat. Die haben gesagt man kann TBC zum Stillstand bringen aber man kann sie nicht heilen“

Nach weiteren Untersuchungen stellt sich heraus, dass alle drei von Sajdats Kindern an TBC erkrankt sind – vermutlich angesteckt vom eigenen Vater.

Da die Familie nicht mehr im Heim wohnen bleiben konnte, wurde das Geld sehr knapp. Obwohl Sajdat mit unterschiedlichen Gelegenheitsjobs zuarbeitete, konnte sie den Schulbesuch ihrer Kinder nicht mehr finanzieren. In dieser schwierigen Zeit trennte sich Sajdat von ihrem Mann, dem nach tschetschenischer Sitte die gemeinsamen Kinder zustehen. Daraufhin floh Sajdat gemeinsam mit ihren Kindern zurück nach Deutschland, dem einzigen Ort, wo sie sich Sicherheit vor ihrem Mann für sich und ihre Kinder vorstellen kann, und stellte einen erneuten Asylantrag.

„Weil ich Probleme mit meinem Mann hatte. Und ich bin geflohen vor ihm. Er hat mich angerufen, als wir hierhergekommen sind und gedroht, dass er die Kinder mitnimmt. Und ich kann mir kein Leben vorstellen ohne die Kinder. Ich weiß nicht, was hier wird, aber ich werde auf keinen Fall zurückkommen. Es wäre besser zu sterben als zurück zu kommen. Er wird uns dort ausfindig machen. Nach unseren Gesetzen bleiben die Kinder bei dem Vater. Über seine Familie. Wenn ich wieder zurückkehre werden mir die Kinder abgenommen.“



In der Flüchtlingsunterkunft wurde Sajdats jüngster Sohn nur schlecht medizinisch versorgt.
(Symbolbild, © Peruphotoart | photocase.de)

Zwar fühlt sich Sajdat eigentlich sicher in Deutschland, hat aber extreme Angst vor einer erneuten Abschiebung, die sie schon damals völlig aus der Bahn geworfen hat. Sajdat ist kaum in der Lage, über dieses Szenario zu sprechen, gibt die Hoffnung aber trotzdem nicht auf:

„Ich habe sehr viel Angst, dass ich hier abgeschoben werde. Ich werde es nicht noch einmal ertragen können. So ein Stress. Ich weiß, was kommen wird, aber ich hoffe aufs Bessere.“

Sowohl diese permanente Angst vor Abschiebung, als auch die Sorge um die Gesundheit ihrer Kinder und ihre eigene Gesundheit (Sajdat ist an Hepatitis C erkrankt, wird aber nur unzureichend behandelt) sowie die Sehnsucht nach ihrer Familie in Tschetschenien verschlimmern Sajdats psychische Verfassung. Sajdat weint viel und wird von Depressionen geplagt. Nur unter Medikamenteneinfluss verbessert sich ihre Stimmungslage:

„Und als ich hierhergekommen bin, konnte ich mir auch nicht eingestehen, dass ich krank bin. Dass ich depressiv bin. Und dann war ich ja hier im Krankenhaus und da habe ich auch Arznei bekommen. Die halfen mir sehr. Und jetzt verstehe ich, dass es eine Krankheit war, dass ich tatsächlich krank war. Und da war es nicht so...hier kann ich jetzt lächeln aber dort konnte ich nicht fünf Minuten an einem Ort sitzen bleiben. Und jetzt erzähle ich und lache und bin ruhig.“

Bis heute haben die Bilder des Krieges Sajdat nicht verlassen. Ausgelöst durch bestimmte Schlüsselreize wie zum Beispiel Geräusche von Flugzeugmotoren oder Feuerwerken erlebt Sajdat Flashbacks, fühlt sich also zurückversetzt in die Zeit des Krieges und durchlebt erneut traumatisierende Kriegserfah-

rungen, die sie im Alter von zwölf Jahren gemacht hat.

„Ja, es ist für mich sehr schwer. Ich weiß, dass ich hier in Sicherheit bin. Aber die Flugzeuge, die höre ich dann und morgens wenn ein Flugzeug fliegt, und dann kommt das Geräusch, dann fühle ich mich zurückversetzt. Und diese Feuerwerke, die hier stattgefunden haben, wegen des Fußballs, da habe ich auch sehr viel Angst bekommen. Ich versuche mich daran zu gewöhnen, aber die Erinnerungen sind trotzdem da.“

Auch Sajdats Kinder nehmen deren starkes psychisches Leiden wahr und versuchen ihre Mutter zu schonen, um sie nicht traurig zu machen. Sajdat sorgt sich, dass diese Schutzhaltung, die ihre Kinder ihr gegenüber einnehmen, einen negativen Einfluss auf die psychische Verfassung ihrer Kinder hat, weshalb sie sich auch psychologische Unterstützung für ihre Kinder wünscht.

„Jetzt zum Muttertag hat mein ältester Sohn für mich eine Postkarte gebastelt. Und er hat geschrieben: ‚Für meine Mama, ich werde alles dafür tun, dass meine Mutter nicht mehr traurig ist.‘ Jetzt will ich ihn einem Psychologen vorstellen. Weil er mir vieles nicht erzählt, weil er mich nicht traurig haben will. Und vielleicht kann ihm eine Psychologin helfen.“

Kinder psychisch kranker Eltern

„Der Vater verliert an Autorität. Das, was er seinen Kindern vermitteln könnte, ist nicht mehr wesentlich, er muss sich selbst zurechtfinden, sich durch die Dunkelheit tasten, er ist nicht mehr der uneingeschränkt Wissende, sondern der Verlorene, der sich schlechter orientiert als seine Kinder. Seine Tochter ist die Beste in ihrer Klasse. Die Tochter muss ihm das Lob ihres Lehrers übersetzen. Diese Entmachtung kann der Vater schwer hinnehmen, sie erniedrigt ihn.“

Ilija Trojanow „Nach der Flucht“, S.56

Mit der Studie und der daraus folgenden Theorie der Sequentiellen Traumatisierung von Keilson (2005, siehe Kapitel „Sequentielle Traumatisierung nach Keilson“ auf Seite 9) konnte bei Waisenkindern, die den Holocaust überlebt haben, gezeigt werden, dass nicht nur die unmittelbare Verfolgung und Kriegserlebnisse von entscheidender Bedeutung für die psychische Stabilität sind, sondern vor allem auch die Lebensbedingungen und Unterstützung nach der Verfolgungssituation (dritte Sequenz). Die Erfahrungen der Vergangenheit, aber auch die in der Gegenwart, wirken bei geflüchteten Kindern maßgeblich auf Gesundheit und Wohlbefinden ein. Als gesundheitsfördernde Faktoren werden in Studien soziale Unterstützung durch Eltern, Schule, Freund*innen und Freizeitaktivitäten bei asylsuchenden Kindern herausgestellt (Ascher & Mellander, 2010; Kostelny, 2006).

Belastungsfaktoren sind bei asylsuchenden Kindern ähnlich wie die bei Erwachsenen: unsichere Bleibe- und Zukunftsperspektive, prekäre finanzielle Situation, Art der Unterbringung und eingeschränkter Zugang zu Kindertagesstätten oder Schulen (Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2012; Montgomery & Foldspang, 2008; Nielsen u. a., 2008). Doch wie der Umgang mit der persönlichen Belastungssituation und die Bewältigung der Erlebnisse aussieht, ist auch davon abhängig, ob die Eltern traumatischen Erfahrungen ausgesetzt waren und wie sie diese bewältigten (Lustig u. a., 2004).

Auch geflüchtete Kinder stellen keine homogene Gruppe dar und die einzelnen Strategien im Umgang mit eigenen Belastungen aber auch mit belasteten Eltern unterscheiden sich je nach sozialen Konstellationen, bisherigen Erfahrungen und vorhandenen Ressourcen.

Manche Kinder ziehen sich zurück, sind traurig und wirken bedrückt. Andere Kinder kommen nur schwer zur Ruhe und sind aktiver als früher.

In oder nach Belastungssituationen suchen Kinder und Jugendliche in der Regel ihre direkten Bezugspersonen auf. Doch die prekäre Lebenssituation geprägt durch Isolation und Unsicherheit führt auch zur Destabilisierung der Eltern und dazu, dass diese viel mit grundsätzlichen Problemen beschäftigt sind. Wenn eine Traumafolgestörung bei einem Elternteil vorliegt, fällt es der Person oftmals schwer, die Zuwendung und Geborgenheit zu geben, die das Kind braucht (Bräutigam, 2000). Studien zeigen, dass eine enge Verbindung zwischen dem psychosozialen Wohlbefinden der Kinder und dem der Eltern besteht (Metzner, Reher, Kindler, & Pawils, 2016).

Wie auch Kinder nicht geflüchteter, psychisch kranker Eltern erleben geflüchtete Kinder ihre Eltern über einen längeren Zeitraum oder immer wiederkehrend in extremen Gefühlszuständen, in die sie entweder eng mit einbezogen werden können oder von denen sie ausgeschlossen bleiben. Es kann zu unmittelbaren Problemen und Belastungen kommen, z. B. durch die Tabuisierung der elterlichen Belastung („Familiengeheimnis“) und durch das Gefühl der Kinder, Schuld an dem zu haben, was passiert ist. Die psychische Erkrankung des Elternteils kann Kinder aber auch verwirren und ängstigen, Probleme und Verhaltensweisen der Eltern können eventuell nicht eingeordnet werden.

Um nicht weiter zu belasten, sind die Kinder häufig „auffällig unauffällig“ und versuchen ihre Bedenken und Belastungen nicht mitzuteilen (Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker, 2018). Die Bedürfnisse der Kinder bleiben dabei auf der Strecke und die Kinder und Jugendlichen achten oft zuerst auf die Gefühle ihrer Eltern und verlernen zunehmend, die eigenen richtig wahrzunehmen (Mattejat & Lisofsky, 2009). Viele Kinder übernehmen Verantwortung gegenüber den Eltern oder den Geschwistern, bis hin zum Rollentausch mit dem kranken Elternteil. Sie verlieren ihre Eltern als haltgebende Bezugspersonen und müssen oft schneller erwachsen werden.

Kinder kommen oftmals schneller in der neuen Gesellschaft zurecht, allein weil sie schneller die neue Sprache lernen und übernehmen dadurch eine Fürsorgefunktion für ihre Eltern.



Geflüchtete Kinder verlieren ihre belasteten Eltern als haltgebende Bezugspersonen und müssen oft schneller erwachsen werden (CC0 andreasfuchs8732 | pixabay.com)

Es braucht daher familienbezogene Interventionen in der Arbeit mit Geflüchteten, die auch die Bedürfnisse der Kinder berücksichtigt und Eltern in ihrer Erziehungskompetenz und in ihrer Elternrolle im neuen Kontext stärkt (Zito, 2017).

Unberücksichtigt blieb bei den genannten Punkten bisher, dass es in Deutschland auch viele unbegleitete Kinder und Jugendliche gibt, deren Familien verstorben, verschollen oder im Herkunftsland verblieben sind. Um ein Ankommen zu ermöglichen wünschen sich unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF) Unterstützung und soziale Kontakte, sehr viele möchten daher ihre Familie nachholen bzw. diese unterstützen. Fast alle leiden massiv unter der Trennung von ihrer Familie und quälen sich mit großen Sorgen um sie. Der Druck auf die Jugendlichen ist enorm, sie leiden oft unter Schuldgefühlen, die Erwartungen ihrer Familie nicht zu erfüllen oder sie nicht genug zu unterstützen. Der Wunsch ist groß hinsichtlich Sicherheit und Stabilität – zunächst einmal in Bezug auf ihren Aufenthalt, aber auch darüber hinaus. Doch nicht nur das Asylverfahren, sondern auch das Verfahren zum Familiennachzug ist für umF zu undurchsichtig. Vor allem in diesen Krisensituationen, wenn entsprechend ne-

gative Bescheide vom BAMF erhalten werden oder der kritische 18. Geburtstag bevorsteht und damit die Chancen, die Familie nachzuholen, immer geringer werden – aber auch darüber hinaus ist die Möglichkeit zeitnaher therapeutischer Gespräche unabdingbar, um Chronifizierungen und langfristige Entwicklungsstörungen zu vermeiden.

Ratgeber der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) für Flüchtlingseltern: Wie helfe ich meinem traumatisierten Kind? in folgenden Sprachen verfügbar: arabisch, farsi, kurdisch, englisch, deutsch:

mehr Informationen zur (un)begleiteten Kindern und Jugendlichen beim Bundesfachverband umF (BumF e.V.): <http://www.b-umf.de/>

Länderinformation Tschetschenien

Aktuelle, historische und geopolitische Einordnung

Tschetschenien ist mit einer Bevölkerung von ca. 1,3 Millionen die größte der nordkaukasischen Teilrepubliken der Russischen Föderation. Die größte ethnische Gruppe stellen die Tschetschen*innen (ca. 95 %) dar, die überwiegend der sunnitischen Glaubensrichtung des Islam angehören. Seit 2007 ist Ramsan Kadyrow Präsident Tschetscheniens.

Tschetschenien kann nicht losgelöst von seinem historischen und geopolitischen Kontext betrachtet werden. Seit Zerfall der Sowjetunion ist der gesamte Nordkaukasus von zentralistischen Bestrebungen und Repressionen durch Russland geprägt. Multiethnische und multikonfessionelle Konflikte prägen den Alltag. Diese Politik der Unterdrückung mündete in zwei tschetschenischen Unabhängigkeitskriegen (1994-1996 und 1999-2009). Doch auch nach Kriegsende ist keine Verbesserung der Menschenrechtslage in Tschetschenien zu erkennen.

Versorgungslage:

Durch die beiden Tschetschenienkriege wurde die medizinische Infrastruktur stark beschädigt: zahlreiche Ärzt*innen sind geflohen, Krankenhäuser wurden zerstört (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2014; International Crisis Group, 2015). Das staatliche Gesundheitssystem ist unzureichend und von Korruption gezeichnet. Einige humanitäre Gruppen leisten medizinische und psychologische Hilfe für Opfer bewaffneter Konflikte. Diese wurden in den letzten Jahren jedoch nach und nach gezwungen, das Land zu verlassen oder ihre Hilfsprogramme zu beenden (International Crisis Group, 2015).

Fluchtzahlen

Seit Beginn des ersten Tschetschenienkrieges gehörten Geflüchtete aus der Russischen Föderation – außer in den Jahren 2014 und 2015 während des starken Anstiegs der Antragszahlen von Geflüchteten aus Syrien – zu den zehn am stärksten vertretenen Flüchtlingsgruppen in Deutschland (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2013, 2017). Zu beachten ist der starke Anstieg von 3.202 Personen im Jahr 2012 auf 14.887 Personen im Jahr 2013, also vier Jahre nach dem offiziellen Ende des zweiten Tschetschenienkrieges. Im Jahr 2016 betrug die Zahl der Asylsuchenden aus der Russischen Föderation 10.985 (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2017), wovon ein Großteil vermutlich aus dem Nordkaukasus stammt (Borderline-Europe, Asyl in der Kirche Berlin, Gemeinschaftsunterkunft Nutheetal in Potsdam, & Xenion, 2017). 94,8 % dieser Asylanträge wurden in erster Instanz abgelehnt (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2017).

Sicherheits- und Menschenrechtslage

Offizielle Berichte über einen Rückgang von Gewalttaten und Todesfällen in Tschetschenien seit 2013 (Bundeszentrale für politische Bildung, 2015) decken sich nicht mit den Angaben verschiedener Menschenrechtsorganisationen. Diese beschreiben, dass die Sicherheits- und Menschenrechtslage nach wie vor von Instabilität, anhaltender Gewalt und systematischen Menschenrechtsverletzungen durch den Sicherheitsapparat gekennzeichnet sei (Amnesty International, 2017b; Schweizerische Flüchtlingshilfe, 2016). Es herrsche ein Klima der Angst und Unterdrückung, das insbesondere durch den autoritären, repressiven und willkürlichen Regierungsstil des Präsidenten Kadyrow geschürt werde.

Die russischen Gesetze würden in Tschetschenien kaum eingehalten. Vielmehr stehe der Präsident Kadyrow über dem Gesetz, was zu einer starken Politisierung des Justizsystems führe. Konkret bedeute dies die Straffreiheit für viele Täter*innen, das Verüben von Kollektivstrafen, sowie der Missbrauch des Justizsystems zur Durchsetzung eigener machtpolitischer Interessen. Entsprechende Reaktionen aus Russland blieben aus (Schweizerische Flüchtlingshilfe, 2016).

Besonders gefährdete Personengruppen seien Regimekritiker*innen, Oppositionelle, Menschenrechtsaktivist*innen, Journalist*innen, Frauen, Angehörige sexueller und religiöser Minderheiten, sowie deren Familie und Freund*innen (Schweizerische Flüchtlingshilfe, 2016).

Die Liste der Menschenrechtsverletzungen ist lang: das Verschwindenlassen von Personen (laut lokalen Aktivist*innen werden in Tschetschenien bis zu 20.000 Menschen vermisst), Inhaftierungen, systematische Folterungen in „inoffiziellen Gefängnissen“, außergerichtliche Tötungen, öffentliche Demütigungen, Zwang zur Zusammenarbeit mit den Behörden, und die Verhängung von Kollektivstrafen, wie zum Beispiel die gesetzlich angeordnete Verhaftung ganzer Familien von „Terrorverdächtigen“ (Schweizerische Flüchtlingshilfe, 2016).

Außerdem sei im Zuge der Re-Islamisierung eine Verschlechterung der Frauenrechtslage in Tschetschenien zu beobachten. Dies zeige sich u. a. durch die Einführung einer allgemeinen Kopftuchpflicht für Frauen sowie einer Zunahme sexueller und häuslicher Gewalt gegen Frauen. Junge oder geschiedene sexuell aktive Frauen und deren Liebhaber*innen würden ermordet, es gebe nur unzureichende Schutzmöglichkeiten für Frauen, die Gewalt erfahren haben, und eine Bestrafung der Täter*innen bleibe meist aus (Schweizerische Flüchtlingshilfe, 2016).

Da es kaum noch regierungskritische Medien oder Menschenrechtsorganisationen, keine öffentliche Beschwerdestelle für Opfer von Menschenrechtsverletzungen und keinen Behördenschutz für Betroffene gebe, nehme die Berichterstattung zur Menschenrechtslage in Tschetschenien stetig ab.

In Bezug auf die hohe Ablehnungsquote von Asylansuchenden aus der Russischen Föderation in Deutschland komme auch der Situation der Rückkehrenden eine besondere Bedeutung zu: diese würden nach Berichten verschiedener Men-

schenrechtsorganisationen ab dem Zeitpunkt der Wiedereinreise vom Inlandsgeheimdienst verhört und unter Kontrolle gestellt. Sie seien einem enormen Risiko für Folter, Entführungen und Tötungen ausgesetzt (Schweizerische Flüchtlingshilfe, 2016). Aufgrund der Zusammenarbeit des russischen und tschetschenischen Sicherheitsapparates, der Diskriminierung von Tschetschenen im restlichen Russland und der auch in Russland fraglichen Menschenrechtslage, stelle Russland keine interne Alternative für schutzsuchende Tschetschenen, dar (Schweizerische Flüchtlingshilfe, 2016).

„Es ist sehr, sehr kompliziert, wenn du eine Person bist, die Asyl sucht“ – Gbati aus Togo

„Ich denke, ich bin tot. Sehr kompliziert, im Moment ist es sehr kompliziert für mich. Ich habe viele Probleme. Ich bin verwirrt, ich bin gestresst, ich habe jeden Tag Albträume über meine Vergangenheit, über meine Situation in einem nichteuropäischen Land auf der Flucht. Jeden Tag, manchmal in der Nacht habe ich Albträume, ich kann nicht schlafen. Ich brauche eine Psychotherapie. Für mich ist es sehr, sehr wichtig, weil ich viel Stress habe.“

Gbati kommt aus Togo und lebt seit ungefähr 16 Monaten in einer deutschen Kleinstadt. Gbati kann seine genaue Diagnose nicht benennen, berichtet aber von Niedergeschlagenheit sowie von für eine Posttraumatische Belastungsstörung typischen Symptomen, wie Albträumen, Schlaflosigkeit, hohem Erregungsniveau und hat dringenden Psychotherapiebedarf.

Um psychotherapeutische Unterstützung zu bekommen, beantragt Gbati einen Krankenschein beim zuständigen Sozialamt. Daraufhin wird ihm ein Psychiater zugeteilt. Der einzige Haken: der Psychiater spricht weder Gbatis Muttersprache, noch sind Sprachmittler*innen verfügbar. Wegen der Sprachbarrieren ist der Aufbau einer intakten therapeutischen Beziehung und somit eine wirksame Psychotherapie nicht möglich.

„Aber im letzten Jahr hat er mir einen Psychiater gegeben. Ich habe keinen guten Kontakt mit dem Psychiater. Der Psychiater versteht meine Probleme nicht. Ich denke, der Psychiater ist nicht gut für mich, weil er meine Muttersprache nicht versteht, nur deutsch.“

Daraufhin wendet sich Gbati auf Empfehlung eines Freundes, der bereits eine Psychotherapie gemacht hat, direkt an eine Psychotherapeutin eines psychosozialen Zentrums, die seine Muttersprache spricht. Trotz des vorhandenen Psychotherapieplatzes wird die Finanzierung der Psychotherapie durch das Sozialamt wiederholt abgelehnt.

„Wenn ich einen Psychotherapeuten brauche, ist es sehr kompliziert für mich, dass das Sozialamt mir einen Krankenschein für meine Psychotherapeutin gibt. Sehr kompliziert. Ich mache viel Druck, aber er gibt mir einen Psychiater, der nicht meine Muttersprache spricht, der meine Probleme nicht versteht. Ich sage, ich habe einen Psychiater in einer nahegelegenen Großstadt, der mich versteht. Er gibt mir eine Antwort: Nein. Du darfst nur einen Psychiater hier haben.“

Aufgrund seines hohen Leidensdrucks und zahlreicher Ablehnungserfahrungen zum Trotz gibt Gbati nicht auf. Sechs Monate lang geht er immer wieder zum Sozialamt und bittet um einen für die Psychotherapie notwendigen Krankenschein. Die wohlgemerkt unnötige und lediglich auf bürokratische Hürden zurückzuführende Wartezeit (ein freier Psychotherapieplatz war ja während der gesamten sechs Monate vorhanden!) sowie die wiederholten Ablehnungserfahrungen stellen eine zusätzliche psychische Belastung zu seiner ohnehin vorhandenen Symptomatik dar, so dass Gbati jeglichen Lebensmut verliert.

„Sechs Monate. Jeden Tag bin ich ins Sozialamt. Entschuldigung, gib mir meine jetzige Psychotherapeutin für eine Psychotherapie. Jeden Tag die Antwort ist negativ. Jeden Tag. Das ist sehr kompliziert für mich. Ich habe viel Stress. Ich habe einen Psychiater gebraucht. Ich hatte Kopfweg. Wenn das Sozialamt mir eine negative Antwort gibt, ich bin kaputt. Der Moment ist sehr kompliziert für mich. Ich werde aggressiv, ich bin angespannt. Das war zu schwer. Ich habe keinen Lebensmut.“

Angesichts der eingeschränkten Freiheit bei der Wahl von Psychotherapeut*innen, die entscheidend für den Therapieerfolg sein kann, und dem damit verknüpften bürokratischen Aufwand fühlt sich Gbati als Asylsuchender stark diskriminiert.

„Deutsche haben viele Möglichkeiten, einen Psychiater zu finden. Aber ich, wenn ich eine Person sehen möchte, die ein Psychiater ist – das ist nicht meine Entscheidung. Aber für Deutsche, es ist deren Entscheidung, wenn sie einen und welchen Arzt oder Psychiater sie suchen. Aber für mich ist es sehr kompliziert. Es ist sehr, sehr kompliziert, wenn du eine Person bist, die Asyl sucht. Du darfst dich nicht selbst entscheiden, das ist sehr, sehr kompliziert.“

Durch die Einführung der elektronischen Gesundheitskarte für Asylsuchende¹¹ sollte die administrative Praxis im Zugang zu Gesundheitsleistungen für Asylsuchende vereinfacht werden. Theoretisch könnte auch Gbati von dieser Maßnahme profitieren. Die Realität sieht leider anders aus und so wird Gbati von Tag zu Tag vertriebt.

„Ich weiß es nicht. Ich frage jeden Tag, warum ich keine Karte habe. Der Mann aus dem Sozialamt sagt mir, warte, warte, warte. Das letzte Mal hat er mir gesagt, im Januar kommt die Krankenkarte. Aber ich denke nicht, weil er sagt mir das jeden Monat. Das ist kompliziert. Für mich hat er keine. Er gibt mir keine Krankenkarte.“

11 Einen aktuellen Überblick über den Stand der Gesundheitskarte in den einzelnen Bundesländern gibt es auf der Seite: <http://gesundheit-gefluechtete.info/jahresueckblick-2017/>

Dank der enormen Unterstützung seiner jetzigen Psychotherapeutin wird Gbati nach sechs Monaten Wartezeit endlich eine Psychotherapie durch das Sozialamt bewilligt, von der er stark profitiert. Gbati lernt mit dem Erlebten besser umzugehen und ist wieder in der Lage soziale Kontakte zu knüpfen, die ebenfalls zu einer Stabilisierung seiner psychischen Verfassung beitragen.

„Wir sprechen sehr viel. Sie gibt mir eine Lektion für meine Situation. Wenn ich viel Stress habe, möchte ich Musik hören oder denke ich nicht viel, ich denke nur an daheim. Es gefällt mir gut, zu sprechen. Manchmal bin ich verwirrt, ich habe viel Stress mit Albträumen. Jetzt ist die Situation sehr gut für mich. Ich suche eine Lösung. Ich mache viel Bewegung, ich höre Musik oder ich gehe spazieren, ich habe Kontakt mit Leuten. Das ist die Lösung, die ich jetzt habe. Jetzt habe ich Freunde. Vorher hatte ich keine Freunde, weil ich sehr gestresst war. Ich wollte keinen Kontakt haben, weil ich sehr aggressiv war. Ich wollte vorher nicht über meine Probleme sprechen, weil ich alleine bleiben wollte. Wenn ich Kontakt hatte, war ich zu aggressiv, zu angespannt. Das war nicht einfach. Meine Art ist sehr kompliziert. Jetzt bin ich ein bisschen entspannter.“

Leider ist dieser Teilerfolg nur von kurzer Dauer. Trotz Gbatis weiterhin bestehenden Psychotherapiebedarfs wird ihm die Ausgabe eines für die Weiterfinanzierung der Psychotherapie notwendigen Krankenscheins verwehrt. Nur durch die substituierenden Leistungen eines Psychosozialen Zentrums kann Gbati die nach wie vor benötigte Psychotherapie fortführen:

„Jetzt bin ich nicht gesund. Für mich, ich möchte viel, viel Therapie haben. Das Problem ist, dass das Sozialamt mir keinen Krankenschein gibt. Es sagt die Therapie ist zu Ende, weil es nicht bezahlt. Ich habe Glück, weil meine Psychotherapeutin mir sagt, dass sie mir weiter die Therapie geben kann.“

Neben dem erschwerten Zugang zu Gesundheitsleistungen im Allgemeinen und zur Psychotherapie im Besonderen ist auch die weitere Lebensrealität Gbatis in Deutschland geprägt von eingeschränkter Wahlfreiheit und Ablehnungserfahrungen.

Die Situation ist zum Verzweifeln, die Zukunftsperspektive aussichtslos: Er wohnt unfreiwillig in einem Wohncontainer mit Menschen verschiedenster Kulturen ohne jegliche Privatsphäre und Rückzugsmöglichkeiten, darf weder an einem Deutschkurs teilnehmen, noch zur Schule gehen oder eine Ausbildung machen.

„Ich darf gar nicht daran denken. Sehr kompliziert. Man möchte nicht an meiner Stelle sein. Verstehst du? Sehr kompliziert. Man hat den Eindruck im Gefängnis zu sein. Man hat Depressionen, alles funktioniert nicht. Man möchte raus aus dieser Situation. Man wird nicht behandelt, wie man müsste. Ich wohne in einem Container. Sehr kalt.

Sechs Personen in einem Zimmer. Sehr kompliziert für mich. Ich möchte manchmal alleine sein. Das ist sehr kompliziert. Die Personen haben andere Kulturen. Das ist sehr kompliziert, mit fünf Personen zu wohnen. Die Situation ist sehr kompliziert. Ich möchte eine Ausbildung machen, keine Lösung. Ich möchte einen B1-Deutschkurs machen, keine Lösung. Das ist sehr kompliziert. Ich weiß nicht, warum ich da bin. Ich habe keine gute Situation. Ich möchte für die Zukunft ein gutes Programm, aber ich habe kein Programm. Ich gehe nicht in die Schule.“

Durch diese diskriminierenden strukturellen Rahmenbedingungen ist Gbati größtenteils von der Gesellschaft ausgeschlossen, perspektivlos und völlig sozial isoliert, was wiederum negative Auswirkungen auf seine psychische Verfassung hat. Vor Beginn der Psychotherapie war Gbati deshalb überhaupt nicht in der Lage, die für eine Verbesserung seiner psychischen Verfassung so dringend benötigten sozialen Kontakte in Deutschland zu knüpfen, zumal er kaum Kontakt mit Menschen aus seinem Herkunftsland hat.

„Ich spreche nicht so viel mit diesen Personen aus meinem Herkunftsland, weil ich viele Probleme in meinem Herkunftsland habe. Vor der Psychotherapie dachte ich nicht, dass ich einen Freund oder eine Freundin suche. Ich denke nicht. Für mich hat es gar nicht in meinen Kopf gepasst. Jetzt habe ich viele Lösungen für meine Situation, ich denke, es ist besser für mich, wenn ich einen Freund oder eine Freundin habe, weil ich viel sprechen kann. Schließlich bin ich sehr alleine. Ich denke, sobald ich alleine bin, habe ich viel Stress. Ich denke viel, in meinem Kopf sind viele Probleme, warum, warum, warum. Viel Stress. Aber wenn ich eine Person habe, mit der ich viel spreche, denke ich nicht an meine Probleme.“

Dank der Leistungen des PSZ kann Gbati nun wieder Freunde treffen, vertrauen und seine schlimme Vergangenheit zumindest zeitweise vergessen.

„Ich bin sehr entspannt, mir geht es gut. Wenn ich denke, dass die Person gut ist, bin ich entspannt, gebe ich der Person viel Vertrauen. Für mich, ich möchte jeden Tag die Person sehen. Viel kochen, viel lachen, viel spielen, das ist sehr gut für mich. Weil in dem Moment, ich denke nicht und habe keinen Stress.“

Wann und ob er allerdings aus der Containerunterkunft ausziehen, an einem Deutschkurs teilnehmen oder gar eine Ausbildung machen darf, weiß Gbati nach wie vor nicht.

Wie viele Geflüchtete sind traumatisiert? Verbreitung von Traumafolgestörungen

Um Aussagen darüber zu treffen, wie viele Menschen von einer Krankheit betroffen sind, werden Prävalenzstudien durchgeführt. In den Studien zu Prävalenzen und damit zur Epidemiologie, d.h. zur Verbreitung von Krankheiten bei geflüchteten Personen, steht außerdem im Mittelpunkt, ob und wenn ja für wen das Risiko zu erkranken eher ab- oder eher zunimmt und welche Faktoren es beeinflussen. International werden viele Studien meist mit kleineren Stichproben durchgeführt, die Prävalenzen angeben. Aus neueren Studien, die Prävalenzen bei geflüchteten Menschen untersuchen, die nach Jordanien oder in die Türkei geflohen sind, gehen so z. B. Prävalenzraten von 33,5 % für PTSD (Alpak u. a., 2015) und Prävalenzraten von 33 % für Depression (Gammouh, Al-Smadi, Tawalbeh, & Khoury, 2015) hervor.

Um repräsentative Daten und damit verlässlichere Aussagen über eine große Anzahl von Geflüchteten treffen zu können, werden zum Überblick Metaanalysen oder auch Reviews erstellt, die die Ergebnisse der kleineren Studien systematisch zusammenfassen. Darunter ist die bisher umfangreichste Metaanalyse, die

insgesamt 161 Forschungsartikel im Zeitraum von 1980 bis 2009 zu Prävalenzraten von Posttraumatischer Belastungsstörung und Depression unter Menschen mit Folter-, Trauma- und Fluchterfahrung untersucht und damit mehr als 81.000 Personen aus 40 verschiedenen Ländern einschließt (Steel u. a., 2009). Es konnten Prävalenzraten von 30,6 % für Posttraumatische Belastungsstörung und 30,8 % für depressive Erkrankungen herausgestellt werden (Steel u. a., 2009). Ein aktuelles Review schließt 15 Studien und damit insgesamt 6.769 Geflüchtete ein, die maximal 5 Jahre im Aufnahmeland lebten. Die Prävalenzraten variierten zwischen 5 und 71 % (MW 32 %) für PTSD und für Depression zwischen 11 und 54 % (MW 35 %) (Lindert, von Ehrenstein, Wehrwein, Brahler, & Schäfer, 2017).

Internationale Studien weisen darauf hin, dass die Rate der PTSD bei Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung um etwa das Zehnfache erhöht sein kann (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005) – bei der Allgemeinbevölkerung liegt der Anteil an Menschen, die an einer PTSD leiden, bei bis zu 2,3 % (Jacobi u. a., 2014).

Zahlen zu Geflüchteten mit Traumafolgestörungen in Deutschland

Es sind nach wie vor nur wenige Zahlen zu Prävalenzen von Traumafolgestörungen bei der zur Zeit in Deutschland lebenden Gruppe von Menschen mit Fluchterfahrung vorhanden (Razum, Saß, & Bozorgmehr, 2016). Bei den Studien in Deutschland werden aber ähnlich hohe Prävalenzraten im Vergleich zu den Ergebnissen der internationalen Reviews gefunden.

Eine häufig zitierte Studie ist die von Gäbel et al. (2005), die Punktprevalenzen für PTSD von 40 % findet und die Zahlen von 32,2 % für PTSD aus einer Studie in einer bayrischen Aufnahmeeinrichtung (Niklewski, Richter, & Leheld, 2012). Ein Review, das die Studienlage in Deutschland aus den letzten 25 Jahren

dazu analysiert, zeigt Prävalenzraten für PTSD, die zwischen 16 und 55 % liegen (Bozorgmehr u. a., 2016).

Oftmals sind Stichproben der Studien (national aber auch international) sehr klein oder nicht zufällig ausgewählt worden. Hinzu kommt, dass die Gruppe der Geflüchteten in Deutschland eine sehr heterogene Gruppe ist, alleine hinsichtlich der Erfahrungen in den Herkunftsländern (Lindert u. a., 2017). Und auch hinsichtlich der eingesetzten Messinstrumente und Methoden gibt es große Unterschiede, durch die die Abweichungen der Zahlen erklärt werden können. Eine Generalisierung der Daten erschwert das deutlich.



Etwa **40 % der Kinder** sind durch die Erlebnisse vor, während und nach der Flucht in zwischenmenschlichen Interaktionen deutlich eingeschränkt

Verbreitung von Traumafolgestörungen bei Kindern und Jugendlichen

Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrungen haben meist schon sehr früh Gewalt erlebt, was Folgen für ihre psychische Gesundheit und Entwicklung haben kann. Besonders unbegleitete minderjährige Geflüchtete (umF) erleben im Vergleich zu begleiteten Minderjährigen häufiger traumatische Erlebnisse und sind dadurch stärker belastet (Bean, Derluyn, Eurelings-Bontekoe, Broekaert, & Spinhoven, 2007; Michelson & Sclare, 2009; Pinto Wiese & Burhorst, 2007). Relevante Schutzfaktoren vor psychischen Erkrankungen, wie ein unterstützendes familiäres Umfeld, fehlen bei der Gruppe der umF (Derluyn & Broekaert, 2007).

Das häufigere Erleben von traumatisierenden Situationen wird durch eine Studie aus den Niederlanden deutlich, die zeigt, dass etwa 23 % der begleiteten Kinder körperlich misshandelt und etwa 8 % sexuell misbraucht werden, wohingegen 63 % der unbegleiteten Minderjährigen körperlich und 20 % sexuell misshandelt wurden (bei Jungen: 12 %, bei Mädchen: 39 %) (Bean u. a., 2007).

Doch nicht alle Kinder und Jugendliche, die traumatischen Situationen ausgesetzt waren, entwickeln auch eine Traumafolgestörung. Auch bei Kindern und Jugendlichen werden Prävalenzstudien durchgeführt, um Aussagen darüber treffen zu können, wie die Häufigkeit psychischer Störungen bei minderjährigen

Geflüchteten ist. Studien konnten zeigen, dass Prävalenzen für PTSD bei begleiteten und unbegleiteten Minderjährigen zwischen 14 % bis 60 % (Metzner, Reher, Kindler, & Pawils, 2016; Spallek u. a., 2016) und für Depressionen zwischen 6 % bis etwa 36 % (Metzner u. a., 2016) liegen. Die Prävalenzen bei Kindern und Jugendlichen mit Fluchterfahrungen sind im Vergleich zu Gleichaltrigen der Allgemeinbevölkerung deutlich erhöht. Kinder und Jugendliche in Deutschland haben nach repräsentativen Untersuchungen eine Prävalenz von 1,3 % für PTSD (Perkonig u. a., 2000) und eine Prävalenz von etwa 5 % für Depressionen (Ravens-Sieberer, Wille, Bettge, & Erhart, 2007).

Laut einer systematischen Übersichtsarbeit, die 5 Studien zur PTSD bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen analysierte, wurden Prävalenzen zwischen 19 und 54 % gefunden (Bronstein & Montgomery, 2011). In einer Reihe von Studien konnte bei unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten ein höheres Erkrankungsrisiko für PTSD gefunden werden als bei begleiteten minderjährigen Geflüchteten (Huemer u. a., 2009).

Etwa 40 % der Kinder sind durch die Erlebnisse vor, während und nach der Flucht u. a. in der Schule aber auch in zwischenmenschlichen Interaktionen deutlich eingeschränkt (Gavranidou u. a., 2008).

„Eines Tages fühlte ich mich so verlassen, dass ich alle Pillen auf einmal nahm. Ich wollte mich entspannen, mich frei fühlen und dem Ganzen ein Ende machen“ – Alisha aus Afghanistan

„Mein Name ist Alisha, achtzehn Jahre alt, und ich komme aus Afghanistan. Ich sollte jemanden heiraten, den ich nicht liebte und ich entschied mich hierher zu kommen, mit dem, den ich liebe.“

Bereits als junges Mädchen leidet Alisha unter den eingeschränkten Rechten für Frauen in Afghanistan. Weder hat sie Zugang zu Schulbildung noch kann sie ein altersangemessenes Sozialleben führen. Ihr Alltag findet zu Hause statt. Im Gegensatz dazu genießen ihre Brüder und ihr Vater die „Vorzüge“ einer patriarchalen Gesellschaft, d.h. ein selbstbestimmtes Leben zu führen und das Leben der Frauen mitzubestimmen.

„Ich bin weder zur Schule gegangen, noch habe ich gearbeitet. Es war nicht einfach, raus zu kommen und daher schwierig Freunde zu finden. Weil dort niemand ausgeht. Mädchen können nicht ausgehen. Sogar die Mütter können nicht ausgehen. Nur die Söhne und der Vater konnten ausgehen. Wir waren immer zuhause.“

Alisha musste miterleben, wie im Krieg Angehörige ermordet wurden und lebte seitdem in permanenter Angst vor Entführungen:

„Damals wurden Angehörige meiner Familie getötet. Es ist für jeden gefährlich. Es gibt Banden, die kommen und nehmen die Mädchen aus den Häusern mit und du wirst sie nie wiedersehen. Oder auf der Straße, da nehmen sie Kinder oder junge Männer mit. Sie verschwinden und man hört nie wieder etwas von ihnen. Ich fühlte mich nie sicher und beschützt, da ich jeden Augenblick dachte, jemand könnte kommen und mich mitnehmen. Wir hatten ständig diese Angst, es könnte etwas passieren.“

Eine durch ihren Vater arrangierte Ehe bringt schließlich das Fass für Alisha zum Überlaufen: Sie solle einen alten Mann heiraten, fast fünfzig Jahre alt, der mit den Taliban kooperiert – und das, obwohl sie einen anderen Mann liebt. Gemeinsam mit ihrem damaligen Freund und jetzigen Ehemann sowie mit Hilfe ihrer Mutter, entscheidet sich das junge Paar zu fliehen. Damals war Alisha fünfzehn Jahre alt, ihr Freund achtzehn.

„Als dieser Mann zu meinem Vater kam, um um meine Hand anzuhalten, willigte mein Vater ein. Er war sehr alt, fast fünfzig. Und er war reich. Er kooperierte mit diesen Leuten, den Taliban. Mit dem Mann, in den ich verliebt war, war ich befreundet, wir kannten uns und sahen uns oft. Als mein Vater

mich daher wegen dem alten Mann fragte, sagte ich nein. Aber er sagte, es sei nicht wichtig, was ich denke. Eines Morgens bin ich mit meiner Mutter früher aufgestanden als alle anderen. Wir gingen nach draußen und trafen dort meinen (jetzigen) Ehemann. Wir nahmen den Bus zur Stadt und dort nahmen wir ein Taxi und dann ging alles los...“

Es folgt eine lange Flucht-Odyssee auf dem Land- und Seeweg: Das junge Paar hat kaum zu essen, keine Privatsphäre (manchmal müssen sie sich Verstecke mit 200 Menschen teilen) und kann aus Angst entdeckt zu werden, ihre Unterschlüpfe kaum verlassen. Sichtlich mitgenommen schildert Alisha die traumatisierende Bootsüberfahrt von der Türkei nach Griechenland und die Ankunft in Griechenland, die mit einer Inhaftierung unter menschenunwürdigen Bedingungen endet.

„Ich weiß es nicht genau, aber wir kamen durch den Iran, die Türkei, Istanbul, Griechenland, Österreich. Von Istanbul aus ging es in den Dschungel. Und dann nahmen wir ein Schlauchboot nach Griechenland. Ein Schlauchboot für dreißig Personen. Mitten auf dem Meer ging der Motor kaputt. Das Meer war sehr unruhig und das Boot schnell voller Wasser. Ein Junge hat versucht, den Motor zu reparieren und letzten Endes hat es geklappt. Am Strand hielt dann ein Mann das Boot fest, damit die Frauen aussteigen konnten. Ich war die letzte und es war stockdunkel. Ich stieg aus und eine Welle packte mich und niemand sah mich. Nur ein Mann, der neben dem Boot stand, drehte sich um, sah mich und sprang ins Wasser und rettete mich. Und dann suchten wir den Platz und sie fanden uns und brachten uns ins Gefängnis für elf Tage – die Männer von den Frauen getrennt. Das Gefängnis war sehr dreckig...“

Unter welchen Umständen Alisha und ihr jetziger Ehemann Griechenland verlassen und nach Deutschland fliehen konnten, schildert Alisha nicht.

„Wir wussten nicht, wohin. Wir dachten, wir müssen weiter. Mein Mann kaufte mit der Hilfe einer anderen Person Zugtickets und wir kamen hierher. Wir gingen hier zur Polizei und sagten, dass wir aus Griechenland kommen. Am Montag brachten sie mich irgendwohin, um mich zu verhören. Sie fragten uns nur, wo wir herkommen und wie wir hierher gekommen sind.“

Alisha ist sichtlich gezeichnet von den Strapazen der Flucht: Niedergeschlagenheit, ein Gefühl der Hilflosigkeit, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit. Niemand

versteht ihre Sprache, keinerlei Dolmetschende oder psychosoziales Fachpersonal werden hinzugezogen, so dass Alisha komplett alleine ihren psychischen Leiden ausgesetzt ist.

„Ich weinte zwei Tage. Aber sie verstanden meine Sprache nicht. Es war ein sehr kleiner Raum, in dem ich untergebracht war. Du öffnest die Tür und da ist nur Platz für mich, für mein Bett gewesen. Ich dachte, ich käme nie mehr raus aus diesem Zimmer. Ich hatte das noch nie erlebt. Ich wusste nicht, wann Tag und wann Nacht war...“

Darauf werden Alisha und ihr Ehemann in andere Unterkünfte verlegt – zunächst getrennt voneinander, später dann gemeinsam. Alisha berichtet, wie schon minimale Verbesserungen der Unterbringung – das Vorhandensein eines Fensters und die Anwesenheit weiterer Personen – vorübergehend zur Verbesserung ihrer psychischen Verfassung beigetragen hat.

„Ich konnte dort schlafen und war sehr erleichtert. Ich konnte durch mein Fenster einen Baum sehen. Ich fühlte mich sehr viel besser. Und es war jemand da als ich schlief. Am nächsten Morgen weckte mich ein Mädchen zum Frühstück. Sie war sehr nett.“

Ein Bescheid über das Asylverfahren bleibt jedoch aus, wodurch jeder Tag ungewiss ist. Steht eine Abschiebung an? Durch diese Ungewissheit und Perspektivlosigkeit, die Strapazen einer langen Flucht, den Wunsch, endlich frei zu sein, und unbeantwortete Hilferufe, spitzt sich die Situation für Alisha immer weiter zu. Letztlich sieht Alisha keinen anderen Ausweg als einen Suizidversuch.

„Ich sagte, dass ich es nicht mehr aushalte. Mir ging es sehr schlecht und ich ging jeden Tag nach unten zu den Ärzten und holte mir meine Medikamente ab. Dreimal fragten sie mich, was los sei und ich sagte, dass ich nicht weiß, was mit mir geschehen wird, das ist es. Ich wusste nicht, wie lange ich noch bleiben muss. Das war schwer zu ertragen und mir ging es immer schlechter. Dann eines Tages fühlte ich mich

so verlassen, dass ich alle Pillen auf einmal nahm. Ich wollte mich entspannen, mich frei fühlen und dem Ganzen ein Ende machen... Sie haben mich ins Krankenhaus gebracht. Zwei oder drei Stunden später brachten sie mich wieder zurück.“

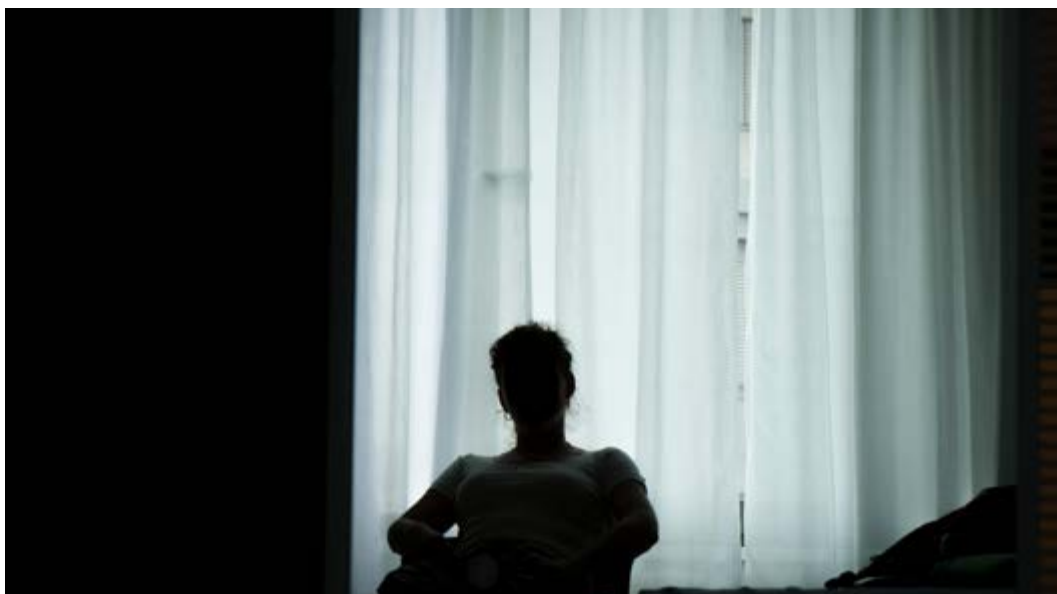
Unmittelbar nach der Grundversorgung im Krankenhaus wird Alisha wieder zurückgebracht. Nur durch den Einsatz eines Psychologen eines PSZ wird Alisha zurück ins Krankenhaus verlegt. Ihr Wunsch, von ihrem Mann begleitet zu werden, wird nicht berücksichtigt.

„Ich sagte nein, ich gehe nicht ohne meinen Mann und sie versprachen mir, sich auch um ihn zu kümmern. Sie brachten mich ins Krankenhaus und am nächsten Tag am Abend schnitt sich mein Mann die Venen durch. Am nächsten Tag brachten sie ihn zu mir ins Krankenhaus.“

Nach einem einwöchigen Krankenhausaufenthalt und durch die Unterstützung des Psychologen werden Alisha und ihr Ehemann gemeinsam in einer Flüchtlingsunterkunft untergebracht und können seitdem psychotherapeutische Betreuung in einem PSZ in Anspruch nehmen.

„Eine Woche waren wir im Krankenhaus und dann waren wir frei. Nach dieser Woche fühlte ich mich viel besser und ich spürte die Freiheit. Sie brachten uns ins Heim und die Leute vom Krankenhaus sagten, dass wir dort unter psychologischer Betreuung bleiben müssten. Es war nicht mehr viel von uns übrig. Dann wurden wir ins Psychosoziale Zentrum gebracht, da gibt es gute Psychologen. Sie gaben uns im Flüchtlingsheim ein Zimmer. Dann waren wir drei Monate im Heim. Dann hatten wir das Interview. Wir bekamen einen Brief vom Bundesamt, dass man uns nicht zurückschicken würde. Man würde unseren Fall hier prüfen. Wir waren glücklich.“

Alisha und ihr Ehemann haben eine Aufenthaltsge-stattung für sechs Monate bekommen. Was danach mit ihnen geschehen wird, ist ungewiss.



Ihr Vater arrangierte eine Ehe mit einem 25 Jahre älteren Mann – Alisha entschied sich mit 15 Jahren aus Afghanistan zu fliehen. (Symbolbild, © mallomoi | photocase.de)

Länderinformation Afghanistan

Sicherheits- und Menschenrechtslage

Das Auswärtige Amt warnt dringlichst vor Reisen nach Afghanistan: Die Sicherheitslage vor Ort sei „unübersichtlich und nicht vorhersehbar“ (Auswärtiges Amt, 2018). Das Land sei seit Jahrzehnten gekennzeichnet von politischer und wirtschaftlicher Instabilität, Modernisierungs- und multiethnischen Konflikten. Die afghanische Bevölkerung sei den innerstaatlichen Machtkämpfen auf der einen Seite und dem Eingreifen ausländischer Militärtruppen, wie der ISAF (Internationale Schutztruppe für Afghanistan), auf der anderen ausgesetzt. Wie gefährlich es in Afghanistan sei, spiegele sich auch in der hohen Zahl der zivilen Opfer, die durch tägliche Selbstmordattentate und bewaffnete Konflikte ihr Leben oder ihre Lebensgrundlage verlieren (Amnesty International, 2017a).

Die Eroberung von Kunduz und die durch die Taliban kontrollierten Gebiete lösten in der Bevölkerung Ängste und Unsicherheit aus; die Perspektivlosigkeit nehme zu und führe (unter anderem) zur Flucht (Ehrhart, 2016).

Aktuelle Informationen zur Sicherheitslage in Afghanistan

Dossier „Unsicheres Afghanistan“ bei Pro Asyl: <https://www.proasyl.de/thema/unsicheres-afghanistan/>

Zusammenstellung der Erkenntnisquellen zur Sicherheits- und Gefährdungslage in Afghanistan des Flüchtlingsrats Niedersachsen: <https://www.nds-fluerat.org/21600/aktuelles/zusammenstellung-erkenntnisquellen-zur-sicherheits-und-gefaehrungslage-in-afghanistan/>

Fluchtzahlen

Insgesamt waren 2016 weltweit rund 2,6 Millionen Afghan*innen auf der Flucht. Die Mehrzahl der afghanischen Geflüchteten (ca. 95 %) sind Binnenflüchtlinge oder fliehen in die angrenzenden Länder, vor allem nach Pakistan und in den Iran (UNHCR, 2017). Die Hälfte aller afghanischen Flüchtlinge ist minderjährig (UNHCR, 2017).

In Deutschland wurden 2016 127.012 Asylanträge von Afghan*innen gestellt, somit war in diesem Jahr Afghanistan das zweithäufigste Herkunftsland der in Deutschland Asylsuchenden (Bundesamt für

Migration und Flüchtlinge, 2017). Seit 2015 steigt die Zahl der Ablehnungen von Asylsuchenden aus Afghanistan von 22 Prozent für 2015 und 36 Prozent für 2016. Daraus ergibt sich eine Schutzquote von 55,8 Prozent (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2017).

Trotz der prekären Sicherheits- und Menschenrechtslage werden aktuell Geflüchtete nach Afghanistan abgeschoben auf der rechtlichen Grundlage des Rückübernahmeabkommens zwischen Afghanistan und der EU von 2017. Das Auswärtige Amt hält die Abschiebung dann für legitim, wenn es sich um Straftäter*innen, potentielle Terrorist*innen oder Asylsuchende, die die Mitarbeit im Verfahren verweigern, handelt. Dass Afghanistan ein Land im „aktiven Konflikt“ ist, wird mittlerweile auch durch die UN anerkannt. Abschiebungen nach Afghanistan bedeuten daher für Betroffene eine akute Lebensgefahr.

Versorgungslage

Durch die Konfliktlage bestehe ein hoher Bedarf an medizinischer Versorgung und psychosozialer Begleitung (Human Rights Watch, 2017). Das decke sich jedoch nicht mit dem Angebot – psychische Krankheiten würden nicht nur stigmatisiert, es gebe auch kaum Kapazitäten zur Behandlung dieser. Staatliche Krankenkassen existieren nicht, private Anbieter seien überschaubar und überteuert – somit für die Bevölkerung nicht zugänglich. Auch Medikamente seien häufig nicht verfügbar, es mangle an medizinischem Hilfspersonal und an Geräten (Schweizerische Flüchtlingshilfe, 2017). Zudem würden Krankenhäuser zunehmend zu Schauplätzen von Anschlägen. Das habe zur Folge, dass seit Jahresbeginn weit mehr als hundert Kliniken geschlossen werden mussten (Ärzteblatt, 2017). Es mangle an gut ausgebildeten Psycholog*innen, Sozialarbeiter*innen und Psychiater*innen, aber auch an unzureichender Aufklärung über psychische Krankheiten und adäquater Infrastruktur (Schweizerische Flüchtlingshilfe, 2017). Zudem bliebe es schwierig, sich einer Hilfsorganisation in Afghanistan anzuschließen, da diese zunehmend das Ziel bewaffneter Konflikte würden. Eine spezielle Einheit der afghanischen Polizei habe beispielsweise 2016 ein Krankenhaus überfallen, welches von dem schwedischen Komitee für Afghanistan geleitet wurde. Zwei jugendliche Helfer*innen wurden getötet. Das mache Afghanistan zu einem der gefährlichsten Länder für humanitäre Hilfsarbeiter*innen (Human Rights Watch, 2016).

Suizidalität bei Geflüchteten

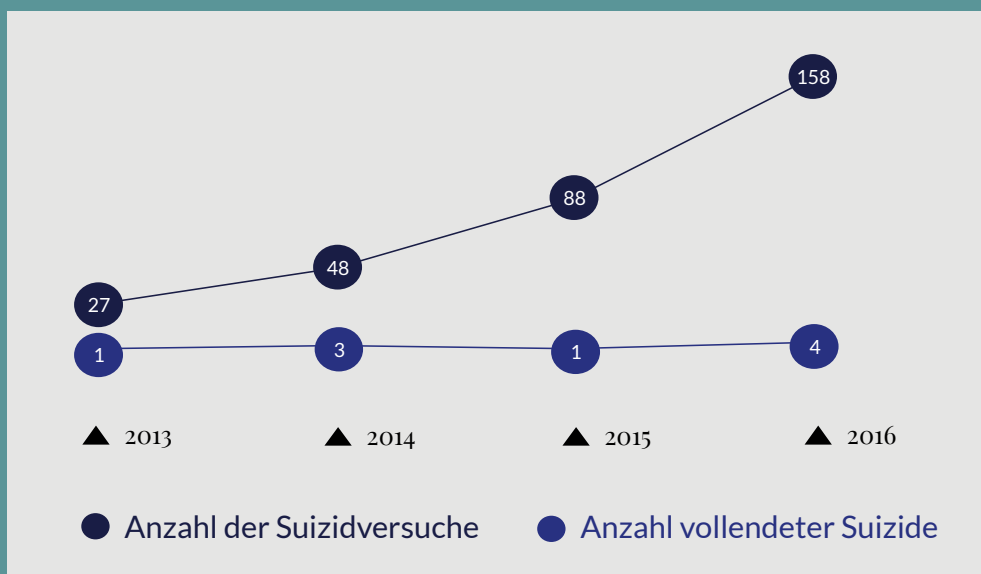
Suizide oder Suizidversuche bei Geflüchteten in Deutschland werden nur sehr lückenhaft erfasst. Wissenschaftliche Studien beschränken sich meist auf Prävalenzzahlen zu Traumafolgestörungen und führen dabei Suizid nur als Risiko mit auf (Niklewski u. a., 2012). Vollständige (kriminalstatistische) bundesweite Erfassungen von Suiziden bei Geflüchteten finden nicht statt. Es sind fünf Bundesländer (Bayern, Niedersachsen, Hamburg, Sachsen und Sachsen-Anhalt), aus denen Zahlen zu Suiziden und Selbstmordversuchen bekannt sind.

Der WDR berichtete im März 2017 von mindestens 433 Suizidversuchen von Geflüchteten in Deutschland und 19 vollzogenen Suiziden in den Jahren 2014 bis 2016 (Wullfert, 2017). Da viele Bundesländer in diese Statistik nicht mit eingingen, sind diese Zahlen eine deutliche Unterschätzung der tatsächlichen Zahlen. Allein in Bayern wurden im Jahr 2016 158 Suizidversuche und davon 4 Selbstmorde verzeichnet (Kamm, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 2017), ein Viertel dieser Personen kam aus Afghanistan. Die tatsächliche Anzahl der Suizidversuche dürfte daher weitaus höher liegen.

Aus den Antworten der Landesregierungen auf kleine Anfragen (Faulhaber, DIE LINKE, 2016; Kamm, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 2017; Schneider DIE LINKE, 2018) zu Zahlen der Suizidversuche bei Geflüchteten wird jedoch ein klarer ansteigender Trend deutlich, wie die Zahlen aus Bayern zeigen: Innerhalb von drei Jahren ist mehr als eine Verdreifachung der Vorfälle in Bayern zu sehen.

Immer mehr Geflüchtete sehen keinen anderen Ausweg mehr, darunter auch immer viele Geflüchtete aus Afghanistan. Die Perspektivlosigkeit, Hoffnungslosigkeit und Frustration steigt an, Geflüchtete müssen beobachten, wie Abschiebungen in ihrer Unterkunft vollzogen werden oder verzweifeln, da sie keine Möglichkeiten bekommen, die Familie nachzuholen und in Sicherheit zu bringen.

Die Antirassistische Initiative veröffentlicht Zahlen zu Gewalt gegen Geflüchtete, darunter auch zu Suiziden und Suizidversuchen. In der Dokumentation wird jeder einzelne Fall aufgelistet und online sind sie auf einer Deutschlandkarte verzeichnet: <https://www.ari-dok.org/webdokumentation/>



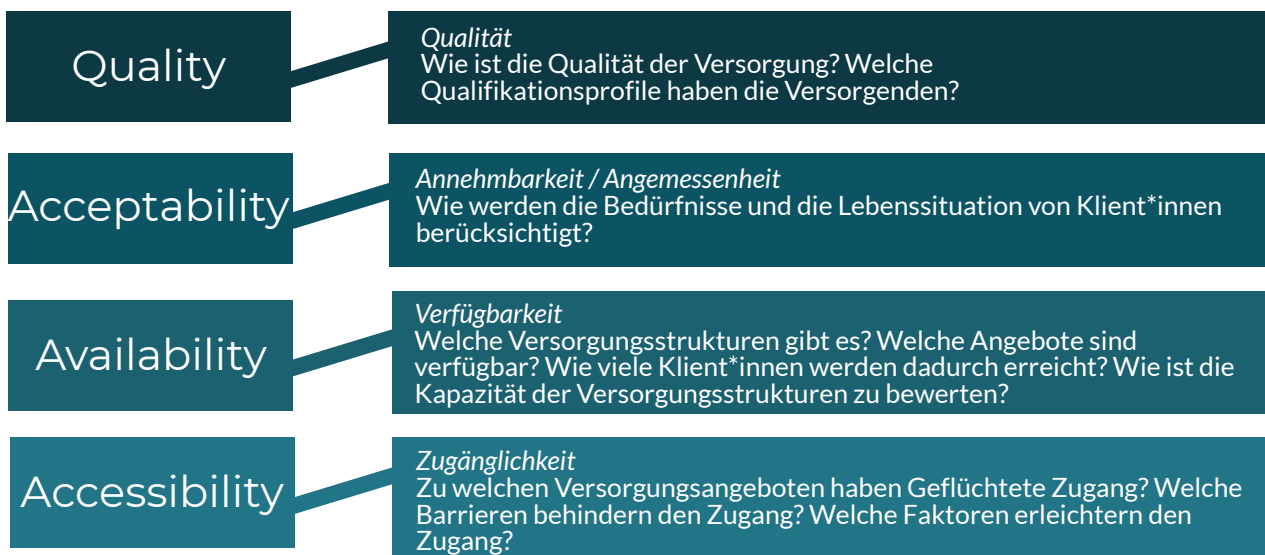
Anzahl der Suizidversuche und Suizide in Bayern im Jahresvergleich,
Quelle: (Kamm, BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN, 2017)

Zur Versorgungssituation von Geflüchteten und Folterüberlebenden in Deutschland

Zur Versorgungssituation von Geflüchteten und Folterüberlebenden in Deutschland

Die Geschichten von Francis, Hussein, Sajdat, Gbati und Alisha zeugen von den Stress- und Belastungssituationen vor, während aber vor allem auch nach der Flucht. Es werden Symptome von Posttraumatischen Belastungsstörungen beschrieben, wie das Wiedererleben in Form von Flashbacks oder Alpträumen. Es wird über Suizidgedanken und -versuche gesprochen sowie über psychosoziale Stressoren, wie die ständige Angst um im Herkunftsland zurückgebliebene Familienangehörige oder auch interkulturelle Herausforderungen, ein Sich-fremd-fühlen oder auch, vom eigenen Umfeld als anders, fremd bzw. nicht zugehörig wahrgenommen zu werden. Die fehlende Selbstbestimmung und mangelnde

de Möglichkeiten zur Alltagsstrukturierung wie auch das Fehlen von sinnstiftenden Tätigkeiten und Anerkennung führen zu andauerndem Stress und Belastungen. Der unsichere Aufenthaltsstatus und die damit verbundenen unsicheren Zukunftsperspektiven, als auch die Angst vor Abschiebung oder auch das Miterleben von Abschiebungen anderer, stellen insbesondere für Menschen, die extreme Übergriffe und Verletzungen erleben mussten, eine zusätzliche starke Belastung dar, verbunden mit einem erhöhten Risiko, psychische Störungen zu entwickeln oder sie zu verstärken.



Wenn akute Belastungssituationen und Symptome vorliegen, die auf eine Traumafolgestörung hindeuten und auch nach mehreren Wochen nicht rückläufig sind, so sollte eine psychotherapeutische Behandlung in Betracht gezogen werden. Die Therapie sollte der geflüchteten Personen erlauben, so weit wie möglich selbst über den Verlauf und Art der Behandlung zu entscheiden, um Erfahrungen der Fremdbestimmung und Ohnmacht nicht zu wiederholen (Brensell & Weber, 2016).

Dabei ist der Weg zur Behandlung bereits kompliziert, bürokratisch und nicht für alle ohne weiteres zu schaffen. Im Folgenden wird beschrieben, wer überhaupt Zugang zur gesundheitlicher Versorgung hat, welches Angebot der Versorgung in Deutschland zur Verfügung steht und inwiefern es auf die Bedürfnisse der Geflüchteten zugeschnitten ist. Es wird dargelegt, welche Versorgungs- und Rehabilitationsleistungen Geflüchteten formal nach Vorgaben internationaler Konventionen und EU-Richtlinien zustehen und inwiefern diese Ansprüche in der aktuellen Versorgungsrealität eingelöst werden.

Im darauffolgenden Teil werden mit den Psychosozialen Zentren die bestehenden Versorgungsstrukturen vorgestellt, die speziell auf die Bedarfe von Geflüchteten mit Traumafolgestörungen eingestellt sind. Die Ergebnisse der Datenerhebung zur Versorgungssituation Geflüchteter in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer zeigen, inwiefern die Angebote für Geflüchtete tatsächlich verfügbar (availability), zugänglich (accessability) und angemessen (acceptability) sind.

2.

Versorgungs- verpflichtungen

2. Versorgungs- verpflichtungen

Das Menschenrecht auf Gesundheit

Das Recht auf Gesundheit bzw. eine Gesundheitsversorgung ist auf internationaler Ebene durch verschiedene Abkommen und Konventionen geschützt. Damit ist kein „absolutes“ Recht auf Gesundheit gemeint, sondern das Recht einer jeden Person auf das für sie erreichbare Höchstmaß an physischer und psychischer Gesundheit – insbesondere auch bezogen auf die Verfügbarkeit öffentlicher Gesundheitseinrichtungen.

Erstmals verankert wurde das Recht auf Gesundheit in der **Konstitution der Weltgesundheitsorganisation (WHO)** im Jahr 1946 – als eines der fundamentalen Rechte des Menschen auf den höchstmöglichen Standard der Gesundheit. Eines der Kernstücke des Rechts auf Gesundheit ist ein nicht diskriminierender Zugang zu Gesundheitsleistungen.

Auch in der **Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte** sowie im **UN-Sozialpakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte** ist das Recht auf Gesundheit verankert. Der UN-Sozialpakt verpflichtet die Paktstaaten, darunter auch Deutschland, das Recht einer jeden Person auf das für sie erreichbare Maß an körperlicher und geistiger Gesundheit anzuerkennen. Dieser Anspruch aus Art. 12 des Sozialpakts erstreckt sich dabei nicht nur auf die physische Gesundheit und die Abwesenheit von Krankheit und Gebrechlichkeit, sondern auch auf die geistige bzw. psychische Gesundheit und die sozialen Faktoren, die ein gesundes Leben ermöglichen.

Menschenrechte haben einen universellen Geltungsanspruch. Dieser leitet sich aus der Würde des Menschen ab und gilt daher für jeden und jede*.



Die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation (WHO)

Gesundheit ist der Zustand des vollständigen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht nur des Freiseins von Krankheit und Gebrechen.

Sich des bestmöglichen Gesundheitszustandes zu erfreuen, ist eines der Grundrechte jedes Menschen, ohne Unterschied der Rasse, der Religion, der politischen Überzeugung, der wirtschaftlichen oder sozialen Stellung.

Die Gesundheit aller Völker ist eine grundlegende Voraussetzung für Frieden und Sicherheit; sie

hängt von der breitesten Zusammenarbeit zwischen Einzelpersonen und Staaten ab. (...)

Die Regierungen sind für den Gesundheitszustand ihrer Völker verantwortlich. Dieser Verpflichtung können sie nur durch geeignete Maßnahmen auf dem Gebiet des Gesundheits- und Sozialwesens gerecht werden.

Am 22. Juli 1946 wurde die Verfassung der Weltgesundheitsorganisation in New York verabschiedet und von 61 Staaten unterzeichnet. Sie trat am 7. April 1948 in Kraft.

Damit sind Menschenrechte vor allem Gleichheitsrechte. Aus der gleichen Würde aller Menschen leitet sich die Gleichheit an Rechten ab. Wenn Gesetze, Verwaltungsanordnungen oder die Praxis von Institutionen systematisch einzelne Gruppen ohne sachlichen Grund ungleich behandeln, dann wird dieses Gleichheitsgebot verletzt und es handelt sich um Diskriminierung. Dieser **Gleichbehandlungsgrundsatz** ist in den Diskriminierungsverboten zahlreicher Menschenrechtskonventionen, insbesondere in Art. 14 der Europäischen Menschenrechtskonvention und Art. 21 der Charta der Grundrechte der Europäischen Union, verankert:

„Diskriminierungen, insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, der Religion oder der Weltanschauung, der politischen oder sonstigen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung, sind verboten“.

Auch der Ausschuss der Vereinten Nationen zur Überwachung des UN-Sozialpakts (CESCR) bekräftigt ausdrücklich, dass die Rechte des Paktes ebenso für „Nicht-Staatsangehörige wie Flüchtlinge, Asylsuchende, Staatenlose, Wanderarbeitskräfte und Opfer von Menschenhandel, unabhängig von rechtlichem Status und Papieren“ gelten.¹²



Abb. 2: Das Recht auf Gesundheit ist auf europäischer und internationaler Ebene verankert.

12 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 2 July 2009, E/C.12/GC/20, verfügbar unter: <http://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html> [abgerufen am 6 January 2018].

Besondere Verpflichtungen für psychisch erkrankte Personen und Opfer schwerer Gewalt

Menschenrechtsverletzungen wie Folter, Verstümmelungen an Frauen und andere Formen schwerer physischer, psychischer oder sexueller Gewalt füh-

ren immer auch zu einer Verletzung des Rechts auf Gesundheit.

Die UN-Antifolterkonvention

Die im Völkerrecht verankerte **UN-Antifolterkonvention** (Convention against Torture, CAT), die 1987 in Kraft getreten ist und von Deutschland 1990 ratifiziert wurde, geht spezifisch auf die besondere Leistungspflicht des Staates gegenüber Opfern von Folter ein. In dem General Comment Nr. 3 wird diese in Art. 11-15 („Rehabilitation“) der

CAT zur Wiedergutmachung bzw. Entschädigung von Opfern von Folter näher erläutert. Demnach sollen die Vertragsstaaten jedem Opfer von Folter medizinische und psychologische ebenso wie rechtliche und soziale Leistungen bereitstellen, um eine so vollständige Rehabilitation wie möglich zu gewährleisten¹³.



UN Committee Against Torture (CAT), General comment no.3, 2012

„In order to fulfil its obligations to provide a victim of torture or ill-treatment with the means for as full rehabilitation as possible, each State party should adopt a long-term, integrated approach and ensure that specialist services for victims of torture or ill-treatment are available, appropriate and readily accessible. These should include: a procedure for the assessment and evaluation of individuals' therapeutic and other needs, based on, inter alia, the Manual on the Effective Investigation and Documentation of Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (The Istanbul Protocol); and may include a wide range of inter-disciplinary measures, such as medical, physical and psychological rehabilitative services; re-integrative and social services; community and family-oriented assistance and services; vocational training; education etc. A

holistic approach to rehabilitation which also takes into consideration the strength and resilience of the victim is of utmost importance. Furthermore, victims may be at risk of re-traumatization and have a valid fear of acts which remind them of the torture or ill-treatment they have endured. Consequently, a high priority should be placed on the need to create a context of confidence and trust in which assistance can be provided. Confidential services should be provided as required.“

UN Committee Against Torture (CAT), General comment no. 3, 2012 : Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment : implementation of article 14 by States parties, 13 December 2012

¹³ Vgl. Abs.11 CAT-C-GC-3 vom 19. November 2012 i.V.m. Art 14 United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CAT).

Die EU-Aufnahmerichtlinie

Auch im europäischen Recht findet sich die Verpflichtung, für die Gesundheit von Schutzsuchenden Sorge zu tragen. Durch die sog. EU-Aufnahmerichtlinie¹⁴ wird bestimmt, welche Mindestanforderungen die Mitgliedstaaten der Europäischen Union bei der Aufnahme von Asylsuchenden einzuhalten haben. Nach Art. 19 Abs. 1 der Richtlinie müssen die Mitgliedstaaten dafür Sorge tragen, dass alle Asylsuchenden die erforderliche medizinische Versorgung erhalten. Darüber hinaus sieht die Richtlinie vor, dass Asylsuchende mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme – wozu auch Asylsuchende mit psychischen Störungen gehören – erforderlichenfalls eine geeignete psychologische Betreuung erhalten (Art. 19 Abs. 2).

Die Aufzählung in Artikel 21 erfolgte beispielhaft, d.h. sie ist nicht „abschließend“ zu verstehen. Personen können auch zu einem nicht hier aufgeführten Personenkreis gehören, der ebenfalls besondere Bedürfnisse hat.

Grundsätzlich müssen Richtlinien in nationales Recht umgesetzt werden. Die Frist zur Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht ist am 20.07.2015 abgelaufen, ohne dass die Umsetzung in deutsches Recht erfolgt ist. Damit gilt die Richtlinie seit Ablauf dieser Frist unmittelbar – das heißt, die Bundesländer müssen sie umsetzen, auch wenn es keine bundeseinheitlichen Vorgaben dazu gibt.

Bundesweit ist in der Praxis bislang nicht ersichtlich, dass die zuständigen Behörden die notwendigen Schritte zur Identifizierung von psychischen Erkrankungen oder Gewalterfahrungen von Geflüchteten auch systematisch vornehmen können. Ein Konzept, wie die Prüfung erfolgen soll, existiert bislang nicht. Auf Ebene der Bundesländer gestaltet sich die Entwicklung von Konzepten für diese Beurteilung uneinheitlich, aber es werden seit vielen Jahren in mehreren Regionen Modelle entwickelt, um die Beurteilung fachgerecht durchzuführen (für eine ausführliche Bewertung einzelner Modelle vgl. Hager & Baron, 2017).

EU-Aufnahmerichtlinie



Artikel 19: Medizinische Versorgung

(1) Die Mitgliedstaaten tragen dafür Sorge, dass Antragsteller die erforderliche medizinische Versorgung erhalten, die zumindest die Notversorgung und die unbedingt erforderliche Behandlung von Krankheiten und schweren psychischen Störungen umfasst.

(2) Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.

Artikel 21: Allgemeiner Grundsatz (der Bestimmungen für schutzbedürftige Personen)

- Minderjährige
- unbegleitete Minderjährige
- Behinderte
- ältere Menschen
- Schwangere
- Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern
- Opfer des Menschenhandels
- Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen
- Personen mit psychischen Störungen
- Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien

14 Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung)

3.

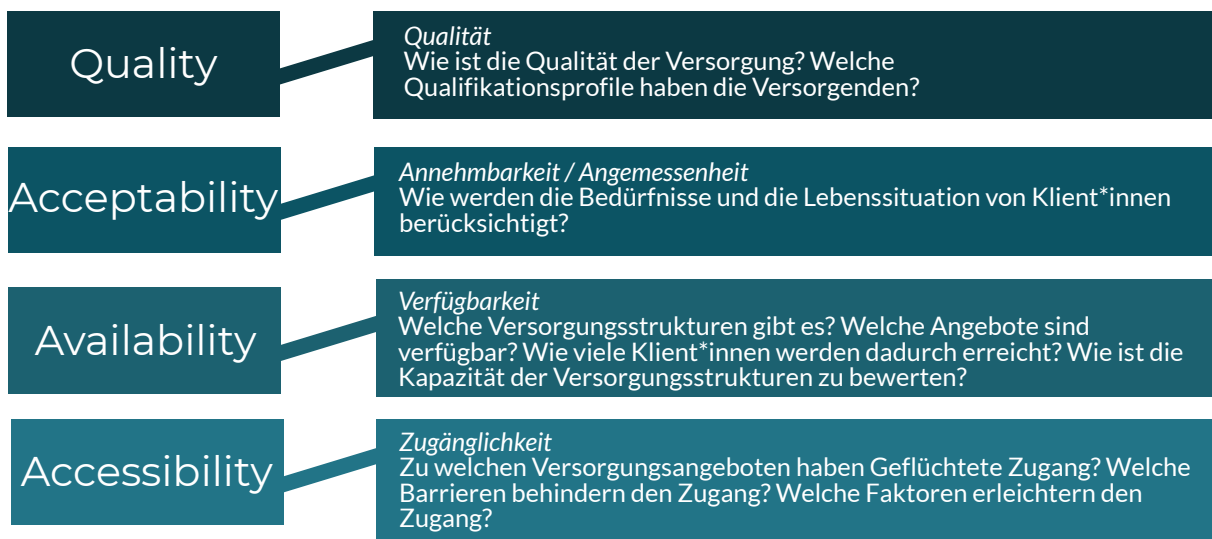
**Versorgungs-
angebote**

3. Versorgungsangebote

Damit das Recht auf Gesundheit, wie es u.a. im UN-Sozialpakt verankert ist, auch von jedem und jeder in Anspruch genommen werden kann, müssen staatliche Gesundheitsleistungen und -einrichtungen vier Kriterien erfüllen: Sie müssen verfügbar, zugänglich, annehmbar und qualitativ ausreichend sein – so der Ausschuss der UN, der für diesen völkerrechtlichen Pakt zuständig ist¹⁵. Entlang dieser Kriterien soll die Versorgungssituation von Geflüchteten in Deutschland analysiert und dargestellt werden.

Als ältestes soziales Krankenversicherungssystem der Welt umfasst das deutsche Gesundheitssystem grundsätzlich einen großzügigen Leistungskatalog und macht ein hohes Niveau an

Gesundheitsleistungen verfügbar. Dies geht aus einer aktuellen Analyse der OECD und des European Observatory on Health Systems and Policies (2017) in Zusammenarbeit mit der Europäischen Kommission hervor. Deutlich wird in dieser Analyse jedoch auch, dass dies nicht für alle Bevölkerungsgruppen gilt: Insbesondere Asylsuchende und Geflüchtete haben nur zu einem begrenzten Leistungsspektrum Zugang. Repräsentative Daten zur gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten liegen bislang nicht vor, die bestehenden Befunde verweisen jedoch darauf, dass v.a. in den Bereichen der psychischen Erkrankungen und der chronischen Erkrankungen Handlungsbedarf besteht (Frank et al., 2017).



Die Aufmerksamkeit für Geflüchtete als Patient*innen-Gruppe war in der Vergangenheit eher gering, Angebote, die auf die komplexe Problemlage und die speziellen Zugangsbarrieren der Betroffenen eingehen, wurden vom herkömmlichen Gesundheitssystem bislang sehr zögerlich entwickelt.

Aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit bedarfsgerechter Angebote für Geflüchtete wurden in den

letzten 40 Jahren von engagierten Einzelpersonen, Bürgerinitiativen, Kirchen und Wohlfahrtsverbänden spezifisch auf diese Zielgruppe zugeschnittene Angebote aufgebaut. Diese Initiativen versuchen seit Jahrzehnten, Versorgungsdefizite mit bedarfsorientierten, niedragschwelligen Behandlungsangeboten aufzufangen – in aller Regel jedoch außerhalb des Gesundheitssystems.

¹⁵ UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4, available at: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> [accessed 10 January 2017]

Im Bereich der spezialisierten psychosozialen Versorgung entstanden mit Beginn der 1980er Jahre über die damalige Bundesrepublik hinweg verschiedene Psychosoziale Zentren und Behandlungseinrichtungen. In zunächst noch sehr kleinen, aber von Beginn an immer interdisziplinär zusammengesetz-

ten Netzwerken begannen sich engagierte Heilberufler*innen aus der Menschenrechtsbewegung – in ihren Anfängen fast immer ehrenamtlich – für die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten einzusetzen.

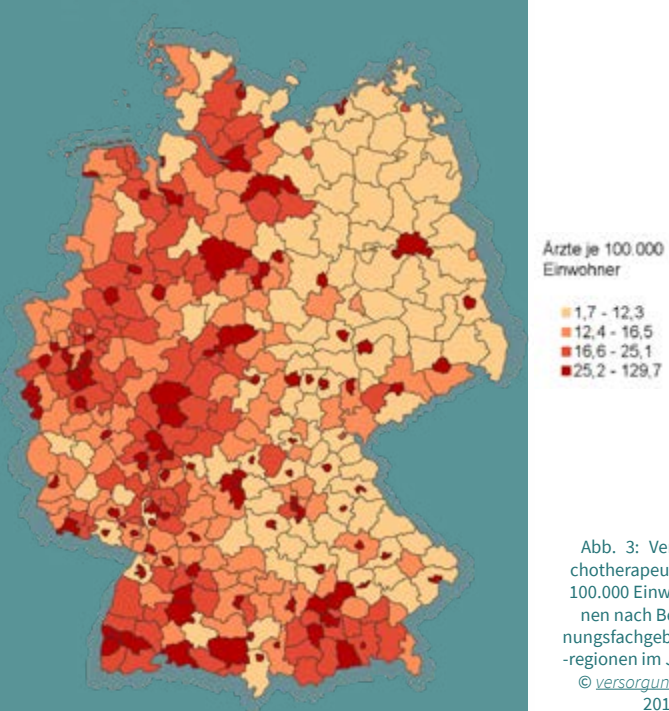
Versorgungsstrukturen für Menschen mit psychischen Erkrankungen in Deutschland

Die Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen in Deutschland sind regional sehr unterschiedlich. So reicht die Versorgungsdichte in Deutschland von 1,7 Psychotherapeut*innen auf 100.000 Einwohner*innen im Kreis Landshut bis zu 129,7 Psychotherapeut*innen für 100.000 Einwohner*innen in Heidelberg (Rommel, Bretschneider, Kroll, Prütz & Thom, 2017). Empirische Untersuchungen belegen, dass diese enormen regionalen Unterschiede in der Dichte von Psychotherapie-Praxen keine Unterschiede in der regionalen Häufigkeit psychischer Störungen widerspiegeln, sondern tatsächliche Versorgungsunterschiede darstellen, also ein regional unterschiedliches Versorgungsangebot für die erkrankten Personen (ebd.). So sind psychische Erkrankungen in städtischen Regionen fast ebenso häufig wie im ländlichen Raum (BPtK, 2018).

Wie viele Psychotherapeut*innen es in einem bestimmten Versorgungsgebiet gibt, bestimmt in Deutschland noch immer eine Bedarfsplanung aus dem Jahr 1999. Ihr liegen die zum damaligen Zeitpunkt zugelassenen Psychotherapeut*innen zugrunde. Sie berücksichtigen jedoch nicht, ob in einer Region verhältnismäßig viele oder relativ wenige Menschen psychisch erkrankt sind (Albrecht et al., 2016). Obwohl psychisch erkrankte Menschen also vielerorts sehr lange auf Therapieplätze warten müssen, werden laut der derzeitigen Bedarfsplanung nahezu 4.500 Psychotherapie-Praxen als überflüssig bezeichnet (BPtK, 2016). Die Wartezeiten bis zum Beginn einer Psychotherapie liegen in Deutschland aktuell im Durchschnitt bei 4,6 Monaten, außerhalb der Großstädte und im Ruhrgebiet sind sie besonders lang (BPtK, 2018). Nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer wären rund 7.000 psychotherapeutische Praxissitze zusätzlich erforderlich, um die Wartezeiten auf

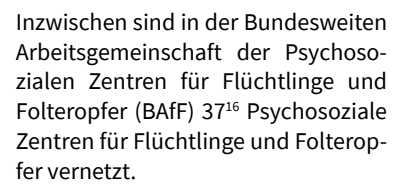
eine Psychotherapie zu verkürzen (ebd.).

Die Versorgungssituation ist demnach in vielen Regionen bereits grundsätzlich sehr angespannt. Für Geflüchtete ist es aufgrund von Sprachbarrieren und zahlreichen weiteren strukturellen Hürden noch um ein Vielfaches schwieriger, einen Therapieplatz bei einem*r niedergelassenen Psychotherapeut*in zu finden.

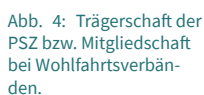


4.

**Die
Psychosozialen
Zentren für
Flüchtlinge und
Folteropfer**



Bei den Psychosozialen Zentren handelt es sich um nicht-staatliche, nicht gewinnorientierte Organisationen, die in der großen Mehrheit als gemeinnützige Vereine organisiert sind. Einige Zentren sind Mitglied eines Wohlfahrtsverbandes, einige sind über ihren Träger an einen der Wohlfahrtsverbände angeschlossen.



50 |

Aufgaben und Leitbilder der Psychosozialen Zentren¹⁷

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer verstehen sich als Einrichtungen und Projekte, die im Bereich der spezialisierten gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern arbeiten. Sie gewäh-

ren Hilfe ohne Ansehen ausländerrechtlicher Restriktionen und unabhängig von ihrer Nationalität, politischen, ethnischen, religiösen oder sonstigen Zugehörigkeiten.

Humanitäre Verantwortung der Behandlungszentren

Die Psychosozialen Zentren sind dem im Grundgesetz garantierten Grundrecht auf Leben und körperliche Integrität sowie der in der Ottawa-Charta der UNO festgeschriebenen Gesundheitsförderung im Sinne von „Gesundheit für alle“ verpflichtet.

Grundlage der Arbeit ist eine Haltung, die die Wahrung der Menschlichkeit in unserer Gesellschaft und die Sicherung der Menschenwürde bei den Betroffenen garantieren muss. Dies beinhaltet einen Arbeitsansatz, der auf gesundheitsfördernde Aspekte wie die menschlichen, kreativen, heilenden und wertschätzenden Kräfte und Ressourcen sowohl bei den Betroffenen als auch im gesellschaftlichen System abzielt, und nicht ausschließlich auf die Behandlungsbedürftigkeit und negative und defizitäre Aspekte (Krankheit, Opfer) fokussiert. Krankmachende und rassistische Strukturen sollten benannt und nach Möglichkeit abgebaut werden.

Die Fachlichkeit der Zentren umfasst therapeutische und traumatherapeutische sowie transkulturelle Kompetenzen, asyl-, sozial und aufenthaltsrechtliches Fachwissen sowie umfangreiche Kenntnisse zu Sozial- und Gesundheitswesen.

In ihrer therapeutischen Arbeit orientieren sie sich an der Aussage der American Psychological Association (APA) von 1973: „Eine Psychotherapie, bei der die Klientel aus einer anderen Kultur als der Therapeut selbst kommt, gilt als nicht angemessen bzw. unethisch, wenn der Therapeut nicht „entsprechend trainiert oder kompetent

genug ist, mit ihnen zu arbeiten.“ Wir verstehen unter „Kompetenz“ nicht zuletzt eine offene Haltung und Aufgeschlossenheit gegenüber dem Fremden und die Absicht, sich entsprechendes Wissen und Erfahrung anzueignen sowie die eigenen Werte und Normen kritisch zu hinterfragen.

Gesundheit, Menschenrechtsverletzungen und Exil

Gesundheit bedeutet mehr als nur Freiheit von Krankheit, Schmerz und unnatürlichem Tod. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „einen Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß des Fehlens von Krankheit oder Gebrechlichkeit.“

Organisierte Gewalt wird von der WHO als eine ernstzunehmende Gefahr für die Gesundheit des Menschen betrachtet. Organisierte Gewalt ist die extreme systematische Verletzung fundamentaler Menschenrechte. Die Gewalthandlungen dienen der Durchsetzung staatlicher Politik und werden in einer Weise verübt, die das Recht auf Leben, persönliche Integrität und Freiheit der Bevölkerung als Ganzes oder eines oder mehrerer Teile andauernd verletzt oder bedroht. Für die Betroffenen bedeutet sie eine Aufeinanderfolge von extremem Stress und wiederholten Traumatisierungen. Für viele, die organisierte Gewalt überleben, folgen Vertreibung, Exil und Verlust der kulturellen Zugehörigkeit.

Flucht, Trauma, Exil und Interkulturalität

Flucht, Vertreibung und die daraus resultierende Entwurzelung führen zu einer abrupten und gewaltsamen Unterbrechung des bis dahin geführten Lebensstils. Durch Flucht und das Leben im Exil werden die Geflüchteten mit ihnen bis dahin unbekannten bzw. veränderten Lebensumständen konfrontiert, die eine neue Orientierung verlangen, auf die sie in keiner Weise vorbereitet waren. Ihre Entscheidungshoheit, wo und wie sie ihr Leben führen

wollen, werden in extremem Maße beschnitten.

Charakteristisch für die Situation der Flüchtlinge sind

- Erfahrungen von politischer Repression wie Folter, Gefängnisaufenthalt, Verfolgung, Verbannung, Unterdrückung und andere traumatisierende Erlebnisse;

¹⁷ Aufgaben, Leitbilder und Angebote der Psychosozialen Zentren orientieren sich an den Leitlinien, denen sich die in der BAfF vernetzten PSZ verpflichtet haben. Die Leitlinien der BAfF in voller Länge finden sich unter: <http://www.baff-zentren.org/ueber-die-baff/leitlinien/>

- der Zwang, die Heimat verlassen zu müssen, um Leib und Leben zu retten, was das Gefühl von Ausgestoßen sein mit sich bringt;
- das überstürzte, meist fluchtartige Fortgehen, ohne Abschied nehmen zu können;
- traumatisierende Fluchterfahrungen;
- die Schwierigkeit, über die Rückkehr in die Heimat nicht selbst bestimmen zu können, da diese an erster Stelle von den aktuellen politischen Gegebenheiten des jeweiligen Heimatlandes und des Aufnahmelandes und erst an zweiter Stelle von der eigenen Entscheidung abhängt.

Flüchtlinge, die die psychosozialen Behandlungszentren aufsuchen, kommen von verschiedenen Kontinenten und haben dementsprechend unterschiedliche soziale und/oder kulturelle Hintergründe.

Kriterien für eine gute transkulturelle Beratung und Therapie sind:

- Klient*innen anzunehmen und zu respektieren, unabhängig vom kulturellen, religiösen und biographischen Hintergrund;
- Sensibilität im Umgang mit den Problemen ethnischer Minderheiten und Kenntnis ihrer spezifischen Problemlage;
- Die Bereitschaft bzw. die Fähigkeit, die Familie und die Gemeinschaft der Klient*innen als Ressourcen in die Beratung mit einzubeziehen. Dies setzt genaue Kenntnisse voraus über spezifische Struktur und Rolle der Familie;
- Die Fähigkeit, auf die geäußerten Gefühle zu fokussieren, die der eigenen Kultur und Herkunft fremd sind;
- Die Fähigkeit, nonverbale Kommunikation richtig und angemessen zu deuten;
- Sich selbst bewusst zu machen, dass es einen Unterschied gibt, eine fremde Sprache zu sprechen (im Sinne von Verständigung) und in einer fremden Sprache zu beraten bzw. zu therapieren;
- Die Entscheidung, wann Sprachmittler*innen hinzuzuziehen sind; die Fähigkeit mit Sprachmittler*innen in einem gegebenen angemessenen Setting zu arbeiten und die Grenzen dieser Zusammenarbeit richtig einzuschätzen;
- Der Einsatz unabhängiger Sprachmittler*innen, die speziell für die Sprachmittlung in Beratung und Therapie geschult sind.

Angebote der Psychosozialen Zentren

Die verschiedenen Zentren arbeiten mit unterschiedlichen Schwerpunkten, dennoch ähneln sich viele ihrer Angebote. Im Folgenden werden einige der Angebote dargestellt, um Tendenzen und Muster in der Behandlung aufzuzeigen, die sich historisch entwickelt haben und die auf die Lebensbedingungen der Betroffenen ausgerichtet sind. Ein professionelles Angebot sollte die im Folgenden genannten Bereiche entweder selbst umfassen oder in Teilbereichen auch delegieren.

Professionelle Hilfestellung muss von einem holistischen Verständnis der betroffenen Person und der Situation ausgehen, ist in den meisten Fällen nicht von einer einzelnen Person zu leisten und erfordert die Kooperation verschiedener Professionen.

Die angebotene Hilfe in den Zentren orientiert sich an den Bedürfnissen und der Lebenssituation der Flüchtlinge. Sie ist in ein ganzheitliches Konzept eingebettet, das folgende Angebote umfasst:



- sozialarbeiterische und pädagogische Angebote,
- psychologische und psychotherapeutische Angebote,
- medizinische und körpertherapeutische Methoden und Verfahren,
- medizinische und psychologische Diagnostik und Dokumentation (siehe Istanbul-Protokoll¹⁸)
- Informationsgabe zu allen Lebensbereichen (Asyl, Aufenthalts-, Sozial-, Arbeitsrecht, etc.)
- tätige und lebenspraktische Unterstützung,
- Hilfe zu Selbsthilfe und Selbstorganisation der Betroffenen.

Sofern ein Zentrum einzelne Angebote nicht selbst vorhält (z.B. medizinische Angebote), so ist eine enge Zusammenarbeit mit entsprechend fachlich qualifizierten Versorgungsstrukturen erforderlich. Es sollte jedoch jedes Zentrum die Mehrzahl der oben genannten Angebote vorhalten (insbesondere die Angebote die unter den Punkten 1. und 2. aufgeführt sind)

Langzeitstudien mit Überlebenden organisierter Gewalt belegen, dass extremtraumatisierte Menschen oft langfristig Unterstützung bei der Bewältigung traumatischer Erfahrungen sowie ihrer aktuellen Lebenssituation benötigen (u.a. Asylverfahren, eingeschränkter Zugang zu adäquater Unterkunft, Sozialleistungen, Arbeit, Bildung, gesellschaftliche

Teilhabe und gesundheitliche Versorgung).

Psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen muss dementsprechend die folgenden Arbeitsansätze umfassen:

- Beratung, sozialarbeiterische Begleitung, Hilfen zur sozialen Integration und Rehabilitation. Diese dienen, je nach Aufenthaltssituation der Klient*innen, der Bewältigung der aktuellen Lebenssituation und/oder der Integration in der Aufnahmegesellschaft.
- Psychologische Beratung/ Krisenintervention/ Psychotherapie
- Vermittlung einer medizinischen angemessenen Versorgung
- Gruppen- und Projektarbeit
- Multiplikator*innenarbeit und Vernetzung
- Information und Fortbildungen für die Fachöffentlichkeit und die zahlreichen ehrenamtlichen Unterstützer*innen
- Öffentlichkeitsarbeit und Lobbyarbeit
- Dokumentation, Evaluation, Forschung, Publikation

Die Finanzierungszusagen sollten gesichert sein und es wird eine regelmäßige wöchentliche Erreichbarkeit in den eigenen Räumlichkeiten gewährleistet.

¹⁸ Das **Istanbul-Protokoll** (*Handbuch für die wirksame Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung oder Strafe*) ist der Standard der Vereinten Nationen für die Ausbildung in der Begutachtung von Personen, die den Vorwurf erheben, gefoltert oder misshandelt worden zu sein, für die Untersuchung von Fällen mutmaßlicher Folter und für die Meldung solcher Erkenntnisse an die Justiz und andere Ermittlungsbehörden.

Anforderungen an die Arbeit der Psychosozialen Zentren

Eine gezielte und reflektierende Hilfestellung muss erlernt werden, ist in den meisten Fällen nicht von einer Person/ Profession allein zu leisten und kann in Kooperation mit anderen Institutionen geschehen.

Grundausbildung und Mindestanforderungen

Bei den Mitarbeiter*innen sind mindestens zwei Fachleute mit mindestens 19,25 Wochenstunden pro Person aus Heilberufen oder aus sozialen Berufen fest angestellt. Eine der beiden Fachleute ist Psychotherapeut*in mit abgeschlossener therapeutischer Weiterbildung. Die andere Person ist ausgebildete Sozialarbeiter*in oder verfügt über eine vergleichbare berufliche Qualifikation.

Neben einer soliden Grundausbildung (Sozialarbeit, Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Jura, Medizin usw. mit entsprechendem FH- oder Universitätsabschluss) sind bei der Komplexität der Problemstellung zusätzliche praktische Erfahrungen und/ oder Zusatzausbildungen erforderlich.

Nötig sind Grundkenntnisse in ausländer- und flüchtlingsrelevanten Rechtsgebieten bzw. die Bereitschaft, sich diese anzueignen.

Im psychotherapeutischen Bereich ist eine Qualifikation in einem wissenschaftlich anerkannten therapeutischen Verfahren erforderlich, es sollten auch

nur solche Ansätze in Beratungs- und Therapiearbeit einfließen. Kulturell verankerte Heilmethoden sowie kunst- und körpertherapeutische Angebote sollten nach Möglichkeit einbezogen werden. Die Therapeut*innen sind in der Lage, westliche Methoden auf die Klientel kulturspezifisch anzupassen. Psychotraumatologische Kenntnisse sind für alle Mitarbeiter*innen, die im Beratungs- und therapeutischen Bereich tätig sind, notwendig.

Sowohl die Komplexität der Arbeit als auch die extreme Belastung durch Einzelfallarbeit lassen ein arbeitsteiliges Betätigungsfeld in der Regel notwendig erscheinen.

Alle in einem Zentrum Mitarbeitenden, ob angestellt, als Honorarkraft oder ehrenamtlich Tätige, verpflichten sich, die Regeln des Datenschutzes und der Schweigepflicht gem. § 203 StGB einzuhalten.



Für die Arbeit in einem Psychosozialen Zentrum sind Grundkenntnisse in ausländer- und flüchtlingsrelevanten Rechtsgebieten wichtig. (© das_banni | photocase.de)

Hospitation, interne Ausbildung, Einarbeitung und Fortbildung von Mitarbeiter*innen

Vor einer eigenständigen Mitarbeit beziehungsweise Hospitationsphase sollte eine Einarbeitungszeit liegen, für die besondere Regeln gelten; z. B. ist es sinnvoll, die ersten Beratungsgespräche oder Kriseninterventionen zu zweit durchzuführen.

Allen Mitarbeitenden stehen Fortbildungen (speziell die Fachtagungen der BAfF) zu. Die Fort- und Weiterbildungen in den o.g. Bereichen werden durch die Einrichtungen gefördert.

Da es keine spezialisierte Ausbildung in vielen dieser Arbeitsbereiche gibt, stellen sich alle in der BAfF zusammengeschlossenen Zentren zur gegenseitigen Hospitation zur Verfügung.

Supervision

Alle Mitarbeiter*innen sind in regelmäßiger (externer Fall-) Supervision. Die Häufigkeit der Supervision ist abhängig von der Frequenz der Mitarbeit des Einzelnen und von seiner Arbeitssituation.

Die Teilnahme an Supervision sollte für alle Mitarbeitenden verbindlich sein und zu den Arbeitspflichten gehören. Bei krisenträchtigen Veränderungen innerhalb einer Einrichtung sollte eine zusätzliche (Team-) Supervision möglich sein.

Der Schutz der Mitarbeitenden ist dem Schutz der Klient*innen gleichrangig. Für die Mitarbeitenden ist oft die Supervision(-sgruppe) innerhalb der Einrichtung der für sie wichtigste Ort des Vertrauens, an dem sie über Fälle, aber auch über Freude, Erfolg und Anerkennung in einem entsprechenden Setting sprechen können. Die Supervision muss also verschiedene Aufgaben gleichzeitig übernehmen: die übergreifende Fallarbeit, einen Teil der Integrationsarbeit, die Erhaltung der Motivation, Burn-Out-Prophylaxe sowie Austausch und Feedback.

Da die Erfahrungen zeigen, dass sich die extremen Belastungen der Klient*innen auch auf die Mitarbeitenden und das Team auswirken, ist zudem regelmäßig stattfindende Teamsupervision nötig. Die Supervisor*innen sollten vom Team bestimmt werden. Supervisor*innen sollten Erfahrungen im interkulturellen Bereich haben oder dafür offen sein.

Information, Betreuung und Weiterbildungen für ehren- und nebenamtliche Mitarbeiter*innen

Die regelmäßige Betreuung von ehren- und nebenamtlichen Mitarbeiter*innen in Form von kontinuierlichen Informationsangeboten sowie Hilfestellung in Krisensituationen sollte gegeben sein.

Arbeit mit Sprachmittler*innen

Optimal wäre es, wenn Beratung und Therapie in der Muttersprache angeboten werden könnten. Dies ist jedoch bei der Vielzahl von Herkunftsländern unrealistisch, so dass die Arbeit oft mit Hilfe von Sprachmittler*innen durchgeführt werden muss.

Erfahrene Sprachmittler*innen sind in der Regel notwendiger Bestandteil des Teams eines Behandlungszentrums und leisten hier einen wertvollen Beitrag. Durch ihre häufig vorhandenen interkulturellen Kompetenzen und Migrationserfahrungen können sie wichtige Anregungen geben. Bei der Auswahl von Sprachmittler*innen müssen auch Aspekte politischer oder ethnischer Zugehörigkeit berücksichtigt werden. Zu ihrem Schutz sollten sie nicht selbst traumatisiert sein.

Forschung und Evaluation

Die Behandlungszentren haben ein Interesse daran, ihre Ziele, Programme und Hilfsangebote durch regelmäßige Evaluation zu überprüfen und zu bewerten. Dabei sollte überprüft werden, ob die Maßnahmen tatsächlich zu den gesteckten Zielen führen, für den Bedarf der Klient*innen adäquat sind und zu welchen Kosten dies möglich ist. Die Behandlungszentren nutzen die Evaluation zur kritischen Selbstreflexion und werden notwendige Konsequenzen prüfen und ggf. einleiten. Die Behandlungszentren sollten über ein Qualitätsmanagement verfügen.

Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren

Zu den wichtigsten Angeboten der 32 Psychosozialen Zentren zählten 2016 vor allem die psychosoziale/psychologische Beratung, die Diagnostik und das Clearing, Kriseninterventionen und Stabilisierungsarbeit, Einzelpsychotherapien, das Verfassen von Stellungnahmen z.B. im aufenthaltsrechtlichen Verfahren sowie die Sozialberatung.

Verfahren zur Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit, die (asyl-)rechtliche Beratung, spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche, weitere Therapien (kreative Therapien, Bewegungstherapien etc.) sowie gruppenpsychotherapeutische Angebote waren in der Regel ebenfalls Bestandteil des Leistungsspektrums in den Zentren.

Telefonsprechstunden, Versorgungsangebote außerhalb des Zentrums (z.B. in Aufnahmeeinrichtungen/ Unterkünften), Gruppenangebote mit aktivitäts- oder bildungsorientiertem Fokus (Frei-

zeitangebote, Näh-/ Schreibgruppen, Deutschkurse etc.) wurden nur von einigen Einrichtungen angeboten bzw. haben einen weniger zentralen Stellenwert.

Über die direkte Klient*innen-Arbeit hinaus liegt ein zentraler oder sehr zentraler Fokus der Aktivitäten in den PSZ bei fast allen Einrichtungen auf Vermittlung und Vernetzung (20 PSZ: sehr zentrales Angebot; 7 PSZ: zentrales Angebot). Für über 80 % der PSZ ist auch Fortbildungsarbeit ein sehr zentrales oder zentrales Angebot der Einrichtung, für weitere 73 % gilt das ebenso für Beratungsleistungen an andere Einrichtungen bzw. externe Fachkräfte. Auch die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist für zwei Drittel der Zentren ein zentrales und für weitere 10 % ein sehr zentrales Angebot ihres Zentrums. Für über die Hälfte der PSZ steht außerdem die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen zentral (47 %) oder sehr zentral (17 %) im Fokus der Zentrumsaktivitäten.

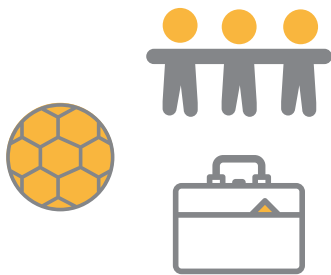
Psychosoziale Versorgung von Klient*innen: Wie zentral waren die folgenden Versorgungsangebote für Ihre Einrichtung im Jahr 2016?

	kein Angebot unserer Einrichtung	(n)	wenig zentrales Angebot	(n)	zentrales Angebot	(n)	sehr zentrales Angebot	(n)	Weighted Average
psychosoziale/ psychologische Beratung	0%	0	3%	1	23%	7	73%	22	3,7
Diagnostik, Clearing	0%	0	10%	3	30%	9	60%	18	3,5
Krisenintervention und Stabilisierungsarbeit	0%	0	10%	3	33%	10	57%	17	3,47
Einzelpsychotherapien	3%	1	13%	4	17%	5	67%	20	3,47
Gutachten/ Stellungnahmen	0%	0	17%	5	43%	13	40%	12	3,23
Sozialberatung	7%	2	17%	5	28%	8	48%	14	3,17
Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit	20%	6	3%	1	43%	13	33%	10	2,9
(asyl-) rechtliche Beratung	17%	5	23%	7	23%	7	37%	11	2,8
spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche	17%	5	17%	5	47%	14	20%	6	2,7
weitere Therapien (kreative Therapien, Bewegungstherapien etc.)	17%	5	37%	11	30%	9	17%	5	2,47
Gruppenpsychotherapien	20%	6	37%	11	27%	8	17%	5	2,4
Telefonsprechstunden	40%	12	30%	9	23%	7	7%	2	1,97
Versorgungsangebote außerhalb des Zentrums (z.B. in Aufnahmeeinrichtungen/ Unterkünften)	37%	11	33%	10	27%	8	3%	1	1,97
Gruppenangebote mit aktivitätsorientiertem Fokus (Freizeitangebote, Näh-/ Schreibgruppen etc.)	47%	14	27%	8	27%	8	0%	0	1,8
Gruppenangebote mit pädagogischem/ bildungsorientiertem Fokus (Deutschkurse, EDV-Kurse etc.)	57%	17	20%	6	17%	5	7%	2	1,73
medizinische Versorgung	57%	17	30%	9	7%	2	7%	2	1,63
Notfallsprechstunden	63%	19	33%	10	0%	0	3%	1	1,43

Tabelle 1:

sehr zentrales Angebot

- psychosoziale / psychologische Beratung
- Diagnostik, Clearing
- Krisenintervention und Stabilisierungsarbeit
- Einzelpsychotherapien
- Gutachten / Stellungnahmen
- Sozialberatung



zentrales Angebot

- Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit
- (asyl-)rechtliche Beratung
- spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche
- weitere Therapien (kreative Therapien, Bewegungstherapien etc.)
- Gruppenpsychotherapien

weniger zentrales Angebot

- Telefonsprechstunden
- Versorgungsangebote außerhalb des Zentrums (z.B. in Aufnahmeeinrichtungen, Unterkünften)
- Gruppenangebote mit aktivitätsorientiertem Fokus (Freizeitangebote, Näh-/Schreibgruppen etc.)
- Gruppenangebote mit pädagogischem/ bildungsorientiertem Fokus (Deutschkurse, EDV-Kurse etc.)
- medizinische Versorgung
- Notfallsprechstunden



Strukturverbesserungen in der psychosozialen Versorgung: Wie zentral waren die folgenden Aktivitäten über die direkte Versorgung von Klient*innen hinaus für Ihre Einrichtung im Jahr 2016?

	kein Angebot unserer Einrichtung	(n)	wenig zentrales Angebot	(n)	zentrales Angebot	(n)	sehr zentrales Angebot	(n)	Weighted Average
Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit	0,00 %	0	10,00 %	3	23,33 %	7	66,67 %	20	3,57
Fortbildungsangebote	0,00 %	0	16,67 %	5	40,00 %	12	43,33 %	13	3,27
Beratung anderer Einrichtungen/ externer Fachkräfte	0,00 %	0	26,67 %	8	36,67 %	11	36,67 %	11	3,1
Presse-/ Öffentlichkeits-/ Lobbyarbeit	0,00 %	0	23,33 %	7	66,67 %	20	10,00 %	3	2,87
Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen	3,33 %	1	33,33 %	10	46,67 %	14	16,67 %	5	2,77
Fundraising	13,79 %	4	34,48 %	10	41,38 %	12	10,34 %	3	2,48
Evaluation und Forschung	26,67 %	8	53,33 %	16	20,00 %	6	0,00 %	0	1,93

Tabelle 2:

5.

**Verfügbarkeit
von Versorgungs-
angeboten für
Geflüchtete**

5. Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten für Geflüchtete

Klient*innen in den Psychosozialen Zentren

Vom komplexen Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer haben im Jahr 2016 insgesamt 17.674 Klient*innen profitiert. Je nach Größe des Zentrums und damit verbunden der Mitarbeiter*innenstärke, der Angebotsstrukturen und der zur Verfügung stehenden Mittel, variiert die Klient*innenzahl zwischen den Psychosozialen Zentren sehr deutlich. Es gibt Zentren, die zum Erhebungszentrum neu in die psychosoziale Arbeit mit Geflüchteten eingestiegen sind

und daher im Jahresverlauf nur etwa 30 Klient*innen beraten und behandelt haben. Andere sehr große Zentren, bieten Angebote für etwa 1.730 Klient*innen im Jahr an. In einem „durchschnittlichen Psychosozialen Zentrum“, repräsentiert durch die Mittelwerte aller 32 Einrichtungen, werden jährlich 552 Geflüchtete behandelt und beraten, in einem „typischen Zentrum“, also einem Zentrum, das dem Median aller Zentren entsprechen würde, etwa 483 Klient*innen pro Jahr.



„Durchschnittliches“ vs. „typisches“ Psychosoziales Zentrum

In diesem Bericht wird häufig ein „durchschnittliches“ Psychosoziales Zentrum einem „typischen“ psychosozialen Zentrum gegenübergestellt und es zeigen sich dabei oft Unterschiede in den Kennwerten für die Anzahl der betreuten Klient*innen, der beschäftigten Mitarbeiter*innen oder auch der finanziellen Ressourcen für die jeweiligen statistischen Kennwerte.

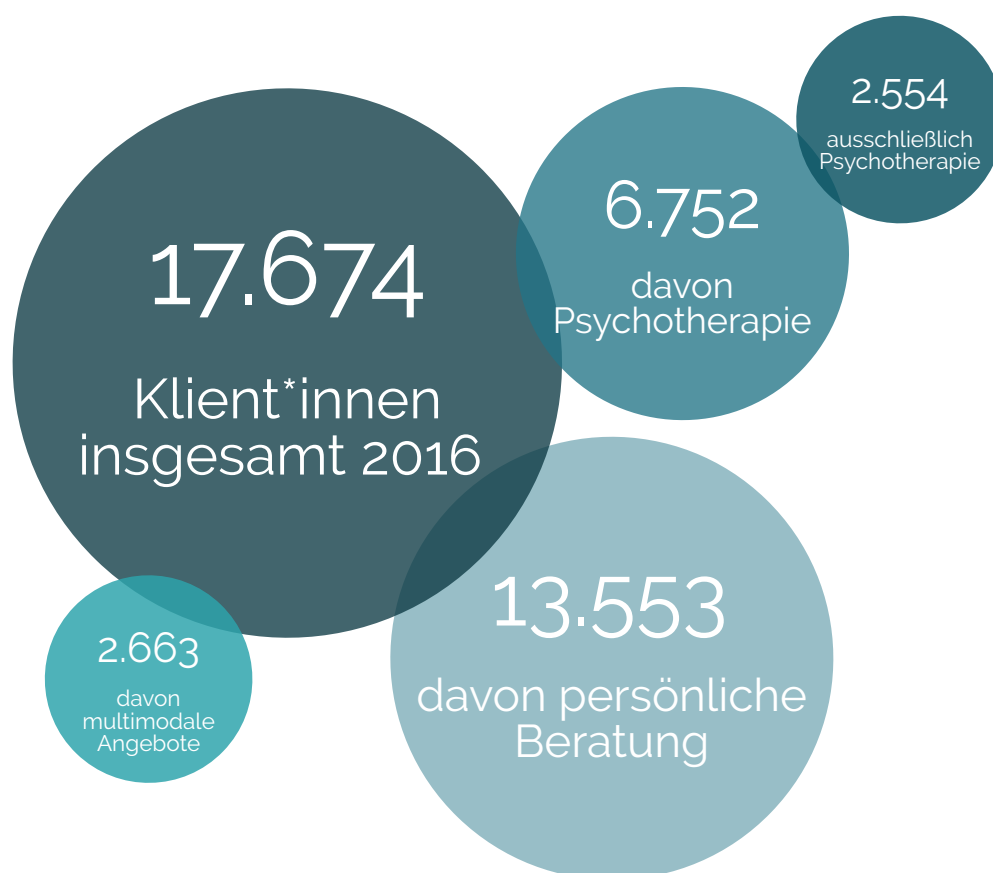
Von einem „Durchschnittszentrum“ wird gesprochen, wenn Aussagen aufgrund der Mittelwerte ($\bar{x}$) über alle befragten Zentren gemacht werden, von einem „typischen“ Zentrum, wenn der Median ($\tilde{x}$) zugrunde gelegt wurde.

Beim **Mittelwert** ($\bar{x}$) werden alle Werte addiert und die Summe durch die Anzahl (n) der Beobachtungen (hier: oftmals Anzahl der Zentren) geteilt. Durchschnittswerte wie diese sind

allerdings sehr empfindlich für Verzerrungen durch Extremwerte. In diesem Bericht wurde daher für viele Kennzahlen zusätzlich zum oder statt des Mittelwerts ($\bar{x}$) der Median ($\tilde{x}$) angegeben.

Der **Median** ($\tilde{x}$) ist der Wert, der in einer Auflistung von Werten, die nach Größe sortiert wurden, genau in der Mitte steht – es befindet sich also genau die Hälfte aller Zentren unter dem Medianwert und genau die Hälfte darüber. Im Unterschied zum Mittelwert ist der Median dadurch robust gegenüber nur einzelnen, aber extrem abweichenden Werten (Ausreißern). Er ist daher in vielen Bereichen aufschlussreicher, um die Situation in einem „typischen Psychosozialen Zentrum“ ($\tilde{x}$) darzustellen und unterscheidet sich oft von den Werten für ein „durchschnittliches Psychosoziales Zentrum“ ($\bar{x}$).

Klient*innen in allen Psychosozialen Zentren



Klient*innen in den Versorgungsangeboten der PSZ im Jahr 2016.

	Klient*innen insgesamt 2016	davon persönliche Beratung	davon Psychotherapie	ausschließlich Psychotherapie	davon multimodale Angebote
Σ	17.674	13.553	6.752	2.554	2.663
Ø pro Zentrum ($\bar{x}$)	552,3	423,5	211,0	79,8	83,2
typisches Zentrum ($\bar{x}$)	483	311	150	42	38
% an allen Klient*innen		77 %	38 %	14 %	15 %
% Median an allen		64 %	31 %	9 %	8 %
Min	30	0	0	0	0
1. Quartil	273	158	58	1	6
2. Quartil (Median)	483	311	150	42	38
3. Quartil	736	643	299	129	60
Max	1727	1298	900	388	756

Tabelle 3: Klient*innen in den Versorgungsangeboten der PSZ im Jahr 2016. Die meisten Klient*innen werden in mehreren Angeboten bedient, daher ergeben die prozentualen Anteile nicht 100 %.

Klient*innen in den einzelnen Versorgungsbereichen

Qualitativ, d.h. bezogen auf die Struktur der psychosozialen Angebote, unterscheidet sich das Leistungsspektrum in den Psychosozialen Zentren über die Zentren hinweg nur sehr wenig. Die enge Verzahnung von psychosozialer Beratung und therapeutischer Behandlung sowie weiteren niedrigschwelligen Unterstützungsangeboten ist bei fast allen Psychosozialen Zentren zu finden. Es wird nur ein kleiner Teil der Klient*innen ausschließlich psychotherapeutisch betreut (14 %), die meisten Klient*innen nehmen ein multimodales Angebot wahr, das je nach dem individuellen Bedarf der Betroffenen aus mehreren Behandlungs- und Betreuungsformaten bestehen kann.

Der Großteil der Klient*innen nimmt das Angebot der psychosozialen und asylrechtlichen Beratung in den Zentren wahr (77 %). 38 % der Klient*innen sind über die psychosoziale Beratung hinaus noch psychotherapeutisch angebunden. Weitere multimodale Angebote, wie z.B. kreative oder bewegungsorientierte therapeutische Angebote, bildungs- und freizeitorientierte niedrigschwellige Gruppenformate oder Unterstützungsangebote ehrenamtlicher Mentor*innen, nehmen 15 % der Klient*innen wahr.

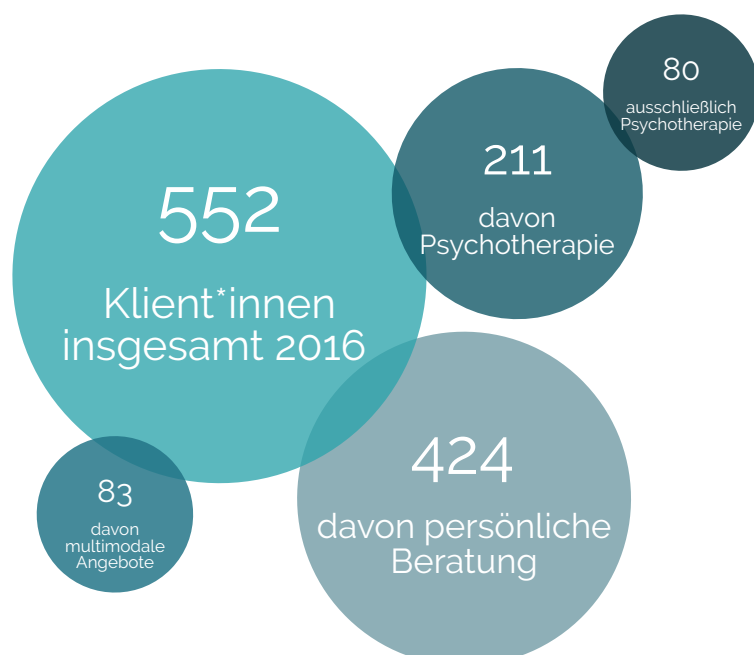
Dabei versorgt ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum insgesamt 552 Klient*innen, davon 424 Klient*innen durch psychosoziale und asylrechtliche Beratung, 211 Klient*innen in Psychotherapie

und 83 über weitere multimodale Angebote. Durchschnittlich werden in einem Psychosozialen Zentrum nur 80 Klient*innen ausschließlich psychotherapeutisch betreut.

Hier spiegelt sich wider, wie wichtig angesichts der komplexen Bedarfe traumatisierter Geflüchteter eine multiprofessionelle Begleitung in einem vielfältig zusammengesetzten Team ist. Die psychosoziale Begleitung und Behandlung von komplex traumatisierten Menschen stellt alle Berufsgruppen vor enorme Herausforderungen: sowohl aufgrund der meist extremen und häufig unvorstellbaren Gewalt in den Biographien ihrer Klient*innen als auch durch die in der Regel anhaltende auch äußere Unsicherheit aufgrund der prekären rechtlichen und sozialen Situation. Die meisten Klient*innen in den Zentren leben unter Bedingungen, die Heilungsprozesse zusätzlich erschweren, teilweise sogar (re)traumatisierend wirken können – wie etwa die Lebensbedingungen in überfüllten Gemeinschaftsunterkünften oder ein über Jahre hinweg unsicherer Aufenthalt verbunden mit der Angst in ein Land zurückkehren zu müssen, aus dem man vor Gewalt und Verfolgung geflohen ist.

Zusätzlich zu den Angeboten im Beratungs- und Therapiesetting haben 2016 einige der Zentren Telefon- und auch Not- bzw. Krisensprechstunden aufgebaut, um der enormen Nachfrage nach Unterstützung zeitnah nachkommen zu können. Die-

Klient*innen in einem "durchschnittlichen Zentrum"



se Formate sind initiiert worden, um trotz ausgeschöpfter Kapazitäten kurzfristig Hilfe anbieten zu können. Die Sprechstunden werden in dieser Form jedoch nicht mehr in allen Einrichtungen weitergeführt. In den Sprechstunden hat sich gezeigt, dass nahezu alle Geflüchtete, die über diesen Weg Hilfe im PSZ suchten, längerfristige Behandlung oder Beratung benötigten. Nur sehr selten konnte bereits

über einen einmaligen Sprechstundenkontakt entlastet werden. Für eine kontinuierliche Anbindung an die PSZ standen jedoch meist keine Kapazitäten zur Verfügung, so dass Sprechstunden-Klient*innen in der Regel – wie andere angemeldete Klient*innen auch – auf die Wartelisten der PSZ gesetzt werden mussten.

Sprachmittlung

In der langjährigen Zusammenarbeit der Psychosozialen Zentren mit Sprachmittler*innen zeigt sich, dass diese nicht nur ein praktisches Erfordernis für die sprachliche Verständigung in Beratung und Psychotherapie sind. Sie sind auch hilfreich bei der Entwicklung eines stabilen Rahmens für interkulturelle Verstehensprozesse.

„Ich habe oft ein großes Dankeschön und Händeschütteln bekommen, von den Klientinnen und Klienten, die das als sehr hilfreich empfunden haben, dass ich da war. Eine Frau sagte, es wäre eine große Erleichterung, eine Stimme zu haben.“

Sprachmittlerin, PSZ

„Davon bin ich felsenfest überzeugt, dass wenn jemand wirklich schreckliche Dinge erlebt hat und du hast noch einen anderen Menschen im Raum, der auch irgendwie menschliche Wärme ausstrahlt, und wenn das eine gute Zusammenarbeit ist, dann hast du auch jemanden, der das ein Stück weit auch mittragen kann.“

Therapeutin, PSZ



Die Tatsache, dass Sprachmittelnde nicht selten aus eigener Erfahrung die Lebenswege der Klient*innen zumindest in Teilen kennen und nachvollziehen können, kann dazu beitragen, dass Klient*innen schneller Vertrauen fassen. Sprachmittler*innen sind über ihre sprachmittelnde Tätigkeit hinaus als Menschen anwesend und Bestandteil des therapeutischen und beraterischen Raums. Sie tragen durch ihre Person, ihre Haltung und ihre Arbeitsweise zu einer vertrauensvollen und Sicherheit gewährenden Atmosphäre bei und schaffen eine zusätzliche Beziehungsdimension.

In den Psychosozialen Zentren finden die meisten Beratungen und Therapien nur gemeinsam mit speziell für die Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten geschulten Sprachmittler*innen statt. In einem durchschnittlichen Zentrum benötigen 76 % der Klient*innen-Kontakte eine Sprachmittlung. In einigen Zentren benötigen nur 30 % der Klient*innen eine*n Dolmetscher*in, in anderen wiederum fast alle Klient*innen (98 %).

$\bar{x}$	76 %
$\bar{X}$	80 %
Min	30 %
Max	98 %

Tabelle 4: Durchschnittlicher und typischer Anteil der Klient*innen-Kontakt mit Sprachmittlung

Klient*innen in Psychotherapie

Über ein Drittel der Klient*innen (38 %) in den Psychosozialen Zentren nimmt eine Behandlung bei einer*m Psychotherapeut*in wahr. Das heißt, ein typisches Zentrum betreute pro Jahr in etwa 150 Psychotherapie-Klient*innen, ein durchschnittliches Zentrum etwa 211. In der Regel sind Psycho-

therapie-Klient*innen auch an die sozial- bzw. asylrechtliche Beratung angebunden und/oder nehmen weitere multimodale Angebote wie z.B. kreativ- oder bewegungstherapeutisch orientierte Gruppenangebote wahr.

Tabelle 5: Klient*innen in den psychotherapeutischen Versorgungsangeboten der PSZ im Jahr 2016.

	Klient*innen insgesamt 2016	davon Psychotherapie	ausschließlich Psychotherapie
Σ	17.674	6.752	2.554
Ø pro Zentrum ($\bar{x}$)	552,3	211,0	79,8
typisches Zentrum ($\bar{x}$)	483	150	42
% an allen Klient*innen		38 %	14 %
% Median an allen		31 %	9 %

Setting und Behandlungsdauer

Der Großteil der Psychotherapie-Klient*innen, d.h. mehr als drei Viertel (77 %), wird im einzeltherapeutischen Setting betreut. Etwa 13 % der Geflüchteten in Psychotherapie nehmen ausschließlich gruppenpsychotherapeutische Angebote wahr. Einen eher geringen Anteil von nur 10 % machen diejenigen Klient*innen aus, die sowohl im einzel- als auch im gruppenpsychotherapeutischen Setting behandelt werden.

Eine Psychotherapie in den Zentren dauert im Durchschnitt 26 Sitzungen. Insgesamt befinden sich 71 % der Psychotherapie-Klient*innen eines Zentrums in Kurzzeittherapie (bis zu 25 Sitzungen), etwa ein Fünftel (19 %) erhält eine Langzeittherapie (bis zu 50 Sitzungen) und etwa 10 % müssen länger als 50 Sitzungen betreut werden.

Psychotherapie-Settings



Abb. 5: Klient*innen in verschiedenen Psychotherapie-Settings in den PSZ im Jahr 2016

Behandlungsdauer

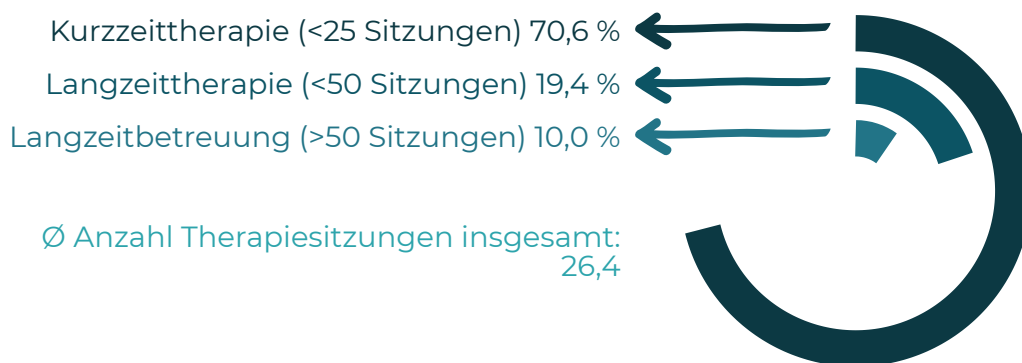


Abb. 6: Klient*innen in Kurz- oder Langzeittherapien in den PSZ und durchschnittliche Anzahl der Therapiesitzungen im Jahr 2016

Kontextfaktoren in ihrem Einfluss auf Dauer und Setting der Therapie

Psychotherapien mit geflüchteten Klient*innen sind nicht nur in ihren Inhalten, sondern auch im Setting und der Behandlungsdauer stark von den Lebensbedingungen abhängig, mit denen Geflüchtete in Deutschland konfrontiert sind. Zum Teil werden Psychotherapien mit Geflüchteten daher auch nicht allein auf Grundlage einer fachlichen Indikation beendet, d.h. weil eine Besserung der Symptomatik erreicht wurde, sondern weil sich die Lebensumstände der Klient*innen – v.a. ihr Aufenthaltsstatus oder auch ihr Wohnort – über die Zeit ändern.

Psychotherapien müssen manchmal aufgrund von Umverteilungen oder auch Abschiebungen unterbrochen oder gänzlich abgebrochen werden. Umgekehrt hat der Erhalt eines sicheren Aufenthaltsstatus ebenfalls Auswirkungen auf die Therapiedauer. Manche Klient*innen können sich über das Erreichen äußerer Sicherheit deutlich stabilisieren und

seelische Belastungen treten zunächst in den Hintergrund. Andere Klient*innen wiederum verlassen ihren bisherigen Wohnort, wenn ihr Aufenthalt gesichert ist und sie sich frei in der Bundesrepublik bewegen dürfen: Sie ziehen dorthin, wo ihre Communities sind oder sie andere für sie wichtige Strukturen vorfinden.

Insbesondere im ländlichen Raum, wenn Klient*innen lange Fahrtwege bis zum Psychosozialen Zentrum zurücklegen müssen (Vgl. Kapitel „Stadt, Land, Flucht – Die Arbeit der Psychosozialen Zentren im ländlichen Raum“ auf Seite 81), werden die durchschnittlich 26 Therapiestunden in den Psychosozialen Zentren auch über einen längeren Zeitraum „gestreckt“, das heißt nicht in wöchentlicher, sondern mit niedrigerer (z.B. nur 14-tägiger) Frequenz durchgeführt, sodass Klient*innen über einen längeren Zeitraum behandelt werden können.



Für geflüchtete Klient*innen stellen im ländlichen Raum die langen Fahrtwege eine Hürde zur Psychotherapie dar. (© inkje | photocase.de)

Kinder und Jugendliche in den PSZ

Die Psychosozialen Zentren bieten Beratung und Therapie auch für Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrung an. Kinder und Jugendliche mit Fluchterfahrungen haben meist schon sehr früh Gewalterfahrungen gemacht, was Folgen für ihre psychische Gesundheit und Entwicklung haben kann. In oder nach Belastungssituationen suchen Kinder und Jugendliche in der Regel ihre direkten Bezugspersonen auf. Doch oftmals haben auch die Bezugspersonen (Eltern, Verwandte, Freund*innen,...) mit der prekären Lebenssituation, geprägt durch Isolation und Unsicherheit und der damit einhergehenden Destabilisierung, zu kämpfen. Grundsätzlich wirken sich psychische Belastungen häufig nicht nur auf die Gesundheit der Betroffenen aus, sondern auch auf das psychische Wohlbefinden der engen Bezugspersonen und vor allem auf das der eigenen Kinder (vgl. Kapitel „Kinder psychisch kranker Eltern“ auf Seite 22). So kann es bei Kindern u. a. zu großen Trennungsängsten oder auch zum Verlust bereits gelernter Fähigkeiten kommen, wenn Kinder z. B. wieder eine eher kleinkindliche Sprache sprechen oder sich einnässen.

Neben diesen Bedürfnissen nach sozialen Kontakten und familiärer Unterstützung treten selbstverständlich auch die für das Kindes- und Jugendalter typischen Konflikte, Entwicklungsaufgaben und Ablöseprozesse auf. Bei Jugendlichen mit Fluchterfahrungen kommt hinzu, dass es in der Vergangenheit oftmals zu einem plötzlichen und radikalen Zwang zur Autonomie kam, der individuell unterschiedlich bewältigt wurde und wird. Hinsichtlich der Betreuung besteht daher einerseits nach Selbstständigkeit, andererseits aber auch der starke Wunsch nach Verantwortungsabnahme, Unterstützung und Begleitung bei z. B. Behördenterminen. Das Bedürfnis nach Sicherheit in Bezug auf z. B. eine stabile Unterbringungssituation oder auch die Unterstützung (Wohnungssuche, Bezugsperson) beim Übergang in die Volljährigkeit, ist bei vielen unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (umF) zu sehen. Die Angst vor einem abrupten „auf sich allein gestellt sein“ mit dem Eintritt in die Volljährigkeit ist groß. Bestehende (pädagogische) Angebote sind häufig zu wenig differenziert und nicht bedarfsorientiert ausgerichtet.



Abb. 7: Prozentualer Anteil von minderjährigen Klient*innen in den 32 Zentren im Jahr 2016

	Klient*innen insgesamt 2016	Erwachsene Klient*innen	unter 18	davon Kinder & Jugendliche in Familien	davon umF
Σ (n=32)	17.674	15.124	2.550	1.234	1.316
Ø pro Zentrum ($\bar{x}$)	552,3	472,6	79,7	38,6	41,1
typisches Zentrum ($\bar{X}$)	483	385	52	23	28
% an allen Klient*innen		86 %	14 %	7 %	7 %

Tabelle 6: Gesamtzahl, durchschnittliche und typische Anzahl minderjähriger Klient*innen in den PSZ im Jahr 2016

Minderjährige Klient*innen in den PSZ

Mit den speziellen Behandlungs- und Beratungsangeboten für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene tragen die PSZ den besonderen Bedarfen dieser Klient*innen-Gruppe Rechnung. Neben der Behandlung durch Kinder- und Jugend-Psychotherapeut*innen spielt die Begleitung im aufenthaltsrechtlichen Verfahren sowie bei behördlichen und schulischen Angelegenheiten, bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz etc. eine große Rolle. Alle Mitarbeiter*innen der Psychosozialen Zentren arbeiten eng auch mit weiteren Jugendhilfeeinrichtungen, mit den Jugendämtern und den Eltern (bzw. bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen den Vormündern) der Jugendlichen zusammen.

Etwa 14 % der Klient*innen in den 32 Psychosozialen Zentren sind minderjährig. Von den insgesamt etwa 2.550 Minderjährigen in allen Psychosozialen Zentren sind etwa die Hälfte (48 %) gemeinsam mit ihren Familien geflohen, die andere Hälfte (52 %) als unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF) nach Deutschland gekommen.

Betrachtet man die Anzahl minderjähriger Klient*innen im Jahresvergleich, dann zeigt sich, dass die Anzahl der Kinder und Jugendlichen in den PSZ 2016 insgesamt gesunken ist, der Anteil der unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten (umF) sich jedoch erhöht hat.

Die Erhöhung des Anteils unbegleiteter minderjähriger Geflüchteter (umF) im Jahr 2016 kann u.a. darauf zurückgeführt werden, dass umF erst seit 1.11.2015 wie Erwachsene über eine Quotenregel auf das gesamte Bundesgebiet verteilt werden. Zuvor wurden umF dort untergebracht, wo sie in Deutschland ankamen – entsprechend war diese Gruppe von Geflüchteten nur in einigen Regionen Deutschlands überhaupt eine Patient*innen-Gruppe der PSZ. Insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern gab es vor 2016 nur sehr wenige Jugendliche, die hier ohne ihre Eltern ankamen.

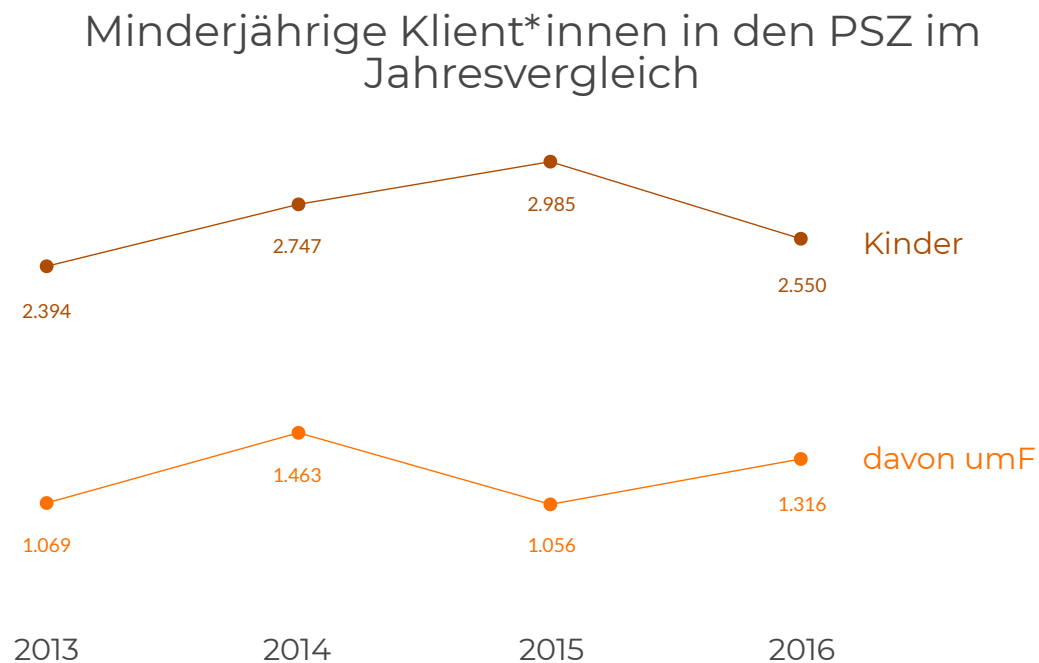
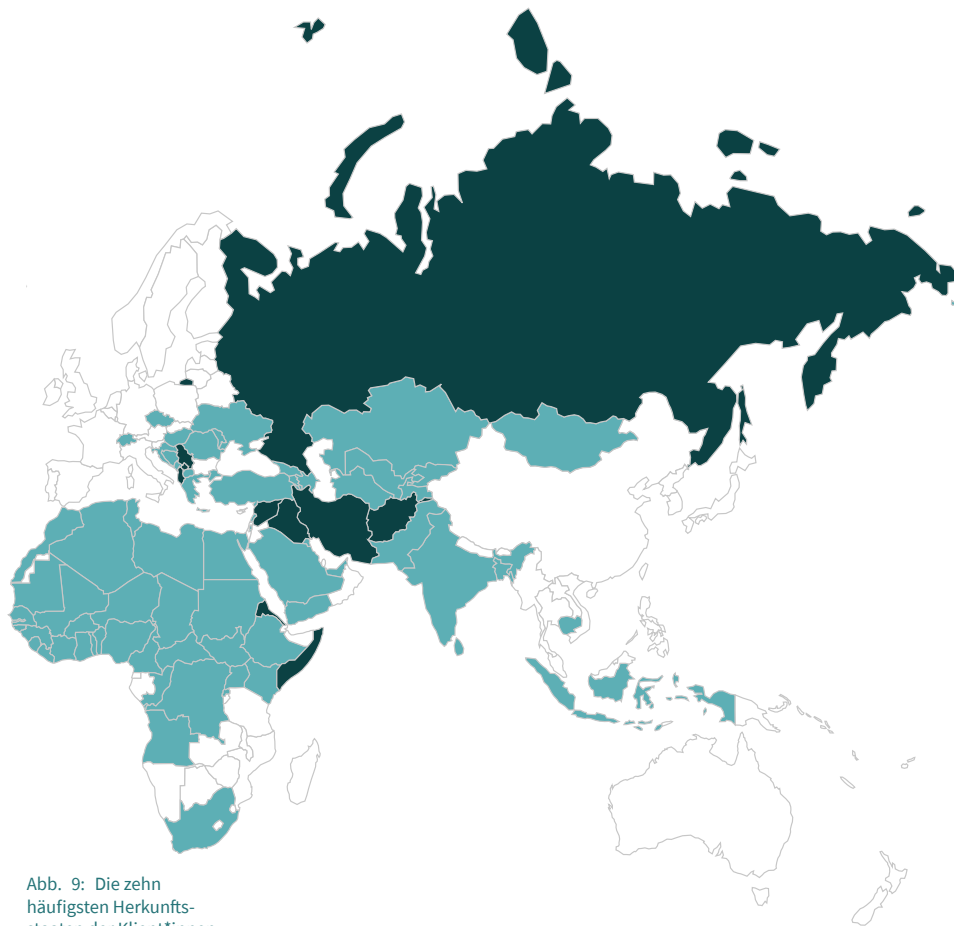


Abb. 8: Gesamtanzahl der minderjährigen Klient*innen in den PSZ im Vergleich zu den Jahren 2013, 2014 und 2015

Herkunftsländer der Klient*innen

Die Klient*innen in den Psychosozialen Zentren kommen aus 80 verschiedenen Herkunftstaaten. Die meisten Klient*innen kommen aus Syrien, Af-

ghanistan und der Russischen Föderation, gefolgt von Klient*innen aus dem Iran, Irak und Kosovo.



Die Klient*innen in den PSZ kommen **aus 80 verschiedenen Herkunftstaaten**. Die meisten Klient*innen kommen aus:

- Syrien
- Afghanistan
- Russ. Föderation
- Iran
- Irak
- Kosovo
- Somalia
- Eritrea
- Serbien
- Albanien

Abb. 9: Die zehn häufigsten Herkunftstaaten der Klient*innen in den PSZ im Jahr 2016 (in dunkelgrün) sowie weitere Herkunftsländer (in hellgrün).

Klient*innen aus „sicheren Herkunftsländern“

Sichtbar wird in den Daten zu den Herkunftsländern der Klient*innen auch, dass im Durchschnitt 19 % der Geflüchteten in den Psychosozialen Zentren aus sogenannten „sicheren Herkunftsländern“ kamen.

In Deutschland gelten derzeit folgende Länder als „sichere Herkunftstaaten“:

- die Mitgliedstaaten der Europäischen Union,
- Albanien,
- Bosnien und Herzegowina,
- Ghana,
- Kosovo,
- Mazedonien,
- Montenegro,
- Senegal,
- Serbien.

Die Regelung der „sicheren Herkunftsländer“ besteht seit 1993. In den Jahren 2014 und 2015 wurden die Westbalkanstaaten in die Liste aufgenommen. Damit hat der Bundestag für diese Staaten festgelegt, „dass dort generell keine staatliche Verfolgung zu befürchten ist und dass der jeweilige Staat grundsätzlich vor nichtstaatlicher Verfolgung schützen kann“ (BAMF, 2016).

Asylanträge von Menschen, die aus sogenannten sicheren Herkunftstaaten geflohen sind, werden in einem beschleunigten Verfahren geprüft und üblicherweise als „offensichtlich unbegründet“ abgelehnt – obwohl die Lage in ihren Herkunftsländern oft längst nicht so stabil ist, wie es vom Konzept der sicheren Herkunftsländer angenommen wird. So sind ein großer Teil der Asylsuchenden aus Serbien, Mazedonien und dem Kosovo Rom*nja, die europaweit Marginalisierung, Verfolgung und systematischer Diskriminierung ausgesetzt sind (Christoph et al., 2016).

Bemerkenswert sind in diesem Zusammenhang auch die Anerkennungsquoten, die sich für Geflüchtete aus den Westbalkanländern in anderen europäischen Ländern ergeben. Während z.B. die Anerkennungsquote für Asylsuchende aus dem Kosovo in Deutschland 2015 bei nur 0,5 % lag, wurden in Großbritannien 9,9 % und in Frankreich sogar 14,8 % der Asylsuchenden aus dem Kosovo anerkannt (Eurostat, 2016 zitiert nach Christoph et al., 2016).

Klient*innen, die aus „sicheren Herkunftsstaaten“ geflohen sind, leiden unter der ständigen Angst, unter Zwang in Länder zurückgeschickt zu werden, in denen ihnen wiederholt Gewalt und Ausgrenzung droht und sie keinerlei Lebensgrundlage haben. Aber auch hier in Deutschland werden sie durch die Regelungen der Asylpakete I und II in die Isolation gedrängt. Asylsuchende aus „sicheren Herkunftsstaaten“ müssen über die gesamte Dauer ihres Asyl-

	„Sichere Herkunftsländer“
$\bar{x}$	19 %
$\tilde{x}$	18 %
Min	0 %
Max	90 %

Tabelle 7: Durchschnittlicher und typischer Anteil der Klient*innen aus sogenannten „sicheren Herkunftsländern“ an der Gesamtzahl der Klient*innen

verfahrens in der zuständigen Aufnahmeeinrichtung wohnen. Wenn ihr Antrag als „offensichtlich unbegründet“ abgelehnt wird, dann sogar bis zum Zeitpunkt ihrer Ausreise. Sie dürfen nicht arbeiten und das in ihrer Aufenthaltsgestattung festgelegte Gebiet nicht ohne Erlaubnis verlassen (BAMF, 2016).

Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen

Zwischen 22 und 85 % der Klient*innen in den Psychosozialen Zentren befinden sich noch im Asylverfahren – im Durchschnitt macht diese Klient*innen-Gruppe mit 60 % über die Hälfte der Gesamtzahl aus. Der sehr hohe Anteil an Asylsuchenden im Vergleich zu anerkannten Flüchtlingen spiegelt zum einen die lange Dauer der Asylverfahren in den letzten Jahren wider und macht zugleich sehr deutlich, wie hoch die Relevanz des Themas „Unsicherheit“ für das Beratungs- und Behandlungssetting ist. Grundsätzlich verändert sich der Aufenthalt von Klient*innen zwar in der Regel über die Zeit der Behandlung in den Zentren, für etwa ein Fünftel der Klient*innen (in einigen Zentren bis zu

45 %) löst sich diese Unsicherheit jedoch auch nach Abschluss des Asylverfahrens nicht auf: Sie erhalten nur eine Duldung und bleiben damit in andauernder Sorge um ihre Zukunft.

Im Durchschnitt 18 % der Klient*innen in den PSZ sind anerkannte Flüchtlinge bzw. verfügen bereits über einen festen Aufenthaltstitel.

Hier ist jedoch die enorme Spannweite zu beachten: Einige Zentren behandeln fast gar keine anerkannten Flüchtlinge, in anderen Einrichtungen wiederum beträgt ihr Anteil über zwei Drittel.

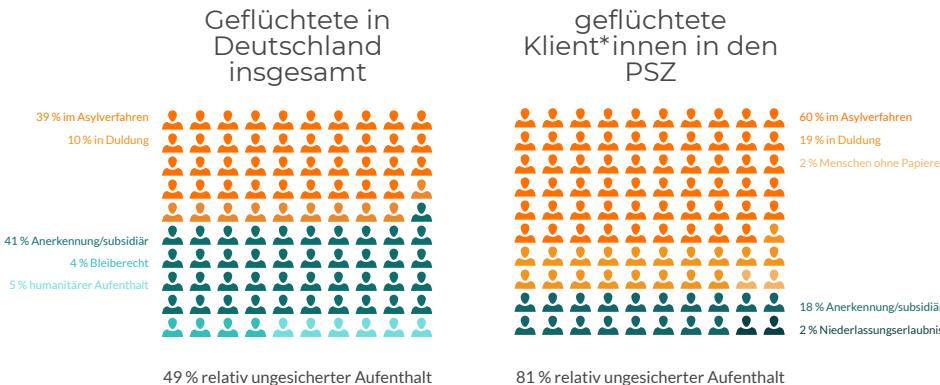


Abb. 10: Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen in den PSZ im Vergleich zur Gesamtzahl der Geflüchteten in Deutschland.

Quelle: IST-Zahlen in Deutschland lebender Flüchtlinge, Angaben des AZR. Dr. Thomas Hohlfeld, Referent für Migration und Integration, Fraktion DIE LINKE, im Bundestag, 227-51122, 9.3.2017. Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen der LINKEN (Ulla Jelpke u. a.): BT-Drs. 16/8321, 16/12029, 17/642, 17/4791, 17/8547, 17/12457, 18/1033, 18/3987, 18/5862, 18/7800, 18/9556, 18/11388

Tabelle 8: Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen in den PSZ 2016

	Aufenthaltsge- stattung	Duldung	Menschen ohne Papiere	Anerkennung/ Aufenthaltser- laubnis	Niederlas- sungserlaubnis
Ø pro Zentrum ($\bar{x}$)	60 %	19 %	2 %	18 %	2 %
typisches Zentrum ($\bar{X}$)	64 %	20 %	0 %	14 %	0 %
Min	22 %	0 %	0 %	3 %	0 %
Max	85 %	45 %	10 %	70 %	10 %
	81 % relativ ungesicherter Aufenthalt			19 % relativ gesicherter Aufenthalt	

Im Gesamtbild zeigt sich, dass die große Mehrheit der Klient*innen in den PSZ sich mit 81 % aller Klient*innen in aufenthaltsrechtlicher Unsicherheit befindet. Damit unterscheidet sich die Situation der Klient*innen in den Psychosozialen Zentren deutlich von der Situation, in der sich Geflüchtete im letzten Jahr insgesamt in Deutschland befanden. Während sich laut der Daten des Ausländerzentralregisters (AZR) am Ende des Jahres 2016 etwa die Hälfte der Geflüchteten in Deutschland (zumindest für einige Zeit) in relativer Sicherheit befand (Hohlfeld, 2017), beträgt dieser Anteil bei den Klient*innen der PSZ lediglich 19 %.

In der verhältnismäßig geringen Anzahl von Klient*innen mit eher gesichertem Aufenthaltsstatus spiegelt sich u.a. der Umstand wider, dass viele Zentren in Anbetracht ihrer geringen Kapazitäten entscheiden müssen, nach welchen Kriterien sie behandlungsbedürftige Geflüchtete aufnehmen und in welchen Fällen sie versuchen, sie an die Regelversorgung zu verweisen. Viele Zentren treffen diese Entscheidung zugunsten derjenigen Geflüchteten, die die schlechtesten Chancen haben, außerhalb der Psychosozialen Zentren ein Behandlungsangebot zu finden. Zwar sind auch anerkannte Flüchtlinge nur sehr schwer und unter großen Bemühungen an niedergelassene Kolleg*innen zu vermitteln – ihre Möglichkeiten sind jedoch aufgrund ihres Versicherungsstatus relativ gesehen zu denen von Menschen im Asylverfahren noch besser. Daher bemühen sich viele Zentren, ihre Versorgungsangebote v.a. für Menschen mit (noch) unsicherer Aufenthaltsperspektive vorzuhalten.

Dublin-Fälle

Nach der Dublinregelung ist der EU-Staat für die Durchführung des Asylverfahrens verantwortlich, über den z.B. die Einreise in die EU stattgefunden hat. Geflüchtete werden zwischen den EU-Staaten hin- und hergeschoben, um eine vermeintlich fairere Verteilung zwischen den EU-Mitgliedstaaten zu erreichen. Häufig kommt es aber auch gar nicht zu Überstellungen von Deutschland in einen anderen EU-Staat. Die Ungewissheit und Unsicherheit, ob die betroffene Person nun in Deutschland bleiben kann, hat große Auswirkungen auf die psychische Gesundheit. Die Zahl der Dublin-Überstellungen liegt im Jahr 2016 bei 3.968 Fällen.¹⁹ 872 der Dublin-Überstellungen (22,0 %) richteten sich gegen Minderjährige²⁰, die von ihren Angehörigen begleitet wurden bzw. um solche, die mit ihren Angehörigen in einem anderen Dublin-Staat zusammengeführt wurden. Es wurde in 55.690 Fällen ein Übernahmeersuchen gestellt, d.h. Deutschland sah sich in den Fällen nicht für die Durchführung des Asylverfahrens zuständig und leitete ein Dublin-Verfahren ein.

Etwa ein Fünftel der Klient*innen in den Zentren (18 %) sind Dublin-Fälle – in einigen Regionen sogar bis zu 70 % der Klient*innen.

	Dublin-Fälle
$\bar{x}$	18 %
$\bar{X}$	17 %
Min	2 %
Max	70 %

Tabelle 9: Durchschnittlicher und typischer Anteil der Dublin-Fälle an der Gesamtzahl der Klient*innen

19 https://www.prosyla.de/wp-content/uploads/2015/12/Dublin_2016.pdf

20 <https://www.nds-fluerat.org/23837/aktuelles/auswertung-der-abschiebungszahlen-2016/>

Entwicklung der Klient*innen-Zahlen

Im Jahr 2016 wurden fast 10.000 Klient*innen neu in die Angebotsstrukturen der PSZ aufgenommen, dies entspricht im Durchschnitt pro Zentrum knapp 306 Neuaufnahmen. Ein typisches Zentrum nahm im Jahr 2016 etwa 277 Klient*innen neu auf.

Mehr als die Hälfte der Klient*innen, die 2016 von den Psychosozialen Zentren versorgt wurden (55 %), sind also im Laufe des Jahres neu in die jeweilige Einrichtung aufgenommen worden. Dabei hat sich der Anteil der Neuaufnahmen im Vergleich zu den Vorjahren um etwa ein Viertel (24 %) erhöht. Abbildung 11 verdeutlicht die Entwicklung der Neuaufnahmen in der Zeit von 2013 bis 2016.

Neuaufnahmen in den PSZ im Jahresvergleich

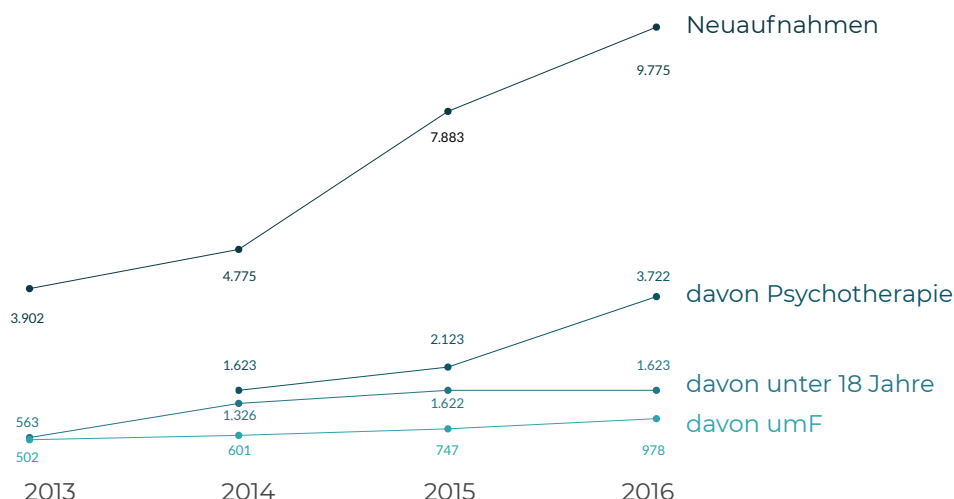


Abb. 11: Neuaufnahmen in den Versorgungsangeboten im Vergleich zu den Jahren 2013, 2014 und 2015

	Klient*innen insgesamt	Neuauf- nahmen insgesamt	davon Psycho- therapie	unter 18	umF	
Σ (n=32)	17.674	9.775	3.722	1.623	978	
Ø pro Zentrum ($\bar{x}$)	552,3	305,5	116	51	31	
typisches Zentrum ($\check{x}$)	483	277	63	38	22	
Min	30	30	0	0	0	
Max	1727	819	402	150	100	
% an allen Klient*innen		55 %	% an Neu- aufnahmen	38 %	17 %	10 %

Tabelle 10: Neuaufnahmen insgesamt und in den Versorgungsangeboten im Jahr 2016

Gesamtanzahl der Klient*innen in den Versorgungsangeboten im Jahresvergleich

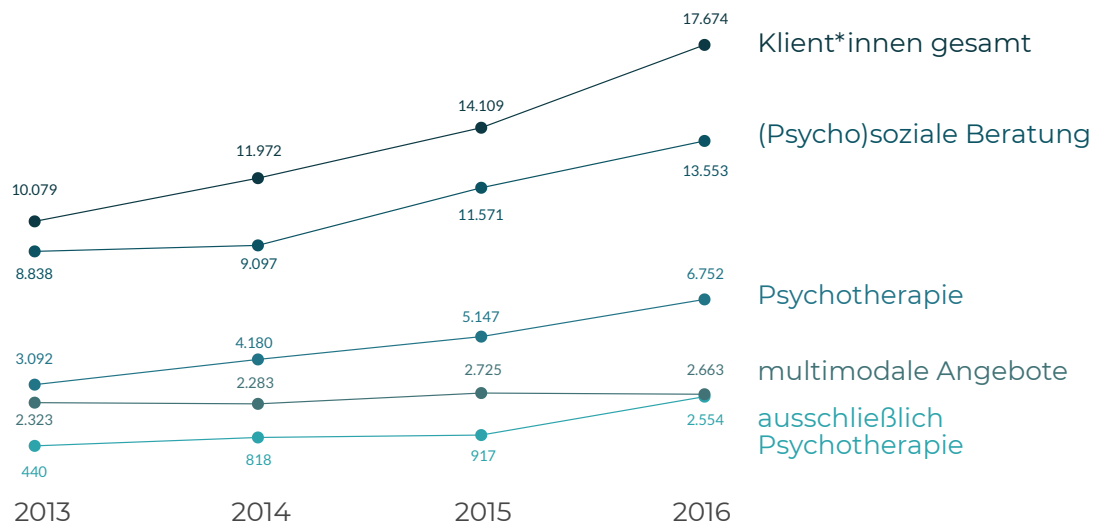


Abb. 12: Gesamtanzahl der Klient*innen in den Versorgungsangeboten im Jahresvergleich.

Im Jahresvergleich wird deutlich, dass auch die Gesamtzahl der Klient*innen kontinuierlich gestiegen ist. Im Vergleich zum Vorjahr konnten im Jahr 2016 bei gleichbleibender Zentrumszahl (n=32) 3.565 Klient*innen mehr behandelt werden, was einen Anstieg von 25 % bedeutet. Bemerkenswert ist dabei vor allem der Anstieg der Anzahl der Klient*innen, die psychotherapeutisch betreut wurden. Im Bereich der psychotherapeutischen Behandlung ist die Anzahl der Klient*innen um fast ein Drittel (31 %) gestiegen.

Trotz gleichbleibender Stichprobenzahl von 32 Zentren in den Jahren 2015 und 2016 sind deutliche Anstiege der Zahlen zu verzeichnen. Das heißt, nicht nur die Gesamtanzahl der betreuten Klient*innen bundesweit hat sich im Vergleich zum Vorjahr deutlich erhöht, sondern auch die durchschnittliche Anzahl der jeweils von einem der Psychosozialen Zentren betreuten Klient*innen. Im Schnitt betreute jedes Zentrum 111 Klient*innen mehr als im Vorjahr.

Tabelle 11: Gesamtanzahl der Klient*innen in den Versorgungsangeboten im Vergleich zu den Jahren 2013, 2014, 2015 und 2016.

	Klient*innen gesamt	(psycho)soziale Beratung	Psychotherapie	ausschließlich Psychotherapie	multimodale Angebote
2013	10.079	8.838	3.092	440	2.323
2014	11.972	9.097	4.180	818	2.283
2015	14.109 (+18 %)	11.571 (+27 %)	5.147 (+23 %)	917	2.725
2016	17.674 (+25 %)	13.553 (+17 %)	6.752 (+31 %)	2.554	2.663

Tabelle 12: Durchschnittliche Anzahl der Klient*innen 2016 in den Versorgungsangeboten im Vergleich zu den Jahren 2013, 2014, 2015.

Ø pro Zentrum ($\bar{x}$)	Anzahl PSZ (n)	Klient*innen insgesamt	persönliche Beratung	Psychotherapie	ausschließlich Psychotherapie	multimodale Angebote
2013	23	438	384	134	19	101
2014	28	428	325	149	29	82
2015	32	441	362	161	32	85
2016	32	552,3	423,5	211	79,8	83,2
Anstieg 2015-2016		25 %	17 %	31 %	149 %	-2 %

Personelle Ressourcen der Psychosozialen Zentren

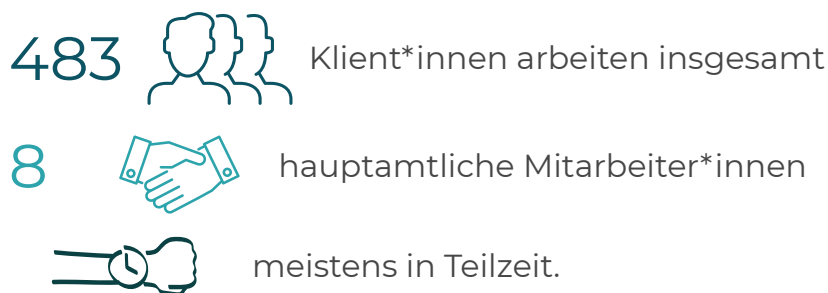
Insgesamt wurden die 17.674 Klient*innen der 32 Psychosozialen Zentren im Jahr 2016 durch etwa 380 fest angestellte Mitarbeiter*innen versorgt. Die Bandbreite der personellen Ressourcen über das Bundesgebiet hinweg reicht dabei jedoch von sehr kleinen Zentren, die lediglich 2 hauptamtliche Mitarbeiter*innen in Teilzeit beschäftigen können, bis hin zu sehr großen Zentren mit bis zu 64 hauptamtlichen Mitarbeiter*innen.

In einem typischen Zentrum ($\bar{x}$) mit etwa 483 Klient*innen arbeiten insgesamt 8 hauptamtliche Mitarbeiter*innen – zumeist in Teilzeit. Üblicherweise teilt sich dieses 8-köpfige PSZ nur 5 „volle Stellen“.

Der*die einzelne*r Mitarbeiter*in ist mit rund 24,4 Stunden pro Woche angestellt. In der Regel bestehen also lediglich Arbeitsverhältnisse in Teilzeit – üblicherweise mit etwa zwei Dritteln der regulären Wochenarbeitszeit. Vollzeitstellen in den Psychosozialen Zentren sind eine Seltenheit.

Im Jahresvergleich zeigt sich bei der Anzahl der Mitarbeitenden in den PSZ insgesamt eine Zunahme von 21 %, d.h. von bundesweit 315 Mitarbeitenden in 2015 auf insgesamt 380 Mitarbeitende in 2016.

In einem typischen Psychosozialen Zentrum mit etwa



	hauptamtliche Mitarbeiter*innen	Stellenanteile insgesamt	Ø Wochenarbeitszeit pro Mitarbeiter*in
Σ	380	229	
Ø pro Zentrum ($\bar{x}$)	11,9	7,2	24,7h/ Woche
typisches Zentrum ($\bar{x}$)	8	5	24,4 h/Woche
Min	2	1	18h/ Woche
Max	64	35	35h/ Woche

Tabelle 13: Anzahl der Mitarbeiter*innen, Stellenanteile und durchschnittlichen Wochenarbeitsstunden im Jahr 2016

	2015	2016	Anstieg 2015-2016 (%)
Σ Mitarbeitende	315	380	21 %
Anzahl Mitarbeitende Ø pro Zentrum ($\bar{x}$)	9,8	11,9	21 %
Σ Stellenanteile	215,7	229	6 %

Tabelle 14: Anstieg der Mitarbeiter*innenzahlen im Vergleich 2015 – 2016.

6.

**Kapazität der
Psychosozialen
Zentren für
Flüchtlinge und
Folteropfer**

6. Kapazität der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Die Entwicklung der Klient*innen-Zahlen in den Psychosozialen Zentren zeigt, dass sich die Kapazität der Einrichtungen über die letzten Jahre hinweg deutlich erhöht hat. Dennoch kann nach wie vor keines der Psychosozialen Zentren der hohen Anzahl Hilfe suchender Klient*innen unmittelbar nachkommen. Fast alle Zentren (87 %) organisieren die Aufnahme von Klient*innen über ein Wartelistensystem. Zwei Drittel der Zentren nehmen in besonderen Krisenfällen z.T. auch außerhalb des geregelten Aufnahmesystems Klient*innen auf. Ein Drittel der Zentren hat aufgrund des hohen Bedarfs zusätzlich zur regulären Aufnahme von Klient*innen in das Behandlungs- und Betreuungsprogramm des Zentrums Notfall- bzw. Krisensprechstunden ein-

gerichtet, die auch für Klient*innen offen sind, die (noch) keine Klient*innen des Zentrums sind.

Dennoch müssen in 60 % der Zentren auch immer wieder Klient*innen ganz abgelehnt werden, können also weder direkt aufgenommen, noch auf die Warteliste gesetzt werden. Fast ein Drittel der Einrichtungen berichten darüber hinaus über Aufnahmestopps, in der über längere Zeit hinweg gar keine Klient*innen aufgenommen oder im Wartelistensystem notiert werden können. Auch werden häufig Wartelisten mit begrenzter Aufnahmezahl eingeführt, um die Wartezeiten nicht ins Endlose steigen zu lassen und eine realistische Chance zu haben, relativ zeitnah eine Therapie anbieten zu können.



Bei **87 % der Zentren** erfolgt die Aufnahme über eine Warteliste.

Etwa **60 % der Zentren** müssen manchmal Klient*innen ganz ablehnen



67 % der Zentren nehmen in Sonderfällen Klient*innen direkt auf.

Tabelle 15: Angaben zu den unterschiedlichen Verfahren zur Aufnahme von neuen Klient*innen über die Warteliste.

	%	n
Die Aufnahme erfolgt in unserer Einrichtung über eine Warteliste.	87 %	26
In Sonderfällen nehmen wir auch außerhalb unseres geregelten Prozederes Klient*innen auf.	67 %	20
Manchmal werden Klient*innen in unserer Einrichtung ganz abgelehnt.	60 %	18
Wir haben Notfall-/ Krisensprechstunden auch für (noch) Nicht-Klient*innen des Zentrums.	33 %	10
In unserer Einrichtung gibt es Aufnahmestopps.	30 %	9
Die Aufnahme erfolgt in unserer Einrichtung nur zu bestimmten Zeiten im Jahr.	10 %	3

Klient*innen auf den Wartelisten der Psychosozialen Zentren

Insgesamt standen in den 32 Psychosozialen Zentren während eines durchschnittlichen Monats etwa 1.600 Geflüchtete auf den Wartelisten. Die Anzahl der Klient*innen auf der Warteliste eines Zentrums variiert stark. Während in einigen Zentren in einem durchschnittlichen Monat bis zu 200 Geflüchtete auf den Wartelisten stehen, haben andere das Wartelistensystem als solches vollständig abgeschafft. Im Durchschnitt stehen jeden Monat 54 Geflüchtete auf der Warteliste eines Zentrums.

Nach der Kontaktaufnahme mit einem Psychosozialen Zentrum vergehen in der Regel 6 Monate, bis die betroffene Person einen Therapieplatz und 3 Monate bis sie einen Termin zur psychosozialen Beratung erhält. In etwa 37 % der Psychosozialen Zentren warten Geflüchtete jedoch zwischen 8 und 18 Monaten, bevor sie eine Psychotherapie beginnen können.

Grundsätzlich muss hier betont werden, dass die Länge der Wartelisten von den meisten Zentren aus ethischen Gründen begrenzt wird – sie stellt also keinen guten Indikator für den tatsächlichen Ver-

sorgungsbedarf dar. Darüber hinaus meldet sich die Mehrheit der Hilfe suchenden Geflüchteten nicht selbst als Klient*in in den Psychosozialen Zentren an.

In der Regel erfolgt die Kontaktaufnahme mit dem Zentrum durch Mitarbeiter*innen der Unterkünfte, durch ehrenamtliche Unterstützer*innen, durch sonstige Akteur*innen (v.a. weitere Flüchtlingssozialberatungsstellen, Jugendhilfeeinrichtungen sowie Jugend-, Gesundheits- und Sozialämter) sowie durch Angehörige und Bekannte der betreffenden Person oder deren Rechtsanwält*innen. Bei eher wenigen Klient*innen trifft zu, dass sie durch Hausärzt*innen oder Psychiater*innen, Kliniken oder andere Fachärzt*innen oder gar niedergelassene Psychotherapeut*innen angemeldet werden.

1.609  Klient*innen stehen auf den Wartelisten der PSZ

Im Durchschnitt warten sie



6 Monate

auf einen Therapieplatz

und

3 Monate

auf einen Beratungsplatz.

	Klient*innen auf der Warteliste	Ø Wartezeit auf Therapieplatz	Ø Wartezeit auf Beratungsplatz
Σ	1.609		
$\bar{x}$	54	6 Monate	3 Monate
$\tilde{x}$	40	6 Monate	1 Monat
Min	10	0 Monate	0 Monate
Max	200	18 Monate	8 Monate

Tabelle 16: Durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz in den Psychosozialen Zentren.

In Regionen, in denen die angespannte Aufnahme-situation der Zentren bereits bekannt ist, führt dies häufig dazu, dass entsprechende „Schlüsselpersonen“ wissen, dass nur noch diejenigen Klient*innen aufgenommen werden, die einen sehr hohen Leidensdruck haben. Alle Personen, die in irgendeiner Form durch andere Interventionen stabilisiert werden können, oder die als anerkannte Flüchtlinge bereits eine Versichertenkarte und damit theoretisch auch Zugang zum Regelsystem haben, werden häufig gar nicht mehr angemeldet, weil eine Aufnahme aussichtslos erscheint.

Es ist also davon auszugehen, dass die Anzahl der Personen auf den Wartelisten der Psychosozialen Zentren ohne die beschriebenen Selektionseffekte noch deutlich höher wäre.

Anmeldende: Durch wen erfolgte 2016 bei der Anmeldung von Klient*innen die Kontaktaufnahme mit Ihrer Einrichtung? (Mehrfachnennungen nötig)

	trifft bei fast keinem/r Klient*in zu	trifft bei eher wenigen Klient*innen zu	trifft bei eher vielen Klient*innen zu	trifft bei fast allen Klient*innen zu	Weighted Average
durch Mitarbeiter*innen der Unterkünfte	0 %	10 %	67 %	23 %	3,13
durch ehrenamtliche Unterstützer*innen	3 %	20 %	70 %	7 %	2,8
durch sonstige Akteur*innen	8 %	46 %	42 %	4 %	2,42
durch Angehörige/Bekannte	7 %	52 %	41 %	0 %	2,34
durch die Klient*innen selbst	7 %	53 %	40 %	0 %	2,33
durch Anwalt*innen	10 %	47 %	43 %	0 %	2,33
durch Hausarzt*innen	14 %	66 %	21 %	0 %	2,07
durch Psychiater*innen	10 %	72 %	17 %	0 %	2,07
durch Kliniken	17 %	63 %	20 %	0 %	2,03
durch andere Facharzt*innen	21 %	69 %	10 %	0 %	1,9
durch niedergelassene Psychotherapeut*innen	36 %	64 %	0 %	0 %	1,64

Tabelle 17:Anmeldung von Klient*innen in den PSZ 2016

Ablehnungen

Über das Jahr hinweg musste jedes der 32 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge im Durchschnitt 336 Klient*innen abweisen, konnte sie also weder auf die Warteliste setzen, noch gezielt an weitere Akteur*innen innerhalb der Region vermitteln. Unter diesen Personen waren pro Zentrum durchschnittlich 168 Geflüchtete, die um einen Therapieplatz angefragt hatten.

Insgesamt konnten damit im Jahr 2016 mindestens 10.360 Geflüchtete, die Hilfe in den Psychosozialen Zentren suchten, weder versorgt noch weitervermittelt werden. Damit ist die Anzahl der Ablehnungen pro Jahr mit 10.360 Geflüchteten zum ersten Mal höher als die Anzahl der Neuaufnahmen (9.775 Geflüchtete).

Im Bereich Psychotherapie spitzt sich dieses Verhältnis noch weiter zu: Hier mussten bundesweit 44 % mehr Anfragen von Geflüchteten abgelehnt werden (5.352 Ablehnungen), als in die Therapieprogramme aufgenommen werden konnten (3.722 Neuaufnahmen).

Hier wird eine bedeutsame Veränderung im Vergleich zum Vorjahr deutlich. Während die Ableh-

nungszahlen zunächst etwas zurückgegangen waren, zeigt sich für das Jahr 2016 ein starker Anstieg. Im Bereich Psychotherapie ist die Anzahl derjenigen Klient*innen, die nicht versorgt werden konnten, um über 50 % gestiegen, bezogen auf das gesamte Leistungsspektrum der PSZ betrug dieser Anstieg sogar 85 %.

Betont werden muss an dieser Stelle, dass die Anzahl der von den Zentren abgelehnten Personen nicht nur widerspiegelt, wer nicht von den Psychosozialen Zentren versorgt werden kann, sondern in der Regel auch, wer nicht an weitere Akteur*innen – beispielsweise an Behandelnde, die innerhalb der gesundheitlichen Regelversorgung arbeiten, weitervermittelt werden konnte. Alle Psychosozialen Zentren verstehen auch Kooperations- und Vermittlungsarbeit mit niedergelassenen Psychotherapeut*innen/Ärzt*innen bzw. anderen Einrichtungen als eine wichtige ihrer Aufgaben an. Das heißt, die Gruppe derjenigen Geflüchteten, die hier als abgelehnte Klient*innen erfasst wurde, bildet nur diejenigen ab, für die auch außerhalb des Psychosozialen Zentrums kein alternatives Versorgungsangebot gefunden werden konnte.

	Ablehnungen pro Jahr/ Beratung 2016	Ablehnungen pro Jahr/ Therapie 2016	Ablehnungen pro Jahr/ Sonstiges	Σ Ablehnungen / Jahr bundesweit
Σ	4.668	5.352	348	10.360
$\bar{x}$	156	168	12	336
Min	0	0	0	
Max	960	960	180	

Tabelle 18: Ablehnungen pro Jahr in Beratung und Therapie.

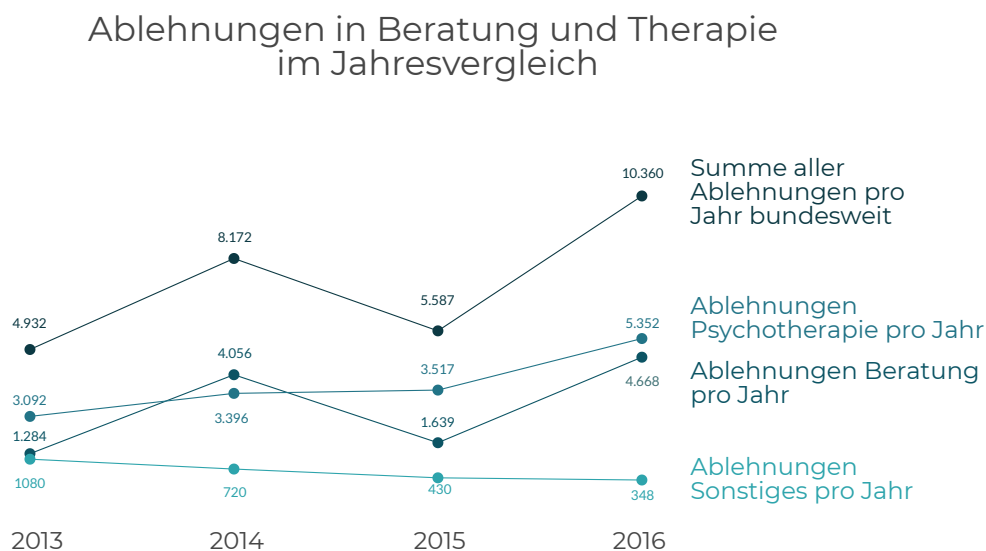


Abb. 13: Ablehnungen in Beratung und Therapie im Jahresvergleich.

Erreichbarkeit der Psychosozialen Zentren

Die Mehrheit der Klient*innen in den Zentren innerhalb einer Entfernung von bis zu 25km zum Psychosozialen Zentrum, bereits 22 % der Klient*innen legen jedoch bereits einen Weg zwischen 25 und 50km, 11 % sogar eine Strecke zwischen 50 und 100 km für Beratung und Therapie zurück. Für 5 % der Klient*innen in den Zentren beträgt der regelmäßige Anfahrtsweg über 100km, für einen kleinen Teil von 1,5 % Klient*innen, der aber dennoch etwa 275 Personen betrifft, sogar über 150km.

Im Durchschnitt beträgt das Einzugsgebiet eines Psychosozialen etwa 170 Kilometer. In der überwiegenden Mehrzahl sind die Psychosozialen Zentren in ihrer Region jeweils die einzigen Einrichtungen, an die Geflüchtete sich wenden können, wenn sie

psychosoziale Unterstützung benötigen. Entsprechend reisen Klient*innen oft aus allen Teilen der jeweiligen Bundesländer an und nehmen vor allem in Flächenländern oft mehrstündige Anfahrtswege in Kauf.

Das Leben der Klient*innen im ländlichen Raum weißt – über die häufig langen Anfahrtswege hinaus – weitere Herausforderungen auf. So ist meist die gesellschaftliche Isolation von Geflüchteten durch abgelegene Wohnorte noch größer, die Möglichkeiten zur Freizeitgestaltung und die Unterstützungsstrukturen durch Ehrenamtliche sind in ländlichen Gegenden mit anderen Schwierigkeiten verbunden als in Regionen, in denen zumindest eine gute Anbindung an das Netz des Regionalverkehrs besteht.

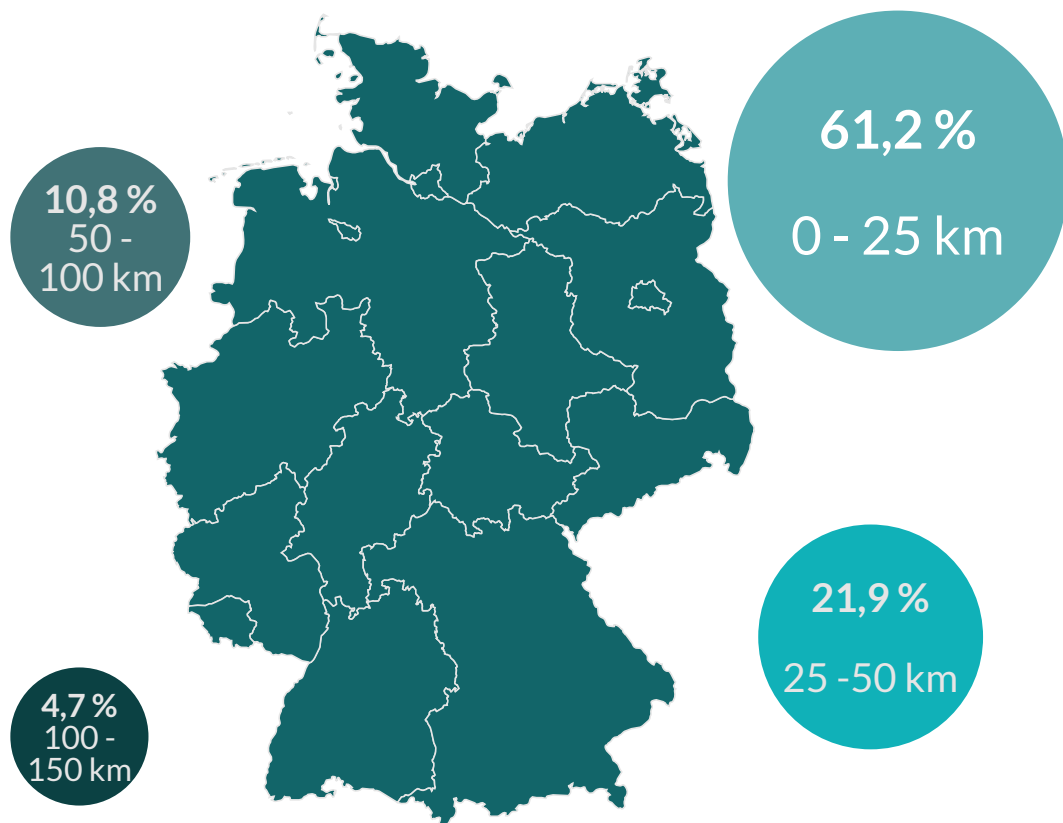


Abb. 14: Durchschnittliche Anfahrtswege der Klient*innen in den PSZ im Jahr 2016.

$\bar{x}$	170 km
$\tilde{x}$	150 km
Min	40 km
Max	400 km

Tabelle 19: Einzugsgebiet der Psychosozialen Zentren im bundesweiten Durchschnitt.

Stadt, Land, Flucht – Die Arbeit der Psychosozialen Zentren im ländlichen Raum

Dem ländlichen Raum gehen in Deutschland die Einwohner*innen aus. Ganze Dörfer sterben aus. Junge Menschen ziehen zum Studium oder für die Ausbildung in größere Städte. Die ältere Generation bleibt in den Dörfern zurück. Die Infrastruktur im ländlichen Raum wird schlechter. Busfahrpläne werden gekürzt, Supermärkte, Postämter und Arztpraxen geschlossen. Doch inzwischen werden immer mehr Geflüchtete in genau diejenigen Regionen verteilt, aus denen andere Menschen fliehen.

Die Herausforderungen und Chancen in der Integration unterscheiden sich dabei deutlich im Stadt-Land-Vergleich. Aufgrund der niedrigen Bevölkerungsdichte ist im ländlichen Raum oft nicht nur die allgemeine Infrastruktur schlechter, die Gemeinden haben häufig auch weniger personelle und finanzielle Ressourcen für Integrationsangebote. Mehrsprachige Communities sind seltener und es gibt oft keine Selbstorganisationsstrukturen, die als Multiplikator*innen Bedarfe feststellen und

an die kommunale Integrationspolitik herantragen können (Aumüller & Gesemann, 2016). Deshalb ist es grundsätzlich schwieriger, ein bedarfsgerechtes und damit auch differenziertes, an verschiedene Bedarfe angepasstes Angebot zu schaffen, das niemanden vergisst.

Doch die Überschaubarkeit der Region und ihrer Strukturen und Communities, die Nähe des Zusammenlebens und oft auch der Wohnungsmarkt können auch begünstigend auf den Integrationsverlauf wirken. Man trifft häufiger aufeinander und auch in Schulen und Kindertagesstätten schafft der ländliche Raum eine selbstverständlichere Durchmischung (ebd.).

Für Geflüchtete, die mit psychischen Erkrankungen kämpfen, kann das Leben auf dem Land jedoch besonders belastend sein. Beratungsangebote und Therapieplätze gibt es in der Regel nur an einigen zentralen Orten im Landkreis.

Interview: Leben auf dem Land – eine besondere Herausforderung für psychisch belastete Geflüchtete?

Was bedeutet es für Menschen, wenn sie im ländlichen Raum untergebracht sind? Für das Asylverfahren oder auch für Arbeit oder Bildungszugänge, für Integrationsfragen, für Unterbringung?

***Therapeutin:** Viele Menschen haben hier wirklich Schwierigkeiten mit den öffentlichen Verkehrsmitteln. Es gibt zum Beispiel eine Unterkunft in H., von dort aus ist der Weg einfach unglaublich aufwendig – vor allem weil die Bahnen und Busse von dort aus sehr unregelmäßig fahren. Es ist total schwierig mit dem Bus überhaupt in ein Gebiet zu kommen, von dem es dann wieder eine richtige Bahnanbindung gibt. Die Klient*innen kommen bei uns ja nicht nur aus dem unmittelbaren Kreis. Wir sind therapeutisch auch zuständig für die Außenkreise. Ich habe den Weg einmal selbst mit den öffentlichen Verkehrsmitteln zurückgelegt: Das sind zwei Stunden mit dem Bus. Das ist fast nicht machbar für eineinhalb Stunden Therapiezeit – gerade für ein wöchentliches Angebot. Das ist fast nicht zumutbar. Die räumliche Lage hat einen großen Einfluss. Ich habe einen afghanischen Klienten, der sehr unter der räumlichen Situation leidet. Er fühlt sich sehr einsam und abgeschottet von allem anderen. Aber er hat inzwischen die Kraft, auch unglaublich lange Wege von zwei Stunden einfach auf sich zu nehmen, um rauszukommen aus dieser Unterkunft, um z. B. zum Sport in ein Fitnessstudio zu gehen.*

*Grundsätzlich ist es ein ewiges „Rumgegurke“ hier und die Menschen sind teilweise wirklich mehrere, ja eine Stunde mindestens unterwegs, um überhaupt rauszukommen. Gerade bei einigen traumatisierten Geflüchteten ist das ein großes Problem, dass ihr Wohnort so abgelegen ist: Wenn es dann im Winter auch noch so früh dunkel wird und wenig los ist an den Bahnhöfen, dann führt das zu Ängsten, dass etwas Unvorhersehbares passiert und man dann einsam ist und niemand da ist, um zu helfen. Diese Ängste machen es auch schwer, ins PSZ zu kommen. Manche Klient*innen trauen sich auch nicht allein zu fahren.*

- wenig Infrastruktur
- Abhängigkeit von Busfahrplänen
- Zwei Stunden Fahrtzeit für eineinhalb Stunden Therapie
- kaum spontane Freizeitgestaltung
- Abschottung
- Einsamkeit
- Ängste
- Abhängigkeit von Begleitpersonen

hohe Fahrtkosten



*Neben den langen Anfahrtszeiten, kommt dann noch der finanzielle Faktor mit den Fahrtkosten für die Personen, das heißt den*die Klient*in und zusätzlich eine Begleitperson hinzu. Das sind dann schon schnell mal pro Weg zwischen vier und fünf Euro, wenn nicht sogar noch mehr.*

Was wären denn erste Schritte, damit diese Probleme überwunden werden können oder gar nicht erst auftauchen?

geographische Barrieren wirken auf die Verbindlichkeit in der Therapie



Die Leute müssten so untergebracht werden, dass sie zumindest eine gute Anbindung haben. Also an einer zentralen S-Bahn-Linie oder einer zentralen Regionalbahnlinie. Damit sie einen Zugang haben. Ich merke zum Beispiel, dass sich bei einigen Klienten, die umgezogen sind, tatsächlich schon relativ schnell etwas an der psychischen Situation verändert hat, weil sie einfach in dem Dorf zumindest Einkaufsmöglichkeiten hatten, die vorher nicht gegeben waren. Bei einer afghanischen Familie war das so, die haben fünf Kinder. Und die haben ziemlich außerhalb gewohnt, wo es nicht einmal Einkaufsmöglichkeiten gab und waren dann zum Beispiel immer darauf angewiesen, entweder mit Bussen zu fahren, was beiden relativ schwer fiel. Es sind auch beide Analphabeten. Und das war ganz schwierig, die Fahrt mit ihnen logistisch zu organisieren, mit dem Bus zu fahren. In welchen Bus muss ich einsteigen? Das hat für ganz viel Unsicherheit bei denen gesorgt. Und gleichzeitig war das eine Kind ziemlich schwer krank und dadurch brauchten sie einen relativ schnellen Zugang zu Ärzten und zur Klinik. Wegen des Sonderbedarfs des Kindes hat dann auch der Umzug relativ gut und problemlos geklappt. Sie sind jetzt relativ nah an der Klinik dran. Aber da habe ich auch gemerkt, was für einen Unterschied es bei der Mutter gemacht hat, dass sie auch selbstständig einkaufen gehen konnte, was vorher schwierig war, weil sie sehr unsicher war, so dass sie immer mit ihrem Mann zusammen gefahren ist. Und das kann sie jetzt einfach selbstständig machen und kann sich viel freier bewegen. Sie kommt seitdem auch regelmäßig zu mir. Und das macht auch einen Unterschied. Vorher kam sie entweder eine Stunde zu spät oder kam gar nicht. Das funktioniert jetzt. Das heißt, sie kann Termine sowohl bei mir als auch bei Ärzten besser einhalten.

schlechte Unterbringungsbedingungen



Aber das mit dem schnellen Umzug war bei der Familie eben nur die Ausnahme. In anderen Fällen ist es sehr schwierig, z. B. bei alleinstehenden afghanischen Männern, die gerade so im Klageverfahren drinnen sind und bei denen noch nichts entschieden ist. Da ist ein Umzug fast unmöglich. Da gibt es eine Unterkunft, aus der möchten sehr viele raus, weil sie sehr abgelegen ist. Für viele auch unheimlich. Auch sehr schmutzig. Und da ist es ganz schwierig, da rauszukommen.



Die Unterbringung in manchen Unterkünften verhindert es, dass Menschen unkompliziert eine Therapie wahrnehmen können. (CC BY 2.0 Danko Münzel | flickr.com)

Du hast geschildert, dass der Zugang zum PSZ schon sehr schwierig ist. Aber wie ist es für Geflüchtete im Zugang zu Arbeit oder zu Freizeitangeboten?

*In Städten ist das Angebot mittlerweile sehr breit aufgestellt. Kostengünstige Aktivitäten wie Kochgruppen oder Sportgruppen, aus denen die Menschen schöpfen und Netzwerke aufbauen können. Hingegen habe ich hier den Eindruck, dass es schwer ist, überhaupt in so ein Netzwerk reinzukommen, weil es das gar nicht so gibt. Also ich glaube, dass es hier, dadurch, dass es hier ganz wenig gibt, dass die Menschen – wenn es so etwas gibt wie ein Café International –, dass sie da gar nicht hinkommen, weil dann oft die Fahrwege zu mühsam sind. Weil es einfach zu abgelegen ist, da wo sie untergebracht werden. Es gibt schon auch ehrenamtliche Initiativen, die versuchen auch mal etwas zu organisieren. Aber das unterscheidet sich auch im Vergleich zum städtischen Raum, wo es ja oft ganz viele Student*innen sind, die aktiv sind. Eher jüngere Menschen, zwischen zwanzig bis Ende zwanzig. Hier ist ganz klar der Altersdurchschnitt der Ehrenamtlichen bei zwischen fünfzig und sechzig. Was natürlich auch einen großen Einfluss auf die Angebote an sich macht.*



weniger Freizeit- und Integrationsangebote



weniger Gleichaltrige



weniger ehrenamtliche Unterstützung

Und für den Alltag im PSZ – was bedeutet es für Eure Arbeit, im ländlichen Raum für Geflüchtete engagiert zu sein?

*Ich merke, dass ich manchmal bei Terminen eher nochmal darauf achte, dass man einen Termin verknüpft mit einem Termin bei der Verfahrensberatung, wenn die Leute sowieso schon den Weg auf sich nehmen. Oder dass ich eher auch mal einen längeren Termin statt zwei kürzere Termine anbiete. Generell würde ich sagen, es klappt trotzdem, dass Klient*innen regelmäßig zu therapeutischen Gesprächen kommen. Sie nehmen das schon zumindest für die Einzelgespräche in Kauf. Schwierig wird es eher, wenn wir von Gruppenangeboten sprechen.*



hoher Koordinationsaufwand für weit entfernt wohnende Klient*innen

Was ist da der Unterschied? Kannst du das erklären?

*Wir hatten vor, neben den Therapieangeboten auch sprachungebundene und aktivitätsorientierte Angebote zu machen. Wir wollten das Angebot öffnen für Frauen für alle Sprachen und haben das ausgeschrieben und Klient*innen angesprochen. Es gab aber kein großes Interesse dafür. Es hat sich tatsächlich niemand gemeldet, selbst nach wiederholter Ansprache. Auch Klient*innen, die wir im Einzelsetting hatten, kamen nicht zu dieser Gruppe. Und es kann sein, dass es auch zu einer ungünstigen Zeit lag. Das wird sicherlich auch eine Rolle gespielt haben. Wir hatten das nachmittags angeboten und es haben doch einige auch Kinder. Aber ansonsten habe ich eben auch die Rückmeldung gekriegt, es geht nicht wegen der Wege. Zu weit. Ich glaube, dass viele Menschen diesen langen Weg eher auf sich nehmen, wenn sie wissen, okay, ich habe diesen Einzeltermin. Dann wissen sie, wir sind im Einzelkontakt und sie haben dann wirklich ihren Raum. Ich glaube, das spielt eine Rolle für die Motivation. So ein Gruppenangebot ist oftmals eher abschreckend und wird deshalb gar nicht erst ausprobiert.*



geringe Inanspruchnahme von Gruppenangeboten

*Zu eher psychoedukativen Gruppen weiß ich aus den Berichten von Kolleg*innen in Großstädten, dass sie die Möglichkeit haben, Klient*innen ganz gezielt nach Belastung und Krankheitsbild für Gruppen zusammenzusetzen und dann daraus homogenere Gruppen bezüglich Sprache, Geschlecht oder Symptomatik entstehen können. Das ist bei uns sehr schwierig, überhaupt eine homogene Gruppe aufzubauen. So viele Teilnehmende zu finden, die passend wären und dann daraus eine Gruppe entstehen zu lassen. Wir haben gar nicht die Möglichkeit, eine Gruppe aus Dari-sprechenden oder Dari-Farsi-sprechenden Frauen mit ähnlichen Anliegen zu bilden. Es sind gar nicht genug Frauen oder Männer aus einer Region da, um überhaupt eine homogene Gruppe zu bilden.*



wenige Klient*innen aus dem gleichen Sprachraum pro Region

Und dann sind die Gruppen heterogen und was bedeutet das?

kleine Geflüchteten-Communities erschweren die Vertrauensbildung in Therapiegruppen



*Es kam gar nicht dazu, dass wir eine Gruppe aufbauen konnten, weil wir keine heterogene Gruppe wollten. Weder hinsichtlich des Geschlechts noch mit vielen Dolmetscher*innen. Wir hatten so eine Psychoedukationsgruppe und das hat einmal funktioniert und dann war es aber auch quasi ausgeschöpft an Dari-Farsi-sprechenden Frauen bei uns in der Region, die dafür geeignet waren. Das waren acht Frauen.*

Was ich dann auch beobachtet habe ist, dass sich die Frauen alle untereinander kannten, weil es ja nicht so viele gibt. Und dann teilweise auch die Schweigepflicht nicht gewahrt wurde. Dass dann doch Dinge nach außen gedrungen sind, weil die eine kennt ja die Familie wiederum und die Familie kennt sie. Und das hat natürlich auch verständlicherweise zu großer Unruhe in der Gruppe geführt, dass da die Hauptgruppenregel der Schweigepflicht nicht eingehalten wurde.

Die große Nähe zum Alltag in den Communities macht den Vertrauensaufbau in den Gruppen also schwieriger?

Rollenverwicklungen für Dolmetschende in sehr kleinen Communities



Diese enge Vernetzung kann gut sein, in dem Fall des Bruchs der Schweigepflicht aber auch hinderlich sein. Ich habe auch den Eindruck, dass das enge Netzwerk auch für Dolmetschende ein Problem sein kann. Denn Dolmetschende sind auch schneller in dieser Community mit drinnen. Ihre Nummer wird dann z. B. einfach weitergegeben. Ich denke gerade an eine bestimmte Dolmetscherin. Sie ist Armenierin und die armenische Community hier ist so klein, dass sich das vermischt. Sie wird dann auch in ihrer Freizeit angerufen, weil sie andere sowieso schon kennen. Die haben dann wiederum die Nummer an den einen Klienten weitergegeben und sie ist dann Ansprechpartnerin für vieles. Es braucht dann wirklich sehr viel Stärke auf Seiten der Dolmetschenden, sich davon auch ganz klar abgrenzen zu können.

Wie ist denn die Verfügbarkeit von Dolmetschenden bei Euch?

wenige Sprachmittler*innen für seltenere Sprachen



Es ist hier sehr schwierig Dolmetschende zu finden. So haben wir z. B. bisher keine Tigrinya-Dolmetscher gefunden, Somali auch nicht. Albanisch bricht uns immer wieder weg. Unter anderem eben auch wegen so einer Sache, dass gerade bei den Leuten, die schon lange hier sind, die sind untereinander schon vernetzt und dann können wir die Dolmetscherin, die wir eigentlich hatten, nicht einsetzen, weil sie sich kennen.

Welche Bedeutung hat das denn für Euch persönlich, im ländlichen Raum zu arbeiten?

Regionen verstehen, in denen man selbst nicht lebt



*Ich merke selbst oft, dass Klient*innen mich manchmal Dinge fragen, die ich ihnen für meinen Wohnort in der Stadt ganz klar beantworten könnte. Ich wohne selbst in der nächsten Großstadt und nicht hier im Landkreis. Ich habe daher hier oft Schwierigkeiten, die Strukturen zu durchblicken. Wenn ich in der Therapie dann gerne den Aufbau von positiven Aktivitäten besprechen würde, um zu schauen, wie Klient*innen aus ihrer Depressionsspirale herauskommen könnten, dann ist es oft relativ schwierig, überhaupt herauszufinden – wo gibt es denn – wenn überhaupt – welche Angebote? Sicherlich gibt es ein paar vereinzelte. Ein paar, an denen wir auch selbst zum Teil mitwirken. Das kann ich dann nennen. Aber einen Überblick zu bekommen, das ist oft schwierig.*

lange Arbeitswege und Pendeln zwischen verschiedenen Standorten



Vor allem ist es tatsächlich ziemlich anstrengend, dadurch, dass wir verschiedene Standorte haben und die Wege zwischen den Standorten relativ lang sind und wir sowieso schon so einen langen Anfahrtsweg haben. Das ist ziemlich anstrengend. Meine Kollegin, die Asylverfahrensberatung macht, fährt ständig hin und her. Bei der therapeutischen Arbeit haben wir

es so aufgeteilt, dass meine Kollegin und ich uns die Tage an den Standorten aufgeteilt haben und dann immer wechseln. Man ist eine dreiviertel Stunde mit dem Auto zwischen den Standorten unterwegs. Und dann ist ja noch geplant Außensprechstunden zu machen. Zumindest Clearinggespräche in den Bezirken. Ja... Fahrwege sind nicht nur bei den Klient*innen ein Problem.

Das heißt es gibt Tage, da seht ihr euch auch gar nicht im Team. Was bedeutet das für eure Zusammenarbeit im Team?

Es erfordert tatsächlich auch viel logistischen Aufwand, zu Teamsitzungen zusammen zu finden, wenn man verschiedene Standorte hat und dann zum Teil ja noch in Teilzeit arbeitet. Wir haben ja eigentlich gerade auch nur eine volle Psychologenstelle besetzt, die wir uns aufteilen. Da ist es tatsächlich schwierig, gemeinsame Arbeitstage zu finden und da flexibel zu sein. Weil wir auch nicht mal so spontan vorbeikommen können für einen halben Tag.



Teamsitzungen mit hohem logistischen Aufwand

Eine Kollegin hat deswegen auch bei uns aufgehört. Sie konnte das nicht mehr. Und die langen Wege haben natürlich auch einen Einfluss darauf, wen wir als ihre Nachfolge einstellen können. Es ist gar nicht so leicht, hier die Stellen nachzubeseetzen, weil die meisten dann halt doch in den nächstgelegenen Städten wohnen, aber nicht unbedingt in dem Kreis.



Schwierigkeiten, neues Personal zu finden

Gibt es für Euch auch Aspekte, von denen Ihr bzw. Eure Klient*innen eher profitiert im ländlichen Raum? Dinge, von denen Ihr Euch wünscht, dass sie auch bei Strukturverbesserungen in den Regionen erhalten bleiben?

Ich glaube, wenn einmal das Netzwerk aufgebaut ist, dann ist es auch gut und dann ist es auch fest. Dann kann auch ein leichter und schnellerer Austausch stattfinden. Man kennt dann doch zum Beispiel Ehrenamtler X oder Mitarbeiter Y aus der Ausländerbehörde persönlich. Ich glaube, da kann das Ländliche das Ganze durchaus auch vereinfachen – vorausgesetzt, es ist eine Struktur da. Meine Kollegin hat mittlerweile dadurch, dass sie schon so lange in dem Bereich ist und auch selber aus dem Kreis hier kommt, ein sehr gutes Netzwerk aufgebaut und hat dann auch ihre persönlichen Ansprechpartner, z. B. bei der Ausländerbehörde, von denen sie genau weiß, an wen sie sich richten kann. Und ich glaube, das ist nochmal auch ein Unterschied im ländlichen Raum. Da kennt man sich dann doch auch schneller persönlich. Es gibt ja nicht viele Psychiater hier in der Gegend. Die kennen wir schon alle. Wir wissen also, zu wem wir in welchen Fällen schnell Kontakt aufnehmen können.



starke Netzwerke



hilfreiche persönliche Kontakte



Für viele Geflüchtete ist es schwierig, die weiten Anfahrtswege zu den PSZ regelmäßig zurückzulegen.
(CCO, stux | pixabay.com)

7.

**Zugänglichkeit
der Versorgungs-
angebote für
Geflüchtete**

7. Zugänglichkeit der Versorgungsangebote für Geflüchtete

Die zum Teil weiten Wege und die langen Wartezeiten, die psychisch belastete Geflüchtete auf sich nehmen, um Unterstützung in einem der Psychosozialen Zentren in Anspruch nehmen zu können, ebenso wie die hohen Ablehnungszahlen, werfen die Frage auf, inwieweit Menschen, die keinen Behandlungsplatz in einem der PSZ erhalten, in anderen Institutionen oder Behandlungssettings – insbesondere denen der gesundheitlichen Regelversorgung Hilfe finden können.

Schon immer bemühen sich die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, niedergelassene Kolleg*innen und Kliniken in die Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern einzubinden und Klient*innen an Versorgungsstrukturen der Regelangebote weiter zu vermitteln. Sie sensibilisieren für den besonderen Versorgungsbedarf sowie spezifische Zugangsbarrieren auf dem Weg durch das deutsche Gesundheitssystem, organisieren Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen und stehen neuen Kolleg*innen mit Rat und Tat zur Seite.

Notwendige Voraussetzung dafür, dass im Gesundheitssystem verfügbare Angebote von psychisch

belasteten Menschen mit einem Behandlungsbedarf auch tatsächlich in Anspruch genommen werden können, ist die Zugänglichkeit der Strukturen und Institutionen des Systems für die jeweilige Betroffenenengruppe. Die Zugänglichkeit von Behandlungsleistungen ist dabei zunächst davon abhängig, ob bei den betroffenen Personen ein entsprechender Bedarf erkannt wird und ob Informationen über entsprechende Interventionen vorhanden sind. Für die Gruppe der psychisch belasteten Asylsuchenden ist hier von besonderer Relevanz, ob im Rahmen des Aufnahmeprozesses Hinweise auf psychische Belastung und/oder Gewalterfahrungen und Traumatisierungen identifiziert und ihnen entsprechend nachgegangen wird (siehe Kapitel „Identifizierung psychisch erkrankter Geflüchteter“).

Die tatsächlichen Möglichkeiten zur Inanspruchnahme sind für diese Zielgruppe darüber hinaus an besondere strukturell-rechtliche Voraussetzungen – insbesondere die Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) gebunden (siehe Kapitel „Rechtsansprüche auf Behandlungsleistungen für Geflüchtete in Deutschland“ auf Seite 90).

Identifizierung psychisch erkrankter Geflüchteter

Durch die EU-Aufnahmerichtlinie vom 26. Juni 2013 (und auch bereits durch die entsprechende Richtlinie von 2003) ist Deutschland verpflichtet, die spezielle Situation von traumatisierten/ und oder psychisch erkrankten Personen bei der Unterbringung, Versorgung und Betreuung zu berücksichtigen und bei Bedarf entsprechende Unterstützung zu gewähren. Damit die Betroffenen diese Garantien aus der EU-Aufnahmerichtlinie jedoch auch in Anspruch nehmen können, müssen sie während der Aufnahme notwendigerweise auch als Personen mit besonderen Bedürfnissen – z.B. einem Behandlungsbedarf aufgrund einer psychischen Störung und/

oder Traumatisierung – erkannt werden.

Inwieweit die Identifizierung besonders vulnerabler Asylsuchender in Deutschland zum aktuellen Zeitpunkt gewährleistet werden kann, darüber gehen die Einschätzungen weit auseinander. Fachverbände und Nichtregierungsorganisationen mahnen an, dass es in der Praxis noch immer häufig von Glück, Zufall und Beharrlichkeit abhängig sei, ob eine traumatisierte und/oder psychisch erkrankte Person als solche erkannt und entsprechend behandelt und betreut werden kann. Die Bundesregierung hingegen vertritt die Auffassung, dass die Diagnostik

psychischer Belastungen u.U. bereits „in einem sehr frühen Stadium nach Ankunft im Rahmen der Erstuntersuchung“²¹ erfolgen könne. Die Therapie „erfolge dann bei speziellen Ärzten oder in speziellen Behandlungszentren“²². Auch könnten die Erstaufnahmeeinrichtungen entsprechende Daten an das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) übermitteln, welches entsprechende Hinweise dann wiederum bei der Anhörung im Asylverfahren berücksichtige. Lügen bei Asylsuchenden Hinweise z. B. auf eine Traumatisierung vor, dann würden spezielle Sonderbeauftragte als Anhörerinnen oder Anhörer eingeschaltet, die besonders qualifiziert

für den sensiblen Umgang mit traumatisierten Menschen seien. Die Sonderbeauftragten fungierten dann ggf. auch als Kontaktpersonen z.B. zu den Psychosozialen Zentren.

In der Praxis jedoch stellt sich die Identifizierung gerade traumatisierter Personen als sehr schwierig heraus, wenn ihre Bedarfe nicht bereits offensichtlich zu Tage treten. Ein solch gut funktionierendes System, wie es von der Bundesregierung beschrieben wird, konnte bisher in der Fläche nicht etabliert werden (Hager & Baron, 2017).

Schwierigkeiten bei der Identifizierung traumatisierter Personen: Angst, Scham, Vermeidung

Bei Personen mit psychischen Erkrankungen, Opfern von Menschenhandel, Überlebenden von Folter, Vergewaltigung und/oder anderer schwerer Gewalt sind Hinweise auf ihre besondere Schutzbedürftigkeit für Außenstehende häufig nicht „sichtbar“. Menschen, denen schwere Gewalt widerfahren ist, vermeiden es häufig, über ihre traumatischen Erlebnisse zu sprechen, weil sie sich schämen und sie Angst vor der Erinnerung an ihre Erfahrungen haben. Ohne entsprechendes Fachwissen bleiben psychische Störungen daher oft unerkannt und beeinträchtigen die Asylsuchenden bei der Durchführung ihres Asylverfahrens.

Menschen, die aufgrund des Erlebten eine Traumafolgestörung entwickelt haben, sind in vielen Fällen nicht ad hoc und ohne psychosoziale Unterstützung in der Lage, in einem konsistenten Narrativ über diejenigen Aspekte des eigenen Schicksals zu sprechen, die für das Asylverfahren relevant sind. Die Betroffenen können aus Angst, Scham oder aufgrund störungsspezifischer Vermeidungsprozesse häufig nur karge Aussagen machen, die möglicherweise das Wichtigste aussparen oder als verworren, unzusammenhängend, widersprüchlich oder zeitlich verzerrt erscheinen. Sie brauchen häufig mehr Zeit und Unterstützung, um sich so vorbereiten zu können, dass sie ihre Geschichte und die erlittene Verfolgung im Asylverfahren vorbringen können.

Für die Identifizierung der Betroffenen gilt daher, dass Hinweise auf Traumatisierungen

sich oft gerade nicht explizit aus den Erzählungen über ihre Erlebnisse ergeben. Sie müssen ebenso aus Verhaltensbeobachtungen und Gesprächen durch geschultes Personal erschlossen werden. Dabei muss jedoch beachtet werden, dass die aktive Exploration verbunden mit expliziten Nachfragen nach Gewalterlebnissen für die Betroffenen als sehr belastend empfunden werden kann. Sie kann insbesondere bei nicht für diese Aufgabe qualifizierten Akteur*innen auf beiden Seiten zu Überforderung führen. Für Verfahren zur Identifizierung besonderer Vulnerabilität aufgrund von Gewalterfahrungen bedarf es daher ausreichend Zeit, eine vertrauensvolle, geschützte Atmosphäre und einer Qualifizierung der Fachkräfte.

Ein Kernproblem zeigt sich zudem bei der Frage, inwieweit nach einer Prüfung bzw. Beurteilung der besonderen Verfahrensgarantien bzw. der besonderen Bedürfnisse bei der Aufnahme auch tatsächlich eine angemessene Reaktion erfolgt. Zum Teil steht dem eine unzureichende Kommunikation zwischen Sozialdienst, Diagnostiker*innen sowie staatlichen/kommunalen Stellen entgegen. Vor allem aber kann häufig trotz festgestelltem Bedarf kein Leistungsanspruch geltend gemacht werden, bürokratische Hürden sind nicht überwindbar und/oder es sind keine Behandlungsplätze verfügbar.

21 Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage »Verbesserung der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Geflüchteten zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie«, BT-Drs. 18/9009, 4.7.2016, S. 4.

22 Ebd.

Rechtsansprüche auf Behandlungsleistungen für Geflüchtete in Deutschland

Die Frage, wie zugänglich das Gesundheitssystem für Geflüchtete ist, bei denen bereits ein Bedarf festgestellt wurde, muss in Deutschland innerhalb einer komplexen strukturell-rechtlichen Logik beantwortet werden, in der insbesondere der Aufenthaltsstatus und die Aufenthaltsdauer der betroffenen Person eine Rolle spielen, aber auch, ob er*sie einer Ausbildung oder einer Beschäftigung nachgeht oder nicht.

Wer in Deutschland Asyl sucht, ist in den ersten 15 Monaten seines Aufenthalts zunächst nicht krankenversichert. Welche Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden können, regelt das Asylbewerberleistungsgesetz.

Zugänglichkeit in Abhängigkeit von Aufenthaltsdauer und -status

Innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthaltes in Deutschland gelten für Geflüchtete die Leistungen nach den **§§ 4 und 6 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)**. Abhängig von den Regelungen der einzelnen Bundesländer oder auch Kommunen erhalten die betroffenen Personen entweder einen Krankenschein, der meist drei Monate Gültigkeit besitzt oder eine elektronische Gesundheitskarte.

Nach 15 Monaten ihres Aufenthalts besteht auch für Asylbewerber*innen ein Anspruch auf einen Leistungsumfang entsprechend dem der Versicherten²³ der gesetzlichen Krankenversicherung, über die auch die Abrechnung erfolgt. Die Abrechnung der Behandlung erfolgt dann nicht mehr über Krankenscheine, sondern über eine elektronische Gesundheitskarte²⁴. Die Kosten werden weiterhin vom Sozialamt getragen²⁵.

Menschen mit einem Aufenthaltstitel haben Anspruch auf Versorgungsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Ein Problem ist hier jedoch neben der Schwierigkeit, eine*n Psychotherapeut*in mit Kassenzulassung zu finden, die Übernahme der Kosten für Sprachmittler*innen, die für eine Behandlung oft unabdingbar sind. Sprachmittlungskosten sind jedoch kein Leistungsanspruch für GKV-Versicherte.

In den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts haben Asylsuchende nach § 4 AsylbLG einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Sie haben nur dann einen Kostenübernahmeanspruch bei den Sozialämtern, wenn es sich um eine „erforderliche“ Behandlung „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ handelt. Eingeschlossen sind dabei die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln

Leistungsansprüche

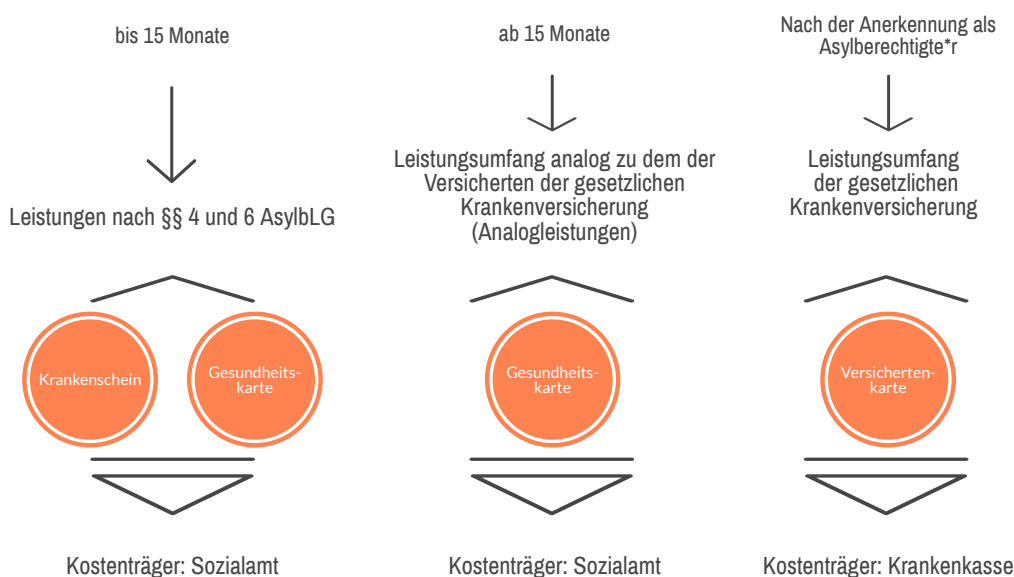


Abb. 15: Leistungsansprüche von Geflüchteten abhängig von Aufenthaltsstatus und -dauer.

²³ § 264 Abs. 2, 4 iVm § 11 Abs. 1 SGB V.

²⁴ § 264 Abs. 4 S. 2 iVm § 291 SGB V.

²⁵ § 264 Abs. 7 SGB V.

und die Kostenübernahme für übliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, empfohlene Vorsorgeuntersuchungen (Zahnvorsorge, Kinderuntersuchungen, Krebsvorsorge, Gesundheitsuntersuchung) und Schutzimpfungen.

Über die Öffnungsklausel im § 6 AsylbLG können darüber hinaus Leistungen abgerechnet werden, wenn sie „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich“ sind. Dies kann beispielsweise medizinische Heil- und Hilfsmittel wie Brillen, Rollstühle, Hörgeräte aber auch die Gewährung von Psychotherapie einschließen. Diese „Kann“-Formulierung bedeutet, dass Asylsuchenden diese Leistungen nicht wie jedem anderen GKV-Versicherten zustehen, sondern dass die Bewilligung der Leistungen im Ermessen der zuständigen Sozialbehörde liegt.

Ermessensreduzierung im § 6 AsylbLG für psychisch erkrankte Asylsuchende

Für Asylsuchende, die unter einer psychischen Störung leiden, gelten diesbezüglich ergänzende Bestimmungen. Gemäß der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU gehören psychisch erkrankte Asylsuchende zur Gruppe der besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden (Art. 21 Richtlinie 2013/33/EU). Dieser Gruppe muss „die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung“ (Art. 19 Abs. 2 Richtlinie 2013/33/EU) gewährt werden.

Die EU-Aufnahmerichtlinie hat aufgrund der Nichtumsetzung in nationales Recht seit dem 20.07.2015 unmittelbare Rechtswirkung. In der Konsequenz muss der § 6 Abs. 1 AsylbLG nun im Sinne der Richtlinie europarechtskonform ausgelegt werden. Für besonders schutzbedürftige Asylsuchende reduziert sich dadurch das behördliche Ermessen, das in § 6 Abs. 1 AsylbLG für die Bewilligung von „sonstigen Leistungen“ vorgesehen ist, auf null. Im Wege der Ermessensreduzierung wird für die von der Aufnahmerichtlinie erfassten Fallgruppen ein Anspruch auf die Gewährung der erforderlichen medizinischen oder sonstigen Hilfen, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung, vermittelt²⁶.

Für Anträge auf Kostenübernahmen für Psychotherapien nach AsylbLG gilt daher: Wurde bei Asylsuchenden eine psychische Störung diagnostiziert, dann gilt die besondere Schutzbedürftigkeit durch diese Diagnose als „festgestellt“ und die besonderen Bedarfe, die sich für die Person aus dieser Diagnose begründen, müssen gewährt werden. Für die Behörde besteht in diesem Fall kein Ermessensspielraum. Anträge auf Kostenübernahme für eine Psychotherapie, die die in dieser Vorschrift dargelegten Kriterien erfüllen, müssen bewilligt werden. Inwieweit diese Klarstellung in der Praxis bereits Anwendung findet, ist bislang nicht bekannt.



Die Regelung der Rechtsansprüche auf Behandlungsleistungen richtet sich auch nach der Länge des Aufenthalts der Geflüchteten in Deutschland. (CC0, CQF avocat | pixabay.com)

²⁶ Diese Verpflichtung zur europarechtskonformen Auslegung hat die Bundesregierung 2016 in der Bundestags-Drucksache 18/9009 bestätigt.

Kostenübernahmen für Psychotherapien in den PSZ durch die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger

In der Praxis zeigt sich, dass die Möglichkeiten, Psychotherapien, die durch die Therapeut*innen in den Psychosozialen Zentren angeboten werden, auch tatsächlich über die eigentlich verantwortlichen Kostenträger abzurechnen, nach wie vor sehr begrenzt sind. Kostenübernahmen durch die Sozialämter über das AsylbLG (bzw. bei entsprechendem Aufenthaltsstatus bzw. -dauer über die Krankenkasse) sind eher die Ausnahme. Insgesamt wurden im Jahr 2016 nur 7,1 % der in den PSZ durchgeführten Therapien über diese Kostenträger abgerechnet. Bei insgesamt 6.752 Klient*innen in Psychotherapie gab es nur 478 Kostenübernahmen durch die Sozialbehörden, die Krankenkassen oder die Jugendämter.

Da für alle anderen psychosozialen Angebote neben der Psychotherapie die Refinanzierungsmöglichkeiten im Gesundheits- und Sozialsystem noch deutlich beschränkter sind, das Leistungsspektrum der PSZ jedoch multimodal konzipiert ist und deutlich mehr umfasst als Psychotherapie, ist der Anteil der Klient*innen, für deren Versorgung eine Kostenübernahme erwirkt werden konnte, bezogen auf das gesamte Leistungsspektrum der PSZ noch deutlich geringer. Bei insgesamt 17.674 Klient*innen beträgt der Anteil der Kostenübernahmen am Gesamtangebot lediglich 2,7 %. Über 97 % des Leistungsspektrums in den Zentren wird also außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems finanziert.

Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Leistungsträger

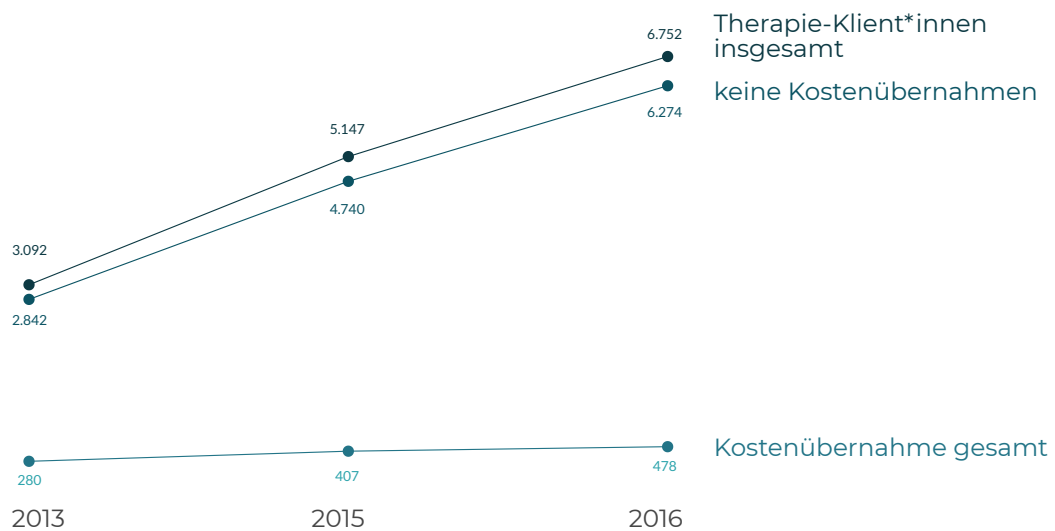


Abb. 16: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Leistungsträger im Jahresvergleich 2013, 2015 und 2016.

		Anteil der Kostenübernahmen an allen Psychotherapie-Klient*innen	Anteil der Kostenübernahmen bezogen auf alle Klient*innen 2016
		Klient*innen in Psychotherapie: 6.752	Klient*innen gesamt: 17.674
Kostenübernahmen gesamt	478	7,1 %	2,7 %
davon Kostenübernahmen Sozialbehörden	325	4,8 %	1,8 %
davon Kostenübernahmen GKV	69	1,0 %	0,4 %
davon Kostenübernahmen Jugendämter	84	1,2 %	0,5 %

Tabelle 20: Kostenübernahmen für Psychotherapien im Jahr 2016.

Kostenübernahmen | Sozialbehörden

Nur etwas mehr als ein Drittel der Zentren beantragt infolge der hohen bürokratischen Hürden, der langen Bearbeitungszeiten und dem vergleichsweise hohen Risiko einer Ablehnung in erster Instanz überhaupt Psychotherapien bei den Sozialbehörden (38 %).

Die Beantragung einer Kostenübernahme für Psychotherapien nach dem Asylbewerberleistungsgesetz ist in den meisten Regionen der Bundesrepublik hürdenreich und zeitaufwendig. Vielerorts werden Anträge auf Psychotherapie seit vielen Jahren kategorisch abgelehnt. Häufig werden entsprechende Anträge gar nicht bearbeitet.

Aber auch diejenigen Zentren, die für sich eine Abrechnungspraxis über die Sozialämter etabliert haben, müssen hart um jede Psychotherapie kämpfen. Es reicht nicht aus, eine Therapie nach professionellen Standards und entsprechend der formalen Kriterien zu beantragen, sondern es braucht unermüdliches Nachhaken und große Beharrlichkeit im Umgang mit den Behörden, um letztlich eine Kostenübernahme für die – meist nicht aufzuschiebende – Therapie zu erwirken.

Bewilligt wurden im Jahr 2016 durchschnittlich 65 % der bei den Sozialbehörden gestellten Anträge. Die Ablehnungsquote für Kostenübernahmen bei den Sozialbehörden beträgt etwa ein Drittel (35 %).

Im Vergleich zu den Quoten aus dem Vorjahr hat sich die Situation damit kaum verändert. Die Ablehnungsquoten haben sich noch einmal geringfügig erhöht (+2 %).

Damit liegen die Ablehnungsquoten für Psychotherapien, die aus den Psychosozialen Zentren bei den Sozialbehörden beantragt werden, noch immer um mehr als das Zehnfache über denjenigen für Mitglieder der Gesetzlichen Krankenkasse. Während Psychotherapien durch die Gutachter*innen des Medizinischen Dienstes der Krankenkassen mit 1 bis 3 % fast nie abgelehnt werden, liegt die Ablehnungsquote der Sozialbehörden für Psychotherapien über das AsylbLG bei 35 %. Die inhaltlichen Begründungen der Sozialämter entsprechen sehr selten den Regeln, die für die Begutachtung von Kostenübernahmen für Richtlinien-Psychotherapien durch den G-BA festgelegt wurden (vgl. Abbildung 17).

Anträge gestellt?			Anträge	Bewilligungen	Bewilligungsquote %
N (PSZ)	32				
ja	12	Summe	500	325	65 %
nein	20	MW	41,7	27,1	65 %
		MD	38	25	66 %
% ja	38 %	Min	5	1	4 %
% nein	63 %	Max	109	56	100 %

Tabelle 21: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Sozialbehörden (n=12 Zentren) im Jahr 2016.



Abb. 17: Ablehnungsgründe, sortiert nach gewichtetem Mittel (Begründungen am Boden der Pyramide trafen häufiger zu):

Kostenübernahme für Sprachmittlungs- und Fahrtkosten nach AsylbLG

Einige der Psychosozialen Zentren beantragen aufgrund der restriktiven Bewilligungspraxis bei den Sozialbehörden nur noch Dolmetscher*innen- und/oder Fahrtkosten für ihre Klient*innen. Andere wiederum versuchen Therapie-, Sprachmittlungs- und Fahrtkosten gemeinsam zu beantragen.

Insgesamt beantragten knapp über die Hälfte der Zentren (53 %) bei den Sozialbehörden Dolmetscherkosten, etwa 41 % unterstützen ihre Klient*innen auch dabei, die Fahrtkosten zum Psychosozialen Zentrum zu beantragen. Auch für diese Bereiche liegen die Bewilligungsquoten nur bei 61 % (Dolmetscherkosten) bzw. 48 % (Fahrtkosten).

Tabelle 22: Kostenübernahmen für Sprachmittlungskosten durch die Sozialbehörden im Jahr 2016 (n=17).

	Anträge gestellt?		Anträge	Bewilligungen	Bewilligungsquote %
N (PSZ)	32				
Ja	17	Summe	545	333	61 %
Nein	15	MW	32	20	61 %
		MD	22	10	45 %
% ja	53 %	Min	2	2	
% nein	47 %	Max	96	56	

Tabelle 23: Kostenübernahmen für Fahrtkosten durch die Sozialbehörden im Jahr 2016 (n=13).

	Anträge gestellt?		Anträge	Bewilligungen	Bewilligungsquote %
N (PSZ)	32				
Ja	13	Summe	240	116	48 %
Nein	19	MW	18	9	48 %
		MD	10	5	50 %
% ja	41 %	Min	1	1	
% nein	59 %	Max	55	30	

Die „Ermächtigung“ zur Behandlung von traumatisierten Asylsuchenden

Einen wichtigen Schritt in Richtung des Ausbaus der Behandlungskapazitäten ist die Bundesregierung Ende 2015 gegangen. Sie hat die Zulassungsverordnung für Ärzt*innen geändert: Ärzt*innen, Psychotherapeut*innen oder auch Institutionen, die bislang keine Kassenzulassung hatten, können sich nun speziell zur Behandlung von Asylsuchenden „ermächtigen“ lassen und ihre Therapien dann auch als Regelleistung abrechnen.²⁷ In Deutschland haben davon bislang insgesamt 125 Psychotherapeut*innen Gebrauch gemacht – 20 der Therapeut*innen haben ihre Ermächtigung jedoch bereits zurück gegeben, sodass es aktuell nur 105 ermächtigte Psychotherapeut*innen gibt.

Die Nachfrage nach Behandlungen ist ungebrochen hoch, doch die bürokratischen Anforderungen sorgen dafür, dass nur sehr wenige Geflüchtete in das Raster passen, in dem ermächtigte Therapeut*innen eine Therapie auch tatsächlich abrechnen könnten. Viele Praxen bleiben deshalb leer – trotz des hohen Bedarfs.

„Ich bekomme sehr viele Anfragen, kann aber ca. 90-95 % gar nicht als Patienten aufnehmen.“

Niedergelassene Psychotherapeutin

In der Praxis zeigt sich deshalb, dass sich die Versorgung von Geflüchteten durch das Instrument der „Ermächtigung“ nicht verbessert hat.²⁸ Verantwortlich für diese paradoxe Situation: Mit der Ermächtigung darf man nur eine ganz bestimmte Patient*innen-Gruppe behandeln. Der Patient*innen-Kreis wurde vom Gesetzgeber auf Menschen beschränkt, die Leistungen nach §2 AsylbLG beziehen, also auf Asylsuchende, die bereits 15 Monate hier in Deutschland sind, aber noch keine Flüchtlingsanerkennung haben. Auch Menschen, die bereits eine Arbeit oder eine Ausbildungsstelle gefunden haben, zählen nicht zu diesen Personen, weil sie dann regulär krankenversichert sind. Das Zeitfenster, in dem

sich Asylsuchende Hilfe bei einer ermäßigten Psychotherapeut*in suchen können, ist also sehr klein. Und es besteht immer das Risiko, dass eine laufende Therapie abgebrochen werden muss, wenn sich der Aufenthalts- oder der Beschäftigungsstatus der*des Patient*in ändert. Dabei könnte genau diese Sicherheit vielen Menschen dabei helfen, gesund zu werden.

Darüber hinaus schränkt etwa die Hälfte der Kassenärztlichen Vereinigungen (KV) der Länder die Patient*innengruppe zusätzlich ein, indem die Vorgabe getroffen wurde, dass nur noch diejenigen Patient*innen im Rahmen der Ermächtigung abgerechnet werden dürfen, die bereits in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes eine Therapie begonnen haben.²⁹ Eine Bedingung, die für Geflüchtete in der Anfangszeit ihres Aufenthaltes im Exil nur schwer zu erfüllen ist. Entsprechend zeigt sich in den Bundesländern, in denen die KV die Behandlung auf die „Weiterbehandlung“ einschränkt, dass es so gut wie keine Patient*innen gibt, die über die Ermächtigung behandelt werden können. Die gerade erst eingeführte Ermächtigungs-Regelung wird in den genannten Bundesländern somit faktisch ausgehebelt.

„Seit einem Jahr habe ich nun die Ermächtigung für die Versorgung von Kindern und Jugendlichen. Obwohl ich in A. die einzige mit einer solchen Ermächtigung bin, habe ich bisher keinen einzigen Patienten behandeln können.“

Niedergelassene Kinder- und Jugend-Psychotherapeutin

Auch wenn die Ermächtigung als bedeutendes Signal für das Ziel einer flächendeckenden psychotherapeutischen Versorgung dieser besonders schutzbedürftigen Personengruppen zu verstehen ist, stellt sie sich als Instrument ohne Wirkung dar, sodass Geflüchtete kaum von der Möglichkeit profitieren von einem*r ermäßigten Psychotherapeut*in behandelt zu werden.

27 Die Einführung von § 31 Abs. 1 S. 2 Ärzte-ZV stellt klar, dass Ärzt*innen und Psychotherapeut*innen sowie psychosoziale Einrichtungen mit einer ärztlichen bzw. psychotherapeutischen Leitung zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Geflüchteten von den Zulassungsausschüssen zur ambulanten psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von Empfängern laufender Leistungen nach § 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, zu ermächtigen sind.

28 Details zu den Schwierigkeiten mit der Ermächtigung in: „Die Ermächtigung zur psychotherapeutischen Behandlung von Geflüchteten – ein wichtiges Instrument droht zu scheitern“ (abrufbar unter: <http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Die-Erm%C3%A4chtigung-zur-psychotherapeutischen-Behandlung-von-Gefl%C3%BChteten-Ein-Instrument-droht-zu-scheitern.pdf>).

29 Dies sind die KVen in Bayern, Hamburg, Niedersachsen, Schleswig-Holstein, Berlin, Bremen und Hessen.

Kostenübernahmen | Krankenkassen

Refinanzierungen von Psychotherapien mit Geflüchteten über die gesetzliche Krankenversicherung sind den Psychosozialen Zentren bislang die absolute Ausnahme. Grundsätzlich sind zunächst nur wenige Klient*innen der Psychosozialen Zentren gesetzlich krankenversichert. Den größten Teil der Klient*innen in den Psychosozialen Zentren bilden Geflüchtete mit (noch) ungesichertem Aufenthaltsstatus, v.a. Menschen, die sich noch im Asylverfahren befinden oder aber die hier nur geduldet sind (Vgl. „Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen“ auf Seite 69). Anerkannte Flüchtlinge, die zumindest formal bessere Chancen auf einen Behandlungsplatz in der Regelversorgung haben, versuchen die meisten Zentren an niedergelassene Kolleg*innen in der Regelversorgung zu vermitteln.

Der Anteil der PSZ, die versuchen, Psychotherapien

mit den Krankenkassen abzurechnen, liegt ebenso wie im Fall der Sozialbehörden bei 38 %. Bewilligt werden im Durchschnitt 6 von 8 Therapieanträgen, also etwa 73 % der Anträge.

Gelingt die Kostenübernahme durch die Krankenkasse, dann stellt sich in jedem Fall ein neues Problem: Im Gegensatz zu den Sozialbehörden, die falls sie die Psychotherapie bewilligen, meist auch die nötigen Sprachmittlungskosten finanzieren, werden durch die gesetzliche Krankenversicherung Dolmetscher*innenkosten grundsätzlich nicht übernommen. Die Ablehnungsquote beträgt 100 %. In insgesamt 5 Fällen wurde dennoch ein Antrag auf Kostenübernahme gestellt, z.T., weil der Ablehnungsbescheid nötig war, um andere Finanzierungswege zu begründen.

Tabelle 24: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Krankenkassen (n=12 Zentren) im Jahr 2016.

	Anträge gestellt?		Anträge	Bewilligungen	Bewilligungsquote %
N (PSZ)	32				
Ja	12	Summe	94	69	73 %
Nein	20	MW	8	6	73 %
		MD	6,5	4	62 %
%ja	38 %	Min	1	0	
%nein	62 %	Max	25	25	

Kostenübernahmen | Jugendämter

In der psychosozialen Versorgung von unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten können psychotherapeutische Behandlungen abhängig von der individuellen Fallkonstellation bei der Krankenkasse oder aber über das Jugendamt beantragt werden. Vereinfacht dargestellt ist dabei vor allem relevant, ob die Therapie mit primär pädagogischen Zielen nötig ist, um im Rahmen der Jugendhilfe die

Entwicklung und den Erziehungsprozess zu unterstützen (dann ist das Jugendamt zuständig) oder ob einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung mit einer Psychotherapie als „Heilbehandlung“ begegnet werden muss (dann ist zunächst die Krankenkasse zuständig). Wenn bei psychisch belasteten Kindern oder Jugendlichen eine seelische Behinderung droht oder sogar bereits festgestellt

	Heilbehandlung (SGB V)	Hilfe zur Erziehung (SGB VIII)	Eingliederungshilfe (SGB VIII)
Voraussetzung	Behandlungsbedürftige psychische Störung	Störung des Erziehungsprozesses	Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche
Versorgungsanspruch	Heilbehandlung (Psychotherapie)	Unterstützung oder Ergänzung des Erziehungsprozesses	Hilfen in Bezug auf psychische Belastung und Besonderheiten der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
Zuständigkeit	Krankenkasse	Jugendamt	Jugendamt

wurde, dann kommt wiederum das Jugendamt als Kostenträger im Rahmen der Eingliederungshilfe in Betracht.

Von den Psychosozialen Zentren haben im letzten Jahr nur etwa ein Drittel Psychotherapien über die Jugendämter beantragt (34 %). Die Bewilligungsquoten für die Anträge liegen bei 78 % im Durch-

schnitt werden 8 von 10 Therapieanträgen bewilligt.

Die Abrechnung von Dolmetscher*innen- und Fahrtkosten hingegen ist bei den Jugendämtern häufig weniger problematisch – hier liegen die Bewilligungsquoten bei 97 % für die Sprachmittlungskosten und bei 100 % für die Fahrtkosten.

	Antrag gestellt?		Anträge	Bewilligungen	Bewilligungsquote %
N (PSZ)	32				
Ja	11	Summe	108	84	78 %
Nein	21	MW	10	8	78 %
		MD	9	8	89 %
%ja	34 %	Min	1	1	
%nein	66 %	Max	34	19	

Tabelle 25: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Jugendämter (n=11 Zentren) im Jahr 2016.

Entwicklung der Kostenübernahmen in den PSZ in den letzten Jahren

Insgesamt bleibt der Anteil der Kostenübernahmen für Therapie-Klient*innen in den Psychosozialen Zentren bei etwa 7 %. Der größte Anteil der Kostenübernahmen für Therapien in den Zentren fällt auf die Sozialbehörden mit 4,8 % der Therapie-Klient*innen, die Krankenkassen und die Jugendämter übernehmen je 1 %. Der Großteil der Psychotherapien wird mit 93 % nach wie vor durch Projektgelder, Landes- oder Bundesmittel sowie Spenden finanziert.

Die Versorgungsangebote, die Geflüchteten in den Psychosozialen Zentren zugänglich gemacht

werden, wurden also nach wie vor zum großen Teil innerhalb einer Parallelstruktur erbracht. Spenden-, Projekt- und verschiedenste Fördermittel wurden eingesetzt, um die Exklusion psychisch erkrankter Geflüchteter aus dem Regelsystem zu kompensieren. Die Psychosozialen Zentren fungieren demnach lediglich als „Substituierende Systeme“, als flüchtlingsspezifische Gesundheitssysteme, die diese strukturelle Exklusion zwar nicht aufheben, aber für einen Teil der Betroffenen negative Auswirkungen zum Teil abmildern oder verändern können.

	Therapie Klient*innen gesamt	Kostenübernahmen gesamt	Kostenübernahmen Sozialbehörden	Kostenübernahmen GKV	Kostenübernahmen Jugendämter	Keine Kostenübernahme
2013	3.092	250	153	51	46	2.842
% Therapien mit Kostenübernahme		8,10 %	4,90 %	1,60 %	1,50 %	91,90 %
2015	5.147	407	309	41	57	4.740
% Therapien mit Kostenübernahme		7,90 %	6,00 %	0,80 %	1,10 %	92,10 %
2016	6.752	478	325	69	84	6.274
% Therapien mit Kostenübernahme		7,08 %	4,81 %	1,02 %	1,24 %	93 %

Tabelle 26: Vorjahresvergleich der Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Leistungsträger.

Finanzierung psychosozialer Versorgung außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems

Die größte Schwierigkeit stellt für alle Zentren unabhängig von ihrer Größe das Fehlen einer verlässlichen strukturellen Finanzierungsbasis dar. In Ermangelung einer strukturellen Verankerung des Leistungsspektrums der PSZ innerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems müssen alle Psychosozialen Zentren seit Jahrzehnten andere Wege finden, um den Fortbestand ihrer Einrichtung für das nächste Jahr abzusichern. Alle Zentren müssen jedes Jahr aufs Neue mit hohem administrativen Aufwand und oft ungewissem Ausgang Projekt- und Stiftungsgelder aus vielen unterschiedlichen Fördertöpfen akquirieren.

Dabei ist das durchschnittliche Budget, das ein Psychosoziales Zentrum pro Jahr zur Verfügung hat, im Vorjahresvergleich deutlich von etwa 419.000 € auf 582.000 € gestiegen.

Die Fragmentierung dieses Budgets in zahlreiche Einzelförderer blieb jedoch unverändert. Die Landesfinanzierung blieb der größte Budgetanteil, der zwar in absoluten Zahlen angestiegen ist, nach wie vor jedoch lediglich etwa ein Fünftel des Budgets (21 %) ausmacht. Ihr folgte die Finanzierung aus dem Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) mit durchschnittlich 14 %, kommunale Förderungen mit etwa 12 % und Bundesmittel mit rund 11 % des Gesamtbudgets. Diese Finanzierungsanteile werden durch ein über die Zentren in ihren Anteilen sehr heterogenes Spektrum weiterer Fördermittel ergänzt, die im Einzelfall deutlich höher sein können als die hier aufgeführten Anteile, im Durchschnitt jedoch allesamt nur bis zu 10 % des Gesamtbudgets ausmachen. Der Anteil der Refinanzierungen durch die gesetzlich verantwortlichen Kostenträger bleibt verschwindend gering bei nur 2 % des Gesamtbudgets.

In der Gesamtschau zeigt sich, dass der Anteil des Budgets in den Psychosozialen Zentren, den man im engeren Sinne als Finanzierung durch staatliche Gelder zusammenfassen könnte und der damit einem Versorgungsauftrag für psychisch erkrankte Geflüchtete am ehesten nahekommen würden, mit 46 % noch immer weniger als die Hälfte des Gesamtbudgets ausmachen. Darunter fallen Landes-, Bundes- und kommunale Mittel sowie die Refinanzierung durch die Kostenträger. Hier wird deutlich, wie abhängig die Psychosoziale Versorgung von Geflüchteten – eigentlich eine staatliche Aufgabe – noch immer von begrenzten und zeitlich instabilen Projektmitteln sowie von privaten Zuschüssen ist.

Tabelle 27:
Finanzierung der
Psychosozialen
Zentren 2016.

	durchschnittliches PSZ ($\bar{x}$)	typisches PSZ ($\bar{x}$)
Haushalt gesamt 2016	582.394,50 €	529.961,17 €
Länder	21 %	24 %
AMIF	14 %	3 %
Kommune	12 %	0 %
Bund	11 %	13 %
Wohlfahrtsverband	10 %	0 %
Träger	7 %	0 %
Sonstiges	6 %	2 %
Spenden, Bußgelder etc.	6 %	2 %
Stiftungen	4 %	1 %
Therapiefinanzierung	2 %	0 %
Amnesty International	2 %	0 %
sonstige EU/internat. Mittel	2 %	0 %
Mitgliedsbeiträge	0 %	0 %

Tabelle 28: Gesamt-
budget eines durch-
schnittlichen und eines
typischen Zentrums im
Jahresvergleich.

	durchschnittliches PSZ ($\bar{x}$)	typisches PSZ ($\bar{x}$)
2013	417.690 €	251.763,00 €
2014	414.943 €	245.500,00 €
2015	419.326 €	332.483,00 €
2016	582.394 €	529.961,17 €

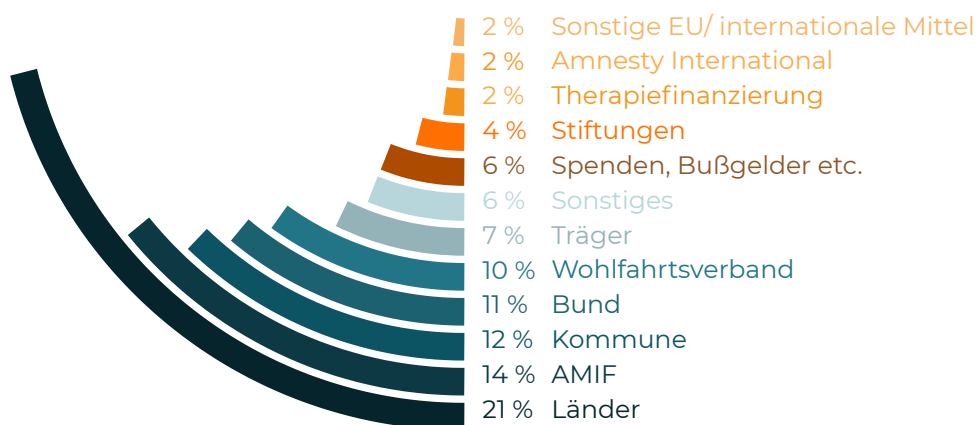


Abb. 18: Finanzierungsquellen der Psychosozialen Zentren 2016.

	2013	2014	2015	2016
Gesamtbudget	417.690 €	414.943 €	419.326 €	582.394 €
Land	45.244 €	57.952 €	92.692 €	132.250 €
AMIF & EFF	95.179 €	97.912 €	62.131 €	81.755 €
Spenden, Bußgelder etc.	28.465 €	46.168 €	60.002 €	32.562 €
Kommune	45.648 €	46.809 €	59.133 €	65.486 €
Bund	32.100 €	13.554 €	39.573 €	68.578 €
Wohlfahrtsverband/Träger	3.991 €	4.444 €	34.447 €	93.872 €
Stiftungen (einschl. Amnesty International)	46.385 €	35.705 €	26.094 €	31.047 €
Sonstiges	60.941 €	84.511 €	23.927 €	35.299 €
Therapiefinanzierung	19.398 €	10.802 €	11.306 €	9.598 €
sonstige EU/internat. Mittel	23.950 €	15.359 €	8.820 €	9.184 €
Mitgliedsbeiträge	1.083 €	1.726 €	993 €	1.045 €

Tabelle 29: Das Gesamtbudget eines durchschnittlichen Zentrums im Jahresvergleich 2014-2016.

Vermittlungen in die Regelversorgung: Möglichkeiten und Grenzen

Trotz der hohen bürokratischen Hürden, die Geflüchtete für eine Psychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeut*innen überwinden müssen, verstehen die Psychosozialen Zentren es schon immer als einen wichtigen Auftrag, Klient*innen an Versorgungsstrukturen der Regelangebote weiter zu vermitteln. Sie bemühen sich, niedergelassene Kolleg*innen und Kliniken in die Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern einzubinden und sie für deren besonderen Versorgungsbedarf sowie spezifische Zugangsbarrieren auf dem Weg durch das deutsche Gesundheitssystem zu sensibilisieren – eine Aufgabe, die gegenwärtig gerade in Zeiten steigender Flüchtlingszahlen mehr und mehr Ressourcen fordert und sich oftmals erst langfristig auszahlt.

Ein typisches Psychosoziales Zentrum kann pro Jahr 152 Geflüchtete an weitere Akteur*innen vermitteln, davon etwa 44 Personen an (Fach-)Ärzt*innen, 16 an niedergelassene Psychotherapeut*innen und 40 an andere Sozialberatungsstellen. Hier ist allerdings anzumerken, dass die Möglichkeiten, Klient*innen an die Regelversorgung weiterzuvermit-

teln, von Region zu Region stark variieren. So konnte in einigen Regionen über das gesamte Jahr hinweg kein*e einzige*r Klient*in an niedergelassene Psychotherapeut*innen vermittelt werden, andere Zentren wiederum haben auf die Vermittlungs- und Netzwerkarbeit einen ihrer Schwerpunkte gelegt.

Im Jahresvergleich zeigt sich, dass sich die Anzahl der Vermittlungen 2016 um 28 % erhöht hat. Vor allem die Vermittlungen an niedergelassene Ärzt*innen haben sich in etwa verdoppelt. Auch bei den Vermittlungen an niedergelassene Psychotherapeut*innen zeigte sich eine prozentuale Zunahme von 80 %.

Zu beachten ist hier jedoch, dass die Hälfte der Vermittlungen aus den PSZ (51 %) als Teilvermittlung erfolgt, bei der zwar z.B. an eine*n Psychiater*in vermittelt werden konnte, die psychosoziale Versorgung jedoch weiterhin über das Zentrum gewährleistet wird.

Tabelle 30: Vermittlungen in die Regelversorgung in einem durchschnittlichen / typischen PSZ in einem Monat im Jahr 2016

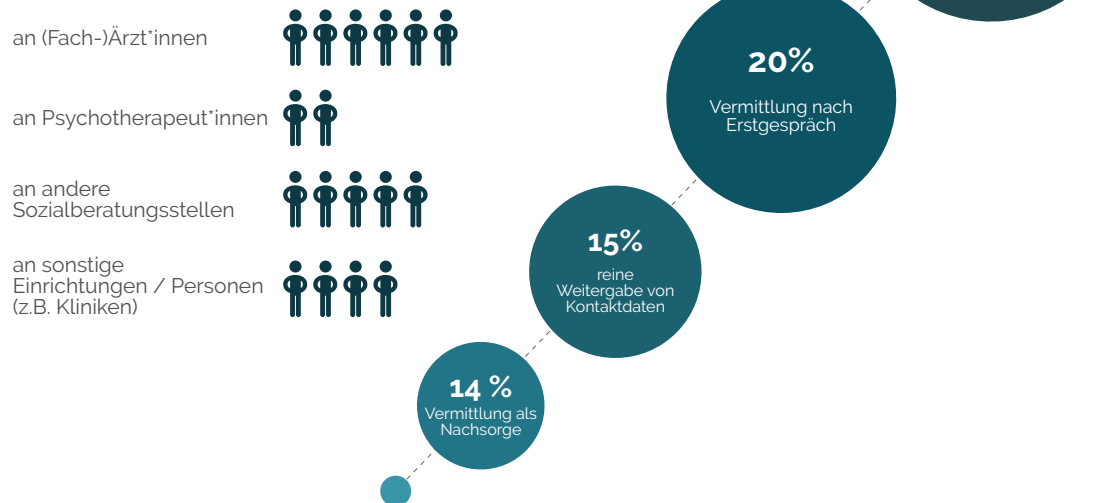
	(Fach-) Ärzt*innen	Psycho- therapeut *innen	andere Sozialbe- ratungs- stellen	Kliniken	Gutachter *innen	sonstige Einrich- tungen	Vermitt- lungen pro Monat insgesamt
Σ (n=32)	190	70	160	61	12	78	571
$\bar{x}$	6	2	5	2	0	2	17
$\tilde{x}$	4	1	3	2	0	1	11
Min	0	0	0	0	0	0	0
Max	21	15	24	5	4	15	84
% an Gesamtver- mittlungen	33 %	12 %	28 %	11 %	2 %	14 %	

Tabelle 31: Vermittlungen in die Regelversorgung in einem durchschnittlichen / typischen PSZ im Jahr 2016.

	(Fach-) Ärzt*innen	Psychothe- rapeut* innen	andere Sozi- alberatungs- stellen	Kliniken	Gutachter *innen	sonstige Einrichtun- gen	Vermittlun- gen pro Jahr insgesamt
Σ (n=32)	2.283	842	1.925	728	145	937	6.860
$\bar{x}$	71	26	60	23	5	29	214
$\tilde{x}$	44	16	40	20	3	17	152
Min	0	0	0	0	0	0	4
Max	251	180	287	60	50	180	680
% an Kli- ent*innen gesamt	12 %	5 %	10 %	4 %	1 %	5 %	

Vermittlungen in die Regelversorgung

Anzahl der Klient*innen, die ein PSZ pro Monat durchschnittlich vermitteln kann:



Auch ein großer Teil der Vermittlungen an niedergelassene Psychotherapeut*innen geschieht als Teilvermittlung, d.h. die Einbindung der psychotherapeutischen Arbeit in den sozialen und Aufenthaltsrechtlichen Kontext über die (psycho)soziale und asylrechtliche Beratung, die bei den meisten Klient*innen über eine Psychotherapie hinaus nötig ist, muss weiterhin durch die Sozialarbeiter*innen der Zentren geleistet werden. Dieser Anteil ist im Vergleich zum Vorjahr deutlich gestiegen, er betrug 2015 noch 39 %. Die Kooperation mit der Regelversorgung hat sich demnach also verbessert, eine Entlastung des PSZ als Einrichtung erfolgt jedoch nur bezogen auf einzelne Versorgungsbereiche, die in diesen Fällen von anderen Akteur*innen übernommen werden können.

Darüber hinaus muss betont werden, dass weitere 15 % der Vermittlungen keine Vermittlungen im engeren Sinne darstellen, sondern sich auf die reine Weitergabe von Kontaktdaten beziehen. Das Zentrum hat in diesem Fall also keine Informationen darüber, ob die Person letztlich tatsächlich von der empfohlenen Stelle versorgt werden kann oder nicht. Dieser Anteil wiederum ist gesunken, er lag im Vorjahr noch bei 26 %. Die Sicherheit der Vermittlungen ist bezogen auf diesen Gesichtspunkt also gestiegen.

Insgesamt erfolgen nur ein Fünftel (20 %) der Vermittlungen als vollständige Vermittlungen im engeren Sinne (2015: 15 %), d.h. als Vermittlungen, die nach einem ausführlichen Erstgespräch

	aktive Weitervermittlung nach Erstgespräch	aktive Weitervermittlung nach Versorgung im Zentrum (Nachsorge)	Teilvermittlung (Zentrum versorgt weiter mit)	reine Weitergabe von Kontaktdaten
$\bar{x}$	20,2 %	14,3 %	50,7 %	14,9 %
$\check{x}$	19,5 %	10,0 %	50,0 %	10,0 %
Min	0 %	0 %	10 %	0 %
Max	50 %	60 %	100 %	60 %

Tabelle 32: Art der Vermittlungen in Prozent 2016.



im Psychosozialen Zentrum stattgefunden haben und bei denen die Wahrscheinlichkeit hoch ist, dass die Stelle, an die weiterverwiesen wird, den/die Klient*in auch aufnimmt und selbstständig ohne die Unterstützung des PSZ weiter versorgt.

In weiteren 14 % kann eine Vermittlung im Sinne einer Nachsorge infolge einer Behandlung/Betreuung durch das PSZ sichergestellt werden (2015: 20 %), z. B. wenn ein*e Klient*in einen besseren Aufenthaltsstatus erhalten hat und nach der

Erstversorgung im Zentrum einfacher an niedergelassene Kolleg*innen vermittelt werden kann – oder auch wenn sich die Lebenssituation der Person soweit stabilisiert hat, dass er oder sie besser z. B. in einer Migrationsberatungsstelle aufgehoben ist.

Zusammenfassend hat sich die Vermittlungssituation in 2016 im Vergleich zum Vorjahr verbessert, die Zusammenarbeit mit Akteur*innen aus der Regelversorgung ist enger geworden.

Σ Vermittlungen	2015	2016	Anstieg 2015-2016 (%)
an niedergelassene (Fach-) Ärzt*innen	1.116	2.283	105 %
an niedergelassene Psychotherapeut*innen	469	842	80 %
an andere Sozialberatungsstellen	1.335	1.925	44 %
an Kliniken	522	728	39 %
an Gutachter*innen	103	145	41 %
an sonstige Einrichtungen/ Personen	1.818	937	-48 %
Vermittlungen insgesamt	5.363	6.860	28 %

Tabelle 33: Vermittlungen in die Regelversorgung in den Jahren 2015 und 2016



8.

Zusammenfassung und Fazit

8. Zusammenfassung und Fazit

„Nichts an der Flucht ist flüchtig. Sie stülpt sich über das Leben und gibt es nie wieder frei.“

Ilija Trojanow „Nach der Flucht“, S.11

Für Menschen, die Folter, Krieg oder Verfolgung überlebt haben, setzen sich die Leiden oft ein Leben lang fort, auch wenn sie dem Schrecken längst entkommen sind. Die Biographien der Menschen, die in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer Hilfe suchen, sind meist von extremer und für uns oft unvorstellbarer Gewalt und zahlreichen Verlusten geprägt. Die inneren Bilder der Grausamkeiten folgen ihnen, das Vertrauen zu den Mitmenschen und in die Welt ist zutiefst verletzt, die Nacht bringt Alpträume und die Zukunft scheint überschattet von den Ereignissen der Vergangenheit.

Was die Überlebenden deshalb brauchen, um hier in Deutschland anzukommen und sich ein neues Leben aufzubauen, sind Orte, an denen sie sich sicher fühlen können, an denen sich Menschen für ihr

Schicksal interessieren und sie neue Beziehungserfahrungen machen können. Menschen, die aufgrund der hohen psychischen Belastung und ihrer Gewalterfahrungen eine Traumafolgestörung entwickeln, benötigen darüber hinaus häufig professionelle psychosoziale und/oder psychotherapeutische Unterstützung.

Doch die Bedarfe von komplex traumatisierten Menschen sind vielschichtig und häufig nicht von einer Berufsgruppe allein zu adressieren. Die Wirksamkeit von Psychotherapie wird maßgeblich durch die Lebensrealität beeinflusst, in der sich Geflüchtete in Deutschland befinden. Neben psychotherapeutischer Expertise braucht es daher i.d.R. umfassendes Wissen über gesellschaftliche, kulturelle, politische und rechtliche Rahmenbedingungen.

Quality

Qualität
Wie ist die Qualität der Versorgung? Welche Qualifikationsprofile haben die Versorgenden?

Acceptability

Annehmbarkeit / Angemessenheit
Wie werden die Bedürfnisse und die Lebenssituation von Klient*innen berücksichtigt?

Hier setzen die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer an: Seit vielen Jahren bieten sie ein niedrigschwelliges, multiprofessionell organisiertes Leistungsspektrum für traumatisierte Geflüchtete an – umgesetzt durch divers zusammengesetzte Teams aus psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen und weiteren Fachkräften.

Die Datenerhebung, die diesem Bericht zugrunde liegt, zeigt, dass die Angebotsstruktur, die von den Psychosozialen Zentren vorgehalten wurde, so vielschichtig wie es die Bedarfe geflüchteter

Klient*innen sind. Die Schwerpunktangebote der psychosozialen/psychologischen Beratung, die Diagnostik und das Clearing, Kriseninterventionen und Stabilisierungsarbeit, Einzelpsychotherapien, das Verfassen von Stellungnahmen z.B. im aufenthaltsrechtlichen Verfahren sowie die Sozialberatung werden durch spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche, weitere Therapien (kreative Therapien, Bewegungstherapien etc.) sowie gruppenpsychotherapeutische Angebote ergänzt.

Als Kernangebot der Psychosozialen Zentren hat sich deutlich das Beratungssetting in seinen verschiedenen Ausformungen herausgestellt: Je nach Bedarf und Problemsituation der Klient*innen bot es sowohl zu psychosozialen, als auch zu sozial- und asylrechtlichen Fragestellungen sowie Integrationsangeboten Hilfestellung. Drei Viertel aller Klient*innen waren 2016 an die Beratungsangebote der Zentren angebunden. Über ein Drittel der Klient*innen war – in der Regel zusätzlich in Behandlung bei einem/einer Psychotherapeut*in. Klient*innen wurden selten ausschließlich psychotherapeutisch durch die PSZ versorgt – lediglich 14% der Klient*innen in den Zentren waren nicht auch in anderen Teilen des multimodalen Leistungsspektrums angebunden.

Hier spiegelt sich wider, wie zentral für die Psychosozialen Zentren der Grundsatz der „Lebensweltorientierung“ ist: Ihre Versorgungsangebote sind an den Alltag ihrer Klient*innen rückgekoppelt – psychische Krisen werden im gesellschaftlichen Kontext bearbeitet, statt isoliert im Behandlungsraum. Das zeigt sich auch in den zahlreichen Angeboten über die direkte Versorgung von Klient*innen hinaus: Auch Vermittlung und Vernetzung, die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit sowie die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen ist für die Psychosozialen Zentren ein zentraler Bestandteil ihres Leistungsspektrums.

Das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge

Ein „durchschnittliches Psychosoziales Zentrum“ bestand im Jahr 2016 aus einem 12-köpfigen Team, das sich insgesamt 7 Vollzeitstellen „teilte“. Mit diesem Team konnte ein Durchschnittszentrum etwa 552 Personen beraten und behandeln. Für die Versorgung dieser Klient*innen stand dem PSZ dabei ein Jahresbudget von im Schnitt 582.000 Euro zur Verfügung.

Auf der Warteliste eines durchschnittlichen PSZ standen jeden Monat etwa 54 Geflüchtete. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz betrug durchschnittlich 6 Monate. Im Schnitt 336 Klient*innen pro Jahr musste ein PSZ ganz ablehnen, konnte diese Personen also auch nicht auf die Warteliste aufnehmen.

Team



12 Personen mit
7 Vollzeitstellen



552 Klient*innen

424 in der Beratung
211 in Psychotherapie
80 ausschließlich Psychotherapie
83 in weiteren multimodalen Angeboten



Jahresbudget:
582.000 €



Wartezeit:
6 Monate



Warteliste:
54 Personen pro Monat



Ablehnungen:
336 Geflüchtete pro Jahr

Availability

Verfügbarkeit

Welche Versorgungsstrukturen gibt es? Welche Angebote sind verfügbar? Wie viele Klient*innen werden dadurch erreicht? Wie ist die Kapazität der Versorgungsstrukturen zu bewerten?

Von dem multiprofessionellen Leistungsspektrum, das die Psychosozialen Zentren anbieten, haben im Jahr 2016 insgesamt 17.674 Klient*innen profitiert. Damit hat sich die Kapazität der Zentren über das gesamte Bundesland hinweg im Vergleich zum Vorjahr um etwa ein Viertel erhöht. Dennoch kann noch immer keines der Psychosozialen Zentren der hohen Anzahl Hilfe suchender Klient*innen zeitnah und in Relation zur Anzahl der Anfragen nachkom-

men. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz in einem der PSZ beträgt im Durchschnitt 6 Monate. Zudem können nach wie vor nicht alle Anfragen überhaupt auf die Warteliste aufgenommen werden. Die Gesamtzahl derjenigen Geflüchteten, die von den PSZ abgelehnt werden mussten, liegt inzwischen bei über 10.000 Personen pro Jahr und lag damit sogar knapp über der Zahl derjenigen, die in den Zentren neu aufgenommen werden konnten.

Accessibility

Zugänglichkeit

Zu welchen Versorgungsangeboten haben Geflüchtete Zugang? Welche Barrieren behindern den Zugang? Welche Faktoren erleichtern den Zugang?

Doch auch die Anzahl der Geflüchteten, die aus den Psychosozialen Zentren heraus an niedergelassene Psychotherapeut*innen vermittelt werden konnte, ist 2016 um einen Anteil von 28% gestiegen. Die Vermittlungssituation in 2016 hat sich im Vergleich zum Vorjahr verbessert, die Zusammenarbeit mit Akteur*innen aus der Regelversorgung ist enger geworden.

Dabei variieren die Möglichkeiten, Klient*innen an die Regelversorgung weiterzuvermitteln, jedoch stark von Region zu Region – in einigen Regionen konnte über das gesamte Jahr hinweg nach wie vor kein*e einzige*r Klient*in aus dem PSZ an niedergelassene Psychotherapeut*innen vermittelt werden. Als von hoher Relevanz erwies sich außerdem der hohe Anteil an sogenannten „Teilvermittlungen“: So konnte bei der Hälfte der Vermittlungen aus den PSZ heraus zwar z.B. an Fachärzt*innen oder Psychotherapeut*innen weitervermittelt werden, die psychosoziale Versorgung einschließlich der sozial- und/oder verfahrensrechtlichen Beratung musste jedoch weiterhin vom PSZ gewährleistet werden. Im Jahresvergleich zeigte sich hier sogar ein Anstieg der Teilvermittlungen zu Lasten der „vollständigen“ Vermittlungen. Angesichts des komplexen Behandlungs- und Beratungsbedarfes geflüchteter Klient*innen verwundert diese Entwicklung nicht: Auch in den Psychosozialen Zentren selbst beträgt der Anteil derjenigen Klient*innen, die ausschließlich psychotherapeutisch angebunden sind, lediglich 14% – Psychotherapie allein ist also in den seltensten Fällen ausreichend, um den komplexen Bedarfen der Klient*innen gerecht zu werden.

Im Bereich der Kostenübernahmen für Psychotherapien als einem weiteren Indikator für die Zugäng-

lichkeit des Gesundheits- und Sozialsystems für Geflüchtete zeigt sich, dass der Anteil der Therapien, die von Sozialbehörden, Krankenkassen oder Jugendämtern als gesetzlich verantwortlichen Leistungsträgern übernommen werden, mit insgesamt 7% der Therapien noch immer sehr gering ist. Der Großteil der Psychotherapien wird mit 93% nach wie vor durch Projektgelder, Landes- oder Bundesmittel sowie Spenden finanziert.

Nachhaltigkeit und tragfähige Absicherung des Zugangs zu psychosozialen Komplexleistungsangeboten

Damit wird in den Analysen zur Versorgungssituation für Geflüchtete deutlich sichtbar, wie bedeutsam sowohl die Öffnung des Gesundheitssystems für Geflüchtete als auch der Ausbau der Strukturen in den Psychosozialen Zentren in ihrer multiprofessionellen Struktur und mit ihrem Komplexleistungsangebot unter einem Dach bleibt. Die Psychosozialen Zentren bieten geflüchteten Klient*innen unabhängig vom Aufenthaltsstatus, der Bleibe- und Beschäftigungsperspektive, Behandlungs- und Beratungsleistungen, die für den je individuellen Bedarf und den jeweiligen Kontext passend sind. Die Angebote folgen den Bedarfen und bislang nicht den Abrechnungsmöglichkeiten, die strukturell und bürokratisch für einen Zugang möglich sind oder aber verwehrt bleiben. Dies wird bislang durch ein fragmentiertes und zeitlich unsicheres Spektrum unterschiedlichster Fördermittel ermöglicht. Der Anteil des Budgets in den Psychosozialen Zentren, den man im engeren Sinne als Finanzierung durch staatliche Gelder zusammenfassen könnte, die also einem Versorgungsauftrag für psychisch erkrank-

te Geflüchtete am ehesten nahekomen würden, d.h. Landes-, Bundes- und kommunale Mittel sowie die Refinanzierung durch die Kostenträger, machen gemeinsam mit 46% noch immer weniger als die Hälfte des Gesamtbudgets aus. Hier wird deutlich, wie abhängig die Psychosoziale Versorgung von Geflüchteten – eigentlich eine staatliche Aufgabe – noch immer von begrenzten und zeitlich instabilen Projektmitteln sowie von privaten Zuschüssen ist. Gesundheitliche Versorgung sollte aber kein huma-

nitärer Akt sein. Gesundheit ist ein Menschenrecht, das allen hier lebenden Personen diskriminierungsfrei gewährt werden muss. Angesichts der langen Wartezeiten und der hohen Ablehnungszahlen in den Psychosozialen Zentren besteht hier weiterer Handlungsbedarf. Der Ausbau ihrer Angebote und eine nachhaltige Absicherung dieser Versorgungsstruktur ist dringend geboten.

Handlungsempfehlungen für eine bedarfsgerechte psychosoziale Versorgung von Geflüchteten



Nicht-Diskriminierung im Zugang zum Menschenrecht auf Gesundheit

- ☐ Geflüchtete müssen gleichberechtigt Zugang zu den Strukturen des Gesundheitssystems erhalten: Alle Geflüchteten bundesweit sind unabhängig vom Aufenthaltsstatus von Beginn an mit einer vollwertigen Krankenversicherungskarte auszustatten.
- ☐ Anträge auf Kostenübernahme für Psychotherapien nach AsylbLG müssen ermessensfrei beurteilt werden. Dafür sind Verwaltungsvorschriften an die Sozialbehörden zu erlassen. Das Patientenrechtegesetzes muss auch für Asylsuchende gelten.



Identifizierung und Berücksichtigung besonderer Bedarfe

- ☐ Leistungsansprüche aus der EU-Aufnahmerichtlinie müssen durch ein bedarfsgerechtes, einheitliches Rahmenkonzept zur Identifizierung und Versorgung vulnerabler Geflüchteter umgesetzt werden.
- ☐ Sprachmittlung muss als notwendiger Bestandteil der Krankenbehandlung anerkannt werden.
- ☐ Die Komplexleistungen, die durch die Psychosozialen Zentren erbracht werden, sind flächendeckend durch ein bedarfsgerechtes und nachhaltiges institutionelles Finanzierungskonzept sicherzustellen.

Literatur

- Albrecht, M., Ochmann, R., Jacobi, F., Bretschneider, J., Thom, J., Müllender, S., & Becker, M. (2016). Bedarfsplanung Psychotherapeuten - Konzept für eine bedarfsorientierte Planung der Psychotherapeutensitze. Abgerufen von https://www.researchgate.net/publication/310458344_Bedarfsplanung_Psychotherapeuten_-_Konzept_fur_eine_bedarfsorientierte_Planung_der_Psychotherapeutensitze [10.11.2016]
- Alpak, G., Unal, A., Bulbul, F., Sagaltici, E., Bez, Y., Altindag, A., ... Savas, H. A. (2015). Post-traumatic stress disorder among Syrian refugees in Turkey: a cross-sectional study. *International Journal of Psychiatry in Clinical Practice*, 19(1), 45–50.
- American Psychiatric Association (Hrsg.). (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5 (5th ed)*. Washington, D.C: American Psychiatric Association.
- Amnesty International. (2017a). Forced back to danger. Asylum-seekers returned from Europe to Afghanistan. Amnesty International. Abgerufen von https://www.ecoi.net/en/file/local/1411051/1226_1507186005_asa1168662017english.pdf [14.1.2018]
- Amnesty International. (2017b). Russland 2017. Abgerufen von <https://www.amnesty.de/jahresbericht/2017/russland#section-11943> [14.1.2018]
- Ärzteblatt. (2017). Kliniken müssen wegen Sicherheitslage in Afghanistan schließen. Abgerufen von <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/79251/Kliniken-muessen-wegen-Sicherheitslage-in-Afghanistan-schliessen> [14.1.2018]
- Ascher, H., & Mellander, L. (2010). Asylsökande barns tankar om hälsa. In Andersson, Ascher, Björnberg, & Eastmond, Mellan det förflutna och framtiden – Asylsökande barns välfärd, hälsa och välbefinnande. Geson: Hylte Tryck. Abgerufen von https://www.cergu.gu.se/digitalAssets/1319/1319551_mellan-det-forflutna-och-framtiden.pdf [14.1.2018]
- Aumüller, J., & Gesemann, F. (2016). Flüchtlinge aufs Land? Migration und Integration im ländlichen Raum. Bundeszentrale für Politische Bildung. Abgerufen von <http://www.bpb.de/apuz/236835/fluechtlinge-aufs-land-migration-und-integration-im-laendlichen-raum?p=all> [14.1.2018]
- Auswärtiges Amt. (2018). Afghanistan: Reisewarnung. Auswärtiges Amt. Abgerufen von <https://www.auswaertiges-amt.de/de/afghanistansicherheit/204692> [14.1.2018]
- BAMF. (2016). BAMF - Bundesamt für Migration und Flüchtlinge - Sichere Herkunftsländer. Abgerufen von <http://www.bamf.de/DE/Fluechtlingschutz/Sonderverfahren/SichereHerkunftsstaaten/sichere-herkunftsstaaten-node.html> [2.1.2018]
- Bean, T., Derluyn, I., Eurelings-Bontekoe, E., Broekaert, E., & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 288–297.
- Borderline-Europe, Asyl in der Kirche Berlin, Gemeinschaftsunterkunft Nuhetal in Potsdam, & Xenion. (2017). Reisebericht Polen und Weißrussland: Situation der tschetschenischen Geflüchteten. Abgerufen von http://www.borderline-europe.de/sites/default/files/readingtips/2017_08_08_Reisebericht%20Polen%20und%20Wei%C3%9Frussland_b-e_Xenion_asylidK.pdf [14.1.2018]
- Bozorgmehr, D. med Ms. K., Mohsenpour, A., Saure, D., Stock, C., Loerbroks, A., Joos, S., & Schneider, C. (2016). Systematische Übersicht und „Mapping“ empirischer Studien des Gesundheitszustands und der medizinischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland (1990–2014). *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(5), 599–620.
- BpTK. (2016). BpTK-Spezial „Kurswechsel in der Bedarfsplanung“. Abgerufen von http://www.bptk.de/uploads/media/BpTK-Spezial_Kurswechsel_in_der_Bedarfsplanung.pdf [14.1.2018]

- BPTK. (2018). Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018. Abgerufen von https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/Wartezeiten_2018/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf [14.7.2018]
- Bräutigam, B. (2000). Der ungelöste Schmerz. Perspektiven und Schwierigkeiten in der therapeutischen Arbeit mit Kindern politisch verfolgter Menschen. Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Brensell, A., & Weber, K. (Hrsg.). (2016). Störungen (3. Aufl.). Hamburg: Argument Verlag.
- Bronstein, I., & Montgomery, P. (2011). Psychological Distress in Refugee Children: A Systematic Review. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 14(1), 44–56.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2013). Das Bundesamt in Zahlen 2012. Asyl, Migration und Integration. Abgerufen von <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2012.html?nn=1367522> [1.11.2017]
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2014). Länderinformationsblatt – Russische Föderation (Juni 2014). Abgerufen von http://www.bamf.de/SharedDocs/MLLo-DB/DE/Rueckkehrfoerderung/Laenderinformationen/Informationsblaetter/cfs_russland-dl_de.pdf?__blob=publicationFile [1.11.2017]
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2017). Das Bundesamt in Zahlen 2016 - Asyl, Migration und Integration. Abgerufen von <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2016.html?nn=1694460> [4.10.2017]
- Bundesverband der Angehörigen psychisch Kranker. (2018, März 8). Kinder psychisch kranker Eltern. Abgerufen von <https://www.bapk.de/schwerpunkte/kinder-psychisch-kranker-eltern.html> [12.3.2018]
- Bundeszentrale für politische Bildung. (2015). Nordkaukasus. Abgerufen von <http://www.bpb.de/internationales/weltweit/innerstaatliche-konflikte/54672/nordkaukasus> [4.10.2017]
- Christoph, W., Baković Jadžić, T., Jeremić, V., Paech, N., Vuković, J., Čaušević, J., ... Buzoli, D. (2016). Von wegen sicher. Das Konzept der sicheren Herkunftsstaaten in der Kritik. Rosa Luxemburg Stiftung Südosteuropa. Abgerufen von https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/sonst/publikationen/RLS-safe_for_new_2-FIN-295U-DE.pdf [4.10.2017]
- Derluyn, I., & Broekaert, E. (2007). Different perspectives on emotional and behavioural problems in unaccompanied refugee children and adolescents. *Ethnicity & Health*, 12(2), 141–162.
- Ehrhart, H.-G. (2016). Meinung: Das Ende der Illusionen. Bundeszentrale für politische Bildung. Abgerufen von <http://www.bpb.de/internationales/asien/afghanistan/147053/meinung-das-ende-der-illusionen> [4.10.2017]
- Faulhaber, DIE LINKE. (2016). Antwort auf Kleine Anfrage: Suizid und Suizidversuche in Flüchtlingsunterkünften oder Erstaufnahmeeinrichtungen; Drucksache 19/4314. Wiesbaden. Abgerufen von <http://starweb.hessen.de/cache/DRS/19/4/04314.pdf> [4.10.2017]
- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *Lancet (London, England)*, 379(9812), 266–282.
- Fazel, M., Wheeler, J., & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet (London, England)*, 365(9467), 1309–1314.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., ... Wöller, W. (2011). S3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3, 202–210.
- Frank, L., Yesil-Jürgens, R., Razum, O., Bozorgmehr, K., Schenk, L., Gilsdorf, A., ... Lampert, T. (2017). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. *Journal of Health Monitoring*, 2(1), 24–47.
- Gammouh, O. S., Al-Smadi, A. M., Tawalbeh, L. I., & Khoury, L. S. (2015). Chronic Diseases, Lack of Medications, and Depression Among Syrian Refugees in Jordan, 2013–2014. *Preventing Chronic Disease*, 12.
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B., & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 224–231.
- Gerlach, C., & Pietrowsky, R. (2012). Trauma und Aufenthaltsstatus: Einfluss eines unsicheren Aufenthaltsstatus auf die Traumasympptomatik bei Flüchtlingen. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 33(1), 5–19.
- Hager, N., & Baron, J. (2017). Eine Frage von Glück und Zufall – Zu den Verfahrensgarantien für psychisch Kranke oder Traumatisierte im Asylverfahren. *Beratung und Rechtsschutz im Asylverfahren. Beilage zum Asylmagazin*, 2017(7–8), 17–26.
- Hohlfeld, T. (2017). IST-Zahlen in Deutschland lebender Flüchtlinge. Angaben des AZR. Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen der LINKEN (Ulla Jelpke u.a.): BT-Drs. 16/8321, 16/12029, 17/642, 17/4791, 17/8547, 17/12457, 18/1033, 18/3987, 18/5862, 18/7800, 18/9556, 18/11388.
- Huemer, J., Karnik, N. S., Voelkl-Kernstock, S., Grandsch, E., Dervic, K., Friedrich, M. H., & Steiner, H. (2009). Mental health issues in unaccompanied refugee minors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 3(1), 13.
- Human Rights Watch. (2017). World Report 2017. Abgerufen von <https://www.hrw.org/world-report/2017/country-chapters/afghanistan> [4.10.2017]
- Human Rights Watch. (2018). World report 2018. Abgerufen von https://www.hrw.org/sites/default/files/world_report_download/201801world_report_web.pdf [14.7.2018]

- International Crisis Group. (2015). North Caucasus- The challenges of integration (IV) – Economic and social imperatives. Abgerufen von <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain?page=search&docid=559ccf554&skip=0&query=health%20chechnya&coi=RUS> [4.10.2017]
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77–87.
- Kamm, C. BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN (2017). Antwort des Staatsministeriums des Inneren auf die schriftliche Anfrage: Suizide und Suizidversuche von Asylsuchenden in Bayern; Drucksache 17/17084. Abgerufen von https://www.bayern.landtag.de/www/ElanTextAblage_WP17/Drucksachen/Schriftliche%20Anfragen/17_0017084.pdf [4.10.2017]
- Keilson, H. (2005). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern: Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen* (1.). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Kostelny, K. (2006). A culture-based, integrative approach: Helping war-affected children. In N. Boothby, A. Strang, & M. G. Wessells, *A World Turned Upside Down: Social Ecological Approaches to Children in War Zones* (S. 19–39). Sterling, VA: Kumarian Press.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., van der Tweel, I., & De Jong, J. T. V. M. (2005). Post-migration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(12), 825–832.
- Lindert, J., von Ehrenstein, O. S., Wehrwein, A., Brahl, E., & Schäfer, I. (2017). Anxiety, depression and posttraumatic stress disorder in refugees - a systematic review. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie, ePub(ePub), ePub*.
- Lustig, S. L., Kia-Keating, M., Knight, W. G., Geltman, P., Ellis, H., Kinzie, J. D., ... Saxe, G. N. (2004). Review of child and adolescent refugee mental health. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(1), 24–36.
- Mattejat, F., & Lisofsky, B. (2009). *Nicht von schlechten Eltern: Kinder psychisch Kranker* (3. Aufl.). Bonn: BALANCE Buch + Medien Verlag.
- Matthews, C. (2016). „These are our rights“: Ghana's LGBT community finally finds Solace. *The Guardian*. Abgerufen von <http://www.theguardian.com/global-development/2016/feb/11/these-are-our-rights-paralegals-empowering-lgbt-ghana> [4.10.2017]
- Metzner, D.-P. F., Reher, C., Kindler, H., & Pawils, S. (2016). Psychotherapeutische Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 1–10.
- Michelson, D., & Sclare, I. (2009). Psychological needs, service utilization and provision of care in a specialist mental health clinic for young refugees: a comparative study. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 14(2), 273–296.
- Montgomery, E., & Foldspang, A. (2008). Discrimination, mental problems and social adaptation in young refugees. *The European Journal of Public Health*, 18(2), 156–161.
- Nielsen, S. S., Norredam, M., Christiansen, K. L., Obel, C., Hilden, J., & Krasnik, A. (2008). Mental health among children seeking asylum in Denmark-the effect of length of stay and number of relocations: a cross-sectional study. *BMC Public Health*, 8, 293.
- Niklewski, G., Richter, K., & Lehfeld, H. (2012). Abschlussbericht im Verfahren Az.: Z2/0272.01-1/14 für „Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerber - Zirndorf“. Nürnberg: Klinikum Nürnberg.
- OECD, & European Observatory on Health Systems and Policies. (2017). *Deutschland: Länderprofil Gesundheit 2017. State of Health in the EU*. OECD Publishing, Paris /European Observatory on Health Systems and Policies, Brüssel. Abgerufen von https://ec.europa.eu/health/sites/health/files/state/docs/chp_de_german.pdf [4.12.2017]
- Pelzer, M., & Pennington, A. (2006). Geschlechtsspezifische Verfolgung: Das neue Flüchtlingsrecht in der Praxis. *Asylmagazin*, (5), 4–8.
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S., & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46–59.
- Pinto Wiese, E. B., & Burhorst, I. (2007). The Mental Health of Asylum-seeking and Refugee Children and Adolescents Attending a Clinic in the Netherlands. *Transcultural Psychiatry*, 44(4), 596–613.
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602–612.
- Ravens-Sieberer, U., Wille, N., Bettge, S., & Erhart, M. (2007). *Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 50(5–6), 871–878.
- Razum, O., Saß, A.-C., & Bozorgmehr, K. (2016). *Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten: Herausforderungen und Lösungsansätze. Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(5), 543–544.
- Schneider DIE LINKE, C. (2018). Antwort des Senats auf die Kleine Anfrage: Suizide und Suizidversuche in Hamburg lebender Geflüchteter; Drucksache 21/11643. Hamburg. Abgerufen von <https://www.buergerschaft-hh.de/ParlDok/dokument/60884/suizide-und-suizidversuche-in-hamburg-lebender-gefl%C3%BChteter-ii-.pdf> [12.7.2018]

Schweizerische Flüchtlingshilfe. (2016). Tschetschenien – Aktuelle Menschenrechtslage. Abgerufen von <http://www.fnrw.de/images/Themen/Menschenrechte/2016/160513-rus-menschenrechte.pdf> [4.12.2017]

Schweizerische Flüchtlingshilfe. (2017). Afghanistan: Psychiatrische und psychotherapeutische Behandlung. Bern. Abgerufen von <https://www.fluechtlingshilfe.ch/assets/herkunftslander/mittlerer-osten-zentralasien/afghanistan/170405-afg-psychiatrische-behandlung.pdf> [4.12.2017]

Silove, D., Steel, Z., & Mollica, R. F. (2001). Detention of asylum seekers: assault on health, human rights, and social development. *The Lancet*, 357(9266), 1436–1437.

Spallek, J., Tempes, J., Ricksgers, H., Marquardt, L., Prüfer-Krämer, L., & Krämer, A. (2016). Gesundheitliche Situation und Versorgung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge – eine Näherung anhand qualitativer und quantitativer Forschung in der Stadt Bielefeld. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(5), 636–641.

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (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: The Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537–549.

UNHCR. (2013). Handbuch und Richtlinien über Verfahren und Kriterien zur Feststellung der Flüchtlingseigenschaft. Genf: UNHCR. Abgerufen von <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain/opendoc.pdf.pdf?reldoc=y&docid=526632914> [4.12.2017]

UNHCR. (2017). Global Trends. Forced Displacement 2016. Geneva: UNHCR. Abgerufen von <http://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/06/GlobalTrends2016.pdf> [4.3.2018]

Wullfert, A. (2017). Verzweifelt fern der Heimat. tagesschau.de. Abgerufen von <https://www.tagesschau.de/inland/fluechtlinge-suizid-101.html> [2.1.2018]

Zito, D. (2017). Flüchtlinge als Kinder - Kinderflüchtlinge. In C. Ghaderi & T. Eppenstein (Hrsg.), *Flüchtlinge: Multiperspektivische Zugänge* (S. 235–256). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

Adressen

In der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sind derzeit folgende 37 Mitgliedszentren vertreten (nach Bundesländern sortiert):

Baden-Württemberg

☐ **BFU Ulm – Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm**

Wagnerstr. 65, 89077 Ulm

www.bfu-ulm.de

☐ **PBV Stuttgart – Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene**

Schloßstraße 76, 70176 Stuttgart

<http://www.eva-stuttgart.de/unsere-angebote/angebot/psychologische-beratungsstelle-pbv/>

☐ **Refugio Stuttgart e.V. – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge**

Weißenburgstr.13, 70180 Stuttgart

www.refugio-stuttgart.de

☐ **Refugio Villingen-Schwenningen – Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge e.V.**

Schwedendammstraße 6, 78050 Villingen-Schwenningen

www.refugio-vs.de

☐ **Traumanetzwerk Lörrach**

Caritasverband Landkreis Lörrach

Haagener Straße 15 A, 79539 Lörrach

www.traumanetz-loe.de

Bayern

☐ **PSZ Nürnberg – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge**

St.-Johannis-Mühlgasse 5, 90419 Nürnberg

<http://migration.rummelsberger-diakonie.de/beratung/psychosoziales-zentrum/>

☐ **REFUGIO München – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.**

Rosenheimer Straße 38, 81669 München

www.refugio-muenchen.de

Berlin

☐ **Zentrum Überleben gGmbH**

Turmstraße 21, 10559 Berlin

www.ueberleben.org

☐ **XENION Berlin – Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte**

Paulsenstraße 55/56, 12163 Berlin

www.xenion.org

Brandenburg

☐ **Behandlungsstelle für traumatisierte Flüchtlinge, Fürstenwalde**

c/o KommMit e.V., Turmstraße 21, 10559 Berlin

<http://www.bbzbberlin.de/projekte/kommmmit-brandenburg.html>

☐ **FaZIT – Fachberatungsdienst Zuwanderung, Integration und Toleranz**

Am Bürohochhaus 2-4, 14478 Potsdam

<https://fazit-brb.de/>

Bremen

☐ **REFUGIO Bremen – Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e.V.**

Außer der Schleifmühle 53, 28203 Bremen

www.refugio-bremen.de

Hamburg

☐ **haveno**

Gesundheitszentrum St. Pauli, Seewarterstraße 10, 20459 Hamburg

www.haveno.de

☐ **SEGEMI – Seelische Gesundheit Migration und Flucht e.V.**

Adenauerallee 10, 20097 Hamburg

<http://www.segemi.org/>

Hessen

☐ **Ev. Zentrum für Beratung und Therapie am Weißen Stein**

Olof-Palme-Straße 17, 60439 Frankfurt/Main

https://evangelischesfrankfurt.de/dokumente/198/Flyer_Haus_am_Wei%C3%9Fen_Stein_web.pdf

☐ **FATRA Frankfurt/M. – Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e.V.**

Lindleystr. 15, 60314 Frankfurt/Main

www.fatra-ev.de

Mecklenburg-Vorpommern

☐ **Psychosoziales Zentrum für Asylsuchende und MigrantInnen in Vorpommern**

im Kreisdiakonischen Werk Greifswald e.V.

Kapaunenstraße 10, 17489 Greifswald

www.psz-greifswald.de

Niedersachsen

☐ **IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e.V.**

Klävemannstraße 16, 26122 Oldenburg

www.ibis-ev.de

☐ **Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.**

Marienstraße 28, 30171 Hannover

<http://www.ntfn.de/>

Nordrhein-Westfalen

☐ **MFH Bochum – Medizinische Flüchtlingshilfe e.V.**

Glockengarten 1, 44803 Bochum

www.mfh-bochum.de

☐ **PSZ Aachen- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in der Städteregion Aachen (PÄZ Aachen e.V.)**

Mariahilfstraße 16, 52062 Aachen

<http://www.paez-aachen.de/psz.html>

☐ **PSZ Bielefeld – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge**

(Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH und AK Asyl e.V.)

Friedenstr. 4-8, 33602 Bielefeld

<http://www.psz-bielefeld.de/>

☐ **Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Dortmund**

Lange Straße 44, 44137 Dortmund

☐ **Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf**

Benrather Straße 7, 40213 Düsseldorf

www.psz-duesseldorf.de

☐ **PSZ für Flüchtlinge Diakonie Mark-Ruhr**

Bergstraße 121, 58095 Hagen

<https://www.diakonie-mark-ruhr.de/unterstuetzung-und-beratung/migration-und-flucht/zuwanderungsberatung-hagen-en-kreis/>

☐ **Refugio Münster – Psychosoziale Flüchtlingshilfe**

Hafenstr. 3-5, 48153 Münster

www.refugio-muenster.de

☐ **Therapiezentrum für Folteropfer des Caritasverbandes für die Stadt Köln e.V.**

Spiesergasse 12, 50670 Köln

http://caritas.erzbistum-koeln.de/koeln-cv/fluechtlinge_einwandernde/fluechtlinge/fluechtlingsberatung/therapiezentrum_fuer_folteropfer_fluechtlingsberatung/

Rheinland-Pfalz

☐ **IN TERRA – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Mayen**

Caritasverband für die Region Rhein-Mosel-Ahr e.V.

St. Veit-Straße 14, 56727 Mayen

<http://migration.caritas-rhein-mosel-ahr.de/psz.htm>

☐ **Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Altenkirchen**

Diakonisches Werk Altenkirchen – Fachdienst für Flüchtlinge und Migranten

Stadthallenweg 16, 57610 Altenkirchen

<http://diakonie-altenkirchen.de/psz>

☐ **Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge, Trier**

Dasbachstraße 21, 54292 Trier

<http://www.jmd-trier.de/ökumenische-beratungsstelle-für-flüchtlinge/>

☐ **Psychosoziales Zentrum Pfalz, Ludwigshafen**

Diakonie Pfalz

Wredestr. 17, 67059 Ludwigshafen

<https://www.diakonie-pfalz.de/aktuelles/nachrichten/detail/psychosoziales-zentrum-fuer-fluechtlinge-in-ludwigshafen.html>

☐ **Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma, Mainz**

Caritasverband Mainz e.V.

Rheinallee 3a, 55116 Mainz

<http://www.caritas-mainz.de/caritas-vor-ort/mainz/cbjz-st.-nikolaus/psychosoziale-zentrum-fuer-flucht-und-trauma>

Saarland

☐ **PSZ Saarbrücken**

Psychosoziales Beratungszentrum des Deutschen Roten Kreuzes

Vollweidstraße 2, 66115 Saarbrücken

<https://www.lv-saarland.drk.de/angebote/migration-und-integration/hilfen-fuer-traumatisierte-fluechtlinge/psychosoziales-zentrum-psz.html>

Sachsen

☐ Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete Leipzig

Mosaik Leipzig – Kompetenzzentrum für transkulturelle Dialoge e.V.

Peterssteinweg 3, 04107 Leipzig

www.mosaik-leipzig.de

☐ Psychosoziales Zentrum Dresden

CALM Sachsen (das Boot gGmbH)

Friedrichstrasse 28a, 01067 Dresden

<http://www.calm-sachsen.de/de/psz-dresden>

Sachsen-Anhalt

☐ Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten Sachsen-Anhalt

Standort Halle (Saale):

Charlottenstraße 7, 06108 Halle (Saale)

Standort Magdeburg:

Liebkechtstraße 55, 39114 Magdeburg

www.psz-sachsen-anhalt.de

Schleswig-Holstein

☐ Psychosoziale Anlaufstelle für Geflüchtete

Am Alten Kirchhof 12, 24534 Neumünster

<https://www.diakonie-altholstein.de/de/Beratungszentrum-Mittelholstein>

Thüringen

☐ refugio thüringen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge e.V.

Standort Jena:

Lassallestraße 8, 07743 Jena

Standort Erfurt:

Schillerstraße 44, 99096 Erfurt

www.refugio-thueringen.de

Unterstützen Sie die BAff

Für Menschen, die Folter, Krieg oder Genozid überlebt haben, setzen sich die Leiden oft ein Leben lang fort, auch wenn sie dem Schrecken längst entkommen sind. Die inneren Bilder der Grausamkeiten folgen ihnen, das Vertrauen zu anderen Menschen ist zutiefst verletzt, die Nacht bringt Alpträume und die Zukunft scheint überschattet von den Ereignissen der Vergangenheit. Wir helfen den Betroffenen in unserem Land, Schutz und Sicherheit vor weiterer Verfolgung zu finden und die erlittenen seelischen Qualen zu verarbeiten, indem wir uns bundesweit für professionelle Hilfe und Unterstützung einsetzen.

Allerdings finanziert auch die BAff sich leider ausschließlich über unregelmäßige Zuwendungen aus Projektgeldern, Spenden und Mitgliedsbeiträgen. Um unsere Arbeit zum Schutz von Flüchtlingen und Folterüberlebenden weiterführen zu können, sind wir deshalb auch auf Ihre Unterstützung angewiesen.



Werden Sie Einzelfördermitglied

Sie können als Einzelfördermitglied der BAff unsere Arbeit nachhaltig und wirkungsvoll unterstützen. Als Fördernde der BAff zahlen Sie einen Beitrag von 100 Euro jährlich. Mit Ihrer Förderung können Sie Veränderungen in unserer Gesellschaft mitgestalten und den Überlebenden von Folter oder schweren Menschenrechtsverletzungen helfen.

Als Einzelfördermitglied erhalten Sie regelmäßig Newsletter, in denen Sie über die laufenden Aktivitäten der BAff informiert werden, unsere Veröffentlichungen, Veranstaltungshinweise und einen Jahresbericht. Außerdem haben Sie die Möglichkeit, an der jährlich stattfindenden Mitgliederversammlung im Rahmen der bundesweiten Fachtagung teilzunehmen, die wir jedes Jahr in Kooperation mit einem unserer Mitgliedszentren organisieren.

Schreiben Sie uns per Email (info@baff-zentren.org), dann schicken wir Ihnen alle nötigen Unterlagen zu – oder gehen Sie auf unsere Homepage. Auf der Seite <http://www.baff-zentren.org/unterstuetzen-sie-die-baff/einzelfoerdermitgliedschaft> finden Sie alle Informationen zur Fördermitgliedschaft. Ihr Förderbeitrag ist steuerlich absetzbar.

Sie können unsere Arbeit auch mit einer einmaligen Spende unterstützen:

Spendenkonto:
BAff e.V.
Bank für Sozialwirtschaft
IBAN: DE86 100 205 000 003 096 00
BIC: BFSWDE33BER

Dieser Bericht fasst die Analysen zusammen, die die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) jedes Jahr zur Versorgungssituation von Flüchtlingen und Folteropfern durchführt. Er beschreibt die psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland entlang der Kriterien der Zugänglichkeit, der Verfügbarkeit und der Erreichbarkeit bedarfsgerechter Behandlungs- und Beratungsangebote.

In dieser Ausgabe wird außerdem Geflüchteten selbst das Wort gegeben. Sie erzählen ihre Geschichte vor, während und nach der Flucht und geben Einblick in ihre aktuelle Lebenssituation in Deutschland.

Die Daten, die dem Bericht zugrunde liegen, stammen aus der jährlichen Datenerhebung der BAfF in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, aus Interviews mit Klient*innen aus den Psychosozialen Zentren sowie einer Zusammenschau sowohl aktueller Befunde aus Psychotraumatologie und Versorgungsforschung als auch der aktuellen rechtlichen Rahmenbedingungen, die für die Versorgung von Geflüchteten von Relevanz sind. Der Bericht schließt mit Empfehlungen für gesundheits- und sozialpolitische Interventionen, die aus diesen Analysen folgen.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) ist der Dachverband der Zentren, Einrichtungen und Initiativen, die sich die psychotherapeutische, soziale und medizinische Behandlung und Versorgung von Geflüchteten in Deutschland zur Aufgabe gemacht haben.

Weitere Informationen unter www.baff-zentren.org