

**Schleswig-Holsteinischer Landtag**  
**Umdruck 18/3830**



Landes-Arbeitsgemeinschaft  
der freien Wohlfahrtsverbände  
Schleswig-Holstein e.V.

Falckstraße 9  
24103 Kiel

Postfach: 4965  
24049 Kiel

Tel. 0431 336075  
Tel. 0431 336026  
Fax 0431 337130

lag.freie-wohlfahrt-sh@online.de

Bankverbindung:  
Ev. Darlehnsgenossenschaft eG  
Konto: 0012017  
BLZ: 210 602 37

LAG der freien Wohlfahrtsverbände SH e.V., Postfach 49 65, 24049 Kiel  
**Schleswig-Holsteinischer Landtag**

**Innen- und Rechtsausschuss**  
**Frau Barbara Ostmeier – Vorsitzende**  
Postfach 7121  
24171 Kiel

per E-Mail: [innenausschuss@landtag.ltsh.de](mailto:innenausschuss@landtag.ltsh.de)

Ihr Zeichen / Ihr Schreiben vom

Unsere Zeichen  
**AS/rei**

Kiel,  
19.12.2014



Stellungnahme der Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien  
Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e.V.



zu

- a) Entwicklung der Zuwanderung, der Einreise von Flüchtlingen und von Asylbewerbern in Schleswig-Holstein  
Antwort der Landesregierung auf die Große Anfrage der Fraktion der CDU  
Drucksache 18/2160
- b) Menschenwürdige Unterbringung sichern! Gemeinsames Konzept von Land und Kommunen zur Unterbringung von Flüchtlingen im Land Schleswig-Holstein  
Bericht der Landesregierung - Drucksache 18/2190



Sehr geehrte Frau Vorsitzende Ostmeier,

die Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e.V. (LAGFW) bedankt sich für die Möglichkeit zu einer Stellungnahme zu der o.g. Drucksache 18/2160 und Drucksache 18/2190.

Die LAGFW schließt sich den Stellungnahmen des Beauftragten für Flüchtlings,- Asyl- und Zuwanderungsfragen des Landes Schleswig-Holstein - Umdruck 18/3611 und Lifeline – Vormundschaftsverein im Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein e.V. – Umdruck 18/3709 an und ergänzt diese wie folgt:



Hinweis: Der vollständige Umdruck kann über das Internetangebot des Landtages unter [s-h-landtag.de](http://s-h-landtag.de) - Dokumente - Umdrucke aufgerufen und im Ausschussbüro - Zi. 138 - eingesehen werden.

zu

**a) Entwicklung der Zuwanderung, der Einreise von Flüchtlingen und von Asylbewerbern in Schleswig-Holstein Drucksache 18/2160**

**7. Welche staatlichen oder staatlich unterstützten Angebote werden für die Integration dieser Zuwanderer gemacht?**

Wie im Bericht dargestellt, sind die Kollegialverbände der LAGFW und deren Mitgliedsorganisationen Träger der landesgeförderten Migrationssozialberatungsstellen (MSB), der bundesgeförderten Migrationsberatungsstellen für erwachsene Zuwanderer (MBE) sowie der Jugendmigrationsdienste (JMD). An der Finanzierung der Arbeit sind die Träger mit einem Eigenmittelanteil in Höhe von mindestens 10 bis über 30 Prozent beteiligt. Die LAGFW hat für diese Beratungs- und Betreuungsarbeit ein Handlungskonzept „Teilhabe fördern – LAG Handlungskonzept Migration“ entwickelt und im Oktober 2014 veröffentlicht. Dabei gehen wir von den konkreten Lebensbedingungen der Ratsuchenden als Anlass für eine qualifizierte sozialpädagogische Beratung aus. Diese muss unabhängig vom Aufenthaltsstatus der Ratsuchenden erfolgen und ist als eigenständiger Fachdienst auch zukünftig erforderlich.

Die fachliche Begleitung und Unterstützung der verbandszugehörigen Träger von o.g. Migrationsfachdiensten ist eine Aufgabe der jeweiligen Mitglieder des LAGFW Fachausschusses Migration. Im Rahmen dieser Tätigkeit sind daher aktuelle Problemlagen und Bedarfe der Migrationsfachdienste in den Kreisen und kreisfreien Städten stets aktuell bekannt.

Die Anforderungen an Migrationsberatung sind in den letzten Jahren stetig gestiegen, da durch den Zuzug von Flüchtlingen mehr Menschen mit belastenden psychischen Problemen diese Beratung in Anspruch nehmen und mit dem Zuzug von EU-Bürgern neue Zielgruppen von der Migrationsberatung erreicht werden.

Bis dato sieht die landesfinanzierte Migrationssozialberatung keine gleichberechtigte Beratung von Personen mit ungesichertem Aufenthalt und denen mit auf Dauer angelegtem Aufenthalt vor. Im *Rahmenkonzept für eine Sozialberatung für Migrantinnen und Migranten (Migrationssozialberatung in Schleswig-Holstein vom 10. Januar 2006)* ist als Zielgruppe genannt „sonstige Migrantinnen und Migranten in konkreten migrantenspezifischen Krisensituationen“, ähnlich wird es auch in der *Richtlinie für die Gewährung von Zuwendungen zur Förderung von Migrationssozialberatung und Projekten zum Aktionsplan Integration“ (Förderrichtlinie Migrationssozialberatung vom 29.04.2013)* unter 2.1. beschrieben.

Anzustreben ist, dass bei der landesfinanzierten Migrationssozialberatung ausdrücklich die Bedarfe von Flüchtlingen mit aufgenommen werden, damit auch diese Personengruppe

adäquat beraten und betreut werden, wie die Personen mit auf Dauer ausgerichteten Aufenthaltsrecht. Einschränkungen hinsichtlich der Planstellenanteile darf es nicht geben.

Darüber hinaus hat die LAGFW sowie einzelne Wohlfahrtsverbände und deren Mitgliedsorganisationen und weitere Vereine Projektanträge im Rahmen des neuen EU-Förderprogramms AMIF- Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds - konzipiert und für 2015 beantragt (Anhang 1).

Gerade in der interkulturellen Projektarbeit kommt die enge Vernetzung von Trägern und Akteuren der Migrations- und Integrationsarbeit zum Tragen und hier besteht eine enge Kooperation mit Landesbehörden und -ministerien.

### **36. Welche Betreuungsangebote, insbesondere für traumatisierte Flüchtlinge und Asylbewerber sowie für unbegleitete Minderjährige bestehen im Land?**

Aufgrund der deutliche angestiegenen Zuzugszahlen von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF) sind die öffentlichen Jugendhilfeträger häufig nicht mehr in der Lage das Kindeswohl gemäß der Vorgaben des Kinder- und Jugendhilfegesetze adäquat sicherzustellen. Die LAG FW plädiert dafür, landesweit Clearingstellen mit einheitlichen Qualitätsstandards einzurichten. Die Zuständigkeit liegt beim Ministerium für Soziales, Gesundheit, Wissenschaft und Gleichstellung – Landesjugendamt und bei der örtlichen Jugendhilfe. Des Weiteren möchten wir an dieser Stelle auf die o.g. Stellungnahme von Lifeline – Vormundschaftsverein im Flüchtlingsrat Schleswig-Holstein e.V. hinweisen.

Im Oktober 2014 hat Bayern eine Gesetzesinitiative zur bundesweiten gleichmäßigen Verteilung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen auf die öffentlichen Träger der Jugendhilfe auf dem Weg gebracht. Wir lehnen die Anwendung des EASY-Umverteilungssystems für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge ab. Hierbei handelt sich um ein ordnungspolitisches Instrument, das für diese Personengruppe mit der Änderung des § 42 SGB VIII in 2005 ausgesetzt wurde. Darüber hinaus ist zu befürchten, dass mit dem EASY- System das Kindeswohl nicht beachtet oder sogar massiv verletzt wird. Aus unserer Sicht sollte die Entlastung der öffentlichen Jugendhilfeträger durch die Novellierung des § 89 d SGB VIII angestrebt werden. An dieser Stelle möchten wir auf die Stellungnahme der Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege vom 18.11.2014 zum Gesetzesantrag des Freistaats Bayerns (Bundesdrucksache 444/14 hinweisen (Anhang 2).

Das im Bericht der Landesregierung genannte „EFF- Kooperationsprojekt zur psychotherapeutischen und psychiatrischen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen in Schleswig-Holstein“ läuft zum Jahresende 2014 aus.

Die Einschränkungen bei der medizinischen Versorgung stellen nach wie vor ein zentrales Problem für Asylsuchende und Geduldete dar. Diese Einschränkungen sind weder mit dem Urteil des Bundesverfassungsgerichts vom 18.07.2012 noch mit den Bestimmungen der EU-Aufnahmerichtlinie vereinbar. Die uneingeschränkte medizinische Versorgung Asylsuchender und Geduldeter muss sichergestellt sein. Dies wäre etwa gewährleistet mit der Aufnahme der Asylsuchenden in die Gesetzlichen Krankenversicherungen. Sichergestellt werden muss auch die Übernahme der notwendigen Dolmetscherkosten.

Die LAGFW setzt sich seit Langem für die Aufhebung des Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) ein. Wenn es hinsichtlich der Leistungshöhe mittlerweile zwar eine weitgehende Angleichung an den Leistungsumfang bei SGB II bzw. SGB XII gibt, so gibt es doch wie zuvor gravierende Einschränkungen bei der gesundheitlichen Versorgung, der Integration in den Arbeitsmarkt und durch das Sachleistungsprinzip. So verhindert das AsylbLG etwa die Inanspruchnahme von Hilfen zur Integration in den Arbeitsmarkt aus dem SGB. Die Integration der Ansprüche der Asylsuchenden ins SGB II oder SGB XII könnte diese Defizite beseitigen und würde zudem Länder und Kommunen finanziell erheblich entlasten.

Die EU-Aufnahmerichtlinie, EU-Asylverfahrensrichtlinie und EU-Qualifikationsrichtlinie verpflichten die Staaten, die spezifischen Bedürfnisse von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen wie (unbegleiteten) Minderjährigen, Behinderten, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, zu berücksichtigen. Daher ist es notwendig, Verfahren zur frühestmöglichen Erkennung und Berücksichtigung der speziellen Bedürfnisse besonders Schutzbedürftiger einzuführen. Ebenso erforderlich ist es, die notwendigen Hilfestrukturen - etwa zur Unterstützung traumatisierter Flüchtlinge - zur Verfügung zu stellen.

Bei der Identifizierung der Bedarfe von besonders Schutzbedürftigen ist eine enge Kooperation zwischen staatlichen und nichtstaatlichen Akteuren sinnvoll. Notwendig ist in jedem Fall die professionelle Schulung aller am Asylverfahren Beteiligten, um angemessen auf die spezifischen Bedürfnisse der Betroffenen reagieren zu können. Soweit Hinweise auf eine besondere Schutzbedürftigkeit vorliegen müssen zur Identifizierung und konkreten Bedarfsfeststellung kompetente Fachstellen zuständig sein. Gewährleistet sein muss dann aber auch die Leistungsgewährung gemäß dem konkreten ermittelten Bedarf. An dieser Stelle verweisen wir auf die Dokumentation der „BAfF“-Jahrestagung vom 03.11.-05.11.2013 in Kiel: „Defizite in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge – Versäumnisse in den staatlichen Verpflichtungen?“ (Anhang 3).

Es muss sichergestellt sein, dass Asylbewerber das Asyl- und Aufnahmeverfahren verstehen und nachvollziehen können. Dieser Anspruch ist auch ausdrücklich in der Aufnahmerichtlinie formuliert. Insbesondere in den Erstaufnahmeeinrichtungen muss daher sichergestellt

werden, dass die Asylsuchenden die notwendigen Informationen über das Asylverfahren, die sozialen und medizinischen Leistungen in einer ihnen verständlichen Sprache, erhalten bzw. die Kommunikation durch qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher. und Mittler gewährleistet ist.

### **Ergänzung zum Thema Sprachförderung und Zugang zum Arbeitsmarkt für Asylsuchende**

Das Land fördert eine verkürzte Sprachförderung für Asylsuchende (Staff). Integrationskurse, für deren Durchführung das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge zuständig ist, decken momentan nicht annähernd den vorhandenen Bedarf ab. Die Nachfrage nach ihnen steigt weiterhin: Im ersten Halbjahr 2014 wurden 100.239 Teilnahmerechtigungen zum Integrationskurs ausgestellt. Dieses stellt den höchsten Wert für ein 1. Quartal seit 2005 und ein Anstieg um 27,7 Prozent gegenüber dem Vergleichszeitraum des Vorjahres. (siehe <http://www.bamf.de/DE/Infothek/Statistiken/InGe/inge.html>).

Auch ist trotz Fürsprache des Bundesrats immer noch kein grünes Licht gegeben worden, diese Integrationskurse auch für Flüchtlinge zu öffnen und die Versorgungssituation im Bereich der Aufnahme von Flüchtlingen somit zu verbessern. Die LAGFW fordert schon lange die Öffnung der Integrationskurse für Flüchtlinge.

Für Flüchtlinge ist der zügige Erwerb der deutschen Sprache ein zentrales Anliegen und gleichzeitig der Schlüssel zu einer gelingenden Integration. Ein zügiger Einstieg in den Spracherwerb liegt auch im Interesse von Behörden, Schulen, Ärztinnen und Ärzten, Nachbarn und Ehrenamtlichen.

Ein beschleunigter und vereinfachter Zugang zum Arbeitsmarkt fußt nicht zuletzt auf dem Nachweis vorhandener deutscher Sprachkenntnisse in verschiedenen Abstufungen. Seit Ende 2013 werden aus dem Landeshaushalt an Volkshochschulen sogenannte „Staff“-Kurse durchgeführt. Diese können den gestiegenen Bedarf weder qualitativ und noch quantitativ abdecken, wie wir aus Rückmeldungen von Migrationsfachdiensten, Ehrenamtlichen sowie Flüchtlingen erfahren haben. Die Kurse können für eine sozialräumliche Erstorientierung sinnvoll sein und überdies erste Vokabeln vermitteln, sie sind jedoch - selbst nach dem Dafürhalten der Volkshochschulen - keinesfalls ein Ersatz für systematisch aufgebaute Deutschkurse. Wir plädieren daher inständig dafür, die Struktur der Integrationskurse an den Bedarf anzupassen und die Integrationskurse auch endlich für Flüchtlinge zu öffnen.

In vielen Kreisen und kreisfreien Städten haben sich Initiativen und Vereine von Ehrenamtlichen Unterstützerinnen und Unterstützern, Lotsen zum Teil unter hauptamtlicher Begleitung gegründet, die Flüchtlingen Erstorientierung wie alltagssprachliche

Grundkenntnisse vermitteln können. Diese Initiativen brauchen eine systematische Unterstützung und sind kein Ersatz für Integrationskurse.

Gleichzeitig wird auf weitere Probleme der Praxis hingewiesen. Bei Flüchtlingen, die älter als 25 Jahre alt sind, ist z.B. eine Übernahme der Fahrtkosten durch das Bildungs- und Teilhabepaket nicht möglich. Zudem brauchen diese Jugendlichen zusätzliche Förderung insbesondere in Mathematik sowie den naturwissenschaftlichen Fächern, da ein Kenntnisstand der 7. bis 8. Klasse vorausgesetzt wird, um in einer Abendschule den Abschluss zu erreichen.

Neben konkreten Änderungen im Schulgesetz braucht es unbedingt ein landesweites Konzept zur Beschulung von jungen Flüchtlingen bis 27 Jahren. Dabei sollte sichergestellt werden, dass die (Berufs-)Schulpflicht für alle gilt, die nicht bereits in ihrem Herkunftsland 9 Jahre die Schule besucht haben.

Die Fachkräfteinitiative „*Zukunft im Norden*“ durch die Landesregierung Schleswig-Holstein strebt durch die Kooperation mit Vertretern von Land, Kammern, Wirtschafts- und Kommunalverbänden, Gewerkschaften, der Bundesagentur für Arbeit und den Hochschulen eine Verbesserung der Arbeitsmarktpotentiale an. Die Entwicklung von Handlungsstrategien zur Erschließung des inländischen Potentials wie zur Gewinnung ausländischer Fachkräfte wird dabei von der Landesregierung als ganzheitlicher Anwerbungs- und Eingliederungsprozess verstanden und begrüßt.

Eine jüngst veröffentlichte Studie (November 2014) des Zentrums für Europäische Wirtschaftsforschung im Auftrag der Bertelsmann Stiftung fundiert diese Bestrebungen. Ihr zufolge zahlt jeder Ausländische Arbeitnehmer pro Jahr im Schnitt 3300 € mehr Steuern und Sozialabgaben ein als er an staatlichen Transferleistungen zurückerhält. „*Gute Bildungspolitik ist die beste Integrationspolitik*“, so Jörg Dräger, Stiftungsvorstand der Bertelsmann-Stiftung. Dieses Motto möchten wir als LAGFW aufgreifen und die Bestrebungen „*Flüchtlings- und Integrationspolitik zusammenzudenken*“ um die Inhalte von Arbeitsmarktpolitik zu erweitern. Denn dass in vielen Bereichen in absehbarer Zeit ein erheblicher Arbeitskräftemangel entstehen wird, ist absehbar (z.B. Pflegebereich).

Zu

**b) Menschenwürdige Unterbringung sichern! Gemeinsames Konzept von Land und Kommunen zur Unterbringung von Flüchtlingen im Land Schleswig-Holstein Drucksache 18/2190**

Bei der Gestaltung der Aufnahme von Flüchtlingen ist davon auszugehen, dass auch zukünftig mit hohen Flüchtlingszahlen zu rechnen ist und dass ein erheblicher Teil der

Flüchtlinge auch in Deutschland bleiben wird. Die Aufnahme und Unterbringung von Flüchtlingen ist eine gesamtstaatliche Aufgabe. Die LAGFW unterstützt daher die Forderung von Ländern und Kommunen, dass sich der Bund stärker an diesen Kosten beteiligt. Den Kommunen müssen die tatsächlich bei der Aufnahme der Flüchtlinge entstehenden Kosten vollständig erstattet werden.

Die bisherigen bundesweiten Erfahrungen zeigen, dass die Einhaltung von Standards am ehesten gewährleistet ist, wenn die Unterkünfte von nicht gewinnorientiert arbeitenden Organisationen betrieben werden. Betreiber der Unterkünfte sollten daher künftig ausschließlich gemeinnützige Vereine sein.

#### Erhöhung der Unterbringungskapazitäten der Landeserstaufnahmeeinrichtung

Die Notwendigkeit einer Erhöhung der Unterbringungskapazitäten der Erstaufnahmeeinrichtung wird von der LAGFW kritisch betrachtet. Dafür gibt es folgende Gründe: Erstens ist die Aufstockung der ohnehin beengten Räumlichkeiten auf dem Gelände der Erstaufnahmeeinrichtung in Neumünster gerade im Hinblick auf die gewünschten längeren Aufenthaltsdauern bis zur Kreisverteilung für die Untergebrachten schwierig: Aufenthaltsräume, Freizeitangebote und Gruppenräume sind kaum vorhanden, da diese bereits als Notbelegung umfunktioniert werden mussten. Die LAGFW spricht sich für eine sinnvolle eine Verlängerung der Verweildauern in der Erstaufnahme aus, sofern diese nicht den gesetzlich Richtwert von drei Monate übersteigt, damit in die Zeit auch die Asylanhörung stattfinden bevor eine Verteilung auf die Kreise und kreisfreien Städte erfolgt. Im Hinblick auf die Zuweisung muss besondere Rücksicht auf vulnerable Personen genommen werden und diese ihren Bedürfnissen entsprechend zielgenau verteilt werden. Eine Veränderung der mittlerweile gängigen Kreisverteilung vor der Asylanhörung ist unseres Erachtens nicht absehbar, da das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge sich bereits in erheblichem nicht verschuldeten Rückstand befindet und personell kaum Verbesserungen zu erwarten sind. Die Rantzau-Kaserne in Boostedt halten wir für wenig geeignet zur Asylerstunterbringung und hätten einen zentraleren Standort beispielsweise in Kiel oder Rendsburg bevorzugt. Hinzu kommt, dass auf dem Kasernengelände in Boostedt noch Bundeswehrpersonal vorhanden ist, welches auch Schießübungen auf dem nicht weit entfernten Übungsplatz abhalten wird. Gerade für Flüchtlinge aus Kriegs- und Krisengebieten, die traumatisiert sind, ist hier eine Retraumatisierung mit nicht absehbaren Folgen zu befürchten, zumal auf dem Gelände kein psychologisch geschultes Personal vorgesehen ist. Fehlende Kochmöglichkeiten/ein externer Cateringservice wird ebenso kritisch bewertet wie auch der Umstand, dass Integrationsangebote und Möglichkeiten nicht in dem Maße gegeben sind,

wie es in größeren Städten, in denen die Flüchtlinge leichter Zugang zu zivilgesellschaftlichen Angeboten finden können, der Fall wäre.

Die Ausweitung der Erstaufnahmekapazitäten darf nicht dazu führen, dass Flüchtlinge wie in der Zeit zwischen 2005 und 2009 viele Monate, teilweise Jahre, in den Erstaufnahmeeinrichtungen leben, sondern sollte dies nur für einen vorübergehenden Zeitraum geschehen, der sich orientiert an den im § 47 Abs.1 AsylVfG erwähnten 3 Monaten.

Eine Ausweitung der Kapazitäten darf auch nicht, wie vorübergehend geschehen, durch Unterbringung in Zelten erfolgen. Allein das Signal in der Bevölkerung, dass angeblich keine ausreichenden Kapazitäten für die Aufnahme von Flüchtlingen – im Jahr 2014 sind es ca. 6.700 bei 2,8 Millionen Einwohnerinnen und Einwohner in Schleswig-Holstein – vorhanden seien, ist fatal und wird durch die Medien momentan verstärkt problematisiert. Das gibt rechtsradikalen Parteien und Initiativen ungewollten Auftrieb dadurch dass Ängste und Vorurteile in der Bevölkerung geschürt werden.

#### Förderung der Ein- und Herrichtung anerkannter Gemeinschaftsunterkünfte

Insgesamt lehnt die LAGFW eine Unterbringung in kommunalen größeren Gemeinschaftsunterkünften mit mehr als 100 unterzubringenden Personen ab, da diese nicht geeignet sind, ein Wohnumfeld zu schaffen, das geeignet ist, das *„Ankommen und sich Einleben von Schutzsuchenden in Deutschland“* zu erleichtern.

Die aktuelle Erlasslage zur Ein- und Herrichtung anerkannter Gemeinschaftsunterkünfte, orientiert sich an den Mindeststandards, die auch von der LAGFW im Vorwege gefordert wurden. Auch wenn das Ministerium des Inneren und Bundesangelegenheiten eine dauerhafte oder langfristige Unterbringung von Asylsuchenden in den Gemeinschaftsunterkünften ausdrücklich nicht befürwortet (6 Monate vorgesehen) und im Zusammenhang mit der Anerkennung von Gemeinschaftsunterkünften ein schriftliches Betreuungskonzept gefordert wird, ist die erneute Unterbringung in Großunterkünften nach der Verweilzeit in der Landeserstaufnahmeeinrichtung nun in kommunaler Erstaufnahme eine problematische Andersstellung, die Integration und Partizipation in der Aufnahmegesellschaft den Erfahrungen nach erschwert, da Sie Parallelstrukturen schafft, die später nur schwer aufgebrochen werden können. Das Signal, das mit dem *Programm zur Wohnraumförderung für Flüchtlinge* seitens des Landes geschaffen worden ist, Kommunen bei der Unterbringung von Flüchtlingen zu unterstützen, indem die Rahmenbedingungen durch Kooperationsplanungen mit Unternehmen der Wohnungswirtschaft u.a. unterstützt werden, nimmt die LAGFW positiv zur Kenntnis. Inwieweit die Vereinfachungen für die Errichtung und Anerkennung von Gemeinschaftsunterkünften (Drucksache 18/1543 vom 02.11.2014) als erfolgreich gewertet werden können, bleibt abzuwarten.

## Erlass zur Betreuungskostenpauschale für dezentrale Betreuung

Die LAGFW hält die Höhe der Betreuungskostenpauschale von 255,64 € pro Person pro Jahr für Maßnahmen der Betreuung von Asylsuchenden bei weitem nicht auskömmlich. Oftmals handelt es sich bei den zu Betreuenden um Personen, die einen erheblichen Mehraufwand an Betreuung erfordern, sei es aus individuellen Gründen (vulnerable Personen), aus Gründen infrastruktureller schlechter Anbindung und erschwerte Möglichkeiten zur Partizipation und Teilhabe am Leben der Gesellschaft wie auch des Zugangs zu Beratungsangeboten oder notwendigen Dingen des täglichen Lebens. Der Einsatz dieser Mittel wird in den Kreisen sehr unterschiedlich gehandhabt. In diesem Jahr hat es etliche Bemühungen durch das Innenministerium gegeben, zum Beispiel durch Abfragen und verstärkte Kommunikation mit kommunalen Vertreterinnen und Vertretern, in diesem Hinblick Transparenz zu schaffen.

Immer wieder wurde auch in Gesprächen mit kommunalen Vertreterinnen und Vertretern deutlich, dass eine zum Teil große Unsicherheiten und Unklarheiten besteht, was die Aufgaben von Beratung und was Aufgaben von Betreuung sind. Um diese Unsicherheiten auszuräumen, wurden die Aufgaben im Rahmen der Betreuungskostenpauschale vom Innenministerium benannt. Die LAGFW hat hierzu einen schriftlichen Vorschlag ausgearbeitet und dem Innenministerium zur Verfügung gestellt. Leider ist das Ergebnis durch das Innenministerium sehr vage gehalten daher an dieser Stelle noch einmal das Papier durch die LAGFW:

### **Aufgaben im Rahmen der Betreuung für dezentral untergebrachte Asylsuchende:**

#### **1. Willkommen organisieren ggfs. in Zusammenarbeit mit Externen:**

- Wohnraum ausstatten: mindestens mit Bett, Tisch, Stuhl, Schrank, Bettwäsche, Handtuch, Geschirr, Besteck, Topf, Pfanne, Glas, Lampen, Kühlschrank, ggfs. Waschmaschine, Vorhang oder Rolle (zumindest Schlafzimmer); Grundstock Lebensmittel/Getränke/Reinigungs-mittel/Körperpflegemittel, ggf. Pampers/Babynahrung
- Transport zur Wohnung Handgeldauszahlung, Erfragen ob Besuche durch Dritte gewünscht sind, ab dem 2. Tag: Transport zu allen relevanten Stellen organisieren (ABH, Sozialamt, Bank, Jobcenter, ggfs. Beratungsstellen, Ärzte, Schule, Kita)

## **2. Orientierung:**

- Willkommenspaket mit Stadtplan und örtlichen Infos, Verkehrsmittel und -wege, Einkaufsmöglichkeiten, ggfs. Kleiderkammer, Tafel, Möbelbörse, örtliche Infrastruktur wie Kita, Schulen, Berufsschulen, Ämter, Polizei, Beratungsstellen, Ansprechpartner der Behörde/n und Beratungsstellen (nach Möglichkeit mehrsprachig in gängigen Sprachen) übergeben und erläutern
- Besuch mit muttersprachlicher Unterstützung, ggf. zusammen mit Beraterinnen und Beratern der Migrationsfachdienst

## **3. Information:**

- Erläuterungen zu Notruf (Polizei, Feuerwehr, Krankenwagen, Krankenhäuser, Ärzte und Apotheken), Brandschutz, Mülltrennung, Mieterverhalten
- Informationen zu Freizeitangeboten, Sprachförderung, Zuständigkeiten von Behörden, Migrationsberatung, sonstige Beratungsstellen, Kinderbetreuung, Schule, Religionsgemeinschaften, Migrantenorganisationen/-vereinen (nach Möglichkeit mehrsprachig)

## **4. Begleitung (mit Sprachmittler):**

- bei Behördengängen, Arztbesuchen, ggfs. Fachdienste, Bank, Kita, Schule, etc.

## **5. Vermittlung an Migrationsberatung bei:**

- Informationen über Rechts-, Gesundheits- und Bildungssystem
- Informationen zu Sprachkursen und Anbietern
- familiären, sozialen, psychischen, existenziellen Problemen
- Personenstandsrechtlichen Fragen (Heirat, Geburt, Familienzusammenführung etc.)
- Fördermöglichkeiten (wie z.B. Bildungs- und Teilhabepaket, Hausaufgabenhilfen)
- Fragen zu Ausbildung und Arbeitsmarktzugang sowie Wohnungssuche
- Fragen zu Familienplanung, Schwangerschaft, Ernährung, Kinder- und Säuglingspflege

- gesundheitlichen Problemen (Prävention, Vorsorge, Rehabilitation etc.)
- Fragen zu Regel- und Sonderdiensten (z.B. Jugendamt, Schulamt, Frauenhaus, Gesundheitsamt, Jobcenter, IQ Netzwerk)
- Informationen zu Privatrecht und Versicherungswesen
- Nachbarschaftsproblemen, Diskriminierung und Gewalttätigkeiten, Hausversammlungen u.ä.
- Fragen zu Weiterwanderung und Rückkehr

#### **6. Zusammenarbeit und Vernetzung vor Ort:**

- mit den Migrationsberatungsstellen
- mit Vereinen und Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege und Kirchengemeinden,
- mit Ehrenamtlichen und örtlichen Initiativen
- mit Einzelpersonen und / oder Gruppen der community, Migrantenorganisationen/-vereine
- mit dem direkten örtlichen Umfeld (Nachbarschaft)

#### **7. Sicherheit und Instandhaltung ggfs. in Zusammenarbeit mit externem Hausmeister:**

- Regelmäßige Überprüfung der Einhalten von Sicherheitsbestimmungen und Sicherheitsmaßnahmen wie Brandschutz, Fluchtwege, elektrische Installationen, technische und sanitäre Anlagen, sowie Hygienebestimmungen, Energieeffizienz, Ersatzbeschaffungen, Schlüsselverwaltung, Sperrmüllabfuhr, Abfallentsorgung.

Die bisherigen Erfahrungen zeigen, dass sich etliche Kreise und Kommunen sehr intensiv selbst um die Unterbringung und Betreuung kümmern, es aber nach wie vor an einer auskömmlichen flächendeckenden Versorgung fehlt und einzelne kommunale Konzepte nicht landesweit abgestimmt sind.

#### Aufnahme im Landesamt für Ausländerangelegenheiten und landesinterne Verteilung

Das Anliegen der Landesregierung, die Flüchtlinge so lange in der Landesunterkunft in Neumünster oder zukünftig in Boostedt, leben zu lassen, bis eine Anhörung des

Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge erfolgt ist, wird vom Grundsatz für gut empfunden, wenn Höchstaufenthaltszeiten von 3 Monaten eingehalten werden können. Angesichts der derzeitigen Personallage des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge kann noch nicht beurteilt werden, ob zukünftig zeitnah, nämlich während der Aufenthaltszeit in der Erstaufnahmeeinrichtung, die Anhörung tatsächlich stattfinden kann.

Die derzeitige Situation ist geprägt davon, dass etliche Flüchtlinge bereits eine Kreisverteilung haben und dann unter nicht immer zufriedenstellenden Umständen nach Neumünster reisen müssen, um dort die Anhörung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge durchzuführen. Um eine adäquate und faire Anhörung durchführen zu können, müssen die Flüchtlinge ausreichend informiert sein über die Umstände der Anhörung, die Inhalte, auf die es ankommt, aber auch über ihre Rechte und Pflichten sowie muss ggf. eine Betreuung durch eine Vertrauensperson organisierbar sein. Vorgenanntes bedarf einer umfangreichen Beratung der Flüchtlinge, was zumindest bei einer Kreiszuweisung vor der Anhörung nicht immer gewährleistet sein kann mit entsprechenden Folgen für die anzuhörenden Asylbewerberinnen und Asylbewerber.

Zukünftig muss gewährleistet sein, dass alle Asylsuchenden die Möglichkeit haben, eine verfahrensorientierte Beratung zu durchlaufen, ebenso wie es erforderlich ist, dass die Flüchtlinge nach Zuweisung in die Kreise und kreisfreien Städte dort eine Beratung erfahren, die ihren speziellen Bedürfnissen entsprechen.

Bis dato sieht die landesfinanzierte Migrationssozialberatung eine gleichberechtigte Beratung von Personen mit ungesichertem Aufenthalt und denen mit auf Dauer orientierten Aufenthalt nicht ausdrücklich vor (s.o.). Die landesfinanzierte Migrationsberatung muss Flüchtlingen und Asylsuchenden vollumfänglich offen stehen und dementsprechend in ihren Kapazitäten und damit auch der Landesförderung dem gestiegenen Bedarf angepasst werden.

Bei der Zuweisung aus dem Landesamt für Ausländerangelegenheiten in die Kreise und kreisfreien Städte hat es in der Vergangenheit immer wieder Probleme dahingehend gegeben, dass die aufnehmenden Kommunen nicht ausreichend über die besonderen Bedarfe der Flüchtlinge informiert waren, sei es über krankheitsbedingte Anforderungen oder auch Anforderung hinsichtlich der Beschulungssituation der jeweiligen Flüchtlinge. Hier muss möglicherweise auch unter Einbeziehung des in den Unterkünften des Landesamtes für Ausländerangelegenheiten tätigen Betreuungsverbandes, dem DRK, der ggf. eher die Bedürfnisse besonders vulnerabler Personen erkennt, eine bessere und umfangreichere Information der Kommunen erfolgen.

## Aufnahme in den Kreisen und kreisfreien Städten

Das Land Schleswig-Holstein spricht sich dafür aus, aufgrund der aktuellen Zugangszahlen bei der Zuweisung und Aufnahme der Asylsuchenden in den Kreisen und kreisfreien Städten kleinere Gemeinschaftsunterkünfte für die kommunale Erstaufnahme von Asylsuchenden nach Zuweisung durch das Landesamt für Ausländerangelegenheiten vorzuhalten und zu betreiben.

Die Argumentation ist, dass diese Struktur Vorteile dadurch bietet, dass Asylsuchende mit mehr Vorlauf auf die amtsfreien Gemeinden verteilt werden und dadurch „zielgenauer“ die individuellen Bedarfe und Belange der Asylsuchenden berücksichtigt werden können, was sich prospektiv positiv auf die Integration dieser Personen auswirkt.

Die LAGFW sieht diese Praxis der Unterbringung in kommunalen Gemeinschaftsunterkünften (nach bereits in der Zukunft wieder verlängerten Zeiten der Unterbringung in der Landeserstaufnahmeeinrichtung in Neumünster bzw. Boostedt) kritisch. Für Asylsuchende, die ansonsten in entlegene Wohnungen verbracht und praktisch keinerlei Zugang zu sozialen und beraterischen Angebotsstrukturen erhalten würden, kann die erneute Unterbringung in einer zentraleren Gemeinschaftsunterkunft Vorteile bieten. Dieses Ziel kann allerdings auch dadurch erreicht werden, dass grundsätzlich bei der dezentralen Unterbringung Kriterien der sozialen Versorgung und Infrastruktur berücksichtigt werden. Neue Gemeinschaftsunterkünfte klein gehalten sein (unter einhundert Plätzen), zentral gelegen sein, um die Zugänge zu Sprache, Beratung, Bildung und Schule sicherzustellen und ein Konzept, in dem qualitative Mindeststandards vorgewiesen werden, enthalten. In jedem Fall sollte die Unterbringung zeitlich streng reglementiert sein (maximal sechs Monate) und diese genutzt werden, um an den Bedürfnissen der Asylsuchenden orientierten Wohnraum zu akquirieren.

Wie das Ministerium des Inneren und Bundesangelegenheiten ausführt, haben die Kreise bis dato keinen Gebrauch gemacht von der in der Ausländer- und Aufnahmeverordnung vorgesehenen Möglichkeit, kreisintern abweichende Aufnahmequoten zu vereinbaren, um eine, die besonderen örtlichen Verhältnissen berücksichtigende Unterbringung, sicherzustellen, auch gibt es nur in drei Kreisen ein schriftliches Verteilungs- und Unterbringungskonzept.

Leider sind heute immer noch etliche Flüchtlinge im Land in Unterkünften untergebracht, die keinen Anschluss an eine Siedlung/einen Ort haben, wo eine Infrastruktur vorgehalten wird, wie sie beispielsweise auch in dem Erlass des Ministeriums des Inneren und Bundesangelegenheiten zur Genehmigung von Gemeinschaftsunterkünften gewünscht wird, nämlich ortsnaher Zugang zu medizinischen, schulischen und sonstigen Einrichtungen des

täglichen Lebens sowie zu integrationsrelevanten Angeboten sowie eine angemessene Anbindung an den öffentlichen Personennahverkehr.

### Dezentrale Unterbringung

Die LAGFW begrüßt ausdrücklich, dass das Ministerium des Inneren und Bundesangelegenheiten anregt, dass bei der dezentralen Unterbringung der Wohnraum so gelegen sein soll, dass den Flüchtlingen eine Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und der Zugang zu Integrationsangeboten gewährleistet wird sowie, dass problematische Unterbringung, z. B. in Hotels, Hostels, Pensionen, Obdachlosenunterkünften weiter zu reduzieren sind.

Die Unterbringung in Obdachlosenunterkünften wird von uns grundsätzlich abgelehnt. Eine Unterbringung in Containern wird zumindest vorübergehend für einen begrenzten Zeitraum – wenn denn gar nichts anderes geht – von uns toleriert, wobei die Container in allgemeinen Wohngebieten stehen sollten und nicht am Rande oder sogar in Industrie- oder Gewerbegebieten und einem Standard entsprechen müssen, der zum „Wohnen“ geeignet ist und eine Teilhabe am gesellschaftlichen Leben in möglichst großer Selbstbestimmung ermöglicht.

Den Vorschlag des Innenministeriums, Flüchtlinge auch in Privatwohnungen mit „Familienanschluss“ unterzubringen, sehen wir allerdings kritisch. Dazu muss gewährleistet sein, dass im Kreis bekannt ist, wo Flüchtlinge untergebracht sind, damit diese auch von Betreuungsangeboten erreicht werden können. Außerdem muss sichergestellt sein, dass für diesen Wohnraum eine gewisse Neutralität gewährleistet ist und diejenigen, die Flüchtlinge bei sich unterbringen, dafür geeignet sind. Es müsste daher, wenn ein solches Modell ernsthaft angedacht wird, eine Begleitung des Wohnens bei Privatpersonen als Begleitkonzept festgeschrieben werden, in dem regelmäßiger Austausch und Problembesprechungen und Beschwerdemanagement transparent und für alle Seiten verbindlich geregelt sind.

Wir erwarten selbstverständlich, dass die Mindeststandards zur Unterbringung von Flüchtlingen auch dann eingehalten werden, wenn vormals anders genutzte Gebäude zur Unterbringung von Flüchtlingen umgewidmet werden.

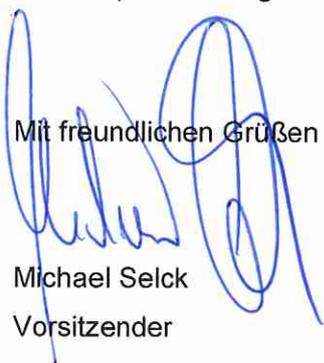
Es wird ausdrücklich begrüßt, dass durch den Erlass vom 20. Juli 2014 die Landesregierung die Voraussetzungen geschaffen hat, dass die Betreuungskostenpauschale auch für die Einbindung ehrenamtlichen Engagements Anwendung finden kann.

In etlichen Gemeinden haben sich in den letzten Jahren runde Tische, Freundeskreise, Flüchtlingsbeiräte und andere ehrenamtliche Zusammenschlüsse gebildet, um sich mit der Situation von Flüchtlingen auseinanderzusetzen und diesen beizustehen und Unterstützung anzubieten.

Dieses bürgerschaftliche Engagement wird von uns ausdrücklich begrüßt und trägt sehr zur Öffnung der Aufnahmegesellschaft im Sinne einer Willkommenskultur bei, die Hilfsbereitschaft in der Bevölkerung erleben wir als groß und haben es in unserer Arbeit fast täglich mit enorm vielen Anfragen und Interesse durch ehrenamtlich Engagierte zu tun. An dieser Stelle betont die LAGFW die Wichtigkeit, Hauptamt an Ehrenamt anzuknüpfen. Nur so können positive langfristige Effekte für alle Seiten nachhaltig verankert werden.

Mit freundlichen Grüßen

Michael Selck  
Vorsitzender



Gemeinsam für Schleswig-Holstein!



## Teilhabe fördern - LAG - Handlungskonzept Migrationsberatung



verstehen · verhandeln · verändern

Die Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e.V. verfügt über langjährige Erfahrungen in der Migrationsberatung. Mit dem vorliegenden Handlungskonzept wollen wir einen Beitrag zur Weiterentwicklung und Etablierung dieser sozialen Beratung leisten.  
[www.lag-sh.de](http://www.lag-sh.de)

[www.lag-sh.de](http://www.lag-sh.de)

Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e.V.



Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e.V.



## **Gliederung**

- Vorwort
- 1. Einleitung
- 2. Grundlagen und Anspruch Sozialer Arbeit
- 3. Gesellschaftliche Veränderungen durch Migrationsprozesse
- 4. Notwendigkeit zur konzeptionellen Weiterentwicklung der Migrationsberatung
- 5. Lebenslagen von Menschen mit Migrationsgeschichte
- 6. Aufgaben, Zielgruppen und Ziele der Migrationsberatung
- 7. Methodischer Ansatz der Migrationsberatung
- 8. Stellenwert der Migrationsberatung in der sozialen Regelversorgung
- 9. Qualitätssicherung
- 10. Perspektiven
- Impressum

## **Anhang**

- (1) Ethik in der Sozialen Arbeit
- (2) Grundlagen von Beratung

## Vorwort

### „Soziale Arbeit ist interkulturell oder nicht professionell.“<sup>1</sup>

Wir leben heute in einer von Vielfalt geprägten Gesellschaft, in der Migration einen festen Stellenwert hat und auch künftig haben wird. Dabei besteht die Herausforderung darin, die Gesellschaft so zu gestalten, dass alle Menschen gleichberechtigt am Leben teilhaben können. Denn gleichberechtigte Teilhabe wird zunehmend zum Gradmesser für die Zukunftsfähigkeit auch von Schleswig-Holstein.

Aktuelle Herausforderungen sind neben der Bewältigung der Folgen des demographischen Wandels, der sich verändernde Fachkräftebedarf und die sich verändernden Qualifizierungsanforderungen sowie der Umgang mit Wanderungsbewegungen aufgrund wirtschaftlicher und sozialer Unterschiede in Europa oder in Folge von Kriegen und Naturkatastrophen weltweit.

Die Wohlfahrtsverbände in Schleswig-Holstein stellen sich diesen Herausforderungen und entwickeln ihre sozialen Angebote den sich ändernden Bedarfen entsprechend weiter und reagieren so auf neue Bedarfe. Ein wichtiges Angebot sozialer Daseinsfürsorge ist die Migrationsberatung. Hier bieten die Verbände und örtlichen Träger mit Hilfe unterschiedlicher staatlicher Förderung Beratungsdienste an, sie bringen eigene Mittel in die Beratungsangebote ein und ergänzen die Beratung mit einer Vielzahl von Projekten und Maßnahmen, für die sie weitere Finanzquellen erschließen. Zudem öffnen sie ihre Dienste interkulturell und setzen in ihren Angeboten Inklusion um.

Mit dem vorliegenden „Handlungskonzept Migrationsberatung“ legen die Wohlfahrtsverbände in Schleswig-Holstein ein Rahmenkonzept vor, in dem sie fachlich sozialpädagogische Grundlagen dieser Beratung und die aktuellen Beratungsbedarfe beschreiben. Dabei stellen sie Ratsuchende – also Menschen, die mit spezifischen Fragestellungen auf diese Angebote angewiesen sind und diese in Anspruch nehmen – in den Mittelpunkt.

Dieses Handlungskonzept ist aber mehr als ein Rahmenkonzept oder der Beitrag zur qualifizierten Weiterentwicklung dieses Beratungsangebotes. Es ist gleichzeitig eine Forderung der Wohlfahrtsverbände, die Migrationsberatung in der sozialen Regelversorgung zu verankern.

Dazu suchen wir das Gespräch mit den politischen und gesellschaftlichen Verantwortungs-trägern, um dieses wichtige Themenfeld zu diskutieren. In der Kenntnis der bereits heute sichtbaren Veränderungen in der Migrationsberatung und der Anforderungen an die Dienste halten wir diese Diskussion für unerlässlich.

Michael Selck  
Vorsitzender

Kiel, 26.09.2014

---

<sup>1</sup> Zitat: Dr. Hubertus Schröer, Institut – Interkulturelle Qualitätsentwicklung München

## **1. Einleitung**

Die Wohlfahrtsverbände und ihre Mitgliedsorganisationen verfügen in Schleswig-Holstein über langjährige Erfahrungen in der sozialen Beratung von und mit Menschen mit Migrationshintergrund. Die Migrationsberatung der Verbände umfasst die Erwachsenenberatung, Jugendmigrationsdienste, Flüchtlingsberatung sowie Migrationssozialberatung, die von Bund, Land und Kommunen gefördert werden. Die Wohlfahrtsverbände in Schleswig-Holstein haben ihre Arbeit kontinuierlich und qualifiziert weiter entwickelt. So bildeten die Konzepte „Migrationssozialarbeit“ der LAG aus den Jahren 1993 und 1997 die wichtige Grundlage für die Entwicklung entsprechender Konzepte auf Landesebene. Das Rahmenkonzept Migrationssozialberatung des Innenministeriums in seiner Fassung von 2006 geht darauf zurück.

Die Wohlfahrtsverbände als freie gemeinnützige Träger sind Garant für das Funktionieren des Systems der Daseinsvorsorge, da sie die einzigen Akteure sind, die in allen sozialen Bereichen aktiv sind. Durch die Vielfalt der sozialen Einrichtungen und Dienste der Wohlfahrtsverbände ist die Migrationsberatung als Bestandteil eines Systems sozialer Dienstleistungen in den lokalen Kontext eingebettet.

Das vorliegende Konzept Migrationsberatung konkretisiert die Bedarfe sozialer Arbeit mit Einwanderern und der Gesellschaft und nimmt dabei Bezug auf eine sich zunehmend dynamisch entwickelnde Einwanderungsgesellschaft, wie dies die Bundesrepublik Deutschland heute ist.

## **2. Grundlagen und Anspruch Sozialer Arbeit**

Die Wohlfahrtsverbände in Schleswig-Holstein nehmen für die Menschen, die ihre Dienste in Anspruch nehmen, die anwaltschaftliche Vertretung wahr, bestärken sie in der Vertretung ihrer eigenen Interessen und unterstützen ihre gesellschaftliche Teilhabe. Dabei wahren und vertreten sie die Interessen nicht nur jener Menschen, die am Rande der Gesellschaft stehen, sondern auch jener, die in der Mitte der Gesellschaft stehen, aber zunehmend verunsichert oder sozial bedroht werden.

Basierend auf diesem Konsens gestalten die Wohlfahrtsverbände in Schleswig-Holstein ihre Angebote der Sozialen Arbeit. Dabei gelten folgende Prinzipien:

1. Wir beteiligen und vertreten Menschen.
2. Wir mobilisieren und vernetzen Menschen.
3. Wir vertrauen den Selbstbestimmungskräften der Menschen.
4. Wir schaffen faire Arbeit.
5. Wir übernehmen Verantwortung, wir fordern Verlässlichkeit.<sup>2</sup>

Die Wohlfahrtsverbände richten ihre Beratungsangebote dabei nach den Bedarfen der Klientinnen und Klienten aus.

Dabei setzen die Wohlfahrtsverbände in der Migrationsberatung die ethischen Prinzipien Sozialer Arbeit um:

1. Stärken erkennen und entwickeln
2. Das Recht auf Beteiligung fördern
3. Jede Person ganzheitlich behandeln
4. Das Recht auf Selbstbestimmung achten
5. Negativer Diskriminierung entgegenzutreten
6. Verschiedenheit anerkennen

---

<sup>2</sup> (vgl: Strategiepapier 2020 der Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e.V. – Visionen und Ziele)

7. Gerechte Verteilung der Mittel
8. Ungerechte politische Entscheidungen und Praktiken zurückweisen
9. Solidarisch arbeiten

(siehe Anhang 1).

Sie richten ihre Beratung nach den wissenschaftlichen Grundlagen der Deutschen Gesellschaft für Beratung aus:

1. Vertrauensverhältnis und Beratungsbeziehung
2. Wert- und Zielorientierung
3. Beratungswissen / Expertenwissen
4. Qualitätssicherung und Evaluation

(siehe Anhang 2).

Zur Anwendung kommt hierbei eine dialogische Form der Beratungstätigkeit, deren Grundlage eine Kultur des Respekts und des gleichberechtigten Miteinanders ist. Unterschiede müssen ausgehalten werden. Dieser Beratungsansatz bedeutet im interkulturellen Kontext die „Anerkennung von Differenz“ (Prof. Dr. Paul Mecheril)<sup>3</sup> und die Akzeptanz anderer Identitätswürfe. Beratende müssen in der Lage sein, Empathie, Verständnis und Respekt vor dem Hintergrund der individuellen Lebensgeschichte und der kulturellen Herkunft der Klientinnen und Klienten zum Ausdruck zu bringen.

Das Beratungssetting muss so organisiert sein, dass Ergebnisoffenheit und Vertrauensschutz sicherstellt sind. Dies erfordert eine Abgrenzung von administrativen und betreuenden Aufgaben. Die Gesprächssituation muss vor Störungen und Einblicken von außen geschützt sein. Es muss möglich sein, ein Arbeitsbündnis zu schließen durch die Aushandlung von Gegenstand und Ziel der Beratung. Ziel ist hierbei die Absicherung der Entscheidungsautonomie der Klientin und des Klienten.

### **3. Gesellschaftliche Veränderung durch Migrationsprozesse**

Migration gibt es solange es Menschen gibt. Deren Ursachen und auslösende Faktoren haben sich allerdings im Laufe der Zeit stark verändert. Klassische Wanderungsformen sind z.B. Immigration, Arbeitsmigration und Fluchtmigration, diese können national und international erfolgen. Die häufigsten Wanderungsbeweggründe sind Arbeitssuche, Vertreibung oder Schutz vor Verfolgung meist mit dem Ziel, die eigene Lebenssituation zu verbessern, aber auch, um das eigene Leben zu retten. Die Wanderungsentscheidung beruht somit auf wirtschaftlichen, politischen, religiösen oder gesellschaftlichen Zusammenhängen.

Die über 50jährige Migrationsgeschichte in Deutschland nach Ende des 2. Weltkrieges hat dazu geführt, dass mittlerweile ca. 20% der Bevölkerung in Deutschland einen Migrationshintergrund haben. Dazu gehören immer mehr ältere Migrantinnen und Migranten ebenso wie Kinder und Jugendliche, von denen über 80% in Deutschland geboren wurden. Ebenso wurde die deutsche Gesellschaft stark durch die Wiedervereinigung und die stetige EU-Erweiterung geprägt.

Im Zusammenhang mit der Globalisierung sowie der Individualisierung, Technifizierung und Pluralisierung unserer Gesellschaft ist eine steigende Mobilität der einzelnen Menschen feststellbar, die es den Individuen zunehmend einfacher ermöglicht, territoriale, soziale und kulturelle Grenzen zu überschreiten.

Die Globalisierung zeigt wesentliche Zusammenhänge mit den jüngsten Migrationsbewegungen. Zum Beispiel unterstützt Deutschland als zweitgrößter Rüstungsexporteur weltweit

---

<sup>3</sup> Vgl. Prof. Dr. Paul Mecheril: Migrationspädagogik, Weinheim Basel 2010.

kriegerische Auseinandersetzungen, europäische Fischfangflotten fischen vor Afrika für den europäischen Markt die Meere leer und entziehen somit den dort lebenden Menschen eine wichtige Lebensgrundlage oder Europa bringt große Mengen an Billigfleisch auf den afrikanischen Markt und untergräbt somit die einheimische Lebensmittelproduktion und die Existenzgrundlage vieler Kleinbauern.

Laut der UNO-Flüchtlingshilfe befinden sich derzeit (2013) weltweit fast 45,2 Millionen Menschen auf der Flucht. 15,4 Millionen von ihnen gelten nach völkerrechtlicher Definition als Flüchtlinge. Vier von fünf Flüchtlingen (80 Prozent) leben in Entwicklungsländern.

Im Zusammenhang mit dem demografischen Wandel in der Bundesrepublik Deutschland hat sich bei Politikern und in der Wirtschaft die Erkenntnis durchgesetzt, dass Zuwanderung der alternden Gesellschaft nutzt, indem sie den Geburtenrückgang, dem damit verbundenen Fachkräftemangel sowie den negativen Folgen einer langsam überalternden Gesellschaft entgegenwirkt. Nach Hochrechnungen des Berlin-Instituts für Bevölkerung und Entwicklung kommen bundesweit im Jahr 2050 sechs Rentner auf zehn Menschen im erwerbsfähigen Alter, doppelt so viele wie heute. Nach Ansicht des Bundesverbandes der Deutschen Industrie muss die Bundesrepublik für Zuwanderer attraktiver werden. Zuwanderung kann nach Einschätzung des Sachverständigenrates deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) den Fachkräftemangel abfedern.

Innerhalb der EU besteht ein großes soziales und wirtschaftliches Nord-Süd- und Ost-West-Gefälle, welches zu verstärkten Wanderungsbewegungen von EU-Arbeitnehmerinnen und Arbeitnehmern sowie von Drittstaatsangehörigen führt.

Auch in Schleswig-Holstein greifen diese Entwicklungen in die Frage der Gestaltung der Gesellschaft ein. So beobachten wir auch hier einen zunehmenden Fachkräftemangel, der sich insbesondere im sozialen Bereich, aber auch in den sogenannten MINT-Berufen<sup>4</sup> immer stärker abzeichnet. Die EU-Binnenwanderung und das Anwerben von Fachkräften, die zunehmende Überalterung der Gesellschaft, steigende Flüchtlingszahlen und eine dynamische Entwicklung in den Fragen von Flucht, Migration und Integration sind stärker ins öffentliche Bewusstsein gerückt. Der gesellschaftliche Stellenwert von Zuwanderung und die Gestaltung der Einwanderungsgesellschaft sind inzwischen in den politischen Ebenen angekommen. Dennoch fehlt oft ein abgestimmtes Konzept der föderalen Ebenen und Zivilgesellschaft für ein durchgängiges, zielgerichtetes und geschlossenes Umsetzen dieser Erkenntnisse.

In der Migrationsberatung in Schleswig-Holstein erleben wir in den letzten Jahren eine sehr dynamische Entwicklung:

- Eine Vielzahl von gesetzlichen Änderungen in den verschiedensten Lebensbereichen: Seit der Veränderung der gesamten Ausländergesetzgebung im Jahre 2005 hat es drei große Novellierungen gegeben. Neue Gesetze treten hinzu – das Gleichstellungsgesetz, das Anerkennungsgesetz, die Ausdifferenzierung von SGB II und SGB III.
- die Folgen der EU-Binnenmigration,
- demografische Veränderungen insbesondere im ländlichen Raum,
- wachsende Flüchtlingszahlen und das Erkennen der oft traumatisierenden Erfahrungen von Flüchtlingen,
- unzureichende interkulturelle Öffnung von Regeldiensten,
- die Anforderungen der Gestaltung einer inklusiven Gesellschaft,
- die Umsetzung von EU-Recht und
- die fehlende Abstimmung der EU-Asyl- und Migrationspolitik

ergeben ständig sich verändernde fachliche Anforderungen an unsere Migrations-Beraterinnen und -Berater in den Regionen.

---

<sup>4</sup> MINT-Berufe sind Berufe in den Bereichen Mathematik, Informatik, Naturwissenschaften und Technik; vgl. z.B. <http://www.bmbf.de/de/mint-foerderung.php>.

#### 4. Notwendigkeit zur konzeptionellen Weiterentwicklung der Migrationsberatung

Der 2005 eingeführte statistische Begriff „Menschen mit Migrationshintergrund“ hat bewirkt, dass in der Politik und Sozialplanung deutlich wurde, dass die Gesellschaft in der Bundesrepublik vielfältiger und bunter ist als angenommen. Immerhin ein Fünftel der Bevölkerung weist einen Migrationshintergrund auf. Allerdings ist diese Kategorie so umfassend und allgemein, dass die individuelle Lebenslage und die Migrationsbiographie durch diesen Kollektivbegriff verdeckt werden. Für die Soziale Arbeit ist diese Kategorie nicht brauchbar, weil sie keine Hinweise auf Lebenslagen geben kann.

Die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen, in die die Migrationsberatung eingebettet ist, unterliegen einem ständigen Veränderungsprozess. Die Zugewanderten, die vor zehn Jahren unsere Beratungsdienste in Anspruch genommen haben, hatten andere Fragen, Ziele und Beweggründe als diejenigen, die heute kommen.

Bei neuen Zuwanderern handelt es sich in der Regel um:

- Innereuropäische Migration: Zuzug von Fachkräften z.B. aus Südeuropa, Zuzug von Drittstaatsangehörigen aus EU-Ländern; Migration wegen struktureller Diskrepanzen innerhalb Europas
- Zuzug von marginalisierten und diskriminierten Bevölkerungsgruppen wie z.B. Roma
- Migration als wechselseitiger Prozess eines ständigen Zuzugs und Wegzugs bezogen auf Deutschland
- Migration von für die hiesige Wirtschaft benötigten Fachkräften – neue Anwerbungsaktivitäten in EU- und Drittstaaten, Lockerung des Beschäftigungsverbots und der Mobilität von Flüchtlingen
- Flüchtlingsaufnahme im Rahmen von Resettlement, humanitärer Kontingente, Asylverfahren, Bleiberechtsregelungen etc.
- Angehörige, die im Rahmen von Familiennachzug einreisen.

Neue Migrantengruppen machen neue Konzepte und Arbeitsformen notwendig. Von zentraler Bedeutung ist hierbei die interkulturelle Öffnung von Institutionen und Einrichtungen der Mehrheitsgesellschaft sowie Integrationsförderangebote für alle Zuwanderergruppen. Die langjährigen Erfahrungen der Migrationsberatung zeigen, dass häufig nicht die Migrantinnen und Migranten integrationsunwillig, sondern viele Institutionen integrationsunfähig sind.

Im Verständnis der Wohlfahrtsverbände zielt die strategische Umsetzung interkultureller Öffnung auf Gerechtigkeit und Gleichbehandlung. Die Bedeutung von **Inklusion als Menschenrecht und gesellschaftspolitischem Auftrag** geht weit über das Handlungsfeld „Behinderung“ hinaus und umfasst auch die Teilhabe von Zugewanderten und ihren Familien. Aufgabe von Wohlfahrtsverbänden als Institutionen, als Dienstleister und Träger von Migrationsberatung ist es, Wege und Möglichkeiten zu suchen, Zugangsbarrieren zu beseitigen oder abzusenken, um so die gleichberechtigte Teilhabe der Zugewanderten zu organisieren.

Die Forderung nach sozialer Inklusion ist verwirklicht, wenn jeder Mensch in seiner Individualität von der Gesellschaft akzeptiert wird und die Möglichkeit hat, in vollem Umfang an ihr teilzuhaben oder teilzunehmen. Differenzierungen und Abweichungen werden im Rahmen der sozialen Inklusion bewusst wahrgenommen, aber in ihrer Bedeutung eingeschränkt oder gar aufgehoben. Deren Vorhandensein wird von der Gesellschaft weder in Frage gestellt noch als Besonderheit gesehen. Das Recht zur Teilhabe wird sozialetisch begründet und bezieht sich auf sämtliche Lebensbereiche, in denen sich alle barrierefrei bewegen können sollen.

Inklusion wendet sich gegen die Diskriminierung und Marginalisierung von Menschen aufgrund zugeschriebener Merkmale wie z.B. religiöse und weltanschauliche Überzeugungen, Geschlecht, soziale Lage, Alter, kulturelle Hintergründe, Hautfarbe, sexuelle Orientierung,

körperliche oder geistige Behinderungen. Vielfalt und Verschiedenheit werden als positive Bestandteile von Normalität betrachtet.<sup>5</sup>

In der bisherigen Geschichte der Einwanderung galt Integration immer als Bringschuld der Zugezogenen. Misserfolge konnten so als individuelles Versagen der Einwanderer selbst gekennzeichnet werden. In einer inklusiv organisierten Einwanderungsgesellschaft liegt die Verantwortung für die Umsetzung in erster Linie bei den Institutionen und nicht bei den Individuen.

Damit verbunden ist die Umsetzung einer **Willkommens- und Anerkennungskultur**, die die Aufnahmebedingungen von Neuzuwandernden bei der Ankunft, dem Erlernen der Verkehrssprache und dem Einleben in die neue Gesellschaft mit ihren Regeln und Normen zum Ziel hat. Dazu gehört ebenso die Anerkennung und Respektierung der Leistungen der bereits hier lebenden Zugewanderten. Zur Willkommenskultur gehören

- das Bekenntnis zur Vielfalt in unserer Gesellschaft,
- Toleranz und Achtung gegenüber Menschen mit anderen kulturellen, religiösen und sozialen Hintergründen,
- Wertschätzung der Leistungen der Zugewanderten, insbesondere der langjährig hier lebenden Zugewanderten,
- Partizipation von Migrantinnen und Migranten sowie ihren Organisationen in allen Lebensbereichen.

Sie zeigt darin, dass Menschen mit Migrationshintergrund in allen Bereichen der Gesellschaft und ihren Institutionen angemessen vertreten sind und als Zugewinn angesehen werden.<sup>6</sup>

Willkommenskultur im Land stellt somit ein Ziel dar, das es zu erreichen gilt. Eine entsprechende Struktur, in deren Rahmen sich eine Willkommenskultur verwirklichen kann, ist unabdingbar und es liegt in der Verantwortung der Kommunen und des Landes, diese zu entwickeln.

Kontraproduktiv wirken politische Bestrebungen, Zugewanderte nach ihrer Nützlichkeit zu differenzieren und bestimmte Gruppen von der Möglichkeit der Zuwanderung generell auszuschließen.

Zwischen Willkommenskultur als chancengleicher Teilhabe in den zentralen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens und einer erfolgreich gelebten Willkommenskultur in der jeweiligen Einwanderungsgesellschaft lässt sich ein kausaler Zusammenhang herstellen<sup>7</sup>.

Migrationsberatung ist ein wichtiger Baustein im gesamten System der Organisation von Willkommenskultur. Sie berät Kommunen bei deren Ausgestaltung und übernimmt Lobby- und Vermittlerfunktionen für Menschen mit Migrationshintergrund soweit dies erforderlich ist, mit dem Ziel, die selbstbestimmte Partizipation zu fördern.

---

<sup>5</sup> Vgl. <http://bildungsserver.berlin-brandenburg.de/inklusion.html>; Landesinstitut für Schule und Medien Berlin-Brandenburg (LISUM) im Auftrag des Ministeriums für Bildung, Jugend und Sport des Landes Brandenburg sowie der Senatsverwaltung für Bildung, Jugend und Wissenschaft Berlin, zuletzt geöffnet am 28.05.2014.

<sup>6</sup> Vgl.: [http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-97F82522-7805A937/bst/xcms\\_bst\\_dms\\_37165\\_37166\\_2.pdf](http://www.bertelsmann-stiftung.de/cps/rde/xbcr/SID-97F82522-7805A937/bst/xcms_bst_dms_37165_37166_2.pdf). Stand: 24.09.2013

<sup>7</sup> Vgl.: Die Integrationspolitik von morgen - Politische und rechtliche Vorschläge für die kommenden Jahre. Ergebniszusammenfassung einer Konferenz am 13. Juni 2013 in Berlin. S. 6.

## 5. Lebenslagen von Menschen mit Migrationsgeschichte

Die Lebenslagen von Menschen mit Migrationshintergrund sind sehr heterogen und werden vor allem durch Faktoren wie Einkommen, Bildungshintergrund, Familienstruktur oder Aufenthaltsdauer bzw. –status beeinflusst. Hinzu kommen oftmals traumatisierende (Gewalt-) Erfahrungen im Kontext von Flucht und Migration, welche die Lebenswirklichkeit der Betroffenen massiv und langfristig negativ beeinflussen können.

Die Lebenslagen von Zuwanderern sind geprägt von:

- Mehrfachdiskriminierung und Alltagsrassismus
- Migrationsstress als Folge des Migrationsprozesses und der aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen
- Zugangsbarrieren und Orientierungsfragen in den unterschiedlichen Lebensphasen
- Entkulturationsprozessen
- Sprachbarrieren und mangelhafter Sprachkompetenz

Viele Einwanderer teilen als biographische Erfahrung das Erleben von **Rassismus und Ausgrenzung**. Strukturelle und alltägliche Diskriminierung und die häufige Konfrontation mit Vorurteilen und Rassismus prägen in besonderem Maße die Ausgangslage vieler Familien mit Migrationshintergrund in Deutschland und behindern eine gleichberechtigte Teilhabe.

Trotz gleicher Qualifizierung ist es für Menschen mit Migrationshintergrund schwieriger, einen ihrer Qualifikation entsprechenden Arbeits- oder Ausbildungsplatz zu finden als für Menschen ohne Migrationshintergrund.

So ist die **Armutsrisikoquote** von Menschen mit Migrationshintergrund nach wie vor deutlich höher als die von Menschen ohne Migrationshintergrund. Gründe hierfür sind nicht anerkannte, niedrige oder fehlende schulische und berufliche Qualifikationen, ein niedriges Einkommen und Arbeitslosigkeit. (Im Jahr 2010 war die Armutsrisikoquote von Menschen mit Migrationshintergrund mit 26% beinahe doppelt so hoch wie die der Bevölkerung ohne Migrationshintergrund).

Neben unzureichenden materiellen Ressourcen gibt es aber auch Defizite bei der **gesellschaftlichen Teilhabe** von Migrantenfamilien, da sie häufig nicht über informelle Netzwerke der sozialen Unterstützung verfügen und auch schlechter z.B. über Schul- und Verwaltungsstrukturen in Deutschland informiert sind.

Wir haben es in der Migrationsberatung vielfach mit Menschen zu tun, die

- aus bildungsfernen Schichten kommen, z.T. nie eine Schule besucht haben
- bereits seit vielen Jahren in Deutschland leben ohne die Sprache jemals ausreichend gelernt zu haben
- von Armut betroffen sind
- in prekären Wohnverhältnissen leben
- durch Krankheit erwerbsunfähig sind
- durch Gewalt- und Fluchterfahrungen traumatisiert sind
- die ohne dauerhaften Aufenthalt kaum an Integrationsangeboten partizipieren können
- oft jahrelanger Ungewissheit über ihre Zukunftsperspektiven ausgesetzt sind
- die komplexen Strukturen des deutschen Gesellschafts-, Bildungs- Sozial- und Gesundheitssystems nicht durchschauen
- von den Regeldiensten meist nicht angemessen versorgt werden und mangels interkultureller Öffnung der Regeldienste große Zugangsbarrieren haben
- unter Langzeitarbeitslosigkeit leiden, mit allen bekannten Folgen für das Selbstvertrauen und die Leistungsfähigkeit
- deren Familiensysteme durch veränderte Rollenbilder auseinanderbrechen.

Da Menschen mit Migrationshintergrund in Deutschland noch nicht in allen Bereichen des gesellschaftlichen Lebens einen gleichberechtigten Zugang haben und unterschiedlichen Zugangsbarrieren ausgesetzt sind, ist es wichtig, ihre Lebenslagen in der sozialpädagogischen Arbeit und in politischen Maßnahmen gezielt zu berücksichtigen.

Dabei entstehen in neuen Lebensphasen neue Orientierungsprozesse, die Bewältigungsstrategien und Alltagskompetenzen erfordern und so neuen Beratungsbedarf entstehen lassen. Genannt seien hier zum Beispiel Arbeitslosigkeit, Krankheit, Renteneintritt, Verlust von Angehörigen, Veränderungen der Familienkonstellation (Wegzug von Kindern, Enkeln und Eltern).

## **6. Aufgaben, Zielgruppen und Ziele der Migrationsberatung**

Die Anforderungen an die Migrationsberatung haben sich stark verändert. Diese ist weiterhin in einem sich permanent ändernden dynamischen Migrationsprozess die erste Anlaufstelle von Zuwanderern bzw. Zugewanderten und ihren Familien, Flüchtlingen und Einheimischen zu allen Fragen von Migration und Integration. Die Migrationsberatung ist ein eigener Fachdienst mit einer spezifischen Ausrichtung, der die wichtige Schnittstelle zwischen Zuwanderern und der Aufnahmegesellschaft darstellt. Vor dem Hintergrund der oben beschriebenen gesellschaftlichen Veränderungen wird die Bedeutung der Migrationsberatung weiter zunehmen. Die Expertise der Beraterinnen und Berater wird wichtiger denn je für politisches Handeln sein.

Dabei kommt der Migrationsberatung eine zentrale Informations-, Beratungs- und Orientierungsfunktion in migrationsspezifischen Fragestellungen und eine wichtige Schnittstellenfunktion zu anderen sozialen Diensten und Einrichtungen zu, die auch als Erstberatungsstelle bestehen bleibt, wenn sich diese Dienste interkulturell geöffnet haben.

Weitere Aufgaben sind:

- Netzwerk- und sozialraumorientierte Arbeit einschließlich kontinuierlicher Sozialraumanalyse
- Mitwirkung bei der Umsetzung kommunaler Integrations- und Inklusionskonzepte inkl. Maßnahmen zur interkulturellen Öffnung
- Initiierung von migrationsspezifischen Projekten und Maßnahmen
- Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit.

### Zielgruppen

Abhängig von der individuellen Lebenslage, aber auch von der asyl- und aufenthaltsrechtlichen Situation, sind die Bedürfnisse der Ratsuchenden heterogen. Als Zielgruppen sind insbesondere zu nennen:

- Menschen mit Migrationshintergrund mit ihren Familien unabhängig vom Aufenthaltsstatus
- Gesellschaftliche Institutionen der Aufnahmegesellschaft
- Bevölkerung der Aufnahmegesellschaft.

Die gesellschaftliche Integration von Zugewanderten findet im Wesentlichen „vor Ort“, in den Kommunen statt. Interkulturelle Arbeit im Sozialraum fördert dabei das wechselseitige Verständnis und führt zum Abbau von Diskriminierung und Vorurteilen.

Durch die Mitarbeit in Netzwerken und durch Kooperationen erleichtert die Migrationsberatung zugewanderten Familien und Einzelpersonen den Zugang zu Unterstützungsangeboten und sozialen Diensten und umgekehrt. Das bestehende Vertrauensverhältnis zur Migrationsberatung stärkt das Vertrauen der Zielgruppe zu anderen Akteuren und befördert so eine bedarfsgerechte Hilfeplanung.

Relevante Partner in der Kooperations- und Netzwerkarbeit sind vor allem

- Ausländerbehörden
- SGB II - Leistungsträger, Agenturen für Arbeit,
- Integrationskursträger, Bildungsträger, Anerkennungsstellen zur Anerkennung schulischer und beruflicher Qualifikation bzw. Abschlüsse,
- Schulen, KiTas, Jugend- und Sozialämter, Jugendhilfeträger,
- Migrantenorganisationen,
- Fachberatungsstellen wie Schwangerschaftsberatungsstellen, Suchtberatungsstellen, Schuldnerberatungsstellen, Erziehungsberatung u.a.

Viele dieser Dienste befinden sich in Trägerschaft von Wohlfahrtsverbänden und sind als Bestandteile des Systems sozialer Dienstleistungen in den lokalen Kontext eingebettet.

In einer derart abgestimmten Kooperation der Migrationsberatung mit anderen Diensten vor Ort ergeben sich die nachfolgenden Schwerpunkte ihrer Tätigkeit:

Die Migrationsberatung unterstützt Zuwanderinnen und Zuwanderer, sich in Deutschland zu orientieren und hilft im Umgang mit Behörden sowie bei Diskriminierungserfahrungen im Alltag. Um das Vertrauen der Ratsuchenden zu gewinnen, ist es elementar, dass die Beratungsdienste bei Kooperationen nach einheitlichen Regeln vorgehen, z.B. gegenüber Integrationskursträgern. Im Integrationskurs haben Eingewanderte oft den ersten Kontakt mit den Beratungsdiensten. Den Ratsuchenden werden neben der Unabhängigkeit der Beratung auch die verschiedenen Möglichkeiten und Aufgaben der Beratung so transparent wie möglich vermittelt.

Ratsuchende sind nicht nur als Einzelpersonen, sondern auch als Teil ihres Familiensystems zu beraten. Das bedeutet, dass erwachsenenspezifische und jugendspezifische Anliegen des jeweiligen Ratsuchenden nicht immer voneinander trennbar sind und ggf. einer gemeinsamen Bearbeitung der Beratungseinrichtungen bedürfen oder dass eine abgestimmte Vorgehensweise erforderlich ist. Äußert eine Jugendliche im Jugendmigrationsdienst z.B., dass es elterliche Vorbehalte gegen einen Ausbildungswunsch gibt, so stellt sich die Frage, wie die Eltern angesprochen werden können und wie die Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer eingebunden werden kann. Ähnliche Konstellationen kann es bei Fällen von gewalttätigem Verhalten von Eltern ihren Kindern gegenüber oder bei Vorliegen einer Behinderung mit Konsequenzen für die ganze Familie geben. Dabei werden datenschutzrechtliche Aspekte in jeder Konstellation beachtet und die Einbeziehung eines anderen Familienmitgliedes und/oder des anderen Dienstes wird mit dem Ratsuchenden abgesprochen.

Ratsuchende kommen oft mit multiplen Problemlagen, deren Bearbeitung ein umfangreiches Wissen mehrerer Fachgebiete voraussetzt. Sowohl zielgruppenspezifisches Fachwissen (z.B. Jugendhilfe oder Altenhilfe) als auch Fremdsprachenkenntnisse sind bei den Beratungsdiensten unterschiedlich verteilt. Durch Informationsaustausch und übergreifende Zusammenarbeit kann Fachwissen gemehrt werden und es können Erfahrungen in der Kooperation mit anderen Fachstellen weitergegeben werden.

Eine kontinuierliche Sozialraumanalyse ist notwendig, um die Beratungsangebote an veränderte Gegebenheiten vor Ort anzupassen und so ein bedarfsentsprechendes Angebot - auch für Zugewanderte - zu entwickeln. Die Flexibilisierung von Hilfestrukturen sowie eine Mobilisierung der Ressourcen von Klienten und sozialen Netzwerken sind wichtige Elemente sozialraumorientierter Arbeit.

Zur Sozialraumanalyse gehört die Identifizierung möglicher Barrieren, die verhindern, dass Zugewanderte Unterstützungsangebote in Anspruch nehmen. Die Migrationsberatung übernimmt hier eine Vermittlungsfunktion zwischen Ratsuchenden und anderen sozialen Diensten. Neben einer mangelnden Inkulturalität der Dienste können geringe Erfahrungen der

Zielgruppe mit Sozialer Arbeit oder ein fehlendes Vertrauen in monokulturell erscheinende Angebote Gründe dafür darstellen, warum Hilfen von der Zielgruppe nicht in Anspruch genommen werden. Somit ist Sozialraumorientierung auch immer eng mit Prozessen der interkulturellen Öffnung verbunden, die zum Abbau von Zugangsbarrieren und zu einer bedarfsorientierten Beratung beitragen.<sup>8</sup>

An die Migrationsberatung sind eine Vielzahl von Gruppenangeboten, Maßnahmen und Projekten angebunden. Die Beratenden haben dabei die Aufgabe, Handlungsbedarfe und Handlungsmöglichkeiten zu identifizieren und entsprechende Angebote zu konzipieren.

Durch Lobbyarbeit werden Erkenntnisse aus der praktischen Beratungsarbeit und gesellschaftliche Zugangsbarrieren identifiziert und kommuniziert. Daraus werden zusammen mit den Trägern und anderen gesellschaftlichen Akteuren Forderungen für Politik und Verwaltung entwickelt, die geeignet sind, auf das Ziel der gleichberechtigten Teilhabe hinzuwirken. Dies gilt insbesondere für die Antidiskriminierungs- und Antirassismuarbeit.

Die Migrationsberatung nimmt Einfluss auf die Förderung von Willkommens- und Anerkennungskultur, sensibilisiert für interkulturelle Öffnung und initiiert entsprechende Prozesse. Ferner fördert sie die Selbstorganisation von Migrantinnen und Migranten, deren Partizipation und Teilhabechancen.

## **7. Methodischer Ansatz der Migrationsberatung**

Unterschiedliche Lebensformen und Identitäten von Migrantinnen und Migranten werden als kulturelle und soziale Unterschiede respektiert und anerkannt. Das setzt voraus, dass Beraterinnen und Berater eigene Kulturstandards identifizieren und ihre eigene kulturelle Selbstwahrnehmung in der Beratungssituation berücksichtigen. Dazu gehört, fremdkulturelle Muster als solche wahrzunehmen ohne sie positiv oder negativ zu bewerten<sup>9</sup>. Die Beratungsarbeit im Sinne einer interkulturellen Dimension reduziert Problemlagen nicht auf die kulturellen Unterschiede, sondern auf rechtliche und sozialstrukturelle Benachteiligungen von Einwanderern.

Der ganzheitliche Beratungs- und Begleitungsprozess orientiert sich in erster Linie an den Lebenswirklichkeiten und Bedürfnissen der Ratsuchenden und nicht an politischen Assimilationsforderungen. Dabei ist das Prinzip des Empowerments im Sinne aktiver Selbstbefähigung unabdingbar. Die oder der Betroffenen werden als aktive Subjekte in den Gesamtprozess der Beratung integriert<sup>10</sup>. Sie werden im Befähigungsprozess unterstützt und es wird ihnen deutlich gemacht, dass bestimmte Handlungsmöglichkeiten und -räume ihnen zustehen<sup>11</sup>. Nach Bedarf sollten Dolmetscherinnen oder Dolmetscher hinzugezogen werden. Die Beratung wird niedrigschwellig und kostenfrei angeboten.

Die Anwendung des Case-Managements ist eine bewährte Arbeitsmethode, wenn eine intensive Beratung und Begleitung über einen längeren Zeitraum von den Betroffenen gewünscht wird oder eine multiple Problemkonstellation eine umfangreiche Beratung erforderlich macht.

---

<sup>8</sup> Vgl. Handlungsempfehlungen für die gemeinsame Arbeit mit Familien der Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer und der Jugendmigrationsdienste, Stand: 21.03.2013; S. 8-10.

<sup>9</sup> Mecheril, Paul „Beratung in der Migrationsgesellschaft. Paradigmen einer pädagogischen Handlungsform“, erschienen in: Norbert Cyrus & Andreas Treichler (Hrsg. 2004). Soziale Arbeit in der Einwanderungsgesellschaft. Grundlinien, Konzepte, Handlungsfelder, Methoden (S. 371-387). Frankfurt a.M.: Brandes & Apsel

<sup>10</sup> A.a.O., S. 10

<sup>11</sup> A.a.O., S. 11

Netzwerkarbeit und Kooperationen mit anderen Akteuren im Unterstützungssystem sind unverzichtbare Elemente der Beratungsarbeit und können helfen, Doppelberatung zu vermeiden. Insbesondere im Kontext der Einzelfallberatung und -begleitung ist die Nutzung unterschiedlicher fachspezifischer Kompetenzen anderer Dienste und Einrichtungen zielführend. Der Case-Manager hat außerdem die Aufgabe, Bedürfnisse der Ratsuchenden so zu vertreten, dass die Versorgungslücken, Fragen und Versäumnisse des Systems deutlich werden und so verändert werden können. Der Kunde in der Arbeitsverwaltung ist eben nicht nur ein Mensch mit Vermittlungshemmnissen, der kein Deutsch kann, sondern ein Mensch mit Fähigkeiten, herausgefunden durch die Stärken-Schwäche-Analyse der Migrationsberatung, die auf dem Arbeitsmarkt durchaus nachgefragt werden könnte.

## **8. Stellenwert der Migrationsberatung in der sozialen Regelversorgung**

Mit Sozialstaatsprinzip wird das grundlegende Staatsprinzip bezeichnet, das den Staat zur sozialen Gerechtigkeit in Gesetzgebung, Verwaltung und Rechtsprechung verpflichtet. Das Sozialstaatsprinzip wird explizit genannt in Art. 20 Abs. 1 GG und Art. 28 Abs. 1 S. 1 GG. Ziel des Sozialstaates ist der Abbau erheblicher sozialer Unterschiede und die Sicherung eines angemessenen Lebensstandards für alle Teile der Bevölkerung. Ausgefüllt wird das Sozialstaatsprinzip durch die Fürsorge für Hilfsbedürftige, die Schaffung sozialer Sicherungssysteme (BVerfGE 28, 324, 348ff), die Herstellung von Chancengleichheit und einer gerechten, für Ausgleich der sozialen Gegensätze sorgenden Sozialordnung (BVerfGE 22, 180, 204).

Übertragen auf das Thema Migration hat demnach der Staat (auf den verschiedenen Ebenen) die Selbstverpflichtung, Menschen mit Migrationshintergrund eine gleichberechtigte Teilhabe zu ermöglichen und gleichzeitig dafür zu sorgen, dass gesellschaftliche Institutionen und Dienste dementsprechend agieren. Die Migrationsberatung übernimmt dabei die Funktion, einerseits auf soziale Benachteiligungen von Menschen mit Migrationsgeschichte hinzuweisen und auf deren Abbau hinzuwirken, andererseits diejenigen, die auf Hilfe angewiesen sind, angemessen und mit dem Ziel der selbstbestimmten Teilhabe zu unterstützen.

Das betont auch die Bundesregierung in ihren Aussagen zu Sinn und Zweck des Zuwanderungsgesetzes. Hierzu heißt es:

„Integration ist ein langfristiger Prozess, der zum Ziel hat, alle Menschen, die dauerhaft und rechtmäßig in Deutschland leben, in die Gesellschaft einzubeziehen. Zuwanderern soll eine umfassende, möglichst gleichberechtigte Teilhabe in allen gesellschaftlichen Bereichen ermöglicht werden.“<sup>12</sup>

Migrationsberatung hat somit einen festen Stellenwert im Netz der sozialen Regelversorgung.

---

<sup>12</sup> Aus: [http://www.auswaertiges-amt.de/DE/EinreiseUndAufenthalt/Zuwanderungsrecht\\_node.html](http://www.auswaertiges-amt.de/DE/EinreiseUndAufenthalt/Zuwanderungsrecht_node.html)

## 9. Qualitätssicherung

In der Weiterentwicklung der im „Rahmenkonzept für eine Sozialberatung für Migrantinnen und Migranten (Migrationssozialberatung) in Schleswig-Holstein“ vom 10.01.2006 in Anlage 1 genannten Qualitätskriterien wird die Qualität der Migrationsberatung gewährleistet durch:

### Rahmenbedingungen

- Geeignete Räumlichkeiten für Beratung inkl. Wartebereich und Besprechungsmöglichkeit mit Netzwerkpartnern
- Erreichbarkeit inkl. Verkehrsanbindung
- Erkennbarkeit als Migrationsberatung von außen durch geeignete Beschilderung
- Vertretungsregelung in Teams (auch Fachdienst übergreifend) bzw. durch trägerübergreifende Absprachen
- Sicherstellung regelmäßiger Sprechzeiten
- Angemessene technische und personelle Ausstattung
- Beschwerdemanagement

### Anforderungen an Träger

- Interkulturelles Beratungskonzept
- Sicherstellung der fachlichen Begleitung
- Finanzielle Absicherung (Einbringen erforderlicher Eigenmittel)
- Gewährleistung der inhaltlichen Weiterentwicklung
- Sicherstellen von Evaluation und Dokumentation
- Gewährleistung der Vernetzung mit anderen Fachdiensten
- Ermöglichung von Netzwerk- und Sozialraumarbeit
- Gewährleistung des Schutzes personenbezogener Daten

### Anforderung an Mitarbeitende/Beratungskräfte

- Fachliche Qualifikation: vorrangig abgeschlossenes Studium der Sozialpädagogik (Diplom, Bachelor, Master), Anerkennung von im Ausland erworbenen Qualifikationen, oder vergleichbarer interkultureller Studienabschlüsse
- Interkulturelle Kompetenz
- Migrationsspezifische Fachkenntnisse insbesondere über Migrationszusammenhänge und -ursachen, deren individuelle, rechtliche und strukturelle Konsequenzen; relevante Informationen über gesellschaftliche Zusammenhänge in Herkunft- und Zielregionen von Migration
- Migrationsspezifische Rechtskenntnisse
- Sozialpädagogische Kompetenz (Einzelfallarbeit, Familienberatung, Case-Management, Krisenintervention, Gemeinwesen-/Sozialraumarbeit, Gruppen-/Projektarbeit, Netzwerkarbeit, aufsuchende Sozialarbeit)
- Beherrschung möglichst einer migrationsrelevanten Sprache, Beherrschung der deutschen Sprache in Wort und Schrift
- PC-Kenntnisse
- Bereitschaft zur regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungen/Supervision
- 

### Konzeptionelle Anforderungen an die Migrationsberatung

- Erfüllen der Aufgaben gemäß des zugrundeliegenden Rahmenkonzeptes, der Förderrichtlinie
- Unterstützung von und Zusammenarbeit mit Netzwerkpartnern, Initiativen und Migrantenorganisationen
- Förderung der Kooperation von verschiedenen Fachdiensten, Initiierung von Prozessen zur interkulturellen Öffnung
- Mitarbeit bei der Entwicklung bzw. Umsetzung kommunaler Integrationskonzepte und Maßnahmen zur Etablierung einer Willkommenskultur

- Förderung gesellschaftlicher und politischer Partizipation von Menschen mit Migrationshintergrund
- Mitarbeit in Netzwerken gegen Rechtsextremismus und Diskriminierung
- Erstellen von Dokumentation und Statistik, deren Interpretation und Erstellen von Berichten.

Die Migrationsberatung verfügt über ein eigenes fachliches Profil, das insbesondere migrations- und kulturspezifische sowie interkulturelle Kompetenzen umfasst. Die Träger garantieren die Sicherung der Qualität der Dienste sowie deren Weiterentwicklung.

## 10. Perspektiven

Migration ist ein stetiger Prozess, bei dem in den letzten Jahren 1,5 bis 2 Millionen Menschen nach Deutschland zugezogen oder aus Deutschland weggezogen sind. Dementsprechend stellt auch die Begleitung von Menschen, die sich in diesem Prozess befinden eine auf Dauer angelegte Aufgabe dar, die es erforderlich macht, einen eigenständigen Fachdienst mit dem hier beschriebenen Aufgabenprofil vorzuhalten.

Dabei haben die Erkenntnisse der Bertelsmann-Stiftung über die Wirkung frühzeitiger sozialer Maßnahmen gezeigt, dass durch eine wirkungsvolle und früh einsetzende Unterstützung mittelfristig auch finanziell positive Ergebnisse erzielt werden können:

„Unsere Resultate zeigen, dass die Integrationsmaßnahmen, welche hauptsächlich durch Kommunen finanziert und durchgeführt werden, nicht nur in deren Finanzhaushalt positive Wirkungen zeitigen, sondern auch in den Haushalten von Bund, Land und den Sozialversicherungen.“<sup>13</sup>

Die Migrationsberatung benötigt eine auf Dauer angelegte finanzielle Förderung in realistischer und flexibel gestalteter Anpassung an prognostizierte Bedarfe statt der bislang üblichen Projektförderung mit den folgenden Eckpunkten:

- Beratung unabhängig vom Aufenthaltsstatus
- Soziale Arbeit muss sich an den Lebenslagen der Migrantinnen und Migranten orientieren
- Öffnung aller Integrationsangebote auch für Flüchtlinge
- Abstimmung zwischen den Landes- und Bundesministerien (IM S-H, BMI, BMFSFJ) über den Einsatz einheitlicher Evaluationsinstrumente.

Alle föderalen Ebenen sind gefordert, sich an der notwendigen Ausstattung der Migrationsberatung zu beteiligen:

Das bedeutet für den **Bund**:

- Ausrichten des Bezuschussungsumfangs am Beratungsbedarf ohne Unterscheidung nach Art der Aufenthaltsgenehmigung. Darin muss auch eine Bezuschussung von Beratungstätigkeit und Maßnahmen für Flüchtlinge, Doppelstaatler und Eingebürgerte eingeschlossen sein. Mittel aus EU-Programmen können ergänzend eingeworben werden.
- Beibehaltung der Bezuschussung von 30% des Arbeitsumfangs für Tätigkeiten außerhalb der Einzelfallarbeit (Netzwerk-, Sozialraumarbeit, Gremien- und Lobbyarbeit, Initiierung von Maßnahmen und Projekten).

Das bedeutet für das **Land**:

---

<sup>13</sup> Aus: Bertelsmann-Stiftung (Hrsg.): Gesellschaftliche Kosten unzureichender Integration von Zuwanderinnen und Zuwanderern in Deutschland, Zusammenfassung 2007; [www.bertelsmannstiftung.de](http://www.bertelsmannstiftung.de)

- Bezuschussung wie oben. Berücksichtigung regionaler Besonderheiten (Flächenstaat, besondere Handlungsbedarfe für bestimmte Zielgruppen, spezifische Arbeitsplätze, etwa Saisonarbeit, Grenznähe, u.a.).
- Förderung von gezielten Aktivitäten zu Förderung von Teilhabe, Unterstützung von Willkommens- und Anerkennungskultur, Antidiskriminierungs- und Antirassismussarbeit.

Das bedeutet für die **Kommunen**:

- Bereitstellen von Mitteln für Migrationsarbeit auf kommunaler Ebene unter Berücksichtigung des Anteils der Bevölkerung mit Migrationshintergrund und der Umsetzung interkultureller Öffnung im Rahmen von kommunalen Integrationskonzepten und Konzepten zur Verwirklichung einer Willkommenskultur in der Kommune sowie lokal-spezifischen Angebotsmöglichkeiten.

Das vorliegende Konzept „Teilhabe fördern - Handlungskonzept Migrationsberatung“ der Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände Schleswig-Holstein e.V. dient als Grundlage für eine Neufassung der Rahmenkonzeption „Migrationssozialberatung“ des Landes Schleswig-Holstein. Dieses soll im Dialog zwischen den beteiligten Akteuren der Migrationsberatung entwickelt und kontinuierlich weiterentwickelt werden.

Das Konzept soll bei der Weiterentwicklung der bundesmittelgeförderten Migrationsberatungsdienste Berücksichtigung finden.

Auf kommunaler Ebene soll mit diesem Konzept erreicht werden, dass sich Kommunen an diesem Beratungsangebot konzeptionell einbringen und finanziell beteiligen.

## Anhang

### **(1) Ethik in der Sozialen Arbeit**

*Soziale Arbeit basiert auf der Achtung vor dem besonderen Wert und der Würde aller Menschen und aus den Rechten, die sich daraus ergeben. Sozialarbeiter/innen sollen die körperliche, psychische, emotionale und spirituelle Integrität und das Wohlergehen einer jeden Person wahren und verteidigen.*

*Das heißt:*

- 1. Das Recht auf Selbstbestimmung achten - Sozialarbeiter/innen sollten das Recht der Menschen achten und fördern, eigene Wahl und Entscheidungen zu treffen, ungeachtet ihrer Werte und Lebensentscheidung, vorausgesetzt, dass dadurch nicht die Rechte und legitimen Interessen eines anderen gefährdet werden.*
- 2. Das Recht auf Beteiligung fördern - Sozialarbeiter/innen sollten das volle Einbeziehen und die Teilnahme der Menschen, die ihre Dienste nutzen fördern, so dass sie gestärkt werden können in allen Aspekten von Entscheidungen und Handlungen, die ihr Leben betreffen.*
- 3. Jede Person ganzheitlich behandeln - Sozialarbeiter/innen sollten sich mit der Person als Ganzes innerhalb der Familie, der Gemeinschaft, sowie der sozialen und natürlichen Umwelt beschäftigen, und sollten darauf bedacht sein, alle Aspekte des Lebens einer Person wahrzunehmen.*
- 4. Stärken erkennen und entwickeln - Sozialarbeiter/innen sollten den Schwerpunkt auf die Stärken des Einzelnen, der Gruppen und der Gemeinschaften richten um dadurch ihre Stärkung weiter zu fördern*

### Soziale Gerechtigkeit

*Sozialarbeiter/innen haben eine Verpflichtung, soziale Gerechtigkeit zu fördern in Bezug auf die Gesellschaft im Allgemeinen und in Bezug auf die Person mit der sie arbeiten. Das heißt:*

- 1. Negativer Diskriminierung entgegenzutreten(1) - Sozialarbeiter/innen haben die Pflicht, negativer Diskriminierung aufgrund von Merkmalen wie Fähigkeiten, Alter, Kultur, Geschlecht, Familienstand, sozioökonomischem Status, politischer Überzeugung, Hautfarbe, Rasse oder anderer körperlicher Gegebenheiten, sexueller Orientierung, oder spiritueller Überzeugung entgegenzutreten.*
- 2. Verschiedenheit anerkennen - Sozialarbeiter/innen sollten die ethnischen und kulturellen Unterschiede von Gesellschaften in denen sie arbeiten anerkennen und respektieren und die Unterschiede von Einzelnen, Gruppen und Gemeinschaften beachten.*
- 3. Gerechte Verteilung der Mittel - Sozialarbeiter/innen sollten sicherstellen, dass die ihnen zur Verfügung stehenden Mittel gerecht gemäß den Bedürfnissen verteilt werden.*
- 4. Ungerechte politische Entscheidungen und Praktiken zurückweisen - Sozialarbeiter/innen haben die Pflicht, ihre Arbeitgeber, Gesetzgeber, Politiker und die Allgemeinheit darauf aufmerksam zu machen, wo Mittel unzulänglich sind oder wo die Verteilung von Mitteln durch Verordnungen und Praxis unterdrückerisch, ungerecht oder schädlich ist.*
- 5. Solidarisch arbeiten - Sozialarbeiter/innen haben die Pflicht, sozialen Bedingungen entgegen zu treten, die zu sozialem Ausschluss, Stigmatisierung oder Unterdrückung führen. Sie sollen auf eine einbeziehende Gesellschaft hinarbeiten.*

**(Quelle: Ethik in der Sozialen Arbeit – Erklärung der Prinzipien; International Federation of Social Workers (IFSW); International Association of Schools of Social Work (IASSW))**

## (2) Grundlagen von Beratung

### Definitionen von Beratung:

*„Beratung ist eine professionelle, wissenschaftlich fundierte Hilfe, welche Rat- und Hilfesuchenden Einzelnen und Gruppen auf der Basis des kommunikativen Miteinander vorübergehend, in Krisensituationen sowie in sonstigen Konfliktlagen aktuell und nachbetreuend dient. Somit darf Beratung keinesfalls bestimmte Entscheidungen dem Ratsuchenden aufdrängen bzw. diese durch verdeckten Machtmissbrauch erzwingen. Kennzeichnend für das spezifische dieses Kontaktes ist, dass die Probleme des Ratsuchenden den Mittelpunkt bilden.“*

*Brem-Gräser (1993)*

- Beratung kann sich sowohl auf Einzel-Personen und Gruppen in ihren Lebens- und arbeitsweltlichen Bezügen als auch auf Organisationen/Institutionen beziehen.
- Ziele von Beratung:  
Abhängig von den zu bewältigenden Anforderungen, Problemlagen und Krisensituationen, in denen sich Ratsuchende befinden, kann Beratung **aktivieren, gesundheitsfördernd, präventiv, kurativ** oder **rehabilitativ** sein.
- Beratungsstandards 1:  
**Vertrauensverhältnis und Beratungsbeziehung**  
Die Fachkräfte sind verpflichtet, mit in der Beratungsbeziehung entstehenden Abhängigkeiten sorgsam umzugehen.  
Die fortlaufende Analyse der Beziehungen, Verhaltensweisen und Interaktionen im Beratungsprozess sind wesentlicher Bestandteil der Beratung.
- Beratungsstandards 2:  
**Wert- und Zielorientierung**  
Die Beratung wird in persönlicher, sozialer und rechtsstaatlicher Verantwortung ausgeübt und orientiert sich handlungsleitend am Schutz der Menschenwürde und an berufsethischen Standards.  
Sie unterstützt emanzipatorische Prozesse und Partizipation und deckt Spannungsfelder, Machtverhältnisse, Konflikte und Abhängigkeiten in unterschiedlichen Lebens- und Arbeitsbereichen auf. Dabei werden insbesondere auch Geschlechts-, Generations- und kulturspezifische Aspekte berücksichtigt.
- Beratungsstandards 3:  
**Beratungswissen / Expertenwissen**  
Beratung setzt persönliche, soziale und fachliche Identität und Handlungskompetenz des/der Beratenden voraus.  
Hierzu sind insbesondere auch kommunikative und problemlösungsorientierte Kompetenzen erforderlich. Ergänzend wird bei entsprechenden Fragestellungen fachlich fundiertes Wissen (Informationen) vermittelt.
- Beratungsstandards 4:  
**Qualitätssicherung und Evaluation**  
Zur Sicherung des fachlichen Handelns (Prozessqualität) dienen die professionell angewandten Verfahren konzeptgebundener Qualitätssicherung, Fallbesprechungen im multidisziplinären Team oder im kollegialen Verbund des Einzelteams, Supervision, Fort-, und Weiterbildung.

**Quelle:** Deutsche Gesellschaft für Beratung e.V.: Beratungsverständnis.

## Impressum

### Herausgeber:

Landes-Arbeitsgemeinschaft der freien Wohlfahrtsverbände  
Schleswig-Holstein e.V.  
Falckstraße 9  
24103 Kiel  
Tel.: 0431 - 33 60 75  
Fax: 0431 - 33 71 30  
E-Mail: lag.freie-wohlfahrt-sh@t-online.de  
Homepage: www.lag-sh.de

Druck:  
Renk Druck und Medien GmbH  
Boschstraße 2  
24568 Kaltenkirchen

Das Handlungskonzept wurde durch den LAG-Fachausschuss Migration erarbeitet und in der LAG-Mitgliederversammlung am 20.08.2014 beschlossen.

Dem LAG-Fachausschuss Migration gehören an:

Angelika Berger	- Koordination -	Caritasverband für Schleswig-Holstein e.V. (0431/59 02-22, info@caritas-sh.de)
Michael Treiber		Arbeiterwohlfahrt - Landesverband Schl.-Holst. e.V. (0431/5114-350, michael.treiber@awo-sh.de)
Norbert Schmitz		Caritasverband für Schleswig-Holstein e.V. (0431/59 02-20, schmitz@caritas-sh.de)
Krystyna Michalski		Der Paritätische Schleswig-Holstein (0431/56 02-23, michalski@paritaet-sh.org)
Kirsten Levsen		Deutsches Rotes Kreuz – Landesverband Schl.-Holst. e.V. (0431/57 07-126, kirsten.levsen@drk-sh.de)
Renate Wegner		Diakonisches Werk in Schleswig-Holstein (04331/593-181, wegner@diakonie-sh.de)
Doris Kratz-Hinrichsen		Diakonisches Werk in Schleswig-Holstein (04331/593-189, kratz-hinrichsen@diakonie.sh.de)
Viktoria Ladyshenski		Jüdische Gemeinschaft Schleswig-Holstein (0431/7399097, juedische.gemeinde.kielundregion@gmx.de)



**Stellungnahme der BAGFW  
zum Gesetzesantrag des Freistaates Bayern  
(Bundratsdrucksache 443/14)  
und zum Antrag des Freistaates Bayern  
(Bundratsdrucksache 444/14) vom 30.09.2014**

Seit einiger Zeit steigt die Zahl der Asylsuchenden in Deutschland und auch die unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge. Die Versorgung dieser Kinder und Jugendlichen stellt einige Kommunen vor große Herausforderungen, insbesondere in Bezug auf die finanziellen Aufwendungen. Hierfür muss eine Lösung gefunden werden.

Im Antrag 444/14 heißt es: „Ziel der bundesweiten Verteilung ist es, eine kindeswohl-gerechte Versorgung von unbegleiteten Minderjährigen in Einrichtungen der Kinder- und Jugendhilfe zu gewährleisten und die Verantwortung für die Betreuung und Unterbringung der unbegleiteten Minderjährigen gleichmäßig auf die öffentlichen Träger der Jugendhilfe zu verteilen“. Wenn auch beide Ziele grundsätzlich zu begrüßen sind, so dienen die vorgesehenen Maßnahmen ausschließlich dem zweiten Ziel. Dabei ist jedoch nicht nachvollziehbar, warum für eine gerechtere Lastenverteilung statt der Finanzen Kinder und Jugendliche umverteilt werden sollen.

**Der Gesetzesantrag im Lichte supra- und internationaler Rechtsnormen**

Als supranationales Recht ist in erster Linie die Europäische Grundrechtecharta heranzuziehen, die hier einschlägig ist:

Art. 24 Rechte des Kindes

(1) Kinder haben Anspruch auf den Schutz und die Fürsorge, die für ihr Wohlergehen notwendig sind. Sie können ihre Meinung frei äußern. Ihre Meinung wird in den Angelegenheiten, die sie betreffen, in einer ihrem Alter und ihrem Reifegrad entsprechenden Weise berücksichtigt.

(2) Bei allen Kinder betreffenden Maßnahmen öffentlicher Stellen oder privater Einrichtungen muss das Wohl des Kindes eine vorrangige Erwägung sein.

Da es sich hier um europäisches Primärrecht handelt, ist keine Abwägung mit deutschen Rechtsnormen vorzunehmen, sondern letztere müssen diesem Grundsatz entsprechen.

Das vorgeschlagene Umverteilungsverfahren widerspricht diesem Grundsatz. Entsprechend Art. 24 Abs. 1 der Europäischen Grundrechtecharta käme eine Umvertei-

lung nur in Betracht unter Mitsprache des Kindes. Da es sich zumeist um ältere Kinder mit hohem Reifegrad handelt, wäre ihre Meinung entsprechend stark zu gewichten. Insbesondere widerspricht das vorgeschlagene Verfahren jedoch Art. 24 Abs. 2 der Europäischen Grundrechtecharta, denn die vorrangige Erwägung ist ganz offensichtlich gerade nicht das Wohl des Kindes, sondern die der Lastenverteilung.

Artikel 24 Abs. 2 S.4 der Richtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Aufnahmerichtlinie) sieht vor: „Wechsel des Aufenthaltsortes sind bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen auf ein Mindestmaß zu beschränken.“ Dies ist aus Sicht der BAGFW so zu verstehen, dass ein Wechsel des Aufenthaltsortes und damit ein Zuständigkeitswechsel des Jugendamtes nur infrage kommen, wenn die Sicherung des Kindeswohls dies notwendig macht. Da dies nicht gegeben ist, sondern die Lastenverteilung Ziel der Umverteilung ist, ist dies mit dieser Rechtsnorm nicht vereinbar. Auch diese Richtlinie als europäisches Sekundärrecht hat Vorrang vor nationalem Recht und ist somit zu befolgen.

Entsprechend Art. 3 der UN-Kinderrechtskonvention ist das Kindeswohl ein vorrangig zu berücksichtigender Gesichtspunkt. Mit der Rücknahme der Vorbehaltserklärung gegenüber der UN-Kinderrechtskonvention am 03. Mai 2010 gilt der Vorrang des Kindeswohls unmittelbar. Dies bedeutet, „bei allen Maßnahmen, die Kinder betreffen, gleichviel ob sie von öffentlichen oder privaten Einrichtungen der sozialen Fürsorge, Gerichten, Verwaltungsbehörden oder Gesetzgebungsorganen getroffen werden, das Wohl des Kindes ein Gesichtspunkt ist, der vorrangig zu berücksichtigen ist“.

Grundsätzlich ist zu beachten, dass das Verständnis des Kindeswohlbegriffs im deutschen Sprachraum nicht ausreicht, um die Definition inter- und supranationaler Rechtsnormen zu verstehen. Der Begriff „best interest of the child“ geht über den historisch gewachsenen, deutschen Begriff des Kindeswohls hinaus.

Der Kindeswohlbegriff im deutschen Recht bestimmt, wann der Staat in Ausübung seines Wächteramtes in das Elternrecht nach Art. 6 Abs. 2 Grundgesetz eingreifen darf. Der Begriff ist in der Materialisierung des Eingriffsrechts des Staates in das elterliche Grundrecht sehr eng gefasst. Er darf nur dann eingreifen, wenn das Kindeswohl (erheblich) durch die das Grundrecht innehabenden Eltern gefährdet ist. Aufgrund dieser Ableitung hat der Begriff vor allem im Familienrecht eine große Bedeutung und ist in diesem Rechtsgebiet gewachsen. Das Kindeswohl im Spannungsfeld zwischen Elternrechten und staatlichem Wächteramt manifestiert sich daher nicht vorwiegend als ein Anspruch von Kindern an den Staat als eigene Rechtssubjekte im Sinne umfassender aktiver Förderung und Schutz, sondern bezieht sich vor allem auf den Schutz von Ehe und Familie und den Eingriff zur Abwendung einer Gefährdung des Kindeswohls.

Der Begriff des Kindeswohls „best interest of the child“ der UN-Kinderrechtskonvention ist jedoch nicht verbunden mit dem staatlichen Eingriffsrecht in das grundrechtlich geschützte Elternrecht. Hier sind Kinder nicht Dritte im Spannungsfeld zwischen Elternrechten und Wächteramt, sondern in erster Linie Rechtssubjekte mit eigenen Rechten gegenüber ihren Eltern als auch gegenüber der Gesellschaft und dem Staat. Wenngleich die UN-Kinderrechtskonvention auch die Familie als die zentrale Institution für das Kindeswohl definiert, geht sie deutlich darüber hinaus, in dem

sie Gesellschaft und Staat eine eigene aktive Rolle zur Verwirklichung des Kindeswohls zuweist und nicht nur der Abwendung einer Gefährdung des Kindeswohls. Er steht vielmehr als ein Oberbegriff von Rechten, die im Weiteren in der UN-Kinderrechtskonvention niedergelegt und ausdifferenziert sind und damit in umfänglicherer Weise das Recht auf Entfaltung der Persönlichkeit sicherstellen sollen. Der Staat ist hier nicht nur Wächter über die Ausübung des Elternrechts, sondern selbst verpflichtet, im besten Interesse des Kindes in allen Belangen, die Kinder betreffen, zu handeln. Hier ist insbesondere auf Art. 22 der UN-Kinderrechtskonvention, der über die anderen Kinderrechte hinaus, die besonderen Rechte von Flüchtlingskindern benennt, zu verweisen.

Gleichwohl bedeutet die geforderte vorrangige Berücksichtigung des Kindeswohls nicht, dass es absoluten Vorrang hat und nicht durch andere gewichtige Gründe auch verdrängt werden könnte, jedoch muss bei jeder Kinder berührenden Entscheidung einer öffentlichen Stelle oder privaten Stelle geprüft werden, ob das Kindeswohl beeinträchtigt wird und begründet werden, warum es ggf. hinter anderen Gründen zurückstehen muss, die den Vorrang des Kindeswohls verdrängen.

### **Die Regelungen in Abwägung mit dem Grundsatz des Kindeswohls**

Dem Ziel des Kinder- und Jugendhilferechts gemäß § 1 SGB VIII sollten die darauf folgenden Rechtsnormen nicht entgegenstehen. Eine strukturelle, möglicherweise im Vollzug automatisierte Verteilungsregelung widerspricht dem Grundsatz, dass das Kindeswohl einzelfallbezogen zu definieren und der Kindeswille zu berücksichtigen ist. Es würde nicht nur einen erheblichen bürokratischen und damit erneuten finanziellen Aufwand hervorrufen, diese Abwägung einzelfallbezogen vorzunehmen. Es ist auch kaum vorstellbar, dass in einer Abwägung der Lastenverteilung mit dem Kindeswohl letzteres zurückzustehen hätte, gerade vor dem Hintergrund, dass auch andere Formen der Lastenverteilung umsetzbar sind und nicht zum Beispiel eine Gefahr der öffentlichen Sicherheit und Ordnung droht.

Nach dem Gesetzesantrag sollen unbegleitete minderjährige Flüchtlinge nicht nur umverteilt werden, sondern auch vor Abschluss der Inobhutnahme ein Zuständigkeitswechsel erfolgen können. In der Begründung zum Gesetzesantrag (BR-Drucksache 443/14) wird beklagt, dass die interkommunale Verteilung von unbegleiteten Minderjährigen derzeit nur teilweise im Kinder- und Jugendhilferecht berücksichtigt sei. Ein Zuständigkeitswechsel sei erst nach Abschluss der Inobhutnahme und nur dann möglich, wenn unbegleitete Minderjährige nach Asyl nachsuchen. Dies ist richtig, jedoch auch fachlich begründet und sollte aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege so beibehalten werden. Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege würden es hingegen befürworten, den Zuständigkeitswechsel auch bei Asylantragstellung zu streichen. Diese Regelung führt häufig dazu, dass minderjährige unbegleitete Flüchtlinge in das Asylverfahren gedrängt werden, obwohl dies für ihre Aufenthaltssicherung und damit ihr Wohl nachteilig sein kann, insbesondere dann, wenn später der Asylantrag als offensichtlich unbegründet abgelehnt wird. Um diese negativen Folgen zu verhindern, müsste die Zuständigkeit daher zumindest solange erhalten bleiben, bis über den Asylantrag positiv entschieden wurde.

Die Regelung, dass ein Jugendamt die Inobhutnahme eines anderen Jugendamtes fortsetzt, dürfte in der Praxis oftmals negative Begleiterscheinungen hervorrufen und

damit dem Kindeswohl entgegenstehen. Es würde einen Wechsel von Ansprechpartnern bzw. Bezugspersonen in einem laufenden Verfahren für die Kinder darstellen, auf Seiten der Jugendämter zu Verlust von Information und dadurch zu Mehrarbeit führen. Die Erfahrung zeigt, dass die Verständigung von Jugendämtern untereinander aus Gründen des Datenschutzes nicht immer im Interesse einer transparenten Kommunikation aller verfahrensrelevanten Fakten verläuft. Es sollten daher möglichst keine Verfahren etabliert werden, deren Erfolg von einer reibungslosen Kommunikation abhängt. Aus diesen Gründen sollte zunächst das Clearingverfahren abgeschlossen und damit der jugendhilferechtliche Bedarf der Kinder und Jugendlichen festgestellt sein. Erst dann sollte ein Wechsel in eine geeignete Einrichtung erfolgen. Da dieser dann aus Gründen des Kindeswohls vollzogen wird, ist er auch mit geltendem, höherrangigem Recht vereinbar.

Insofern eine unverzügliche Verteilung angedacht ist, wird diese nicht nur an den Anforderungen des Verwaltungsverfahrens scheitern, da beispielsweise zumindest eine vorläufige Altersschätzung vorgenommen werden muss, um zu klären, ob der Jugendliche überhaupt in die Zuständigkeit des SGB VIII fällt. Allein diese kann erfahrungsgemäß einige Wochen in Anspruch nehmen. Es stellt sich auch die Frage, ob es zu einer Umverteilung nicht eines rechtsmittelfähigen Beschlusses bedarf, so dass allein das Einlegen von Rechtsmitteln gegen die Umverteilung ein unverzügliches Verfahren vereiteln würde. In dieser Zwischenzeit könnte keine zielgerichtete pädagogische Arbeit stattfinden. Vor allem können bei einem Verfahren zur unverzüglichen Verteilung keine einzelfallbezogenen Bedarfe in einer Gesamtschau bewertet werden, da diese noch nicht oder nur lückenhaft bekannt sind. Es kann keine Würdigung vorgenommen werden, was im Sinne des Kindeswohls erforderlich ist.

### **Verhältnis von Jugendhilfe und Aufenthalts- und Asylverfahrensrecht**

Im Antrag 444/14 wird zudem festgestellt, dass eine Klarstellung der Frage erforderlich sei, wie die Verpflichtung zur Inobhutnahme, Betreuung und Begleitung der unbegleiteten Minderjährigen mit dem Aufenthaltsgesetz und dem Asylverfahrensgesetz in Einklang zu bringen ist. Fehlende gesetzliche Regelungen würden immer wieder zu erheblichen Problemen in der Praxis führen, die eine weitere Belastung von öffentlicher und freier Jugendhilfe nach sich ziehen. Aus Sicht der Verbände der Freien Wohlfahrtspflege kann für Rechtsanwender z.B. im administrativen Verfahren abgeleitet aus Art. 24 der Europäischen Grundrechtecharta als gegenüber dem Aufenthalts- und Asylrecht höherrangiges Recht klargestellt werden, dass das Wohl des Kindes vorrangig zu berücksichtigen ist und im Zweifel Normen des Aufenthalts- und Asylverfahrensrechts verdrängt. An dieser Stelle sei auch auf die Koalitionsvereinbarung der derzeitigen Bundesregierung von SPD und CDU/CSU verwiesen: „Die UN-Kinderrechtskonvention ist Grundlage für den Umgang mit Minderjährigen, die als Flüchtlinge unbegleitet nach Deutschland kommen. Wir werden die Handlungsfähigkeit im Asylverfahrens- und Aufenthaltsrecht auf 18 Jahre anheben und dadurch den Vorrang des Jugendhilferechts für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge festschreiben“ (S.110 der Koalitionsvereinbarung). Hinzuzufügen ist, dass der Wirkungskreis der UN-Kinderrechtskonvention sich nicht auf unbegleitete minderjährige Flüchtlinge beschränkt, sondern alle tatsächlich in Deutschland lebenden Kinder so auch Flüchtlingskinder, die in Begleitung ihrer Eltern nach Deutschland kommen, umfasst.

## Fazit

Dieser Gesetzentwurf widerspricht dem Wohl des Kindes und damit einschlägigen Rechtsnormen. Im Gesetzesantrag zur Änderung des SGB VIII (BR-Drucksache 443/14) taucht das Wort Kindeswohl nicht auf. Es wird allein darauf hingewiesen, dass es sich um einen Eingriff in das elterliche Grundrecht handelt, ohne dass die damit verbundenen Maßnahmen vor diesem Hintergrund näher erörtert werden. Das Ruhen der elterlichen Sorge ermächtigt den Staat nicht, Maßnahmen zu ergreifen, es sei denn, sie dienen vorrangig dem Kindeswohl.

Der Grundsatz der örtlichen Zuständigkeit sollte erhalten bleiben. Eine Übertragung der Zuständigkeit sollte nur aus Gründen des Kindeswohls möglich sein. Ein Verteilungssystem würde einen zusätzlichen Abbruch und Neuanfang für die Kinder und Jugendlichen bedeuten. Eine für die betreffenden Kinder und Jugendlichen nicht nachvollziehbare Umverteilung gegen ihren Willen wird eher dazu führen, dass sie sich entziehen. Dies ist vor dem Hintergrund, dass sie oft schon lange auf der Flucht sind und Stabilität brauchen, nicht sachgerecht. Es widerspricht dem Grundsatz der Pädagogik, dass das stärkste Instrument für eine erfolgreiche Hilfe der Aufbau stabiler Bindungen ist.

Die Anforderung an ein Umverteilungssystem, effizient und effektiv zu sein, steht im Widerspruch zur Anforderung, einzelfallbezogene Bedarfe zu berücksichtigen. Einige der stark beanspruchten Kommunen sind Zielort der Jugendlichen, während andere Kommunen vor allem deshalb zuständig sind, weil Kinder und Jugendliche in ihrem Zuständigkeitsbereich aufgegriffen werden, diese jedoch dort nicht verbleiben wollen. Vor allem für die Stadtstaaten als häufiger Zielort würde eine solche Regelung daher bei Berücksichtigung des Rechts der Kinder und Jugendlichen auf Mitsprache keine Entlastung bringen.

Die Verbände der Freien Wohlfahrtspflege lehnen daher die geplanten Regelungen im vorliegenden Gesetzesantrag ab. Probleme aufgrund der Zunahme von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen werden nur verlagert, möglicherweise weiter geschaffen. Aus der praktischen Erfahrung mit Verteilungsregelungen wie dem EASY-System für erwachsene Schutzsuchende ist zu befürchten, dass das Kindeswohl durch eine analoge Anwendung nicht beachtet oder verletzt wird. Im EASY-System werden systematisch humanitäre Aspekte unberücksichtigt gelassen.

Zentraler Ansatzpunkt, um den Herausforderungen einiger Jugendämter zu begegnen, wäre ein finanzieller Ausgleich zwischen Kommunen und Ländern statt einer Umverteilung von Kindern und Jugendlichen. Der Bundesrat hatte am 22.03.2013 einen Beschluss (Bundesratsdrucksache 93/13) gefasst, um das Ziel einer ausgewogeneren Kostenverteilung zu erreichen. Die dort beschriebene Regelung erscheint deutlich besser geeignet, eine Lösung herbeizuführen, sollte aufgegriffen und vor dem Hintergrund der neueren Entwicklungen weiterentwickelt werden. Für den Erfolg einer Kostenerstattungsregelung ist es notwendig, dass alle Kosten, beispielsweise auch die Verwaltungskosten, berücksichtigt werden.

Insofern im Bereich einiger Jugendämter die örtliche Aufnahmekapazität an ihre Grenzen stößt, könnten Kommunen vor Ort miteinander kooperieren und Jugendliche in der kommunalen Nachbarschaft bei grundsätzlicher Zuständigkeit des örtlichen

Jugendamt verbleiben, statt bundesweit verteilt zu werden. Zu diesem Zweck wäre auch denkbar, dass eine Kostenregelung so konzipiert wird, dass für Kommunen Anreize geschaffen werden, unbegleitete minderjährige Flüchtlinge aufzunehmen. Dies könnte ein Pull-Effekt anderer Kommunen auslösen, um die stark beanspruchten Kommunen zu entlasten, ohne dass es eines Verteilungssystems bedarf. Insbesondere kann es für eine Kommune auch hilfreich sein, wenn die im Rahmen der Jugendhilfe aufgenommenen unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge auf den Königsteiner Schlüssel zur Aufnahme von Asylsuchenden insgesamt angerechnet würden. Ein Wohnortwechsel muss jedoch effektiv möglich sein, wenn Gründe des Kindeswohls dies erfordern, z.B. wenn an einem anderen Ort nahe Verwandte des unbegleiteten minderjährigen Flüchtlings leben. Die Zusammenführung z.B. mit nahen Verwandten könnte auch Kosten der Jugendhilfe reduzieren.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege plädiert dafür, in allen Bundesländern Standards in der Jugendhilfe zu etablieren, die dem Kindeswohl unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge gerecht werden. Trotz Fortschritten in den letzten Jahren, gibt es hier große Unterschiede und an einigen Orten noch deutlichen Verbesserungsbedarf. Wenn unbegleitete minderjährige Flüchtlinge umverteilt werden sollen, da aufgrund der Quantität in besonders beanspruchten Kommunen das Kindeswohl nicht sichergestellt erscheint, so kann ebenfalls aufgrund der Unterschiede in den Standards nicht davon ausgegangen werden, dass diese am Zielort nach Umverteilung besser sind.

Berlin, 18.11.2014

Dokumentation der BAff Jahrestagung:

# Defizite in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge

## Versäumnisse in den staatlichen Verpflichtungen?

03.11. – 05.11.2013 in Kiel

gefördert durch:

# Impressum

## Herausgeber



PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein e.V.

Zum Brook 4, 24143 Kiel

Tel. 0431 5602-0

michalski@paritaet-sh.org

www.paritaet-sh.org



BAf - Bundesweite Arbeitsgemeinschaft

Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Paulsenstr. 55-56, 12163 Berlin

Tel. 030 31 01 24 61

info@baff-zentren.org

www.baff-zentren.org

## Veranstaltende der Tagung

**„Defizite in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge – Versäumnisse in den staatlichen Verpflichtungen?“  
vom 3.11. – 5.11.2013 beim Paritätischen Wohlfahrtsverband in Kiel**

PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein e.V.

BAf - Bundesweite Arbeitsgemeinschaft

Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer



Zentrum für Integrative Psychiatrie - ZIP gGmbH Kiel

Niemannsweg 147, 24105 Kiel

Tel: 0431 9900-2681

info@zip-kiel.de www.zip-kiel.de

info@diakonie-sh.de www.diakonie-sh.de



Diakonisches Werk Schleswig-Holstein

Landesverband der Inneren Mission e.V.

Kanalufer 48, 24768 Rendsburg

Tel.: 04331-593-0

Fax: 04331-593-244

Redaktion: Andrea Bastian

Fotos: Jan Dreckmann

Druck: Hansadruck Kiel

Kiel, Juli 2014

# Inhaltsverzeichnis

<b>Vorwort</b> .....	3
Ursula Schele, Verbandsrätin des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes Schleswig-Holstein e. V.	
<b>Begrüßung und Einführung ins Thema</b> .....	5
Elise Bittenbinder, Vorsitzende der BAfF e. V.	
<b>Grußwort</b> .....	9
Torsten Döhring, Referent des Beauftragten für Flüchtlings-, Asyl- und Zuwanderungsfragen des Landes Schleswig-Holstein	
<b>Vorträge</b>	
<b>Das Inverse Care Law in der Versorgung seelisch kranker Menschen. Gilt dies auch für Flüchtlinge?</b> .....	11
Prof. Dr. Günther Wienberg, v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel	
<b>Aktuelle Situation und strukturelle Probleme in Schleswig-Holstein</b>	
Günter Ernst-Basten, Vorstand des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes Schleswig-Holstein e. V. ....	31
Andrea Bastian, Brücke Schleswig-Holstein .....	32
Doris Kratz-Hinrichsen, Diakonisches Werk Schleswig-Holstein, Landesverband der Inneren Mission .....	34
Dr. Robert Göder, ZIP-Zentrum für Integrative Psychiatrie .....	37
<b>Überlebensgeschichten, die Mut machen</b>	
<b>Von Pionierarbeit zur Versorgung: von privaten Initiativen zu einem stabilen Versorgungsangebot?</b> .....	41
Dr. Ernst-Ludwig Iskenius, Refugio Villingen-Schwenningen	
<b>Überleben als Einrichtung für Flüchtlinge</b> .....	44
Dipl. Psych. Ingrid Ingeborg Koop, Refugio Bremen	
<b>Input aus dem Projektverbund OST</b>	
<b>Panel: Verbesserung der Versorgung in strukturschwachen Regionen</b> .....	45
Anne Tahirovic (refugio thüringen e. V.), Tobias Drehsen (PSZ Sachsen-Anhalt), Jenny Baron (BAfF e. V.), Silvia Schriefers (BAfF e. V.), Thomas Cordes (Cactus e. V.)	
<b>Vision und Wirklichkeit</b>	
<b>Deutschlands staatliche Verpflichtung bei der Aufnahme und Versorgung syrischer Flüchtlinge</b> .....	49
Norbert Trosien, UNHCR Vertretung für Deutschland und Österreich Rechtsabteilung	
<b>Beiträge der BAfF zur Diskussion</b>	
<b>Daten für Taten: die Notwendigkeit der Datenerfassung zur wirksamen Öffentlichkeitsarbeit</b>	
<b>Zur Versorgungssituation von Flüchtlingen und Folteropfern im Jahr 2012 - Ergebnisse der aktuellen Leistungsabfrage</b> .....	65
Jenny Baron, BAfF e. V.	
<b>Zur Bedeutung der Lobbyarbeit für die deutschen Zentren</b> .....	70
Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker, Esther Kleefeldt, BAfF e. V.	
<b>Aus den Workshops</b>	
<b>Einsatz von DolmetscherInnen in Behandlung und Beratung von traumatisierten Flüchtlingen</b> .....	72
Claudia Kruse, bzfo Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin	
<b>Finanzierung von Dolmetscherkosten</b> .....	74
Reinhard Pohl, Gesellschaft für politische Bildung e. V.	
<b>Anhang</b>	
<b>Pressemitteilung: Tagung zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge – Opfer von Kriegen,</b>	
<b>Folter und Flucht nicht im Stich lassen</b> .....	76
<b>Artikel im Schleswig-Holsteinischem Ärzteblatt: Angst vor dem nächsten Stein?</b> .....	78
<b>Positionspapier zum Umgang mit besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen</b> .....	80
FORUM MENSCHENRECHTE, Berlin	

# Einladungsfolder

## Defizite in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge - Versäumnisse in den staatlichen Verpflichtungen?

Deutschland hat die Antifolterkonvention unterschrieben und sich damit verpflichtet, „für Menschen, die Traumatisierungen erlitten haben, eine so vollständige Rehabilitation wie möglich“ sicherzustellen. Bestätigt und ausführlich begründet wurde die Konvention erneut im Dezember 2012 vom Committee against Torture (CAT).

Diese international und staatlich garantierten Menschenrechte werden nach wie vor missachtet: in der Praxis fehlt es an Kapazitäten für eine adäquate gesundheitliche Versorgung traumatisierter Flüchtlinge, die oftmals restriktive Verwaltungspraxis bei der Kostenübernahme für psychotherapeutische Maßnahmen oder Dolmetschertätigkeiten erschwert den Zugang zu dringend benötigten Behandlungen.

Wie kann es sein, dass es in der Bundesrepublik viel zu wenige, in manchen Regionen gar keine Behandlungseinrichtungen gibt und Zentren ihre Arbeit nach jahrelanger erfolgreicher Aufbauarbeit - trotz des enormen Bedarfs - wegen unzureichender Absicherung einstellen müssen?

Welche Möglichkeiten gibt es dennoch, Versorgungslücken zu schließen und mit welchen Bündnispartnern muss zusammengearbeitet werden?

Wir laden herzlich dazu ein, diese und weitere Fragen mit ExpertInnen aus Flüchtlings- und Menschenrechtsarbeit, Wissenschaft, Gesundheitswesen und Politik zu diskutieren und nach Lösungswegen zu suchen.

### Zertifizierung

12 Zertifizierungspunkte sind bei der Psychotherapeutenkammer Schleswig-Holstein beantragt.

### Anmeldung

Erbitten wir per E-Mail, Fax oder Post bis 23.10.2013

E-Mail: [wendt-gill@paritaet-sh.org](mailto:wendt-gill@paritaet-sh.org)

Fax: 0431/5602-78

Post: Paritätischer Wohlfahrtsverband Schleswig Holstein e.V., Zum Brook 4, 24143 Kiel

### Teilnahmegebühr (inkl. Verpflegung)

Normalpreis: 95 €

Studierende und Auszubildende: 55 €

Bitte überweisen Sie den Teilnahmebeitrag auf folgendes Konto:

Kieler Volksbank eG, Kiel  
BLZ 210 900 07  
Konto Nr. 90004019

Die Buchung der Übernachtung liegt in der Eigenverantwortung und Selbstorganisation der TeilnehmerInnen. Hotelvorschläge erhalten sie bei der Anmeldung.

### AnsprechpartnerInnen:

Jenny Baron (BAfF), Tel. 030/31 01 24 63

Krystyna Michalski (PARITÄTISCHER SH), Tel. 0431/56 02 23

### Veranstalter



### Förderer



## Defizite in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge

## Versäumnisse in den staatlichen Verpflichtungen?

BAfF-Jahrestagung  
vom 3.11.- 5.11.2013  
in Kiel



## TAGUNGSPROGRAMM

### Sonntag, 03. November 2013

- 17.30 - 17.45 **Begrüßung**  
Elise Bittenbinder,  
Vorsitzende der BAfF e.V.
- Kurzfilm aus dem Projekt**  
„(Un-)Sichtbare Grenzen“
- 17.45 - 18.30 **1. Eröffnungsvortrag**  
„Das inverse care law in der Versorgung seelisch kranker Menschen. Gilt dies auch für Flüchtlinge?“  
Prof. Dr. Günther Wienberg,  
Diplom-Psychologe, Gesundheitswissenschaftler, Vorstandsmitglied der von Bodenschwingschen Stiftungen von Bethel
- 18.30 - 19.30 **2. Eröffnungsvortrag**  
„Die staatliche Verpflichtung, eine 'so vollständige Rehabilitation wie möglich' für Opfer von Folter zu erwirken“  
Wolfgang Kaleck  
Generalsekretär des European Center for Constitutional and Human Rights (ECCHR).
- 19.30 Abendessen

### Montag, 04. November 2013

- 8.30 - 9.00 Ankommen, Anmeldung
- 9.15 - 9.30 **Grußwort, Stefan Schmidt**  
Beauftragter für Flüchtlings-, Asyl- und Zuwanderungsfragen des Landes Schleswig-Holstein
- 9.30 - 9.45 **Einführung, BAfF e.V.**
- 9.45 - 10.30 **„Aktuelle Situation und strukturelle Probleme in Schleswig-Holstein“**  
Günter Ernst-Basten, Vorstand Paritätischer Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein e.V.  
Andrea Bastian, Brücke Schleswig-Holstein gGmbH  
Dr. Robert Göder, ZIP-Zentrum für Integrative Psychiatrie  
N.N., Diakonisches Werk Schleswig-Holstein-Landesverband der Inneren Mission e.V.

- 10.30 - 11.15 **„Überlebens-Geschichten, die Mut machen“**  
Von Pionierarbeit zur Versorgung: von privaten Initiativen zu einem stabilen Versorgungsangebot?  
Beispiele u.a. aus Villingen -Schwenningen von Dr. Ernst Ludwig Iskenius, ehem. Leiter Refugio VS
- 11.15 - 11.30 **Kaffeepause**
- 11.30 - 12.45 **Panel: „Verbesserung der Versorgung in strukturschwachen Regionen“**  
Input aus dem Projektverbund der Zentren Halle/ Magdeburg, Jena und Leipzig „Strukturverbesserungen in Ostdeutschland“  
Diskussion von best practice mit der AG Flucht und Trauma Rheinland-Pfalz, vertreten von Markus Göpfert, und LAG Baden-Württemberg, vertreten von Manfred Makowitzki, org. Leiter BFU Ulm
- Moderation: Barbara Freitag und Barbara Wolff
- 12.45 - 14.00 **Mittagessen**
- 14.00 - 16.00 **Workshops**
- Workshop I**  
„Supervision als Qualitätssicherung und Zeit zur Reflexion bei der Arbeit in einer NGO“ in Diskussion mit der DGSv
- Prof. Dr. Elisabeth Rohr, Professorin für Interkulturelle Erziehung, Vertreterin der DGSv
- Workshop II:**  
„Opfer von Folter: Flüchtlinge 1. Klasse?“  
Diskussion der neuen EU-Aufnahmerrichtlinie Bernd Mesovic, pro asyl
- Workshop III:**  
„Einsatz von DolmetscherInnen in Behandlung und Beratung von traumatisierten Flüchtlingen“  
Einführung und praktische Übungen  
Claudia Kruse, bzfo Berlin
- „Finanzierung der Dolmetscherkosten“**  
Hilfestellung und praktische Tipps bei der Beantragung  
Reinhard Pohl, Gesellschaft für politische Bildung e.V., Kiel
- 16.00 - 16.30 **Kaffeepause**  
Präsentation der wichtigsten Diskussionsthemen und Schlussfolgerungen auf Stellwänden; Austausch- und Vernetzungsmöglichkeiten im Bistro-Bereich

- 16.30 - 17.15 **„Teilhabe und Rehabilitation für traumatisierte Flüchtlinge- ein garantiertes Menschenrecht. Die Erwartungen an Deutschland aus der Sicht internationaler Hilfsorganisationen.“**  
Norbert Trosien, UNHCR
- 17.30 - 19.00 **„Gesundheitsversorgung von vulnerablen Flüchtlingen: eine Verantwortung des Landes?“**  
Expertinnenrunde mit Politik, Verwaltung und AkteurInnen des Flüchtlingsschutzes
- 19.00 **Abendessen**  
in einem nahe gelegenen Restaurant

### Dienstag, 05. November 2013

- 9.00 - 10.00 **„Daten für Taten: die Notwendigkeit der Datenerfassung zur wirksamen Öffentlichkeitsarbeit.“**  
Plenum: Diskussion  
Michaela Raab  
Evaluatorin, Beraterin und Trainerin für Monitoring in den Bereichen EZA, Organisations- und Kapazitätsentwicklung, Menschenrechte
- 10.00 - 10.30 **„Zur Bedeutung der Lobbyarbeit für die deutschen Zentren“**  
Plenum: Diskussion  
Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker und Esther Kleefeldt, BAfF e.V.
- 10.30 - 10.45 **Kaffeepause**
- 10.45 - 11.30 **„Der Begriff der Rehabilitation im Sinne der CAT Konvention und des UN Menschenrechtsausschusses: müssen wir unsere Arbeit über-denken?“**  
Elise Bittenbinder, BAfF e.V.  
Plenum: Diskussion
- 11.30 - 12.00 **Abschlussgespräch**
- 12.00 - 12.30 **Pressekonzferenz**

### Veranstaltungsort

Paritätischer Wohlfahrtsverband  
Schleswig Holstein e.V.  
Zum Brook 4, 24143 Kiel



Ursula Schele,  
Verbandsrätin des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes Schleswig-Holstein e. V.

Derzeit nimmt Schleswig Holstein 3,3 Prozent aller Flüchtlinge auf, die in Deutschland Schutz suchen. Im Jahr 2013 waren es etwa 3.904 Frauen und Männer. Das Innenministerium rechnet in 2014 mit mindestens weiteren 6.200 Flüchtlingen und in kommenden Jahren wird mit einem stärkeren Anstieg der Asylbewerberzahlen gerechnet. Es ist davon auszugehen, dass rund ein Viertel aller Flüchtlinge durch Krieg, Verfolgung, Folter, sexuelle Gewalt traumatisiert sind. Neben der posttraumatischen Belastungsstörung leiden sie oft an Erkrankungen wie Depression, Angststörungen und sind häufig Suizid gefährdet.

Doch erhalten diese Menschen dann ausreichend Hilfe?

Eine bedeutende Versorgungsarbeit für vulnerable und traumatisierte Flüchtlinge hat in Schleswig-Holstein vierzehn Jahre lang der Verein REFUGIO Zentrum für Folter-, Flucht- und Gewaltopfer e. V. geleistet, der jedoch wegen finanzieller Schwierigkeiten seine Aktivitäten Ende 2010 einstellen musste. Seitdem organisieren und leisten der PARITÄTISCHE Schleswig-Holstein und das Zentrum für Integrative Psychiatrie Kiel (ZIP) im Rahmen eines EU- Projektes die psychotherapeutische, psychiatrische sowie psychosoziale Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen. Allerdings kann der große Bedarf im Projekt allein nicht abgedeckt werden. Und es ist ungewiss, ob sie nach Ablauf der Projektlaufzeit Ende 2014 die Arbeit fortsetzen können. Zum einen werden die EU - Programme für die kommende Förderperiode neu konzipiert und zum anderen fehlt ein verlässliches Förderkonzept des Landes. Daher und wegen der permanenten Konfrontation mit den massiven Defiziten im Versorgungssystem hat sich der PARITÄTISCHE dafür eingesetzt, die **Jahrestagung der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) 2013** nach Kiel zu holen.

So konnte gemeinsam mit der BAfF, dem ZIP und dem Diakonischen Werk Schleswig-Holstein die dreitägige Fachtagung „Defizite in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge – Versäumnisse in den staatlichen Verpflichtungen?“ realisiert werden. Die rund 140 aktiven Expertinnen und Experten aus Flüchtlings- und Menschenrechtsarbeit, Wissenschaft und Gesundheitswesen, die aus ganz Deutschland nach Kiel gereist sind, haben die Lücken im Versorgungssystem analysiert und beraten, wie sie sich schließen lassen. Darüber hinaus verlangen sie die Umsetzung der staatlichen Verpflichtungen, die das EU-Asylrecht und die UN-Antifolterkonvention vorschreiben. Ein weiteres Fazit ist, dass eine Basisfinanzierung mit Mitteln der Länder und Kommunen für die Behandlungszentren in allen Bundesländern gefunden werden muss.

Wir und die Verantwortlichen in Verwaltung und Politik müssen sicherstellen, dass traumatisierte Flüchtlinge so gut wie möglich in ganz Deutschland versorgt und behandelt werden. Zusätzlich dazu muss die besondere Schutzbedürftigkeit aller Flüchtlinge, aber besonders auch die der Kinder, Jugendlichen und Frauen im Asylverfahren eine entsprechende Berücksichtigung finden. Die ausgewählten Tagungsbeiträge in der Dokumentation sollen die Expertise sichern und die Lobbyarbeit vor Ort unterstützen.





Elise Bittenbinder,  
Vorsitzende der BAfF e. V.

## Defizite in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge:

### Versäumnisse in den staatlichen Verpflichtungen?

### Konventionen bedeuten Verpflichtungen und führen zu Regelungen und Gesetzen?

Deutschland hat die Antifolterkonvention unterschrieben und zumindest moralisch Verpflichtungen übernommen. Im Dezember letzten Jahres wurde vom Committee against Torture (CAT) definiert, dass die Antifolterkonvention Staaten verpflichtet, **„für Menschen, die Folter oder Menschenrechtsverletzungen erlitten haben, eine so vollständige Rehabilitation wie möglich“** sicherzustellen und zwar eine ganzheitliche Rehabilitation, die medizinische, psychotherapeutische, rechtliche und soziale Hilfen an die Betroffenen umfasst. Bekräftigt wurde dies durch den UN-Menschenrechtsausschuss im März 2013. Auch aus den neuen EU-Richtlinien zur Aufnahme und zum Schutz ergeben sich relevante – durchaus auch positive - Impulse für besonders schutzbedürftige Gruppen insbesondere Folterüberlebender. Aber wie können wir diese – schwerfälligen, wortreichen und für die Belange von Überlebenden von Folter oder Menschenrechtsverletzungen - Geflüchteten - vielleicht sogar hilfreichen Dokumente – nutzen, ohne dabei hilflos zu werden ob der Gewaltigkeit des Unterfangens.

Je länger ich darüber nachdachte, desto ambivalenter stellte sich mir das Problem dar. Da gibt es nämlich mindestens zwei Seiten: Einerseits „bekämpfen“ wir die Enge und Starrheit eines Rechtssystems, welches Menschen ausschließt und andererseits sehen wir, dass Ideen und Träume oder Visionen, Bewegungen schließlich in Gesetzen und Vorschriften festgeschrieben wurden – welche den Schutz von vulnerablen Menschen garantieren.

Es bedarf Menschen, die Visionen und Träume haben, wie Veränderungen aussehen können und dann eine Bewegung oder Initiative, die in der Gesellschaft einen Konsens herstellen, dass es sich

lohnt, Veränderungen in verpflichtende Formen zu gießen.

Ein Mensch oder eine Bewegung, die einem dazu direkt einfällt ist: „I Have a Dream“ (engl. „Ich habe einen Traum“), Titel der berühmten Rede von Martin Luther King, die er anlässlich des Marsches auf Washington für Arbeit und Freiheit und Gleichheit hielt.

#### ***Ideen und Träume, die die Welt verändern***

Am 28. August 1963 hielt Martin Luther King seine berühmte Rede: „Ich habe einen Traum: Dass meine vier kleinen Kinder eines Tages in einer Nation leben werden, in der sie nicht nach der Farbe ihrer Haut, sondern ihrem Charakter beurteilt werden...Ich habe einen Traum: Alle Menschen sind gleich.“ Andere aktuellere Beispiele kennen wir alle auch: die Montagsdemos, **die Protestbewegung im Gezi-Park**, die zum Symbol zivilgesellschaftlichen Widerstandes gegen das Regierungssystem und überzogene Polizeigewalt oder die Aufstände und Revolutionen in der arabischen Welt wurde –

**der Arabische Frühling**. In Shakespeares „Der Sturm“ sinniert der Zauberer Prospero: „Wir sind der Stoff, aus dem die Träume sind; und unser kleines Leben ist vom großen Schlaf umringt“. So sieht es auch die Jugendliche Linah aus Kenia, die ihre Träume in Form eines Films innerhalb unseres Filmprojektes ganz wunderbar ausgedrückt und verbildlicht hat.

#### ***Träume sind Metapher für das Leben an sich.***

Im letzten Jahr auf der BAfF-Tagung haben wir uns mit **Utopien über eine gerechtere Verteilung von sozialen oder medizini-**

**schen Gütern** befasst und auch da hatten wir gehört, dass wir uns in guter Gesellschaft befinden: Es ging um Partizipation oder Integration. Die Hauptreferenten verdeutlichten, wie Völkerrecht oder europäisches Recht ein Menschenrecht auf Gesundheit durchaus vorsehen.

Auch in Deutschland ist ein zentraler Aspekt des Sozialstaats das Recht auf Gesundheit für jeden Menschen - mit dem egalitären Anspruch auf Sicherung der Teilhabe aller Menschen an den Leistungen der Medizin. Jedoch erfuhren wir, dass es in der deutschen Debatte schon seit Jahrzehnten den – aber rechtlich folgenlos gebliebenen - Versuch gegeben hat, dem Grundgesetz und dem deutschen Recht ein Recht auf Gesundheit zu entziehen.

Gleichzeitig: der im Englischen geprägte Begriff des „Inverse Care Law“ besagt, dass diejenigen, die am meisten Unterstützung durch das Gesundheitssystem benötigen, am wenigsten Hilfe erhalten. Dass diese systematischen Schwächen auch Deutschland mit seinem insgesamt hoch entwickelten und weltweit anerkannten Versorgungssystem in Medizin, Pflege und Sozialarbeit aufweist, bestärkt den Eindruck, dass dies fast ein ehernes Gesetz zu sein scheint.

### ***Versäumnisse in den staatlichen Verpflichtungen in Europa***

Am 24. und 25. Oktober kamen in Brüssel die Staats- und Regierungschefs der Europäischen Union zusammen. Am Rande wurde auch über die „Lampedusa-Katastrophe“ und die europäische Flüchtlingspolitik diskutiert - ohne Ergebnis. Wenige Tage zuvor wurde im Europäischen Parlament parteiübergreifend eine Resolution verabschiedet, in der die Staats- und Regierungschefs zu entschiedenem Handeln aufgerufen wurden.

**Der Traum** ist anscheinend da – allein für einige Schritte der Verwirklichung einer Vision fehlt der Mut? Einmal mehr haben die Staats- und Regierungschefs von Betroffenheit gesprochen und Fortschritte in der europäischen Flüchtlingspolitik vehement blockiert.

Merkel zog sich bei ihrer Pressekonferenz auf die üblichen Ausreden zurück: Das Dublin-System müsse nicht reformiert werden und Deutschland nehme schon viele Asylsuchende auf. Entscheidungen zu einer Reform der Flüchtlingspolitik müssten in Ruhe

auf ein nächstes Ratstreffen - im Juni nächsten Jahres – warten. Mit dieser verzögernden Haltung werden tausende Opfer der letzten Jahre verhöhnt. Kurzfristig ist es entscheidend, weitere Tote zu vermeiden. Sich da auf mehr Mittel für Frontex und das neue Überwachungsprogramm EUROSUR verlassen zu wollen, ist ein gefährliches Ablenkungsmanöver. Beide sind primär auf die Abwehr von Flüchtlingen ausgerichtet und werden es auch in Zukunft bleiben. Es müssen legale Wege der Einreise geschaffen, Resettlement-Quoten erhöht werden. Innenminister Friedrich will Schlepper bekämpfen? Die werden erst verschwinden, wenn Flüchtlinge legal nach Europa einreisen dürfen, um dort Asylanträge zu stellen. Mit jedem weiteren Maschendrahtzaun steigen hingegen Schlepperpreise und Lebensgefahr. Schließlich müssen die Mitgliedstaaten der EU ebenso wie Frontex aufhören, Flüchtlinge auf hoher See zurückzuschicken oder in Länder wie Libyen oder Marokko zurückzuführen. Denn häufig werden sie dort in von Milizen kontrollierte Lager geferkelt oder in der Wüste ausgesetzt. Das darf kein europäischer Lösungsansatz sein.

**Die Staats- und Regierungschefs haben das Gegenteil von allem getan. Sie führen die bisherige Politik fort. Eine schnelle Lösung ist also von dieser Seite nicht zu erwarten.**

### ***Wie sieht es mit den staatlichen Verpflichtungen in Deutschland aus?***

Wenn Deutschland die o.g. Konventionen ernst nimmt, sollte man ein Konzept zur Rehabilitation erwarten, welches darlegt, wie „Menschen, die Folter oder Gewalt erlitten haben, betreut und behandelt werden, mit dem Ziel: maximale Unabhängigkeit, umfassende physische, mentale, soziale und berufliche Fähigkeiten und umfassende Inklusion und Partizipation in allen Bereichen des Lebens wiederzuerlangen und zu bewahren. Sie soll von spezialisierten Einrichtungen, die einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen, geleistet werden. Die Angebote sollen folgendes umfassen: psychologische und medizinische Betreuung, rechtliche, soziale, „community“- und familienorientierte Hilfen, Ausbildungs- und Bildungsangebote, sowie temporäre ökonomische Unterstützung. Also alles nichts Neues für uns – aber jetzt mal ganz offiziell in einem UN Dokument. Wo wir da gerade in Deutschland stehen? Wir werden im Laufe der Tagung noch einiges dazu hören. Wir hören von vielen Menschen, deren

Lebensträume gewaltsam zerbrochen wurden oder die –trotz größter Leidenserfahrungen alles daran setzten – ihren Traum vom Leben in Freiheit zu verwirklichen, dabei an Landes- oder bürokratischen Grenzen scheitern oder zerbrechen oder aber das rettende Land nicht erreichen, weil ihr Boot ohne Hoffnungen auf Rettung versinkt. Deshalb verwenden wir neben der „Kernarbeit“, also der direkten Hilfe für Geflüchtete, auch viel Zeit dafür, in Politik und Verwaltung hineinzuwirken. Die Verpflichtungen, die sich aus CAT und UN-Dokumenten ergeben sind, sog. „soft laws“ also „schwierig durchzusetzen oder einzuklagen“ und es bedarf, wie Nora Sweass, eine Freundin, die an den Kommentaren zum CAT mitgeschrieben hat, erklärt: Es bedarf uns Experten im Spannungsfeld Gesundheit- und Menschenrechte, um die Inhalte zu verbreiten und für die konkrete Umsetzung Modelle und Vorschläge zu entwickeln - erst dann wird sich in Politik und Verwaltung etwas bewegen.

***Ideen und Träume, die die Welt verändern – können zu Konventionen führen - wenn wir dafür eintreten/aufstehen!***

In unserem humanitären und professionellen Selbstverständnis brauchen wir Träume und Visionen, aber auch Ängste oder ein Entsetzen angesichts von menschlichen Katastrophen, wie sie sich im Mittelmeer oder in Syrien abspielen - die uns weitertreiben.

Diese Träume teilen wir mit unseren KlientInnen/PatientInnen zum Beispiel mit Linah aus Kenia.



***Ideen und Träume, die ein Leben verändern könnten***

*Im Anschluss an die Eröffnungsrede wurde der Film „Make a change, break away“ gezeigt – ein Kurzfilm, den die 16jährige Linah aus Kenia gemeinsam mit ihrer Tandempartnerin Carolin Mkama im BAfF-Projekt „(Un-)Sichtbare Grenzen – In Szene gesetzt!“ vor die Kamera gebracht hat.*

*Der Film ist inzwischen mit 5 weiteren Kurzfilmen, die jugendlichen Flüchtlinge gemeinsam mit Studierenden der Berliner Filmhochschulen erstellt haben, auf DVD erschienen:*

*Die DVD kann gegen 10 Euro Spende unter [film@baff-zentren.org](mailto:film@baff-zentren.org) bei der BAfF bestellt werden.*







Torsten Döhring,  
Referent des Beauftragten für Flüchtlings-, Asyl- und Zuwanderungsfragen  
des Landes Schleswig-Holstein

Sehr geehrte Damen und Herren,

auch im Namen von Stefan Schmidt möchte ich Sie hier in Kiel recht herzlich begrüßen. Der Zuwanderungsbeauftragte Stefan Schmidt ist zusammen mit einer Delegation des Innenministers des Landes Schleswig-Holstein in Rumänien und Mazedonien, um sich dort über die Lebensbedingungen der Roma zu informieren, soweit das bei einer solchen Reise überhaupt geht. Sie müssen daher leider mit mir vorlieb nehmen.

Der Titel der Fachtagung lautet „Defizite in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge - Versäumnisse in den staatlichen Verpflichtungen?“

Bis dato bin ich auch immer davon ausgegangen, dass die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen, die als Betroffene von Folter und unmenschlicher Behandlung nach Deutschland geflohen sind, defizitär ist.

Diese Einschätzung beruht auf Rückmeldungen, die ich von MitarbeiterInnen von Migrationssozialberatungsstellen und BeraterInnen aus der Flüchtlingsolidaritätsarbeit bekomme, aber insbesondere auch aus Äußerungen von ZIP und vom Paritätischen vor Ort, mit dem unsere Dienststelle schon lange eng und gut zusammenarbeitet.

Erst vor 8 Tagen war ich bei der Veranstaltung „Traumatisierte Flüchtlinge in der Beratungspraxis - Schwerpunkt unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe“.

In Vorbereitung auf heute musste ich dann lesen, dass *die alternativen Anwendungsvarianten der §§ 4 und 6 AsylbLG schon heute eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Leistungsberechtigten erlauben*

und

*dass auch für EmpfängerInnen von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz eine qualifizierte ambulante Psychotherapie im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung von hierzu berechtigten Leistungserbringern (insbesondere ÄrztInnen sowie psychologischen PsychotherapeutInnen) sichergestellt ist.*

Dann ist ja alles in Ordnung und wir könnten uns heute anderen

Fragen als den vermeintlichen Versäumnissen bei der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen widmen.

Die vorgenannten Behauptungen zur Versorgung von Leistungsberechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz entstammen der Ihnen sicher schon bekannten Antwort der Bundesregierung vom Mai des Jahres auf eine Kleine Anfrage von BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN.

Das wahre Leben ist aber wohl doch etwas anders als von der Bundesregierung suggeriert.

Den Fachvorträgen will ich nicht vorgreifen, ich kenne auch nicht die Begrüßungsrede von Frau Bittenbinder vom gestrigen Sonntag, deshalb werde ich inhaltlich nicht weiter auf die einzelnen Aspekte der Stellungnahme der Bundesregierung, gemacht im Rahmen der Beantwortung der Kleinen Anfrage, eingehen.

Angesichts der derzeitigen Flüchtlingszahlen für Schleswig-Holstein bis Ende September, Gesamtaufnahmen durch das Landesamt für Ausländerangelegenheiten 2.646, davon

→ aus Afghanistan 362

→ aus Syrien 409

→ dem Irak 106

→ dem Iran 291

→ bundesweit im gleichen Zeitraum 85.325

gehe ich davon aus, dass weiterhin und quantitativ in verschärften Maße ein erheblicher Behandlungsbedarf von traumatisierten Flüchtlingen bestehen wird.

Die Behandlung der traumatisierten Flüchtlinge, ob Flüchtling im engeren Sinne oder im weiteren Sinne, erfordert eine fachgerechte Begleitung.

Angesichts der Vorgaben des Art. 19 der neuen Aufnahmerichtlinie sowie der Tatsache, dass trotz alledem Deutschland ein wohlhabender Staat ist, ist anzustreben, dass als medizinische Hilfe für AntragstellerInnen mit besonderen Bedürfnissen, also auch für schutzsuchende traumatisierte Flüchtlinge, eine umfassende und für diese kostenlose Behandlung gewährt wird.

Natürlich müssen auch die entsprechenden Dolmetscher-

Leistungen angeboten werden und für die zu Behandelnden kostenfrei sein.

Einer erfolgreicherer Behandlung steht oft die Lebenssituation der Flüchtlinge entgegen oder erschwert diese zumindest.

In Deutschland ist das Leben von Flüchtlingen nach der Einreise u. a. bestimmt durch ein zuerst 9-monatiges Arbeits- und Ausbildungsverbot, danach gibt es die nächsten drei Jahre auch faktisch keinen Arbeitszugang.

Es besteht die Wohnverpflichtung in Aufnahmeeinrichtungen, Gemeinschaftsunterkünften oder oft isoliert liegenden dezentralen Unterkünften. Diese befinden sich häufig in einem baulich desolaten Zustand.

Ein Zugang zu staatlich finanzierten Integrationsangeboten besteht in den meisten Fällen nicht.

Verschärfend kommen hinzu die Ungewissheit über die aufenthaltsrechtliche Zukunft, Sorge um Familienangehörige und Perspektivlosigkeit, aber auch Angst vor Abschiebung und Abschiebungshaft.

Bei jugendlichen und jungen erwachsenen Flüchtlingen ist weiter zu berücksichtigen, dass diese nur schwer die Möglichkeit haben, einen ihrem Leistungsvermögen entsprechenden Schulabschluss nachzuholen oder einen mitgebrachten anerkennen zu lassen.

Es müssen, und zwar nicht nur im Hinblick auf den Behandlungserfolg von Traumatisierten, die Lebensumstände der Flüchtlinge geändert werden.

Dazu gehört nicht nur

- die Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes
- das Ermöglichen eines uneingeschränkten Arbeitsmarktzuganges sowie
- ein Konzept für die schulische Förderung von sogenannten Seiten- oder Quereinsteigern, sondern
- auch veränderte Konzepte der Unterbringung.

Die Unterbringung sollte möglichst in Wohnungen erfolgen, auch sollte es eine freie Wohnortwahl geben.

Schließlich müssen bessere aufenthaltsrechtliche Perspektiven für abgelehnte Asylsuchende geschaffen werden, wenn diese sich denn einige Zeit in Deutschland aufgehalten haben und Integrationsbemühungen nachweisbar sind.

Auf dem Programm der diesjährigen Jahrestagung der Bundeswei-

ten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer stehen u. a. Fragen der

- Teilhabe und Rehabilitation für traumatisierte Flüchtlinge - als ein garantiertes Menschenrecht
  - die Verbesserung der Versorgung in strukturschwachen Regionen
  - Supervision als Qualitätssicherung und Zeit zur Reflexion bei der Arbeit in einer NGO
- und
- die Bedeutung der Lobbyarbeit für die deutschen Zentren.

Das System der Aufnahme von AsylantragstellerInnen soll auf dieser Tagung wohl nicht in Frage gestellt werden, ebenso wenig wie der Zugang von Flüchtlingen nach Europa allgemein.

Ich appelliere aber an Sie, diese Fragen nicht aus den Augen zu verlieren.

Thematisiert werden aber sicher die Forderungen der BAfF, die ich einer relativ aktuellen Veröffentlichung entnommen habe.

Nach diesem Papier fordert die BAfF:

- Ein einheitliches Konzept für die Rehabilitation von Überlebenden von Folter und schweren Menschenrechtsverletzungen, das gewissen Anforderungen genügt
- dass entsprechend der neuen EU-„Aufnahmerichtlinie“ geeignete Instrumente etabliert werden, um Personen mit speziellen Bedürfnissen zu identifizieren, damit sie die entsprechende Unterstützung erfahren und umgehend Zugang zu medizinischer, psychologischer und sozialen Versorgung erhalten
- die Übernahme von Kosten für eine qualifizierte Psychotherapie unabhängig vom Aufenthaltsstatus, d. h. gleicher Anspruch auf Psychotherapie auch für EmpfängerInnen von Leistungen nach dem AsylbLG
- die Übernahme von Dolmetscherkosten für psychotherapeutische Behandlungen sowohl im Rahmen des AsylbLG als auch im Rahmen von GKV- oder SGB XII-Leistungen.

Diesen Forderungen kann sich der Zuwanderungsbeauftragte des Landes Schleswig-Holstein anschließen.

Ich wünsche der Tagung weiterhin einen guten Verlauf.

Vielen Dank



Prof. Dr. Günther Wienberg,  
Bodelschwingsche Stiftungen Bethel Vorstand

## Das inverse care law in der Versorgung seelisch kranker Menschen. Gilt dies auch für Flüchtlinge?

**Defizite in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge**

**Versäumnisse in den staatlichen Verpflichtungen?**

**BAfF-Jahrestagung vom 3.11.- 5.11.2013 in Kiel**

**Veranstalter**  
BAfF | ZP | Zentrum für Integrative Psychiatrie  
DER PARITÄTISCHE | Diakonie | Schleswig-Holstein

**Förderer**  
Diakonie | UNO-Flüchtlingshilfe | AMNESTY INTERNATIONAL

**Veranstaltungsort**  
Paritätischer Wohlfahrtsverband  
Schleswig Holstein e.V.  
Zum Brook 4, 24143 Kiel

**Das *inverse care law* in der Versorgung seelisch kranker Menschen. Gilt dies auch für Flüchtlinge?**

**Prof. Dr. Günther Wienberg**  
v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel  
Vorstand

Bethel

## Worüber ich sprechen werde

- 1\_\_ **40 Jahre Psychiatrie-Reform in Deutschland:**  
ein knappes Fazit
- 2\_\_ **Die *baseline*:** Wie häufig sind psychische Erkrankungen in der Bevölkerung?
- 3\_\_ **Die Schattenseite der Reform:**  
Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!
- 4\_\_ **Psychische Erkrankungen bei Migranten:** Was wissen wir darüber?
- 5\_\_ **Was tun?** Perspektiven für die die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern
- 6\_\_ **Die PIA:** Das Versorgungsmodell der Zukunft?!

12

## 1\_\_ 40 Jahre Psychiatrie-Reform in Deutschland: ein knappes Fazit

- \* Aufgrund der **beispiellosen Verbrechen** an psychisch kranken und behinderten Menschen in der NS-Zeit hatte die deutsche Psychiatrie in der Nachkriegszeit das **Vertrauen der Bevölkerung verloren**. Die psychiatrisch Tätigen zogen sich hinter die Mauern der Anstalten zurück und verwalteten klaglos den Mangel und das Elend des psychiatrischen Alltags.
- \* Im Oktober 1973 legte die Kommission einen Zwischenbericht vor. Darin beschreibt sie die „**brutale Realität**“ in den Anstalten und stellt fest, dass „eine sehr große Anzahl psychisch kranker und Behinderter in den stationären Einrichtungen **unter elenden, zum Teil als menschenunwürdig zu bezeichnenden Umständen**“ leben muss.
- \* Mit Modellverbund und Modellprogramm ergriffen Bund und Länder die Initiative zur Umsetzung der **4 Hauptempfehlungen der Enquete**:
  - **gemeindenahe Versorgung**
  - **bedarfsgerechte und umfassende Versorgung**
  - **Koordination aller Versorgungsdienste**
  - **Gleichstellung von psychisch und körperlich kranken Menschen**



## 1\_\_ 40 Jahre Psychiatrie-Reform in Deutschland: ein knappes Fazit

### A \_ (Teil-)stationärer Bereich

	Bettenzahl für Erwachsene in Fachkrankenhäusern/ Abteilungen für Psychiatrie/Psychotherapie <b>mehr als halbiert</b>	<b>113.000</b> (1970) <small>ohne DDR</small> <b>51.000</b> (2010) <small>inkl. ehem. DDR</small>
	Ø stationäre Verweildauer <b>drastisch gesunken</b>	<b>67 Tage</b> (1991) <b>21,8 Tage</b> (2010)
	Zahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern <b>verfünffacht</b>	<b>44</b> (1973) <b>&gt; 220</b> (2010)
	Zahl der Tageskliniken <b>explodiert</b> (heute <b>≈ 12.000 Plätze</b> )	<b>&lt; 5</b> (1972) <b>≈ 400</b> (2010)



Konsequente Enthospitalisierung chronisch kranker Menschen, Verkleinerung der Großkrankenhäuser, Dezentralisierung und „Normalisierung“ der Behandlung

## 1\_\_ 40 Jahre Psychiatrie-Reform in Deutschland: ein knappes Fazit

### B \_ Ambulanter Bereich

	Es gibt heute <b>flächendeckend</b> <b>Psychiatrische Institutsambulanzen/PIA</b> an Psychiatrischen Kliniken	<b>27</b> (1980) <b>≈ 490</b> (2010)
	Die Zahl der in PIAs behandelten Fälle steigt weiter stark an (964.000 Fälle <b>≈ 385.000</b> Personen)	<b>459.000</b> (2005) <b>964.000</b> (2010)



Die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung wurden quantitativ und qualitativ erheblich ausgeweitet.

## 1\_\_ 40 Jahre Psychiatrie-Reform in Deutschland: ein knappes Fazit

\* Die Behandlung psychisch kranker Menschen erfolgt heute ganz überwiegend **gemeindenah**, mit **erheblich weniger Krankenhausbetten**, sehr viel **stärker tagesklinisch und ambulant**, mit wesentlich **mehr Fachpersonal** und **erheblich qualifizierter** als vor 40 Jahren.



\* Die **Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe** von chronisch psychisch kranken/seelisch behinderten Menschen (s. UN-Behindertenrechts-Konvention!) sind in den letzten 40 Jahren **erheblich verbessert** worden durch Enthospitalisierung, Dezentralisierung und Ambulantisierung.



 Fast 2/3 der Betroffenen werden ambulant in ihrer Wohnung unterstützt. Es gibt ein differenziertes System von Diensten und Einrichtungen zur Teilhabe an Ausbildung, Arbeit und Beschäftigung.

\* Die **Psychiatrie-Reform ist eines der erfolgreichsten und nachhaltigsten sozialen Reformprojekte in der Geschichte der Bundesrepublik Deutschland.**



## 2\_\_ Die *baseline*: Wie häufig sind psychische Erkrankungen in der Bevölkerung?

### Metaanalyse Bevölkerungsstudien Europa (I)

Table 4 Comparison of 2005 and 2011 estimates and overall number of cases affected by mental disorders in the EU (in millions)

	Prevalence estimate		No. of persons affected	
	2005 % (95% CI)	2011 %	2005 Million	2011 Million
<b>Group A: 2005 report diagnoses</b>				
Alcohol dependence	2.4 (0.2–4.8)	3.4	7.2 (5.9–8.6)	14.6
Opioid dependence (drug dep)	0.5 (0.1–0.6)	0.1–0.4	2.0 (1.5–2.2)	1.0
Cannabis dependence (drug dep)	See above	0.3–1.8	See above	1.4
Psychotic disorders	0.8 (0.2–2.0)	1.2	3.7 (2.8–5.4)	5.0
Major depression	6.9 (4.8–8.0)	6.9	18.4 (17.2–19)	30.3
Bipolar disorder	0.9 (0.5–0.9)	0.9	2.4 (1.7–2.4)	3.0
Panic disorder	1.8 (0.7–2.2)	1.8	5.3 (4.3–5.3)	7.9
Agoraphobia	1.3 (0.7–2.0)	2.0	4.0 (3.3–4.7)	8.8
Social phobia	2.3 (1.1–4.8)	2.3	6.7 (5.4–9.3)	10.1
Generalized anxiety dis.	1.7 (0.8–2.2)	1.7–3.4	5.9 (5.3–6.2)	8.9
Specific phobias	6.4 (3.4–7.6)	6.4	18.5 (14.4–18.6)	22.7
OCD	0.7 (0.5–1.1)	0.7	2.7 (2.5–3.1)	2.9
PTSD	–	1.1–2.9	–	7.7
Somatoform disorders <sup>a</sup>	6.3 (2.1–7.8)	4.9	18.9 (12.7–21.2)	20.4
Anorexia nervosa (eating dis.)	0.4 (0.3–0.7)	0.2–0.5	1.2 (1.0–1.7)	0.8
Bulimia nervosa (eating dis.)	See above	0.1–0.9	See above	0.7
<b>Subtotal any Group A</b>	<b>27.4%</b>	<b>27.1%</b>	<b>82.7</b>	<b>118.1</b>

(Wittchen et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *EuroNeuro* 2011; 21: 655-679)

## 2\_\_ Die *baseline*: Wie häufig sind psychische Erkrankungen in der Bevölkerung?

### Metaanalyse Bevölkerungsstudien Europa (II)

	2005	2011		
Group B: additional 2011 diagnoses				
Borderline personality dis <sup>a</sup>	-	0.7	-	2.3
Dissocial personality dis <sup>a</sup>	-	0.6	-	2.0
Hyperkinetic dis./ADHD <sup>b</sup>	-	(5.0) 0.6	-	3.3
Pervasive dev. ds./autism	-	0.6	-	0.6
Conduct disorders <sup>b</sup>	-	(3.0) 0.4	-	2.1
Mental retardation	-	1.0	-	4.2
Insomnia <sup>c</sup>	-	(7.0) 3.5	-	(29.1) 14.6
Hypersomnia	-	0.8	-	3.1
Narcolepsy	-	0.02	-	0.1
Sleep apnoea	-	3.0	-	12.5
Dementias <sup>b</sup>	-	(5.4) 1.2	-	6.3
Total any Group B	-	27.1	-	51.0
Subtotal any adjusted	-	11.1%	-	46.7
<b>Total A and B</b>	<b>27.4%</b>	<b>38.2%</b>	<b>82.7</b>	<b>164.8</b>



27,4 % → mindestens 1 psychische Störung

→ davon 25,7 % in Behandlung („formal health care“)

→ davon ca. 1/3 in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung

(Wittchen et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *EuroNeuro* 2011; 21: 655-679)

© Bethel Prof. Dr. Günther Wienberg | v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld | November 2013 | mh

18

## 3\_\_ Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

Das „inverse care law“

„Die **Verfügbarkeit** guter medizinischer Versorgung variiert in der zu versorgenden Population tendenziell **umgekehrt proportional zum Bedarf**.“

(Julian T. Hart, 1971, Übersetzung Wienberg, G.)

Oder: **The patient goes where the money flows!**

© Bethel Prof. Dr. Günther Wienberg | v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld | November 2013 | mh

19

### 3 Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### A Stationäre Versorgung: Behandlung nach dem SGB V

Zwar kam es flächendeckend zur Enthospitalisierung chronisch kranker Menschen, zur Verkleinerung der Großkrankenhäuser und zur Dezentralisierung und „Normalisierung“ der Behandlung, **aber ...**

- ... die Zahl der „speziellen“ Krankenhausbetten für Psychiatrie/Psychotherapie/Psychosomatik hat sich **verdoppelt**: von ca. **18.000 (1991)** auf ca. **39.000 (2011)**!

#### \* „speziell“ heißt

- nur ein **kleiner Teil** dieser Betten unterliegt der Krankenhausbedarfsplanung der Länder
- diese Kliniken sind in der Regel **nicht in die psychiatrische Pflichtversorgung eingebunden**
- ein großer Teil dieser Kliniken wird von **privaten, nicht-gemeinnützigen Trägern** betrieben, die primär wirtschaftliche Interessen verfolgen
- die Behandlung erfolgt zumeist **gemeindefern**
- **Kostenträger** ist neben der Kranken- **auch die Rentenversicherung (Rehabilitation)**



### 3 Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### A Stationäre Versorgung ... (Fortsetzung)

#### \* „speziell“ heißt auch

- es werden Patienten mit weniger schweren Störungen und Verläufen länger behandelt als in der Regelversorgung:

N = 8.390 Patienten aus 11 bayerischen psychosomatischen Kliniken 2001/2002  
ICD-10-Diagnosen (Auszug)

– Schizophrenie (F 2)	0,8 %
– Manische, bipolare Störung (F 30 – 31)	0,8 %
– Depressive Episode, rezidivierende depressive Störung (F 32 – 33)	47,8 %
– Phobie, sonstige Angststörung (F 40 – 41)	12,2 %
– Essstörung (F 50)	8,2 %
– Persönlichkeitsstörung (F 60)	8,2 %

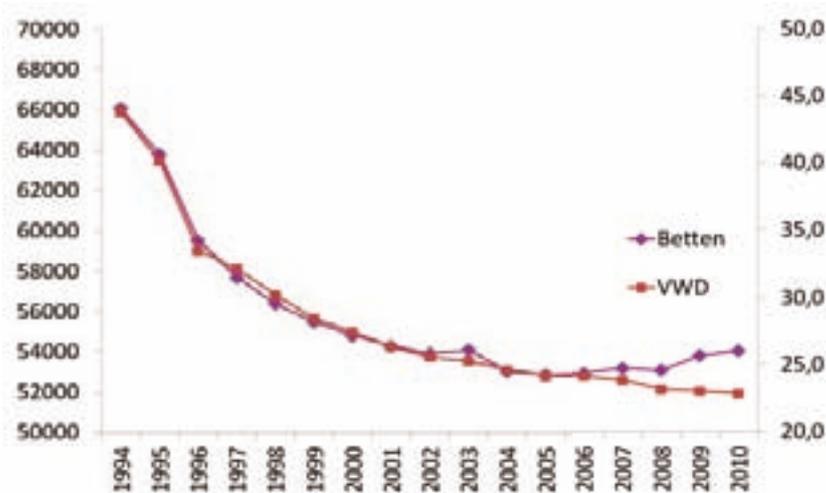
Ø Verweildauer: **56,6 Tage**

(Tritt et al. 2003)

### 3\_\_ Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### A \_ Stationäre Versorgung ... (Fortsetzung)

- Seit 6 Jahren **steigt die Bettenzahl** in psychiatrischen Kliniken der Regelversorgung **wieder an**: Es werden vermehrt Spezialstationen für die gleichen Diagnosegruppen eröffnet, wie sie in psychosomatisch-psychotherapeutischen Kliniken behandelt werden!



(www.gbe-bund.de)

© Bethel Prof. Dr. Günther Wienberg | v. Bodenschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld | November 2013 | mh

I 12

### 3\_\_ Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### A \_ Stationäre Versorgung ... (Fortsetzung)

- ... die Zahl der Patienten in forensischen Kliniken und Abteilungen hat sich ebenfalls mehr als **verdreifacht**: von ca. **3.800 (1987)** auf **10.700 (2012)**, ein weiterer **Anstieg** ist **absehbar**.

Mögliche Ursachen:

- eine **erhebliche Zunahme der Verweildauern**
- **übersteigerte Sicherheitsorientierung** von Politik, medialer Öffentlichkeit, Aufsichtsbehörden, Gerichten und Gutachten – bei gleichzeitig rückläufiger Gewaltkriminalität



© Bethel Prof. Dr. Günther Wienberg | v. Bodenschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld | November 2013 | mh

I 13

### 3\_\_ Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### A \_ Stationäre Versorgung ... (Fortsetzung)

Mögliche Ursachen (Fortsetzung)

- **mangelnde Tragfähigkeit** der gemeindepsychiatrischen Regelversorgung für schwer kranke, delinquente und komorbide Patienten mit mangelhafter Compliance:



Aus einer Bestandsaufnahme in Nordrhein-Westfalen (§ 63 Strafgesetzbuch; Kutscher und Seifert 2007):

- ▶ **80 %** der Patienten hatte bereits Aufenthalte in der **Allgemeinpsychiatrie (Ø 7,5)**
- ▶ nur **20 %** waren 4 Wochen vor dem Delikt noch in **stationärer oder ambulanter Behandlung**
- ▶ nur **10 %** nahmen die aktuell verordneten **Medikamente**
- ▶ **16,5 %** der Patienten hatten ihr **Einweisungsdelikt in der Allgemeinpsychiatrie bzw. in komplementären Einrichtungen** begangen

### 3\_\_ Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### A \_ Stationäre Versorgung ... (Fortsetzung)

- **Rasanter Anstieg der Fallzahlen auf aktuell > 1.100.000.**

Die Drehtür dreht sich immer schneller:  
1-Jahres-Wiederaufnahmerate **≈ 40 %!**



### 3\_\_ Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### A \_ Stationäre Versorgung ... (Fortsetzung)

Die stationäre psychiatrische **Regelversorgung** gerät immer stärker unter Druck. Immer mehr Geld fließt in die **Spezialversorgung** für leichter kranke und für schwer psychisch kranke Rechtsbrecher.



39.000 Betten in der „speziellen“  
psychotherapeutischen/psychosomatischen Versorgung

51.000 Betten in der psychiatrischen Regelversorgung  
(+ 12.000 Tagesklinik-Plätze)

11.000 Patienten in der Forensik



#### Drei-Klassen-Psychiatrie

1. Psychosomatik | Psychotherapie

↳ 2. Forensik

↳ 3. Psychiatrische Regelversorgung

### 3\_\_ Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### B \_ Ambulante Versorgung: Behandlung nach dem SGB V

Zwar wurden die Möglichkeiten der ambulanten Behandlung quantitativ und qualitativ erheblich ausgeweitet, **aber ...**

- ... die Zahl der privaten Fachärzte in der psychiatrischen Grundversorgung geht seit Jahren zurück von 4.750 (2000) auf 4.500 (2010),  
und die **Zahl der privaten** psychologischen und ärztlichen **Psychotherapeuten** steigt massiv an von **14.900 (2000)** auf **19.200 (2010)**

- Patienten von privaten Psychotherapeuten sind **leichter krank** (48 % ICD-F3; 42 % ICD-F4),  
deutlich **jünger** (2/3 < 45 Jahre) und  
ganz überwiegend **Frauen** (3 : 1)

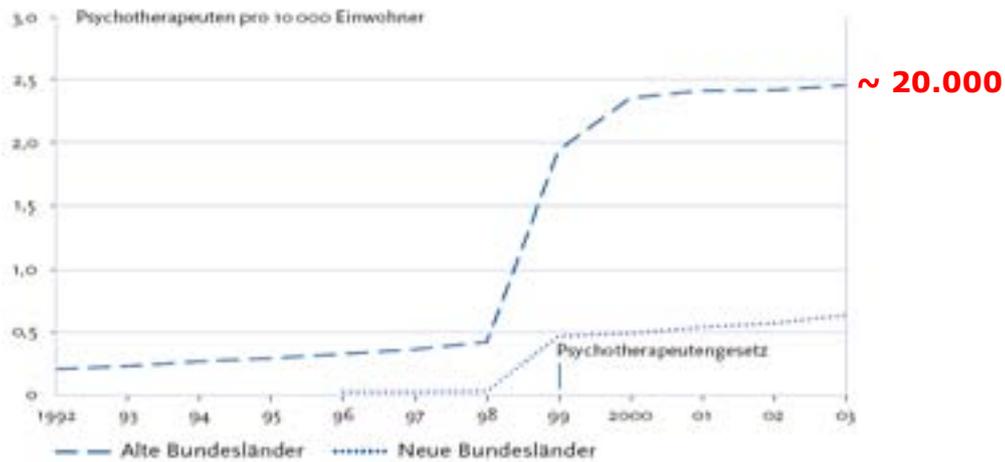


### 3 Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### B Ambulante Versorgung ... (Fortsetzung)

##### Ambulante psychotherapeutische Versorgung

Abbildung 4.1.3: Psychotherapeuten pro 10.000 Einwohner, Quelle: KBV

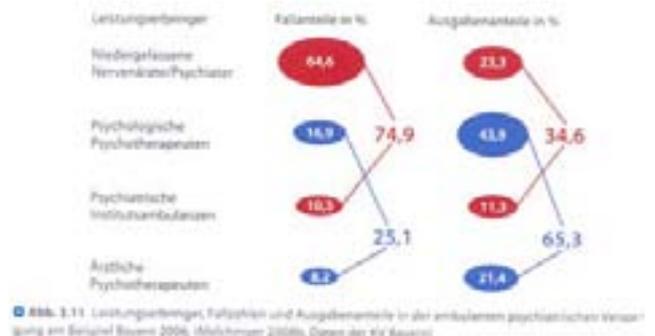
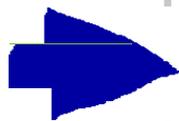


(Gesundheit in Deutschland, 2006)

### 3 Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### B Ambulante Versorgung ... (Fortsetzung)

- private **Fachärzte der Grundversorgung** erhalten je Patient und Quartal eine **Pauschalvergütung von ca. 60 €**, psychologische/ärztliche **Psychotherapeuten pro Therapiesitzung 70 bis 90 €**
- lediglich die **Psychiatrischen Institutsambulanzen** bieten eine **multiprofessionelle, teambasierte Behandlung**, ihre Zuständigkeit ist auf Patienten mit **schweren und komplexen Störungen** begrenzt



### 3\_\_ Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### B \_ Ambulante Versorgung ... (Fortsetzung)

Der größte Teil des ambulanten Budgets wird für **leichter kranke Menschen** aufgewendet.



- 11 % für die Schwerkranken in Psychiatrische Institutsambulanzen
- 23 % für die psychiatrische Grundversorgung
- 65 % für die psychotherapeutische Spezialversorgung



#### Drei-Klassen-Psychiatrie

1. Psychotherapie-Praxen
2. Institutsambulanzen
3. Fachärztliche Grundversorgung

### 3\_\_ Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### C \_ Komplementärer Bereich/Sozialhilfe nach dem SGB XII

Zwar haben sich die Lebens- und Betreuungsbedingungen chronisch kranker/  
Seelisch behinderter Menschen erheblich und nachhaltig verbessert, **aber ...**

- nach wie vor fließt das meiste Geld der Sozialhilfe in institutionelle Strukturen:  
50 % ins stationäre Wohnen, 11 % in WfbM und nur **25 % in das ambulant betreute Wohnen.**

Circa 2/3 aller klinisch behandelten Patienten zwischen 18 und 65 sind arbeitslos, geschützt beschäftigt oder beziehen Frührente;  
der Anteil der psychisch erkrankten Menschen bei **Berentungen wegen Erwerbsminderung** hat sich mehr als verdoppelt:

**15 % (1993) auf 38 % (2009)**



### 3\_\_ Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### C \_ Komplementärer Bereich/Sozialhilfe ... (Fortsetzung)

- es gibt auch noch Gruppen von psychisch kranken Menschen, die **weder eine qualifizierte Behandlung** noch Sozialhilfe für seelisch Behinderte erhalten:



- Zu jedem Stichtag befinden sich in Deutschland **58.000** Personen **in Strafhaft** und **27.000 in Untersuchungshaft**. Fundierte epidemiologische Studien belegen: **mindestens 80 %** ( $\approx 68.000$ ) weisen eine (chronische) psychische Störung auf!

- In Deutschland leben (2012) ca. **152.000** Personen als **Wohnungslose** in Einpersonenhaushalten oder auf der Straße: Klientel der Wohnungslosenhilfe = unterstes Netz der sozialen Sicherung. Auch hierzu gibt es fundierte epidemiologische Studien: **ca. 80 %** ( $\approx 120.000$ ) dieser Personen sind (chronisch) **psychisch krank**.



### 3\_\_ Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

#### C \_ Komplementärer Bereich ... (Fortsetzung)

Sind Einrichtungen/Dienste von Wohnungslosenhilfe und Justizvollzug „**eigentlich**“ **psychiatrische Einrichtungen**, sind sie die neuen „Schlangengruben“ der Gemeindepsychiatrie?



- ~ 130.000 Menschen in der Sozialhilfe  
Wohnen für chronisch kranke/behinderte Menschen
- ~ 68.000 (chronisch) psychisch kranke Menschen in Haft
- ~ 120.000 (chronisch) psychisch kranke Menschen wohnungslos



**Drei-Klassen-Psychiatrie** auch bei den ärmsten und am meisten von sozialer Ausgrenzung bedrohten psychisch kranken Menschen?

1. Sozialhilfe
2. Justizvollzug
3. Wohnungslosenhilfe

## 4\_\_ Psychische Erkrankungen bei Migranten: Was wissen wir darüber?

### Befundlage generell

- Unbefriedigend, insbesondere bezogen auf Deutschland
- Uneinheitliche Ergebnisse
- Divergente methodische Ansätze
- Schwer vergleichbare Migrantengruppen



Bevölkerungsrepräsentative Studien  
fehlen fast völlig.



Cave bei der Interpretation und Generalisierung  
von Einzelstudien!

## 4\_\_ Psychische Erkrankungen bei Migranten: Was wissen wir darüber?

### Vier exemplarische Studien

#### 1. Psychische Störungen bei Migranten

- Glaesner et al., Psychiat. Prax. 36, 2009
- n = 271 Migranten\*, n = 271 Nichtmigranten  
(parallelisiert nach Alter und Geschlecht)
- ⊕ Bevölkerungrepräsentative Stichprobe
- ⊖ Erhebung von depressiven, Angst-, somatoformen Störungen sowie PTSD mit standardisierten Fragebögen
- ▶ Ergebnis: **Keine Unterschiede** zwischen Migranten und Deutschen **bezüglich der Häufigkeit von psychischen Störungen.**  
**Aber: Migranten berichten im Ø mehr traumatische Erlebnisse** als Nichtmigranten (33,6 vs. 22,4 %).

(\* 27 % befristeter Aufenthalt | 2 % unbefristeter Aufenthalt | 71 % deutsche Staatsangehörigkeit)

## 4\_\_ Psychische Erkrankungen bei Migranten: Was wissen wir darüber?

### Vier exemplarische Studien (Fortsetzung)

#### 2. Posttraumatische Belastungsstörungen/PTSD bei Asylbewerbern

- Gäbel et al., Z. f. klin. Psychol. Psychother., 2006
- ⊖ 76 von 158 Klienten von 16 Einzelentscheidern des BAFI, 40 davon wurden persönlich untersucht
- ⊕ Mit standardisiertem klinischen Interview (M-CIDI)
- ▶ Ergebnis: **40 % der Untersuchten wiesen eine PTSD nach ICD 10 auf.**

#### 3. PTSD bei Flüchtlingen und Folteropfern

- Steel et al., 2009
- ⊕ Metaanalyse, n = > 80.000
- ▶ Ergebnis: **aktuelle PTSD-Prävalenz: 30,6 %**

## 4\_\_ Psychische Erkrankungen bei Migranten: Was wissen wir darüber?

### Vier exemplarische Studien (Fortsetzung)

#### 4. PTSD und Komorbidität

- Perkonig et al., Acta Psychiatr. Scand., 2000
- ⊕ Große repräsentative Bevölkerungsstichprobe (n = 3.021)
- ⊕ Standardisierte Diagnostik (DSM IV)
- ⊖ Altersgruppe 14 – 24 Jahre
- ▶ Ergebnis:

__ PTSD/Substanzbedingte Störungen	<b>61,8 %</b>
__ PTSD/Angststörungen	<b>33,3 %</b>
__ PTSD/Affektive Störungen	<b>52,6 %</b>
__ PTSD/Somatoforme Störungen	<b>33,3 %</b>
__ PTSD/Esstörungen	<b>20,0 %</b>

## 4\_\_ Psychische Erkrankungen bei Migranten: Was wissen wir darüber?

### Vier exemplarische Studien (Fortsetzung)

#### Zwischenfazit

- ▶ Psychische Erkrankungen sind unter Migranten wahrscheinlich nicht generell häufiger als in der Allgemeinbevölkerung.
- ▶ Die Häufigkeit von traumatischen Erlebnissen ist unter Migranten erhöht.
- ▶ Asylbewerber leiden in > 30 % der Fälle unter PTSD.
- ▶ **Menschen, die unter einer PTSD leiden, weisen zu einem sehr hohen Anteil auch andere behandlungsbedürftige psychische Störungen auf!**



**Flüchtlinge und Asylbewerber haben einen überdurchschnittlich hohen Bedarf an qualifizierter psychiatrischer und psychotherapeutischer Diagnostik und Therapie.**

## 5\_\_ Was tun? Perspektiven für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern

### Erfahrungen professioneller psychiatrischer Helfer aus 16 europäischen Ländern (I)

- Sandhu et al., Soc. Psychiat. Psychiatr. Epidemiol. 48, 2013
- Semi-strukturierte Interviews mit je einem Professionellen aus 3 Regionen mit hohem Migrantenanteil in 16 Ländern = 48 Interviews
- Thematischer Bezug: Flüchtlinge und Asylbewerber, illegale Immigranten, Arbeitsimmigranten

## 5\_\_ Was tun? Perspektiven für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern

### Erfahrungen professioneller psychiatrischer Helfer aus 16 europäischen Ländern (II)

#### Ergebnisse

(„häufig von Interviewten aus allen 16 Ländern genannt“)

#### 1. Probleme bei der Diagnosestellung

- Sprachbarrieren
- Unterschiedliche Deutungsmuster psychischer Beschwerden
- Unterschiedliche kulturelle Erwartungshaltungen
- Traumatische Erfahrungen

#### 2. Probleme, eine vertrauensvolle Beziehung aufzubauen

#### 3. Erhöhtes Risiko von Marginalisierung und Exklusion

## 5\_\_ Was tun? Perspektiven für die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern

### Erfahrungen professioneller psychiatrischer Helfer aus 16 europäischen Ländern (III)



Psychiatrische Dienste und Einrichtungen müssen sich besser auf die besonderen **Bedarfe und Bedürfnisse** von Migranten einstellen:

- Transkulturelle Qualifizierung
- Beschäftigung von muttersprachlichem Personal
- ...



Psychiatrische Dienste und Einrichtungen müssen **professionelle Kooperationsbeziehungen** mit Immigrantengemeinschaften und speziellen psychosozialen Unterstützungssystemen für Migranten aufbauen und pflegen.

## 6\_\_ Die PIA: Das Versorgungsmodell der Zukunft?!



### These

Die beste Option für eine nachhaltige quantitative und qualitative Verbesserung der psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Migranten, Flüchtlingen und Asylsuchenden bieten in Deutschland:

**Psychiatrische Institutsambulanzen/PIA**  
= ~ 500 II ca. 400.000 Patienten/Jahr

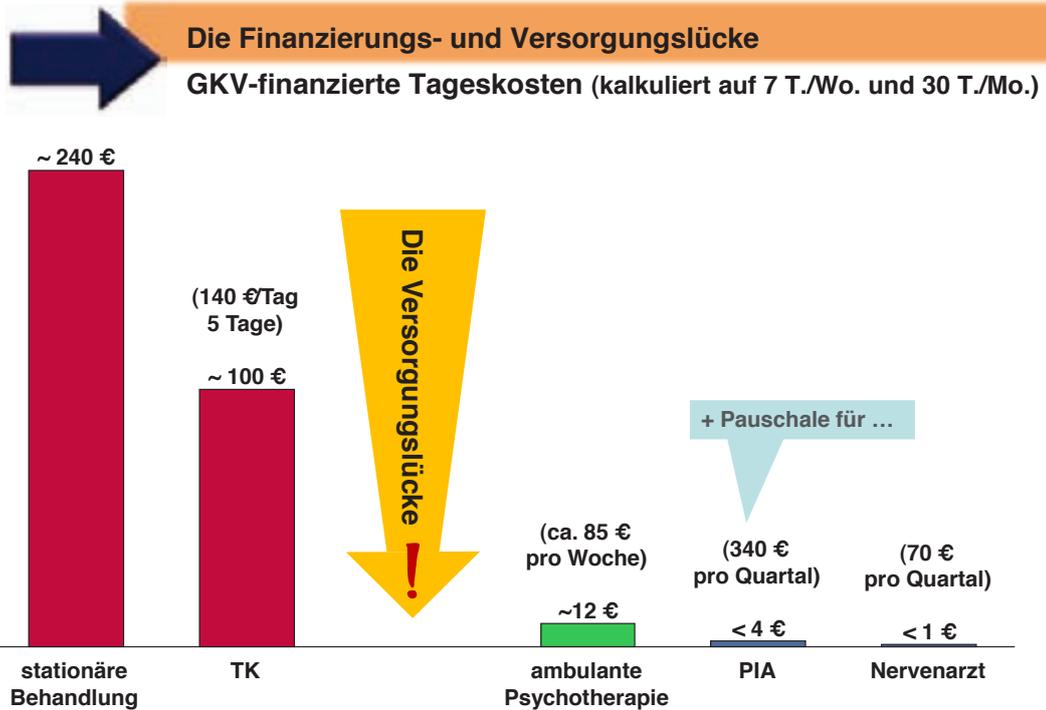
in **kooperativer Vernetzung** mit den  
**Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer/BZfF**  
= 24 II ca. 8.400 Klienten/Jahr –

## 6\_\_ Die PIA: Das Versorgungsmodell der Zukunft?!

Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bieten **erheblich bessere** Voraussetzungen für eine Verbesserung der Versorgung als psychotherapeutische Praxen (PT)

PIA	PT
▶ <b>Regelversorgung/-finanzierung</b>	▶ <b>Spezialversorgung, nur auf Antrag</b>
▶ <b>Bedarfsorientiert</b>	▶ <b>Anbieterorientiert</b>
▶ <b>Angebot flächendeckend implementiert</b>	▶ <b>Angebot extrem ungleich verteilt</b>
▶ <b>Multiprofessionell</b>	▶ <b>Monoprofessionell</b>
▶ <b>(Sehr) breites diagnostisch-therapeutisches Spektrum</b>	▶ <b>Schmales diagnostisch-therapeutisches Spektrum</b>
▶ <b>Behandeln schwer gestörte Patienten</b>	▶ <b>Behandeln eher leicht gestörte Patienten</b>
▶ <b>Gut Vernetzt</b>	▶ <b>Mäßig vernetzt</b>
▶ <b>Gut finanziert mit Lücken</b>	▶ <b>Sehr gut finanziert</b>

## 6\_\_ Die PIA: Das Versorgungsmodell der Zukunft?!



© Bethel Prof. Dr. Günther Wienberg | v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld | November 2013 | mh

134

## 6\_\_ Die PIA: Das Versorgungsmodell der Zukunft?!

Die PIA muss und kann sich weiterentwickeln in Richtung aufsuchende Behandlung von akut kranken sowie chronisch kranken Menschen mit hohem und komplexem Behandlungsbedarf

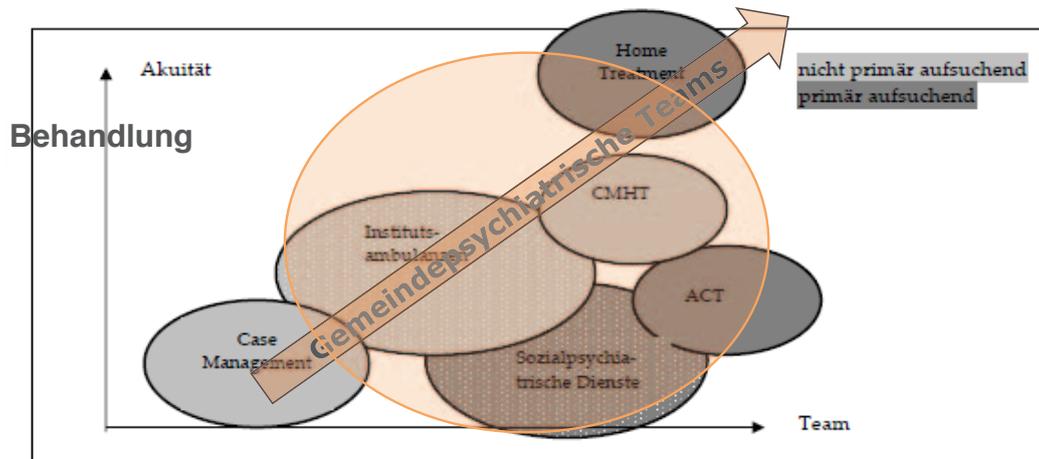


Abbildung 2: Darstellung ambulanter gemeindepsychiatrischer Ansätze (nach Becker, 2008 <sup>97</sup>)  
(CMHT: Community Mental Health Team, ACT: Assertive Community Treatment)

© Bethel Prof. Dr. Günther Wienberg | v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld | November 2013 | mh

135

## 6\_\_ Die PIA: Das Versorgungsmodell der Zukunft?!



### S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ (DGPPN 2012)

**Tab. 1 Empfehlungsgrade und Evidenzebenen gemeindepsychiatrischer Versorgungsansätze bei schwer psychisch Kranken**

Empfehlungsgrad: A („Soll“-Empfehlung)
Evidenzebene: Ia (randomisierte kontrollierte Studien)
- Gemeindepsychiatrische, teambasierte, multiprofessionelle ambulante Behandlung in definierten Regionen
- Behandlung durch mobile multiprofessionelle Teams im Lebensumfeld
- Verfügbarkeit aufsuchender Behandlung, insbesondere bei drohenden Behandlungsabbrüchen und Wohnungslosigkeit
- Möglichkeit einer nachgehenden und <b>aufsuchenden Behandlung im gewohnten Lebensumfeld</b> über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinaus

(Pfammatter & Junghan, Nervenarzt 2012, S. 861 – 868)

© Bethel Prof. Dr. Günther Wienberg | v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld | November 2013 | mh

I 36

## 6\_\_ Die PIA: Das Versorgungsmodell der Zukunft?!

**Die PIA sind heute (in aller Regel) bereits hoch leistungsfähige und hoch differenzierte Zentren der psychiatrischen Versorgung!**

### Beispiel: Die PIA im Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH (Bethel)

- Zugang per Überweisung oder direkt mit eigener Chipkarte
- Tägliche offene Sprechstunde („Leitstellenfunktion“)
- > 12.000 „Scheine“/Quartal
- **Spezielle Diagnostik- und Behandlungsbausteine (SGB V)**
  - Gedächtnis-Sprechstunde
  - Sprechstunde für Erwachsene mit ADHS
  - Trauersprechstunde
  - Anlaufstelle für russisch sprechende Patienten/-innen
  - Anlaufstelle für minderjährige unbegleitete Flüchtlinge
- **Ergänzende Bausteine (außerhalb SGB V)**
  - Forensik-Ambulanz (Land)
  - Haftentlassenen-Ambulanz (Land)
  - Ambulante Reha Sucht (Rentenversicherung)
  - Trauma-Ambulanz (finanziert nach dem Opfer-Entschädigungsgesetz)

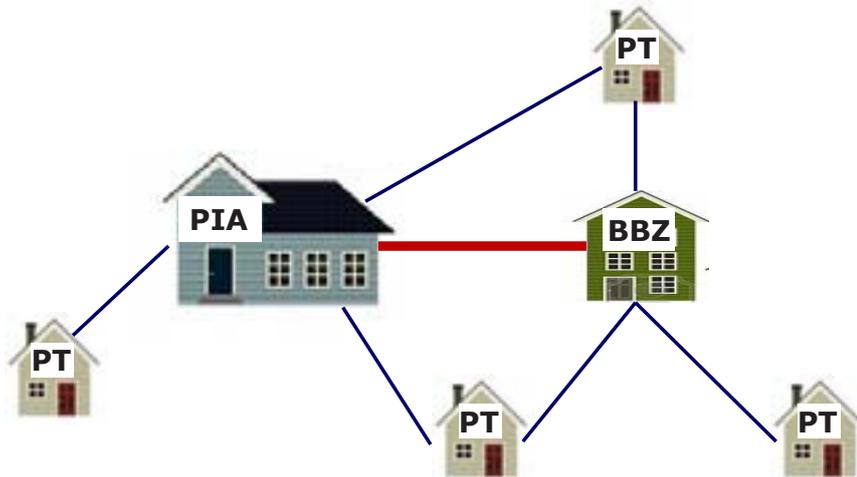
(Pfammatter & Junghan, Nervenarzt 2012, S. 861 – 868)

© Bethel Prof. Dr. Günther Wienberg | v. Bodelschwingsche Stiftungen Bethel, Bielefeld | November 2013 | mh

I 37

## 6\_\_ Die PIA: Das Versorgungsmodell der Zukunft?!

**Netzwerk zur ambulanten psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgung von Flüchtlingen und Asylbewerbern**



## Zu guter Letzt ...

**Die Gesundheitsministerkonferenz der Länder hat beschlossen ...**

**Beschluss der 86. Gesundheitsministerkonferenz der Länder vom 27.6.2013, TOP 12.1**

### **Psycho-soziale Versorgung von Flüchtlingen sichern**

Die Gesundheitsministerkonferenz greift einstimmig die Bitte der 8. Integrationsministerkonferenz 2013, sich mit der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen zu beschäftigen, auf und beauftragt die AOLG, bis zur 87. GMK zu berichten.

**... ein Hoffnungsschimmer?**

# Vorträge zur aktuellen Situation und strukturellen Problemen in Schleswig-Holstein



Günter Ernst-Basten,  
Vorstand des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes Schleswig-Holstein e. V.

## **Wie kam es dazu, dass der PARITÄTISCHE Schleswig-Holstein in die gesundheitliche Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen eingestiegen ist, obwohl dies nicht sein originäres Handlungsfeld ist?**

Im Herbst 2010 musste unsere Mitgliedsorganisation Refugio Schleswig-Holstein nach fast 14 Jahren seine Arbeit mit und für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer einstellen.

Ein geringes Spendenaufkommen und bereits bewilligte, aber noch nicht ausgezahlte EU- Fördermittel waren die Ursachen für eine Finanzkrise. Der Verein hat die Zwischenfinanzierung nicht mehr aufbringen können.

Die damalige Situation von Refugio hat uns auf tragische Weise gezeigt, auf welch dünnem Seil Träger von Einrichtungen balancieren, wenn ihre gesellschaftlich wichtige Arbeit nicht ausreichend finanziert wird.

Es ist mir wichtig, an dieser Stelle anzumerken, dass das Innenministerium seinerzeit Refugio finanziell gefördert hat.

Der PARITÄTISCHE hat dem damaligen Vereinsvorstand, dem Team und den vielen engagierten Bürgerinnen und Bürgern für die Belange von traumatisierten Flüchtlingen zugesichert, sich für eine Fortführung der für Schleswig-Holstein unverzichtbaren Arbeit einzusetzen.

**Seit Januar 2011** sind wir dabei, mit Mitteln des Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF) und Eigenmitteln die psychotherapeutische, psychiatrische und psychosoziale Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen zu unterstützen.

**Seit 2012** kooperieren wir mit dem Zentrum für Integrative Psychiatrie ZIP im Rahmen eines dreijährigen EFF- Projektes. Insgesamt betreuen wir aktuell **180** Flüchtlinge, vorgesehen waren aber 120.

## **Stolpersteine in der Versorgung**

### **Die Gesetzgebung: das Asylbewerberleistungsgesetz und hier die §§ 4 und 6 AsylbLG**

Teilweise existiert eine restriktive und regional abweichende Verwaltungspraxis, die die Zugangsvoraussetzungen für eine

psychotherapeutische Behandlung nach dem Asylbewerberleistungsgesetz unterschiedlich auslegt.

Hierdurch werden notwendige Therapien unmöglich gemacht und der Grundsatz der Gleichbehandlung wird verletzt.

Wir brauchen eine einheitliche und klare Regelung für die Gewährung von Therapien.

Zugang zu Gesundheitsversorgung ist ein Menschenrecht -  
Recht auf Gesundheit!

## **Sprachliche und kulturelle Verständigungsprobleme in der Therapie**

Aufgrund der sprachlichen und kulturellen Verständigungsprobleme ist die Hinzuziehung von qualifizierten Dolmetscherinnen und Dolmetscher notwendig.

Die Krankenkassen übernehmen die Dolmetscherkosten nicht, sind keine Kassenleistungen und die Beantragung bei den Sozialämtern ist mit hohen Hürden verbunden und ist langwierig. Das Land Schleswig-Holstein ist mit 25.000 Euro dabei und der Paritätische gibt auch seinen Teil dazu (20 Prozent), dies reicht aber bei Weitem nicht.

Es gibt zu wenig Therapeuten und Therapeutinnen, die bereit sind, mit Dolmetschern zu arbeiten. Die derzeitige Versorgung wird in Schleswig-Holstein vorwiegend im Rahmen des erwähnten EFF- Kooperationsprojektes geleistet.

Das ist zu wenig, bedenkt man, dass an manchen Tagen in diesem Monat in Neumünster - der Erstaufnahmeeinrichtung in Schleswig-Holstein - 50 Flüchtlinge ankommen und nach kurzer Zeit auf die Landkreise und Städte umverteilt werden.

Interkulturelle Öffnung der Regelversorgung ist dringend geboten und ist die Zukunft in der Versorgung. Dafür setzt sich der Paritätische mit der Brücke Schleswig-Holstein und dem Land ein.

Mehr dazu im nächsten Vortrag.



Andrea Bastian,  
Brücke Schleswig-Holstein, Projektkoordinatorin

## Projektvorstellung:

### Öffnung der psychosozialen, psychologischen und therapeutischen Regeleinrichtungen für Migrantinnen und Migranten mit und ohne dauerhaftes Bleiberecht mit Anbindung an EFF-Projekt zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen

Das Projekt wird vom Innenministerium des Landes Schleswig-Holstein im Rahmen des Aktionsplans Integration gefördert.

Ziel: die interkulturelle Öffnung der Anbieter im sozialpsychiatrischen und therapeutischen Bereich. In Schleswig-Holstein als Flächenland sollen langfristig alle Anbieter in Regeleinrichtungen befähigt werden, auch mit traumatisierten Flüchtlingen zu arbeiten, unter Zuhilfenahme von Expertenwissen.

Im Jahr 2012 wurden Fortbildungen wie: „Therapie zu Dritt“, „Traumatisierte Flüchtlinge in der Beratungspraxis – Umgang mit schwierigen Belastungssituationen – für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge“ durchgeführt.

Seit 2013 nach Übernahme des Projekts durch die Brücke SH wurde ein gezielter Blick auf die sozialpsychiatrische Landschaft geworfen – den Regeleinrichtungen im Lande für die psychosoziale Beratung, Begleitung und Vermittlung zu therapeutischen Angeboten u.a. im Bereich der Traumatisierung und der Bewältigung von psychischen Schwierigkeiten und Erkrankungen wie Depressionen, Angsterkrankungen, Psychosen etc.

Zielgruppen für die interkulturelle Öffnung sind die Fach – und Führungskräfte dieser Einrichtungen und Beratungsstellen – um für die besonderen kulturspezifischen Belange zu sensibilisieren, interkulturelle Kompetenzen zu entwickeln, den Zugang zur Beratung und Behandlung zu erleichtern, Netzwerke zu bilden mit den regionalen Migrationsberatungsstellen im Lande.

Maßnahmen im Projekt in 2013 waren schwerpunktmäßig Informationsveranstaltungen, Fortbildungen und Beratungen zur Interkulturellen Öffnung, für beide Zielgruppen des Aktionsplans

Integration– Migrantinnen und Migranten mit und ohne dauerhaftes Bleiberecht.

Die Fortbildungsreihe mit je vier Modulen wurde in drei Regionen Schleswig-Holsteins (zwei ländlichen) für die Fach- und Führungskräfte durchgeführt. Insgesamt fast 50 Teilnehmerinnen und Teilnehmer haben sich intensiv mit den Themen Kultur, Kulturgebundenheit, Phasen der Migration, Einfluss von Kultur auf das Gesundheits- und Krankheitserleben, der besonderen Problematik von Traumatisierung von Flüchtlingen und den Schritten zur interkulturellen Öffnung in der Personal- und Organisationsentwicklung auseinander gesetzt. Weiterhin wurde die IKÖ in den Einrichtungen und Vernetzung intensiver in einer Projektgruppe im Landkreis (Steinburg) erarbeitet. Geplant ist die Erstellung einer Arbeitshilfe zur interkulturellen Öffnung in den psychiatrischen und therapeutischen Feldern in Schleswig-Holstein, mit Kontaktadressen zu Migrationsberatungsstellen und Ansprechpartnern wie Flüchtlingsrat, Landesarbeitskreise etc., die zum Projektende (Mai 2014) erscheinen soll.

**Was läuft gut?** – Teilnehmerinnen und Teilnehmer der Fortbildungen und der Infoveranstaltungen sind „inspiriert“, dies führt zur Gewinnung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren im Lande im Bereich der Sozialpsychiatrie, Beratung und Psychotherapie. Das Thema „Interkulturelle Öffnung“ und Deutschland als Einwanderungsland, auch mit Blick auf die steigenden Flüchtlingszahlen, wird platziert – für viele in den Landkreisen immer noch eher Randthema mit wenig Informationen zur Mi-

igrationspolitik des Bundes und des Landes. Über die Fortbildung werden Aktionspläne angeregt, die dazu führen werden, dass mehr Regeleinrichtungen im Lande ihre Beratungs- und Therapieangebote für Migrant/innen verbessern werden.

### **Schwierigkeiten und strukturelle Probleme bei der Umsetzung dieser Ziele**

#### **Beim Fachpersonal und Führungskräften der Einrichtungen**

„Die Migrantinnen und Migranten mit und ohne Bleiberecht tauchen nicht auf in den Einrichtungen“. Der Bedarf wird nicht erkannt und oft verneint: „Wir haben ja keine (wenig) Migrantinnen und Migranten“.

Oft kommen Aussagen wie: Wir arbeiten personenzentriert – auch für Menschen mit Migrationshintergrund – da sehen wir keinen Unterschied.

Die Sprachhürde ist groß. Es gibt keine Informationen darüber, ob und wie Dolmetscherinnen und Dolmetscher bei der Beratung, Begleitung und Therapie eingesetzt werden können. Es werden keine finanziellen Ressourcen dafür bereitgestellt.

Es gibt keine Kenntnis der besonderen migrationsspezifischen Belange, des Ausländerrechts und der Möglichkeiten, die Beratung/Therapie für Flüchtlinge zu finanzieren.

Interkulturelle Öffnung ist ein langfristiger Prozess der Organisations- und Personalentwicklung. Das Management der Veränderungen ist Führungs- und Querschnittsaufgabe in allen Bereichen der Organisationen. Die Entscheidung dafür liegt bei den Führungskräften, die viele andere Themen als Schwerpunkte haben und momentan oft mit Mittelknappheit und Einschränkungen z.B. im Bereich der Eingliederungshilfe zu kämpfen haben. Die Aufmerksamkeit der Geschäftsführungen ist auf andere Prozesse zur Erhaltung ihrer Einrichtungen gelenkt. Die Finanzierung der Hilfen ist erschwert durch das Asylbewerberleistungsgesetz: die Regeleinrichtungen werden zum großen Teil nach SGB - Leistungen im Bereich der Eingliederungshilfe, der Jugendhilfe, der Arbeitsförderung und der Pflege und der Krankenkassen finanziert. Sie kennen die besonderen Möglichkeiten im Asylbewerberleistungsgesetz nicht.

Die Belastung des Personals – durch mehr Stress und Mittelknappheit der Einrichtungen – führt zu einer abwehrenden Haltung bei besonders schwierigen Situationen. Bei Sprachschwie-

rigkeiten und Kulturunterschieden benötigen die Fachkräfte mehr Zeit und Ressourcen, die sie vielfach nicht haben.

#### **In den Kommunen**

Die Regeleinrichtungen (z.B. die sozialpsychiatrischen Anbieter) in den Landkreisen sind nicht ausreichend vernetzt mit den Migrationsberatungsstellen, Migrantenselbstorganisationen und den Flüchtlingsaufnahmestellen – auch ein Zeitproblem beider Seiten.

Die Finanzierung von Beratungs- und Betreuungsleistungen wird durch die Behörden der Kommunen erschwert, die z.B. im Bereich der Eingliederungshilfe ein hochschwelliges Zugangssystem für Menschen mit psychischen Erkrankungen geschaffen haben.

#### **Forderungen zur Weiterentwicklung**

- Finanzierung von Dolmetscherleistungen, sowie von Fortbildungen zur Therapie und Beratung mit Dolmetschern
- Förderung von interkultureller Öffnung auf längerfristiger Basis mit einem Fächer von Fortbildungen, Beratungsangeboten und Netzwerken, einer Wissensdatenbank zum Themenbereich Migration und interkulturelle Öffnung
- Abschaffung des Asylbewerberleistungsgesetzes und Eingliederung der Beratungs- und Betreuungsleistungen in SGB II und SGB XII
- Unterstützung eines Kompetenzzentrums für traumatisierte Flüchtlinge mit Partnern aus der Migrationsarbeit, des Behandlungsbereiches und der sozialpsychiatrischen Versorgung, das sich landesweit mit niedrigschwelligen Anlaufstellen zur psychosozialen und psychiatrischen Versorgung von Flüchtlingen vernetzt (eingebunden in die Regeleinrichtungen zur Förderung des Inklusionsgedankens).



Doris Kratz-Hinrichsen,  
Diakonisches Werk Schleswig-Holstein

## Aktuelle Situation und strukturelle Probleme in Schleswig-Holstein aus Sicht des Diakonischen Werkes Schleswig-Holstein

Die Diakonie hat in Schleswig-Holstein eine lange Tradition in der Flüchtlingsarbeit.

Aktuell existieren Migrationsfachdienste in elf Kreisen mit 53 hauptamtlichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern und viele Ehrenamtliche, Unterstützer und Netzwerke.

Die Angebote der diakonischen Migrationsfachdienste umfassen:

- Durchführung der Unterbringung und Betreuung von Asylbewerberinnen und -bewerbern und anderen Flüchtlingen
- Beratung in der landesgeförderten MSB und bundesgeförderten JMD und MBE
- Projektarbeit (Sprachkurse für Flüchtlinge, Sprachpartnerprojekte etc.)
- Projekt Cafe Vis a Vis – Gegenüber des LfA NMS (EAE und ZGU)
- Unabhängige Beratung in der Abschiebungshafteinrichtung in Schleswig-Holstein

### ***Kommunale Unterbringung von Flüchtlingen am Beispiel Kiel***

Die Stadt Kiel hat den Christlichen Verein zur Förderung sozialer Initiativen e. V. mit der Durchführung der Unterbringung und Betreuung von Asylbewerberinnen und -bewerbern und Flüchtlingen beauftragt.

Zurzeit bestehen in Kiel vier Gemeinschaftsunterkünfte mit insgesamt 213 Plätzen und mehrere angemietete Wohnungen, in den weitere 50 Flüchtlinge wohnen. All diese Unterkünfte stehen nur zur vorübergehenden Unterbringung zur Verfügung. Die Flüchtlinge sind angehalten, sich nach eigenem Wohnraum auf dem freien Wohnungsmarkt umzuschauen. Darüber hinaus leben weitere 560 Flüchtlinge bereits in eigenen Wohnungen und werden betreut.

In den Unterkünften befinden sich Beratungsstellen. Der Beratungsbedarf für Flüchtlinge, die in einer Gemeinschaftsunterkunft vorübergehend leben, ist situationsbedingt sehr hoch. Vielfach wird in den Ankündigungen der Zuweisungen bereits auf somatische und psychische Erkrankungen und nicht zuletzt Traumatisierungen hingewiesen, sofern dies bekannt ist.

Nach den vorliegenden Informationen wird zunächst abstrakt geschaut, in welchem Zimmer, in welcher Wohnung die neu zugewiesenen Flüchtlinge untergebracht werden können. Hierbei spielen Nationalität und der damit verbundene Kulturkreis und die Sprache eine wichtige Rolle.

Flüchtlinge durchlaufen verschiedene Phasen und Krisen.

Flüchtlinge in der kommunalen Unterbringung sind nach der ersten Orientierung und äußeren Anpassung fast immer ernüchtert und erleben auch existentielle Angst. (Rechtsunsicherheit, was ihren Aufenthaltsstatus anbelangt, wie auch der Widerspruch zwischen Erwartung und Wirklichkeit).

Zusätzlich wird die psychosoziale Krisensituation verfestigt auf dem Hintergrund traumatischer Erlebnisse im Heimatland sowie dramatischer Fluchterlebnisse und den Problemen von Entwurzelung und drohendem Identitätsverlust.

Die Krisenverarbeitung erfolgt beim Einzelnen unterschiedlich, führt allerdings innerhalb einer Unterkunft zu einer Anhäufung an Problemstellungen, z. B. Suchtprobleme durch Alkohol oder Drogen, Ehe- und Beziehungskrisen, Konflikte unter Hausbewohnern, Depression, Suizidgefahr, Rollen- bzw. Identitätsverlust, psychosomatische und psychische Erkrankungen, Kriminalität, Flucht durch untertauchen u.v.m.

Auf diesem Hintergrund krisenhafter Verläufe in einer Unterkunft entwickelt sich für traumatisierte Flüchtlinge eine schwer aus-haltbare Situation

**Beispiele aus ärztlichen oder therapeutischen Stellungnahmen:**

*„...Herr S. leidet unter einer posttraumatischen Belastungsstö-rung. Aufgrund des psychischen Zustandsbildes ist ihm nicht zuzu-muten, Wohnraum mit einer oder mehreren fremden Personen zu teilen.“ ...“ist es aus medizinischer Sicht dringend erforderlich, dass der Patient ein Einzelzimmer bezieht.“*

*Die Diagnose lautet mittelgradige depressive Episode.*

*- Für den Personenkreis mit posttraumatischen Belastungsstö-rungen sind psychische Belastungsfaktoren nach Möglichkeit zu vermeiden oder wenigstens zu reduzieren. Dahingehend stellt jedoch die Unterbringung in einer Gemeinschafts-unterkunft für Menschen mit psychischen Vorbelastungen einen extremen Stressfaktor dar.*

Es kommt zu Unstimmigkeiten, Aggressivität, evtl. gewalttätigen Auseinandersetzungen. Ein häufiger Bewohnerwechsel und Lärm-belästigungen stellen erhebliche psychosoziale Belastungsfakto-ren dar. Laute Geräusche, unvorhergesehene Vorkommnisse und mangelnde Rückzugsmöglichkeiten gehören zu den typischen aus-lösenden Reizen, die den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen.

Signale der Bewohner werden durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wichtige Hinweise aufgenommen. Zum Teil brin-gen Flüchtlinge ärztliche Stellungnahmen oder Arztbriefe schon mit, die auf das Erfordernis einer Behandlung hindeuten.

Die Vermittlung in eine Behandlung führt über den Weg zum Hausarzt und mittels Überweisung zum psychiatrischen Arzt. Häufig können die Flüchtlinge zunächst in die Spezialambulanz der Uniklinik Kiel überführt werden. Dort entscheiden Fachkräfte, welcher Behandlungsweg der richtige ist.

In einigen Fällen ist eine stationäre Unterbringung erforderlich. Suizidalität, Zusammenbrüche oder aggressive Ausbrüche, Verlust der Impulskontrolle oder Suchtverhalten können einen Grund für die stationäre Unterbringung sein.

Vorübergehende Hilfe und Entlastung innerhalb der Wohnsitua-

tion kann auch ein Umzug in ein anderes Zimmer bringen, wenn ein Zimmer frei geworden ist. In den meisten Fällen bringt jedoch nur der Auszug aus der Unterkunft die erforderliche Entlastung. Der Weg dahin ist oft noch lange. Von der Feststellung durch einen Arzt oder Therapeuten, dass der Auszug aus der Unterkunft dringend geboten ist, auch um die Therapieerfolge zu festigen, vergeht meistens ein ganzes Jahr. Hat früher der Weg solange ge-dauert, bis die Behörde entschieden hatte, ob jemand ausziehen darf, so wird jetzt der Auszug verzögert, weil der Wohnungsmarkt kaum noch freien Wohnraum vorhält.

### **Einzelfallberatung in der Abschiebungshaft**

Im Frühjahr d.J. werde ich von einer Kollegin, die ehrenamtliche Beratung in der Abschiebungshaft für den FRSH anbietet, über folgenden Einzelfall informiert und gebeten, Herrn M. in der Haft aufzusuchen

Herr M. stammt aus Afghanistan, ist seit 9 Jahren auf der Flucht – hat mit 17 Jahren Afghanistan verlassen, um der Rekrutierung durch die Taliban zu entgehen. Herr M. ist seit dieser Zeit in vielen Ländern und in Europa unterwegs auf der Suche nach einer Le-bensperspektive. Er verbringt einen Teil dieser 9 Jahre in Gefäng-nissen (in fünf Ländern war er im Gefängnis, wurde geschlagen und ausgepeitscht), ansonsten lebt er auf der Straße. Er wurde von der Bundespolizei im Zug auf der Reise von Skandinavien nach Deutschland „festgestellt“ – nun ist er in Abschiebungshaft in RD. Bei meinem ersten Zusammentreffen mit Herrn M. in der Abschiebungshaft ist Herr M. in sich zusammengesunken. Eine Kontaktaufnahme zu ihm ist kaum möglich, obwohl er fließend englisch spricht. Seine Augen flimmern, er schaut auf den Boden und hat selbst keine Fragen. Durch ruhiges Nachfragen erfahren wir Stück für Stück, woher er kommt und welches Ziel er hat. Da in Skandinavien alle rechtlichen Möglichkeiten einer Lebens-perspektive ausgeschöpft sind und die Abschiebung nach Afgha-nistan bevorsteht, begibt er sich auf eigene Faust auf die weitere Flucht – er will in Deutschland bleiben.

Da er vorher schon einmal in Deutschland war, können wir schnell Kontakte zu ehemaligen Unterstützern aufbauen, Unterlagen über die rechtliche und psychologische Situation bekommen und haben eine Grundlage.

Es gelingt, dass durch das Ausstellen eines aktuellen psychologi-schen Gutachtens und dem Einlegen einer Haftbeschwerde in der

---

richterlichen Anordnung eine psychologische Begutachtung angeordnet wird. Die Ergebnisse der Untersuchung haben zur Folge, dass die Nicht-Haftfähigkeit festgestellt wird und Herr M. aus der Haft entlassen wird mit der Auflage, sich direkt in stationäre psychologische Behandlung zu begeben.

Herr M. wird nach dem richterlichen Beschluss sofort aus der Haft entlassen.

Da es nicht gelingt, eine Klinik zu finden, die Herrn M. aufnimmt (Kliniken lehnen die Aufnahme aus Gründen von Sprachschwierigkeiten ab, andere Kliniken verweisen auf lange Wartelisten), wird Herr M. zunächst in der GU des Kreises RD-Eck untergebracht.

Es gelingt am nächsten Tag, durch persönlichen Einsatz über unsere Kontakte Herr M. ab sofort in einem diakonischen Klinikum unterzubringen und zu behandeln.

Herr M. lebt seit kurzer Zeit mit einem Aufenthaltsstatus in Schleswig-Holstein, hat eine eigene Wohnung, ist in psychologischer und therapeutischer Behandlung und muss nicht mehr befürchten, innerhalb Europas hin- und hergeschoben zu werden.

Dies ist der erste Fall in der 10jährigen Tätigkeit in der Abschiebungshaft in Schleswig-Holstein, wo ein Flüchtling aufgrund einer psychischen Erkrankung aus der Abschiebungshaft entlassen wurde und wo aufgrund eines psychologischen Gutachtens richterlich die Haft aufgrund dieser Tatsache aufgehoben wurde.

Der Anteil traumatisierter bzw. psychisch erkrankter Flüchtlinge ist wesentlich höher – auch in der Abschiebungshaft in Schleswig-Holstein.

Wir werden uns weiterhin für Veränderungen und Verbesserungen in der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen in Schleswig-Holstein, Haftvermeidung bzw. sofortige Haftaufhebung bei Erkennen traumatisierter Erkrankungen in der Abschiebungshaft einsetzen!



Priv.-Doz. Dr. Robert Göder,  
Stellv. Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

## Psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung traumatisierter Flüchtlinge in Kiel

### Situation

- 78.000 Menschen stellten 2012 in Deutschland einen Asylantrag
- 40% der Flüchtlinge leiden unter einer posttraumatischen Belastungsstörung (Gäbel 2005)
- Im Großraum Kiel (500.000 Menschen) jährlich etwa 200 neue Flüchtlinge mit PTSD / Depressionen

## Kooperationsprojekt psychiatrische Versorgung Kiel / Holstein

- Seit 2004 durch den EFF gefördert
- Seit 2011 Kooperationsprojekt mit dem Paritätischen
- Etwa 100 Patienten jährlich betreut (v.a. PTSD / Depression)  
(Frauen 32%)
- Häufigste Herkunftsländer (1. Halbjahr 2013):
  - Kosovo / Bosnien (30%)
  - Aserbaidshan / Tschetschenien (25%)
  - Türkei (20%)
  - Afghanistan (10%)
  - Irak (10%)



Robert Göder



## Multiprofessionelles Team



- Dr. Gunnar Paulsen Facharzt
- Sukran Erdag, Fachärztin
- Astrid Pabst, Psychologin
- Udo Gerigk / Herr Klassen, Sozialpädagogen
- Annika Schlebrowski Jugendpsychologin
- Melanie Hering, Ergotherapeutin



Robert Göder



## Allgemeine Probleme der therapeutischen Versorgung

Lange Asylverfahren halten die psychische Erkrankung aufrecht  
(große Angst vor der Abschiebung)

Kosten für Dolmetscher

Hoher bürokratischer Aufwand  
(zusätzliche Dokus / Korrespondenz mit Anwälten, Behörden)

Fehlen von interkulturellen Kenntnissen im stationären Bereich

Mangel an Behandlungsplätzen (ambulante Wartezeit > ½ Jahr)

Kostendruck im Gesundheitswesen (Uniklinikum)



Robert Göder



## Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !



**Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie**



Robert Göder







Dr. Ernst-Ludwig Iskenius,  
ehemaliger Leiter Refugio Villingen-Schwenningen

## Von Pionierarbeit zur Versorgung: Von privaten Initiativen zu einem stabilen Versorgungsangebot?

Im Gründungsjahr von Refugio VS 1998 hatten wir folgende Ausgangssituation:

Die Idee eines psycho-sozialen Zentrums für Flüchtlinge und Folteropfer wurde in Augsburg 2 Jahre vorher bei einer der ersten BAfF –Tagungen geboren. Den zunehmenden Druck zur Rückkehr, der damals immer sichtbarer vor allem auf die bosnischen Flüchtlinge ausgeübt wurde, bekamen wir zu spüren. Viele Menschen kamen in unser kleines unabhängiges Beratungsbüro verzweifelt und mit großer Angst und Panik. Die Flüchtlingssozialarbeit, haupt- wie ehrenamtlich, kam schnell an ihre Grenzen. Trauma und Traumatisierung war damals in unserer Region noch kein Thema.

Wir waren zu zweit und verfassten ein erstes Konzeptpapier, um solche Flüchtlinge besser aufzufangen. Darin waren wir noch sehr bescheiden. Wir wollten lediglich bezahlte Räume und Büroausstattung. Wir dachten, wir könnten die Arbeit ehrenamtlich machen. Bei allen Wohlfahrtsverbänden stießen wir trotzdem damit auf Unwilligkeit: entweder wollten sie keine Konkurrenzkonflikte, die offizielle Flüchtlingsbetreuung war dem Roten Kreuz zugesprochen worden, oder aus Angst vor finanziellen Konsequenzen. Ein unterstützendes akademisches Umfeld wie z.B. Studenten existierte auch nicht. Das gesellschaftliche Umfeld, sehr schwarzwäldlerisch-konservativ und CDU-lastig geprägt war gegenüber Flüchtlingen eher ablehnend oder zumindest reserviert. Einige Jahre vorher hatte es noch Brände in Flüchtlingsheimen gegeben und Unterstützer von Flüchtlingen wurden anonym bedroht. Die kleine Minderheit, die Flüchtlinge unterstützte, galt als linke Störenfriede, die Flüchtlinge nur aufwiegelten. Mit den kommunalen Behörden, vor allem Landratsamt und Ausländeramt standen wir im ständigen Konflikt. Einige glückliche Momente kamen zusammen: Ich war damals

gerade arbeitslos und suchte eine sinnvolle Betätigung außerhalb der Klinik. Eine engagierte Sozialarbeiterin flog aus politischen Gründen aus der offiziellen Flüchtlingssozialarbeit des Roten Kreuzes raus. Das haben wir öffentlich gemacht. Ein sozial gesinnter mittelständischer Unternehmer, der davon aus der Zeitung erfuhr, versprach ihre Stelle 2 Jahre weiter zu finanzieren, wenn sie weiter in diesem Feld arbeiten würde. Eine Bundestagsabgeordnete der SPD, selbst als Kind Flüchtling gewesen, beschloss, einen Teil ihrer Bundestagsgelder zur Errichtung einer bezahlten Teilzeitstelle vorrübergehend zur Verfügung zu stellen. Letztlich hat sie dann 16 Jahre diese Stelle teilfinanziert. Die IPPNW-Ärztgruppe vor Ort sah ein Engagement in der Versorgung von Opfern von Krieg und Gewalt als ihre Friedensarbeit an und sammelte 8 000 DM zur Einrichtung eines Zentrums. Die Diakonie stellte uns 1 ½ Räume, die sie wegen eines anderen geplatzten Projektes leer stehen hatten, zur Verfügung. Die evangelische Kirchengemeinde, im katholischen Umfeld in der Minderheit, bot uns zusätzlich Gemeinderäume für größere Veranstaltungen an.

Mit dieser Ausgangsbasis haben wir, ein kleiner Kreis von engagierten Ärzten, Therapeuten verschiedener Richtungen, Heilpraktiker, Sozialarbeiter, Geschäftsleute und Lehrer erst einmal interdisziplinär angefangen. Der im Ausländerrecht versierte Rechtsanwalt vor Ort beriet uns in juristischen Fragen und führte uns in dieses Denken ein. Wie in Deutschland so üblich, man gründete einen Verein. Inhaltlich orientierten wir uns an den damals schon publizierten Standards der BAfF. Inhaltlich trainiert wurden wir besonders von unseren, wie wir nannten, Ziehmüttern aus Refugio München und Karlsruhe. Das BAfF – Netzwerk war für uns eine große Hilfe und Stütze. Trotzdem war die Arbeit anfänglich ein Lernen durch Tun. Die zunehmende

Anzahl der zufriedenen Klienten bestärkte die Sinnhaftigkeit unseres Tuns.

In eigenen Fortbildungsveranstaltungen lernten wir dazu. Für Supervision, vor allem in interkulturellen Konfliktfragen, konnten wir einen versierten kurdischen Psychologen, den Leiter einer stationären Migrationsabteilung einer Rehaklinik, gewinnen. Dolmetscher, die wir von Anfang an mit hinzuzogen, bekamen eine Schulung und waren unser Alleinstellungsmerkmal in der Region.

Reaktion auf die Gründung unseres kleinen Zentrums waren bei Behörden, Bundesamt und Verwaltungsgerichte zunächst Nicht-Beachtung, Belächeln oder offene Ablehnung. Diese anfänglichen Ablehnungen von Behörden, Bundesamt und Verwaltungsgerichten haben wir allerdings als Herausforderung gesehen, unsere Argumentation in verschiedenen Sachfragen immer gefestigter zu machen. In den ersten Jahren haben wir unsere Klienten zu den Verfahren auch begleitet und so das persönliche Gespräch mit Entscheidern in den Behörden und Verwaltungsgerichten gesucht. Mit der Zeit hatten wir dadurch auch einen besseren Ruf bei juristischen Entscheidern gefunden. Mit den Veranstaltungen Juristen und Mediziner im Gespräch konnten wir wiederum auf regionaler Ebene unsere medizinische Denkweise in die Juristenwelt einbringen und sensibilisieren. Durch unsere eigene ständige Professionalisierung galten wir bald als eine Institution mit Spezialwissen. Diese inhaltliche Professionalisierung überzeugte schließlich auch die Behörden. Wie der CDU-Landrat zu unserer Verabschiedung bekannte: „Sie sehen, auch wir als Verwaltung sind lernfähig geworden.“

Wir verfolgten von Anfang an einen systemischen Ansatz, indem wir das familiäre Umfeld immer sofort mit einbezogen hatten. Das war nicht nur für die Betroffenen entlastend, sondern überzeugte auch die Öffentlichkeit und tat so sinnvolle Felder für ehrenamtliches Engagement auf. Dadurch konnten mehr Menschen wieder an diese Arbeit interessiert werden. Strukturell blieben wir bewusst sehr klein. Angesichts der großen Versorgungsdefizite waren wir häufig in Versuchung, uns weiter zu vergrößern, personell und räumlich. Das hätte allerdings mehr Verwaltung, finanzielle Abhängigkeiten, kompliziertere Kommunikationswege bedeutet. Wir wären sonst viel zu früh, als wir noch nicht genügend nach innen und außen gefestigt

waren, in den Brennpunkt von Sachzwängen geraten, die uns wahrscheinlich so verwundbar gemacht hätten, dass wir wahrscheinlich dann gescheitert wären. So konnten wir über Jahre langsam personelle und organisatorische Kontinuitäten aufbauen, die offensichtlich selbst die Turbulenzen einer schwierigen Umstrukturierung (nach Ablehnung eines großen Antrages beim EFF) und gleichzeitigen personellen Wachablösung überstehen konnte.

Wichtig waren auch die flachen Hierarchien, die sich auch in der Bezahlung bemerkbar machten. Die Motivation zu dieser Arbeit, wo uns erst einmal niemand reinredete oder reinreden konnte, war uns wichtiger als der finanzielle Ausgleich und schuf dadurch großes Konfliktpotential einfach zur Seite. Die flachen Hierarchien haben auch dabei geholfen, sich nicht mit ängstlichen Vorgesetzten herumschlagen zu müssen, sondern wir entschieden SELBST, was notwendig, wichtig und heilsam war. Das hat uns z.B. auch bei spektakulären Aktionen wie dem aktiven Zurückholen von Kindern nach einer Familientrennung oder Kirchenasyl eines Dublin II Abgeschobenen auch bei kommunalen Entscheidungsträgern und kirchlichen Hierarchien Reputation und Anerkennung anstatt ängstlicher Ablehnung gebracht.

## Öffentlichkeitsarbeit

Sie war ein ständiger integraler Bestandteil unserer Arbeit. Zahlreiches und systematisches Auftreten in Schulen, Kirchengemeinden, politischen Veranstaltungen haben zur enormen Bewusstseinsänderung und Vernetzung beigetragen. Als Hilfsmittel hatten wir einen Film über verschiedene Aspekte unserer Arbeit, wo auch einige Klienten von uns selbst zu Wort kamen, drehen lassen. Den haben wir in unserer Region über die Jahre mehr als 200-mal zeigen können. Mindestens 15 Vorträge im Jahr in Schulen mit dem Erfolg, dass wiederum mit eigenen Schülerprojekten unsere Arbeit unterstützt und neue Öffentlichkeit geschaffen wurde, ohne dass wir dazu großartiges beitragen mussten, hat uns über Jahre so bekannt gemacht und als feste institutionelle Einrichtung ins Bewusstsein gerückt, dass politische Entscheidungsträger nicht mehr daran vorbeikamen. Das hat uns nach der Ablehnung des EFF-Antrages 2011, wo die Weiterführung von Refugio VS am seidenen Faden hing, spürbar geholfen, den öffentlichen Druck von unten zu mobilisieren. Selbst bis dahin skeptische oder ablehnende Stadt- und Kreistagsabgeordnete stimmten plötzlich der geforderten Unterstützung zu.

---

*„Wir können uns politisch nicht leisten, Refugio VS eingehen zu lassen“.* Solche Äußerungen sind öffentlich gefallen.

### **Netzwerke**

Unser Prinzip war, möglichst für unsere Klienten/Patienten lokale und regionale Ressourcen zu nutzen, anstatt eigene Programme durchzuführen. So konnten wir über Jahre Kinder in die Ferienprogramme der städtischen Musikakademie unterbringen und die städtischen Institutionen dazu zu bringen, die entsprechenden finanziellen Ressourcen bereitzustellen. Oder die Kooperationen mit der Städtischen Galerie, mit der wir alle 2 Jahre zusammen mit einer anderen städtischen Schule Kunstprojekte durchführten. Wir brauchten nur die entsprechenden Kinder rekrutieren und nahmen dabei noch die öffentliche Aufmerksamkeit für unsere Arbeit mit. Diese engen Kooperationen ermöglichten uns, Menschen mit unserer Arbeit zu konfrontieren, die wir sonst hätten nie erreichen können.

### **Spender**

Auch wenn wir immer mit dem Risiko eines Spendeneinbruches rechnen mussten, haben uns die Spender, manche als Dauerspender, unsere Unabhängigkeit und damit die öffentliche Überzeugung unseres Arbeitskonzeptes bewahrt. Auch das hat dazu beigetragen, dass die Arbeit bei vielen überzeugend wirkte und zunehmend Zuspruch fand.

### **Einsatz von Dolmetschern**

Das war unserer Alleinstellungsmerkmal und hat ansatzweise das offizielle Gesundheitswesen auf uns aufmerksam gemacht. (Anamnesen für niedergelassene Ärzte oder Zur Verfügung stellen von Dolmetschern in begrenzten Maße). Ein Prinzip war, dass wir immer wieder versuchten, nicht als konkurrierende Anbieter von medizinisch-therapeutischen Leistungen aufzutreten, sondern als ein Nischenangebot zur Defizitausfüllung aufzutreten, Dienstleistung für Dienstleister zu sein, gleichzeitig auf die defizitäre Versorgung hinzuweisen.

Wenn ich so zurückdenke, so haben wir nach dem Prinzip ***Tue erst das Notwendige, dann das Mögliche und plötzlich schaffst Du das Unmögliche*** gehandelt. Vielleicht ist das das Geheimnis, dass wir heute noch existieren können.

# „Überlebens-Geschichten, die Mut machen“



Dipl. Psychologin Ingrid Ingeborg Koop,  
Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer Refugio Bremen

## Überleben als Einrichtung für Flüchtlinge



### 27 Jahre REFUGIO Bremen

Idealismus  
Strategien  
und Glück

### Kontext

- Stadtstaat: Kurze Wege, persönliche Vernetzung, „weltoffene“ Politik
- Hanseatisch-humanistisches Bürgertum und engagierte Verantwortliche

### Bewegungen

Die Bewegung nach außen

Die Bewegung nach innen

### Die Bewegung nach außen

1. Vernetzen
2. Synergieeffekte nutzen
3. Vielfalt nutzen – „diversifizieren“

### Die Bewegung nach innen

1. Professionalisierung
2. Gute Auswahl und Pflege des Teams
3. Balance Team – Vorstand (bzw. Arbeitgeber)
4. „Durchsetzungskraft und Bescheidenheit“
5. Konsolidierung statt unkontrolliertes Wachstum
6. Krisen aushalten!
7. Das Machbare tun und Visionen entwickeln



AutorInnen:

Anne Tahirovic (refugio thüringen e. V.), Tobias Drehsen (PSZ Sachsen-Anhalt), Jenny Baron (BAfF e. V.),  
Silvia Schriefers (BAfF e. V.), Thomas Cordes (Cactus e. V.)

## Panel: „Verbesserung der Versorgung in strukturschwachen Regionen“

*Die Psychosozialen Zentren in Ostdeutschland arbeiten im Vergleich zu AkteurInnen im übrigen Bundesgebiet unter besonderen Bedingungen: Aus historischen und geographischen Gründen bestehen hier für Geflüchtete, die psychosoziale bzw. psychotherapeutische Unterstützung benötigen, die größten Versorgungsdefizite. Die Dichte niedergelassener PsychotherapeutInnen ist signifikant geringer als im übrigen Bundesgebiet, vor allem außerhalb der Großstädte. Dies trifft prinzipiell alle Bevölkerungsgruppen - besonders vulnerable Personengruppen mit speziellen Bedarfen, wie Flüchtlinge und Opfer schwerer Gewalt es sind, allerdings mit besonderer Härte.*

### **Ausgrenzung und Rassismus in Ostdeutschland**

Nach wie vor sind Geflüchtete in Ostdeutschland zudem überdurchschnittlich häufig ausgrenzenden und rassistischen Praxen ausgesetzt. Rechtsextreme Positionen sind hier keinesfalls allein in rechten Randgruppen anzutreffen: 62% der ostdeutschen Befragten (vgl. 49% der westdeutschen) stimmen der Aussage zu, es lebten zu viele Ausländer in Deutschland. Das verweist darauf, dass Ausländerfeindlichkeit hier auch in der Mitte der Gesellschaft tief verwurzelt ist. Dafür spricht auch eine aktuelle Studie der Friedrich Ebert Stiftung, nach der in Ostdeutschland auf Praxen rassistischer Ausgrenzung, Ablehnung und Diskriminierung durch die Zivilgesellschaft signifikant weniger Gegenwehr erfolgt (Decker, Kiess & Brähler, 2012).

### **Geringe Behandlungsressourcen**

Darüber hinaus sind Erfahrungen im Handlungsfeld Migration historisch bedingt auf dem Gebiet der ostdeutschen Bundesländer noch vergleichsweise jung. Über einen längeren Zeitraum gewachsene spezialisierte Strukturen der Betreuung und Behandlung traumatisierter Flüchtlinge – wie sie in den alten Bundesländern seit den frühen 80ern existieren, gibt es nicht. Die Psychosozialen Zentren „refugio thüringen e. V.“ in Jena,

„Psychosoziales Zentrum für MigrantInnen Sachsen-Anhalt e. V.“ in Halle und Magdeburg sowie „Cactus e. V.“ in Leipzig sind vergleichsweise junge und v.a. sehr kleine Einrichtungen. Ein bundesweiter Vergleich der personellen Ressourcen in den Behandlungszentren zeigt dabei, dass die Zentren in Ostdeutschland mit nur der Hälfte des Personals auskommen müssen.

Ob diese Ressourcen ausreichend sind, um eine adäquate Versorgung vulnerabler Flüchtlinge zu gewährleisten bzw. welche Maßnahmen für eine angemessene Versorgung eingeleitet werden müssten, ist weder im öffentlichen noch im gesundheits- und sozialpolitischen Diskurs ein Thema. Zahlen, die das Ausmaß des Versorgungsdefizites quantifizieren, das die MitarbeiterInnen in den Behandlungszentren angesichts stetig wachsender Wartelisten immer deutlicher zu spüren bekommen, fehlten bislang völlig.

Deshalb haben sich die Zentren in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen im Juni 2012 zu einem Projektverbund zusammengeschlossen und gemeinsam mit der BAfF ein Pilotprojekt initiiert, das auf Strukturverbesserungen innerhalb der gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Ostdeutschland abzielt. Das Projekt wurde durch die EU-Kommission gefördert („Pilot Projects on Victims of Torture“).

### **Pilotprojekt zur Verbesserung der Versorgung Geflüchteter in Ostdeutschland**

Eines unserer Ziele war es, den Versorgungsbedarf sowie entsprechende Versorgungsdefizite empirisch zu erfassen, um auf Grundlage des erhobenen Datenmaterials gezielt Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit leisten zu können. Wir haben Fragebögen konstruiert, um sowohl den Versorgungsbedarf von KlientInnen, die sich an die Zentren wenden, als auch aktuell vorhandene Versorgungsdefizite in den drei Regionen zu erfassen. Die quantitativen Analysen wurden durch Fallbeispiele ergänzt und in Hintergrundinformationen zu den Lebens- und Versorgungsbe-

dingungen traumatisierter Flüchtlinge in Ostdeutschland eingebettet. Veröffentlicht haben wir die Ergebnisse der Datenerhebung in einem umfassenden Versorgungsbericht.

Einen weiteren Schwerpunkt des Projektes bildeten Aktivitäten zur Sensibilisierung von AkteurInnen der gesundheitlichen Regelversorgung. Wir haben Fortbildungscurricula zu Spezifika der Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen bei traumatisierten Flüchtlingen entwickelt und zur Schulung von niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen eingesetzt.

Außerdem wurden in allen 3 Bundesländern Veranstaltungen und Kooperationsgespräche durchgeführt, um Leistungs- und Entscheidungsträger über strukturelle Defizite zu informieren und für konkrete Schritte in Richtung der Sicherstellung einer bedarfsorientierten und kultursensitiven Versorgung zu gewinnen. So fand in Thüringen ein Fachtag zur besonderen Lebens- und Versorgungssituation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge statt. In Sachsen-Anhalt konzentrierten sich die Lobby- und Kooperationsgespräche auf die Finanzierung von Dolmetscherdiensten. In Sachsen stand die Sensibilisierungsarbeit bei Institutionen der öffentlichen Verwaltung, insbesondere der Sozial- und Jugendämter im Vordergrund. Zudem stellten die Partner das Projekt in Diskussionen auf Tagungen und Vernetzungstreffen vor und knüpften Kontakte zu potentiellen Kooperationspartnern. Auf diese Weise können wir uns auch künftig stärker in bestehende Netzwerke und Strukturen einbringen bzw. diese für eine Zusammenarbeit sensibilisieren.

### ***Erfolge der gemeinsamen Arbeit***

Insgesamt waren unsere im Rahmen des Projektverbundes durchgeführten Aktivitäten auf dem Versorgungsgebiet der ostdeutschen Bundesländer neuartig und konnten viele zentrale Entwicklungen anstoßen: Wir haben empirisch nachgewiesen, dass Flüchtlinge eine hoch vulnerable Gruppe sind, die oft psychisch und physisch stark beeinträchtigt sind und einen hohen Bedarf an Hilfeleistung in verschiedenen Bereichen haben, der durch die psychosozialen Zentren mit ihren aktuell vorhandenen Ressourcen nicht ausreichend gedeckt werden kann. Auch durch die gesundheitliche Regelversorgung können Versorgungsengpässe aufgrund verschiedener struktureller und auch interaktioneller Barrieren nicht aufgefangen bzw. abgemildert werden. Den Versorgungsbericht für die Region Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen kann von den Behandlungszentren werden wir

nutzen, um neue Kooperationspartner zu informieren, unsere Lobbyarbeit zu untermauern und uns neue Finanzierungswege zu erschließen. Außerdem haben wir erste Kontakte mit der psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgung geknüpft und neue Kommunikationskanäle z.B. über die Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, die Sächsische Landesärztekammer, das Traumanetzwerk Sachsen, die Deutsche Psychotherapeutenvereinigung u.a. erschlossen.

### ***Erfolge in Thüringen:***

Wir hatten die Möglichkeit und Zeit verschiedenste Veranstaltungen durchzuführen. Themen, deren Bearbeitung wir als notwendig angesehen haben, mit denen wir uns allerdings aufgrund von erheblichem Zeitmangel im Rahmen der arbeitsvertraglichen Regelungen nicht befassen konnten, wurden endlich auf die Agenda gehoben.

Über Veranstaltungen für ÄrztInnen und TherapeutInnen konnten wir neue Kooperationen eingehen, wenn auch nur vereinzelt. Dennoch wurden mehr niedergelassene TherapeutInnen auf die Arbeit des PsZF aufmerksam. Auch Kontakte zu verantwortlichen gesundheits- und sozialpolitischen Institutionen konnten vermehrt aufgenommen oder intensiviert werden.

Erfolge in Sachsen-Anhalt:

Die bundesländerübergreifende Zusammenarbeit von drei Akteuren in der strukturschwachen Region Ostdeutschland war bisher in einer derartigen Intensität und über einen längeren Zeitraum hinweg bis zum Beginn des Projektes noch nicht möglich. Die einzelnen Zentren sind von der täglichen Arbeit der Betreuung der KlientInnen so in Beschlag genommen, dass ein langfristiges Arbeiten an Strukturen und der Austausch darüber insbesondere mit Partnern aus Regionen mit ähnlichen Strukturbedingungen bisher immer zu kurz gekommen sind. Angesichts der Projektergebnisse sind derartige Formen der Zusammenarbeit aber auch für die Zukunft sehr viel versprechend. Gerade der Austausch und der Verweis auf best practice-Beispiele in Bundesländern mit ähnlichen Strukturbedingungen sind für die Gespräche mit lokalen Entscheidungsträgern besonders hilfreich.

Zu einigen Institutionen in Sachsen-Anhalt wie dem Menschenrechtsbeauftragten der Ärztekammer, der AOK oder der Kassenärztlichen Vereinigung konnten durch das Projekt zum ersten Mal intensive Arbeitskontakte gepflegt werden. Von den

Ärzte- und Therapeutenkammern zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen zum Themenkomplex „Trauma bei Flüchtlingen“, zu denen breit unter ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen eingeladen wurde, gab es bisher in Sachsen-Anhalt noch nicht. Erfolge für Sachsen:

Die Zusammenarbeit der Zentren in Mitteldeutschland ist durch das Projekt massiv angestoßen und gefestigt worden und erweist sich in der täglichen Arbeit als äußerst hilfreich. So konnten wir durch den engen Informationsaustausch sehr von den Erfahrungen der anderen Zentren profitieren, insbesondere im Bereich der Lobbyarbeit. Wichtige Entscheidungsträger aus dem Bereich der Versorgung an einen Tisch zu bekommen bzw. überhaupt Gesprächstermine zu erhalten, ist nicht nur grundsätzlich schwierig, sondern auch in der täglichen Arbeit schwer zu bewerkstelligen. Das Projekt konnte den Aufbau von Kontakten und ersten Kooperationen unterstützen.

### ***Berührungspunkte bei KollegInnen aus der gesundheitlichen Regelversorgung***

Dennoch mussten wir uns als Projektverbund in unserer gemeinsamen Zeit auch einer ganzen Reihe Herausforderungen stellen: Vor allem die Kontaktaufnahme zu niedergelassenen PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen war in allen Bundesländern schwierig. Offensichtlich war für viele HeilberuflerInnen in der Regelversorgung das Thema Migration immer noch ein Randthema und es herrschen Unsicherheiten und Berührungspunkte. Als größte Hemmnisse in der Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen nahmen wir bei niedergelassenen KollegInnen die Arbeit mit DolmetscherInnen sowie die Angst/Unerfahrenheit in der Behandlung extremer Traumata wahr. Die z.T. geringen Teilnehmerzahlen in den Fortbildungsveranstaltungen identifizieren wir dabei allerdings nicht nur als ein Problem, sondern sehen sie auch als ein Ergebnis, das weiter entwickelt werden kann. So werden wir künftig versuchen, uns in bestehende Fortbildungsnetzwerke der Regelversorgung (u.a. in Kliniken; Ausbildungsinstituten für PsychotherapeutInnen) einzugliedern und dort eigene Akzente zu setzen. Auch sind migrationsspezifische Themen gegebenenfalls anzubinden an nicht-migrationsspezifische Themen, um auch HeilberuflerInnen zu erreichen, die nicht eigens zu einer Fortbildungsveranstaltung der Psychosozialen Zentren kommen würden.

### ***Strukturelle und institutionelle Barrieren***

Auch die Ärztekammern der einzelnen Länder, wichtige Multiplikatoren zur Verbreitung von flüchtlingspezifischen Inhalten und Veranstaltungshinweisen, waren nur sehr schwer für eine Zusammenarbeit zu gewinnen. Lediglich im Fall der Ärztekammer Sachsen waren unsere Bemühungen erfolgreich. Hier zeigt sich ein weiteres Mal, dass ein umfassender Wandel in Richtung auf eine zunehmende interkulturelle Öffnung der Regelversorgung nur langfristig erreichbar ist und weiterer gezielter Anstrengungen über einen längeren Zeitraum hinweg bedarf. Die Kontakte und Kooperationen, die wir im Projekt angelegt haben, müssen dafür weiter ausgebaut werden.

Trotz der Anerkennung unserer Arbeit und auch teilweise bereits bestehender Zusammenarbeit durch verschiedenste AkteurInnen wurden offizielle Kooperationen von öffentlichen Institutionen teilweise immer wieder abgelehnt. Problematisch war dabei u.a., dass bestimmte Leistungen (z.B. Dolmetscherdienste) völlig unbekannt waren und selbst politische Entscheidungsträger erst informiert werden mussten. Dadurch hat sich für die Zentren zwar im positiven Sinne ein großer Gestaltungsspielraum ergeben, allerdings musste im Vorfeld viel Überzeugungsarbeit geleistet werden.

### ***Fazit***

Das Projekt hat in Bezug auf zentrale Herausforderungen der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in den strukturschwachen Bundesländern Ostdeutschlands dringend notwendige erste Anstöße gegeben. Unsere Möglichkeiten zur Zusammenarbeit mit AkteurInnen der Regelversorgung und damit zum Anstoßen von Prozessen interkultureller Öffnung haben sich erweitert. Sie können und müssen weiter ausgebaut werden.

In den eineinhalb Jahren der Zusammenarbeit wurde deutlich, dass sich Politik und Verwaltung in einigen Kommunen mehr und mehr für die Bedürfnisse von Flüchtlingen öffnen, mit den Psychosozialen Zentren zusammenarbeiten bzw. diese sogar unterstützen. Diese Entwicklungen sollten als Modelle guter Praxis verbreitet und von anderen Regionen als Anstoß begriffen werden, passende Kooperations- und Unterstützungskonzepte zu etablieren. Der Auf- und Ausbau von (fachlichen) Netzwerken für die gesundheitliche Versorgung traumatisierter Flüchtlinge ist allerdings von strukturellen und finanziellen Engpässen

begleitet, die nicht kurzfristig auflösbar sind und der aktiven Mitwirkung von AkteurInnen aus Politik und Gesundheitswesen bedürfen. Hier liegt noch ein weiter Weg vor uns.

Weitere Informationen zur Versorgungssituation von Flüchtlingen und Folteropfern finden sich in der Publikation "Traumatisiert. Ausgegrenzt. Unterversorgt. Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen und Folteropfern in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen."

Sie kann unter [info@baff-zentren.org](mailto:info@baff-zentren.org) bestellt werden.



## **AnsprechpartnerInnen**

**Sachsen-Anhalt:** PSZ Sachsen-Anhalt

Kontakt: Tobias Drehsen, Tel.: 0391/63109807

E-Mail: [drehsen@psz-sachsen-anhalt.de](mailto:drehsen@psz-sachsen-anhalt.de)

**Thüringen:** refugio thüringen e. V.

Kontakt: Anne Tahirovic, Hassan Siami, Tel.: 03641/22 62 81

E-Mail: [koordination@refugio-thueringen.de](mailto:koordination@refugio-thueringen.de)

**Sachsen:** Cactus e. V., Leipzig

Kontakt: Thomas Cordes, Katrin Tutar, Tel.: 0341/ 225 45 44

E-Mail: [cordes@cactus.de](mailto:cordes@cactus.de)

**bundesweit:** BAfF e. V.

Kontakt: Jenny Baron, Silvia Schriefers, Tel.: 030/ 310 124 63

E-Mail: [info@baff-zentren.org](mailto:info@baff-zentren.org)



Norbert Trosien,  
UNHCR Vertretung für Deutschland und Österreich Rechtsabteilung

## Deutschlands staatliche Verpflichtung bei der Aufnahme und Versorgung syrischer Flüchtlinge

**Vision und Wirklichkeit – Deutschlands staatliche Verpflichtung bei der Aufnahme und Versorgung syrischer Flüchtlinge (?)**



Norbert Trosien  
UNHCR Vertretung für  
Deutschland und Österreich  
Rechtsabteilung

## I. Hintergründe zur Situation syrischer Flüchtlinge



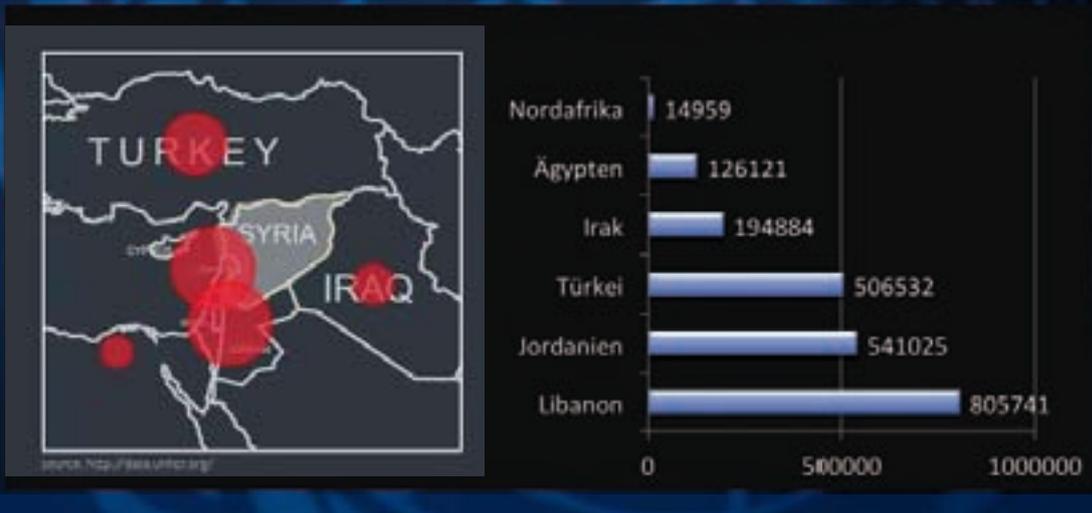
## Situation in Syrien und humanitäre Konsequenzen

- Bürgerkrieg seit 2011 - massive Menschenrechtsverletzungen einschließlich des Einsatzes von Giftgas auf Seiten aller Beteiligten;
- Gegenwärtig zeichnet sich weder eine politische, noch eine militärische Lösung des Konfliktes ab;
- Die humanitären Folgen sind dramatisch:
  - Bisher hat der Bürgerkrieg in Syrien vermutlich bereits mehr als 100.000 Menschenleben gefordert
  - mehr als **6 Millionen syrische Staatsangehörige befinden sich auf der Flucht**, davon **4,25 Millionen innerhalb Syriens** und **2,1 Millionen** in den Nachbarländern Ägypten, Irak, Jordanien, Libanon, Türkei.
- UN-HCR Antonio Guterres (April 2013):

“Die verfügbare Internationale Hilfe für Flüchtlinge und Vertrieben in der Region bleibt in dramatischer Weise hinter dem tatsächlichen Bedarf zurück.”

## Syrische Flüchtlinge in den Nachbarländern

In den Staaten der Region haben seit April 2011 insgesamt 1,192,222 syrische Staatsangehörige Zuflucht gefunden:



## Syrische Flüchtlinge in den Nachbarländern

...Drei Viertel der syrischen Flüchtlinge in den Nachbarstaaten (76,7 %) sind Frauen und Kinder:



## Syrische Flüchtlinge in den Nachbarländern: Haupt Herausforderungen (1)

(1) Massenzustrom syrischer Flüchtlinge zwischen Mitte 2012 und Mitte 2013:

- Rückstände bei der Registrierung und der Erfassung der Bedürfnisse;



(2) Nahezu 60 Prozent aller syrischen Flüchtlinge in den Nachbarstaaten leben ausserhalb von Lagern als "urbane Flüchtlinge":

- schwierige Erreichbarkeit für koordinierte Hilfsmaßnahmen;
- Sekundäre Vertreibungen (mehr als 1.000 Fälle allein im letzten Monat im Libanon);

(3) Mangelnde Erwerbsmöglichkeiten und zunehmende Dauer der Fluchtsituation führen zu massiver Verarmung der Flüchtlingsbevölkerung:

- Mangelernährung, Hunger, Obdachlosigkeit;
- Lohndumping, Prostitution

## Syrische Flüchtlinge in den Nachbarländern: Haupt Herausforderungen (2)

(3) Schwierige humanitäre Situation in Syrien und in den Flüchtlingscommunities in angrenzenden Staaten gefährden Gesundheitssituation

- Ausbreitung von Infektionskrankheiten (Poliomellitis);
- Mangelnde Versorgung von Kriegsverletzungen / Mangelfolgeerkrankungen;
- Kaum Angebote zur Behandlung psychischer Folgen erlittener oder erfahrener Gewalt.

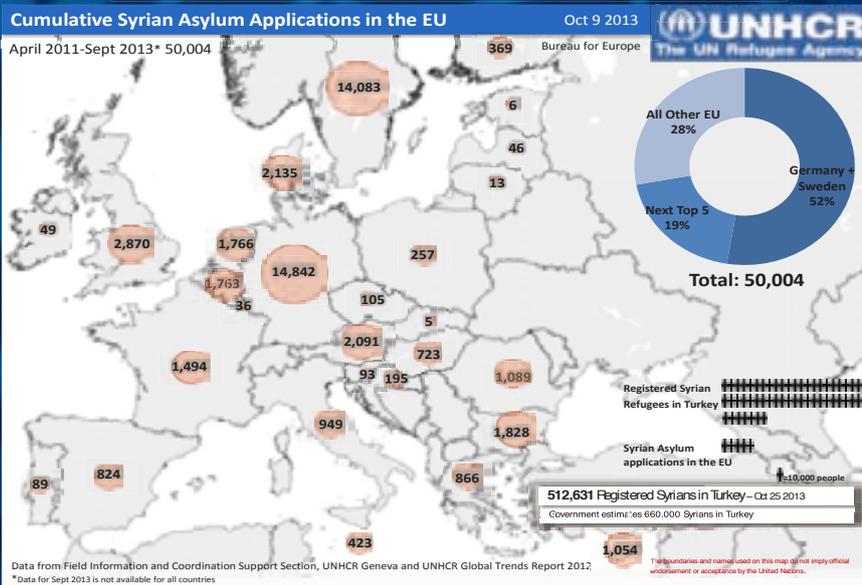
(4) Andauernde Gefahr der Ausweitung des Konfliktes auf die Nachbarstaaten, Sicherheitszwischenfälle vor allem in den Grenzregionen (Nordlibanon, Bekaa-Ebene):

- Schwierige operative Bedingungen.

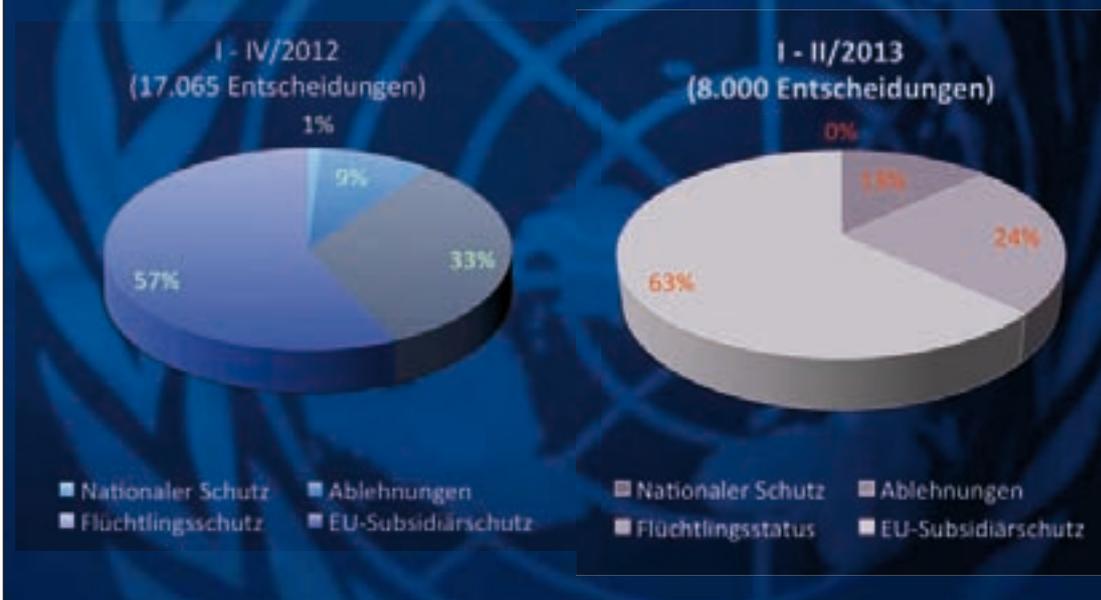


-> UNHCR konzentriert sich derzeit mit seinen Partnern vor Ort um Umsetzung lebensnotwendiger

## Syrische Flüchtlinge in Europa – Zahl der Asylanträge und Verteilung in Europa seit April 2011



## Syrische Flüchtlinge in Europa - Entscheidungen über Asylanträge syrischer Staatsangehörige, EU-27



## II. Syrische Flüchtlinge in Deutschland



### 1. Spontan einreisende Syrische Flüchtlinge in Deutschland

- In Deutschland leben derzeit etwa 50.000 Syrische Staatsangehörige – etwa 18.000 sind seit Ausbruch des Konfliktes im April 2011 nach Deutschland gekommen.
- Seit April 2012 gilt für syrische Staatsangehörige ein Abschiebestopp
- Die meisten der syrischen Staatsangehörigen besitzen regulären Aufenthaltstitel

#### Gegenwärtige Entscheidungspraxis des BAMF



- Flüchtlingsschutz (§ 60 Abs. 1, § 25 Abs. 2 AufenthG)
- Subsidiärschutz (überwiegend § 60 Abs. 2, 25 Abs. 3 AufenthG)
- Ablehnungen

## 2. Aufnahmeprogramm der Bundesregierung für 5.000 syrische Flüchtlinge (HAP)

- Das BMI hat am 20. März 2013 angekündigt, aus humanitären Gründen bis zu **5.000 syrische Flüchtlinge** gezielt aus der Region aufzunehmen und ihnen in Deutschland **vorübergehenden Schutz** zu gewähren;
- Hintergrund für diese Entscheidung war
  - (1) die sich zuspitzende Situation in Syrien und deren humanitäre Folgen – insbesondere die dramatisch wachsende Zahl syrischer Flüchtlinge in den angrenzenden Staaten – und der daraus erwachsende Wunsch der Bundesregierung, Unterstützung und Hilfe zu leisten;
  - (2) die eingeschränkten rechtlichen Möglichkeiten zahlreicher syrischer Staatsangehöriger in Deutschland, ihre Verwandten aus der Region zum vorübergehenden Schutz bei sich aufzunehmen und zu unterstützen.
- Zur Konkretisierung des Aufnahmeprogramms haben Bund und Länder auf der Grundlage von § 23 Abs. 2 AufenthG eine [Aufnahmeanordnung](#) erarbeitet und am 30. Mai 2013 verabschiedet.

## 2. HAP – Inhalt der Aufnahmeanordnung

- Ziffer 1 der [Aufnahmeanordnung](#) umschreibt die Zielgruppe des Aufnahmeprogramms: bis zu 5.000 syrische Flüchtlinge mit Aufenthalt im Libanon, in Jordanien oder in Syrien, wobei die Aufnahme grundsätzlich aus dem Libanon erfolgen soll.
- Gemäß Ziffer 2 der Aufnahmeanordnung können auch syrische Flüchtlinge aus anderen Staaten Berücksichtigung finden, soweit ihre Fälle einer deutschen Auslandsvertretung bereits bekannt waren. UNHCR ist in diese Fälle nicht einbezogen.
- Hinsichtlich der Auswahl der übrigen Flüchtlinge hat die Bundesregierung UNHCR um Unterstützung gebeten.



Im Rahmen der Auswahl von Flüchtlingen durch UNHCR ist Folgendes zu beachten:

Das Aufnahmeprogramm soll humanitäre Maßnahmen zur Hilfe und Unterstützung für syrische Flüchtlinge in den Erstaufnahmestaaten ergänzen, nicht ihnen entgegenwirken. Bezweckt werden soll

- (1) die Verbesserung der Schutzsituation einzelner besonders bedürftiger Flüchtlinge
- (2) die Entlastung der Erstzufluchtsstaaten in der Region
- (3) eine Akzeptanz des Aufnahmeprogramms auch bei denjenigen Flüchtlingen, die selbst nicht mit in das Programm aufgenommen werden können

Für die von UNHCR ausgewählten und vorgeschlagenen Flüchtlinge einschließlich Flüchtlinge mit familiären Bindungen nach Deutschland gilt grundsätzlich das Vorregistrierungserfordernis (Registrierung bei UNHCR Libanon als Flüchtling oder schutzsuchend vor dem 31. März 2013).

Eine Bewerbung um Berücksichtigung unter dem Aufnahmeprogramm findet entgegen der insoweit missverständlichen Formulierung von Ziffer 2 der Aufnahmeordnung ausdrücklich nicht statt.

## 2. HAP - Inhalt der Aufnahmeordnung

Gemäß Ziffer 3 der **Aufnahmeordnung** konzentriert sich das Aufnahmeprogramm auf **drei Hauptgruppen** syrischer Flüchtlinge mit derzeitigem Aufenthalt im Libanon:

**(a) Flüchtlinge mit humanitären Bedürfnissen:**

- besonders schutzbedürftige Kinder mit ihren Eltern bzw. Personensorgeberechtigten (unter Wahrung der Einheit der Familie);
- Personen mit medizinischem Bedarf; Frauen in prekären Lebenssituationen sowie Angehörige religiöser Minderheiten, sofern eine spezifische religionsbezogene Verfolgungssituation vorliegt;

**(b) Flüchtlinge mit familiären oder sonstigen Bezügen nach Deutschland:**

- Flüchtlinge mit familiären Bindungen; Flüchtlinge, die sich zuvor längere Zeit legal in Deutschland aufgehalten haben; Flüchtlinge mit deutschen Sprachkenntnissen; Flüchtlinge mit sonstigen Bezügen (insbesondere zu aufnahme- und unterstützungsbereiten Institutionen);

**(c) Flüchtlinge mit der Fähigkeit, nach Beendigung des Konflikts einen besonderen Beitrag zum syrischen Wiederaufbau zu leisten:**

- Personen, die die Zeit ihres Aufenthaltes in Deutschland zum Erhalt oder zum Ausbau vorhandener beruflicher Qualifikationen nutzen können, sofern diese Möglichkeit am gegenwärtigen Aufenthaltsort nicht besteht.

## 2. HAP - Inhalt der Aufnahmeanordnung

Ziffer 7 der [Aufnahmeanordnung](#) regelt den Aufenthaltsstatus der aufgenommenen Personen in Deutschland. Sie erhalten eine zunächst auf 2 Jahre befristete Aufenthaltserlaubnis gemäß § 23 Abs. 2 AufenthG; diese ist u.a. mit folgenden Rechten verknüpft:

- Uneingeschränkter Arbeitsmarktzugang;
- Uneingeschränkter Zugang zu Sozialleistungen einschließlich Krankenversicherung analog deutschen Staatsangehörigen (SGB II / XII);
- Integrationskursberechtigung;
- Möglichkeit der Verlängerung der AE bei Fortbestehen der für die Aufnahmeentscheidung relevanten Tatsachen (humanitäre Abschiebungshindernisse);
- Möglichkeit der Aufenthaltsverfestigung (Niederlassungserlaubnis) nach 5 Jahren;
- Rechtsanspruch auf Familiennachzug bei Vorliegen der allgemeinen Nachzugsvoraussetzungen.

## 2. HAP - Inhalt der Aufnahmeanordnung

Ziffern 4, 8 und 11 der [Aufnahmeanordnung](#) regeln die Verteilung der aufgenommenen Flüchtlinge im Bundesgebiet.

- Analoge Anwendung des Königsteiner Schlüssels;
- Berücksichtigung besonderer Bedürfnisse (medizinische Fälle, alleinreisende Kinder);
- Für die aufgenommenen Flüchtlinge besteht während der Dauer des Bezuges von Sozialleistungen Wohnortbindung; im Übrigen ist ihre Freizügigkeit nicht eingeschränkt.

## 2. HAP - Inhalt der Aufnahmeanordnung

Ziffern 5 und 5 der [Aufnahmeanordnung](#) regeln das Erfordernis eines erfolgreich durchlaufenen Visumsverfahrens, in dessen Rahmen eine obligatorische Sicherheitsüberprüfung stattfindet.

Ziffer 10 der [Aufnahmeanordnung](#) sieht vor, dass ein Teil der aufzunehmenden Flüchtlinge auf eigene Kosten selbständig in das Bundesgebiet einreist. -> Nach Kenntnis von UNHCR wurde dieses Verfahren bislang vor allem für die Botschaftsfälle praktiziert.

Die [Aufnahmeanordnung](#) wird durch ein [Begleitschreiben](#) des Bundesinnenministeriums ergänzt, in dem präzisierende Regelungen zum Visumverfahren und den hierbei vorzulegenden Dokumenten sowie zum Familiennachzug enthalten sind. Das [Begleitschreiben](#) enthält zudem Regelungen zur Kostentragung.

## 2. HAP - Auswahlverfahren unter Beteiligung von UNHCR

Identifikation & Vorauswahl durch UNHCR

„Submission“ an das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge

Entscheidung durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (im Regelfall nach Aktenlage)

Sicherheitsüberprüfung im Rahmen des Visumsverfahrens

Medizinische Untersuchung zur Feststellung medizinischer Bedürfnisse und zum Ausschluss übertragbarer Krankheiten

## 2. HAP - Auswahlverfahren unter Beteiligung von UNHCR

...Differenziertes Vorgehen je nach Gruppe:

- (1) Flüchtlinge mit humanitären Bedürfnissen und
  - (3) Flüchtlinge mit der Fähigkeit, nach Beendigung des Konflikts einen besonderen Beitrag zum syrischen Wiederaufbau zu leisten
- Ausgangspunkt sind die von UNHCR im Rahmen der Registrierung oder späterer „home-visits“ gewonnenen Erkenntnisse zu spezifischen Schutzbedürfnissen -> **kein „Bewerbungsverfahren“!**
- Informationen / Hinweise anderer humanitärer Organisationen (zB Caritas) fließen in Bewertung mit ein;
- Informationen werden im Rahmen von Gesprächen mit den Flüchtlingen verifiziert und in einem Standard-Formular zusammengefasst;
- Standard-Formular wird elektronisch an das zur Entscheidung beauftragte BAMF gesendet.

## 2. HAP - Auswahlverfahren unter Beteiligung von UNHCR

...Differenziertes Vorgehen je nach Gruppe:

- (2) Flüchtlinge mit verwandtschaftlichen oder sonstigen Bezügen nach Deutschland:
- Aufgrund vereinfachter Registrierungsverfahren hat UNHCR Libanon nur begrenzte Informationen zum Verbleib weiterer Familienmitglieder;
- Ausgangspunkt für Identifikation von Flüchtlingen mit familiären Beziehungen in Deutschland: „Interessenabfrage“ in Deutschland (via Web-Formular in D und En);
- Neben persönlichen Daten wird auf Wunsch der Bundesregierung / der Länder auch Unterstützungspotential erfragt;
- UNHCR Deutschland überprüft die Datensätze auf Schlüssigkeit und Konsistenz und übermittelt sie zur weiteren Bearbeitung an UNHCR Libanon -> weiteres Vorgehen wie bei Gruppen (1) und (3)
- Aus der Erfassung des Wunsches in Deutschland lebender Personen syrischer Abstammung um Berücksichtigung von Angehörigen erwächst keinerlei Rechtsanspruch auf Weitergabe der Daten, Einbeziehung der genannten Personen in das Aufnahmeprogramm oder auf individuelle Prüfung des Aufnahmewunsches!**

## 2. HAP - Gegenwärtiger Stand des Aufnahmeprogramms

2.343 Fälle / 9431 Personen von UNHCR Beirut auf der Grundlage der bei der Registrierung gesammelten Daten auf ihre Vereinbarkeit mit den Kriterien des HAP überprüft

619 Fälle / 2.626 Personen zur Ergänzung / Verifikation der bei der Registrierung erhobenen Daten von UNHCR Beirut interviewt

Ca. 1.900 Einzelpersonen wurden dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge von UNHCR Beirut zur Aufnahme vorgeschlagen

Ca. 950 Einzelpersonen wurde vom BAMF (vorbehaltlich des erfolgreichen Abschlusses des Visumverfahrens) eine Aufnahmezusage in Aussicht gestellt

Etwa 700 syrische Staatsangehörige sind inzwischen unter dem HAP in Deutschland eingereist – darunter ca. 350 von UNHCR ausgewählte Flüchtlinge

...dies beinhaltet 251 Interessenbekundungen / 1.000 Einzelpersonen, die von UNHCR Berlin an UNHCR Beirut übermittelt wurden

- In weiteren etwa 950 Fällen stand eine Entscheidung des BAMF am 01.11.2013 noch aus

- 56 Fälle / 254 Einzelpersonen erwarten derzeit die Ausreise-Clearance der libanesischen Behörden; der nächste Flug ist für Anfang Oktober geplant

## 2. HAP - Statistik UNHCR Berlin

### (1) Telefon-Hotline

UNHCR Berlin hat seit dem 01. Juni 2013 eine Telefonhotline für Fragen rund um das Syrien-Aufnahmeprogramm des Bundes eingerichtet, die gegenwärtig mit zwei Mitarbeitern besetzt ist und täglich zwischen 10.00 und 12.00 sowie zwischen 15.00 und 17.00 erreichbar ist.

Über die Hotline wurden bislang 3.032 telefonische Beratungen durchgeführt, darüber hinaus wurden 1.302 elektronische Anfragen per e-Mail beantwortet.

### (2) Interessenbekundungen von Angehörigen

Seit dem 15. Juni 2013 können in Deutschland lebende Angehörige syrischer Flüchtlinge über ein [Internet-Formular](#) ihr Interesse an der Aufnahme ihrer Familienmitglieder anmelden.

Über das Internet-Portal wurden bislang 3.056 Interessenbekundungen registriert. Bedauerlicherweise entsprachen hiervon nur 251 (1.000 Einzelpersonen) den Kriterien des HAP.

## 2. HAP - Fragen zum Aufnahmeprogramm?

...Bitte nutzen Sie die folgenden Informationskanäle:

<http://www.unhcr.de/unhcr/in-deutschland/aufnahmeprogramm-syrien.html>

UNHCR-Syrien-Hotline: 030 202 202 21

E-Mail: [Syrien@unhcr.org](mailto:Syrien@unhcr.org)

## 3. Die Länderprogramme zur Aufnahme syrischer Flüchtlinge mit Angehörigen in Deutschland



### 3. Länderaufnahme - Hintergrund

Bundestagsbeschluss vom 28.06.2013:

Die Bundesregierung wurde im Rahmen eines fraktionsübergreifenden Antrags aufgefordert, ihr Einvernehmen mit weitergehenden Aufnahmeprogrammen für syrische Flüchtlinge mit Familienangehörigen in Deutschland durch die Bundesländer zu erklären.

Mittlerweile haben 14 Bundesländer entsprechende Aufnahmeanordnungen erlassen oder in Planung; lediglich Bayern und Sachsen scheinen derzeit keine weitere Gruppenaufnahme syrischer Flüchtlinge anzustreben.

Eine [Übersicht](#) über die einzelnen Landesregelungen findet sich auf der Web-Seite von Pro-Asyl.

### 3. Länderaufnahme - Inhalt der Regelungen

Die vorliegenden Aufnahmeanordnungen sehen in der Regel die Aufnahme unter folgenden Voraussetzungen vor:

- Zuzug zu **Verwandten** in Deutschland, die einen deutschen Pass oder eine reguläre Aufenthaltserlaubnis besitzen und mindestens seit 1.1.2013 hier leben;
- Die aufzunehmenden Personen müssen sich **in Syrien oder den Anrainerstaaten oder Ägypten** befinden. Syrer mit Aufenthalt in anderen EU-Staaten sind von der Aufnahme ausgeschlossen;
- Begünstigt sind Ehegatten, Eltern, Kinder, Großeltern, Enkel oder Geschwister sowie deren Ehegatten und minderjährigen Kinder. In einigen Ländern können explizit auch weitere Personensorgeberechtigte dieser Kinder aufgenommen werden.
- Die Angehörigen in Deutschland - oder Dritte - müssen eine Verpflichtungserklärung über sämtliche **Lebensunterhaltskosten** (teilweise einschließlich der Kosten für die Krankenbehandlung) der aufgenommenen Flüchtlinge abgeben. Die Ausländerbehörden führen hierzu eine Bonitätsprüfung durch, mit der nachgewiesen werden soll, dass die Verpflichtungsgeber über ausreichendes Einkommen für die Familie hier und die nachziehenden Verwandten verfügen.
- Die Regelungen sind befristet auf **Ende Februar 2014**, in Bremen auf den 9.3., Thüringen auf den 10.3., in Sachsen-Anhalt und NRW auf **Ende März 2014**.

### 3. Länderaufnahme – Aufenthaltsstatus und Folgerechte

- Die im Rahmen der Länderprogramme aufgenommenen Flüchtlinge erhalten eine zunächst auf ein Jahr befristete Aufenthaltserlaubnis gemäß § 23 Abs. 1 AufenthG „wegen des Bürgerkrieges“;
- Gemäß § 1 AsylBLG unterliegen die im Rahmen der Länderprogramme aufgenommenen Flüchtlinge nicht dem SGB II/XII, sondern erhalten Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz;
- Die Leistungen nach dem AsylBLG sind subsidiär ggü der Unterstützung durch Angehörige (Verpflichtungserklärung!);
- Die Aufnahme einer Erwerbstätigkeit ist gestattet. Für die Zeit des Sozialleistungsbezuges bzw. der Arbeitslosigkeit ist der Abschluss einer Krankenversicherung für die meisten dieser Flüchtlinge jedoch ausgeschlossen (keine gesetzliche Versicherungspflicht, PKV in den meisten Fällen wirtschaftlich kaum möglich);

### III. Psychosozialer Versorgungsbedarf syrischer Flüchtlinge

- Viele der syrischen Flüchtlinge haben aufgrund eigener oder überlieferter traumatischer Erfahrungen in Syrien oder auf der Flucht psychologischen Beratungs- oder Behandlungsbedarf;
- In der Regel ist davon auszugehen, dass in den Erstzufluchtsstaaten keine psychologische Betreuung stattgefunden hat;
- In Deutschland ist vor allem für die im Rahmen der Länderprogramme aufgenommenen syrischen Flüchtlinge der Zugang zu medizinischer Versorgung eingeschränkt (Asylbewerberleistungsgesetz, Verpflichtungserklärung)
- Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten in Deutschland sollten auf die individuelle Lebenssituation (Aufenthaltsstatus, familiäre Bindungen, Fluchthistorie, etc.) abgestimmt sein

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**





Jenny Baron,  
BAfF e. V.

## „Daten für Taten!?“ - Zur Versorgungssituation von Flüchtlingen und Folteropfern im Jahr 2012 Ergebnisse der aktuellen Leistungsabfrage

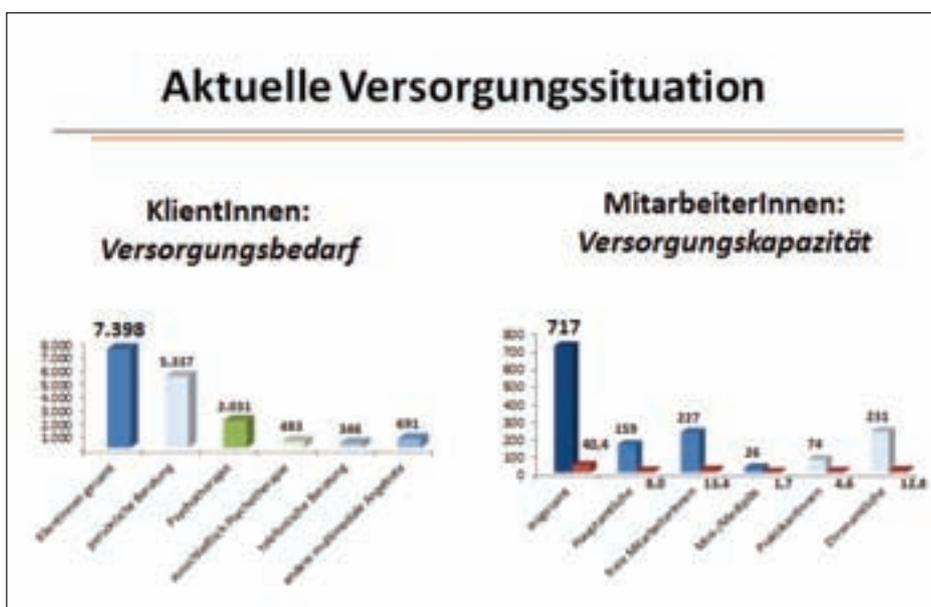
Warum fragen wir Euch und Sie in den letzten Jahren eigentlich immer und immer wieder nach Daten? „Wie viele KlientInnen betreut Ihr, wie eigentlich, durch wen, wie lange und woher kriegt ihr das Geld dafür?“ Was geht uns das als BAfF eigentlich an? Warum wollen wir das so genau wissen?

Weil wir im Versuch, den Mangel an Behandlungsressourcen bundesweit, den Ihr und Sie alle jeden Tag in der Behandlung, Beratung und Begleitung Geflüchteter erlebt, weil wir im Versuch, dieses Versorgungsdefizit im öffentlichen, im fachlichen und im politischen Diskurs zu thematisieren, Verantwortliche in die Verantwortung zu nehmen, sie mit ihrer Pflicht zur angemessenen gesundheitlichen Versorgung schutzsuchender Flüchtlinge zu konfrontieren, immer wieder aufgefordert werden, diese „vermeintliche“ Versorgungslücke zu beziffern, Hausnummern zu benennen, Zahlen und konkrete Fälle zu liefern.

Und weil wir, wie alle wissen, von Seiten der Bundesregierung – wie auch aktuell in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage, die wir gemeinsam mit der Fraktion Bündnis 90/ Die Grünen im Bundestag lanciert haben, wider besseren Wissens immer wieder mit der Aussage abgeschmettert werden, „die alternativen Anwendungsvarianten der §§ 4 und 6 AsylbLG [erlaubten] schon heute eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Leistungsberechtigten“ (BT-Drs. 17/13461, 2013, S.4).

Aber nicht nur Eure und unsere Erfahrungen stehen dem gegenüber, auch die Daten, die ihr uns zur Verfügung gestellt habt, sprechen für sich:

Wenn ich eine Zielgruppe angemessen versorgen will, dann muss ihrem Versorgungsbedarf ja zunächst einmal ein quantitativ aus-



reichendes Versorgungsangebot gegenüberstehen. Für die 18 Behandlungszentren, die bisher in unsere Datenanalyse eingegangen sind, würde das bedeuten, dass alle 7400 Klientinnen, die im Jahr 2012 in den Psychosozialen Zentren Unterstützung gesucht haben, durch die insgesamt 700 Mitarbeiterinnen der Einrichtungen – wenn man PraktikantInnen und Ehrenamtliche abzieht, sind es nur noch 400 - angemessen versorgt werden können (vgl. Abb.1).

Abbildung 1

Geht das denn? Welche Ressourcen stehen uns denn damit zur Verfügung?

Ausgehend von einem Behandlungssetting, in dem jedeR KlientIn einmal in der Woche - was ja ein gängiges Beratungs- oder Behandlungssetting sein könnte - also 4 Mal im Monat käme, hätte das durchschnittliche Psychosoziale Zentrum innerhalb der regulären Stundenkontingente der MitarbeiterInnen pro KlientIn ungefähr 29 Behandlungs-/ Beratungsstunden im Jahr zur Verfügung - im Monat also theoretisch maximal 2,5 Stunden. Aber selbst diese Zahl ist noch mit Vorsicht zu genießen, denn sie enthält zusätzlich zur direkten KlientInnen-Arbeit auch noch einen nicht unerheblichen Teil administrativer Arbeiten, die Therapiedokumentation, die Supervision, die Abrechnung, die Lobby-, Öffentlichkeits- und die Fortbildungsarbeit - alles Tätigkeiten, von denen der/ die KlientIn selbst direkt erst einmal nichts hat, die aber in seine/ ihre 2,5 Behandlungsstunden einfließen.

Zudem zeigen unsere Daten, dass unsere KlientInnen ein multimodales, integriertes Behandlungsangebot brauchen und dieses auch wahrnehmen – dass es eben meist nicht mit einer Stunde Einzelpsychotherapie getan ist, sondern in der Mehrheit der Fälle einer Flankierung durch Sozial- und Asylverfahrensberatung, durch kreative, familientherapeutische und körperorientierte Thera-

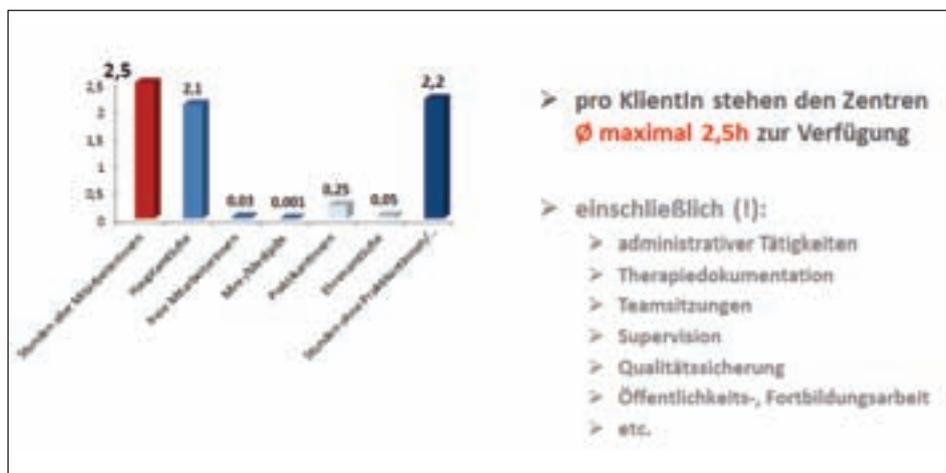


Abbildung 2

pieprogramme, durch bildungs- und

freizeitorientierte Angebote usw. bedarf. All dies ist ganz offensichtlich nicht in durchschnittlich 2,5 Stunden pro KlientIn und Monat zu leisten.

Was dies aber für Menschen, die in den Psychosozialen Zentren Hilfe suchen (möchten) noch bedeutet, wird anhand der Folgen deutlich, die aus den eingeschränkten Ressourcen der Einrichtungen resultieren.

### Folgen der Kapazitätsprobleme

Bundesweit stehen insgesamt ca. 1250 Flüchtlinge auf den Wartelisten der Psychosozialen Zentren (durchschnittlich pro Zentrum: 52 Flüchtlinge, in einigen Zentren weit über 100). Die Wartezeiten bis zur Aufnahme einer Psychotherapie liegen im Schnitt bei 5 Monaten und reichen in einigen Zentren bis zu 1,5 Jahren (vgl. Abb. 3).

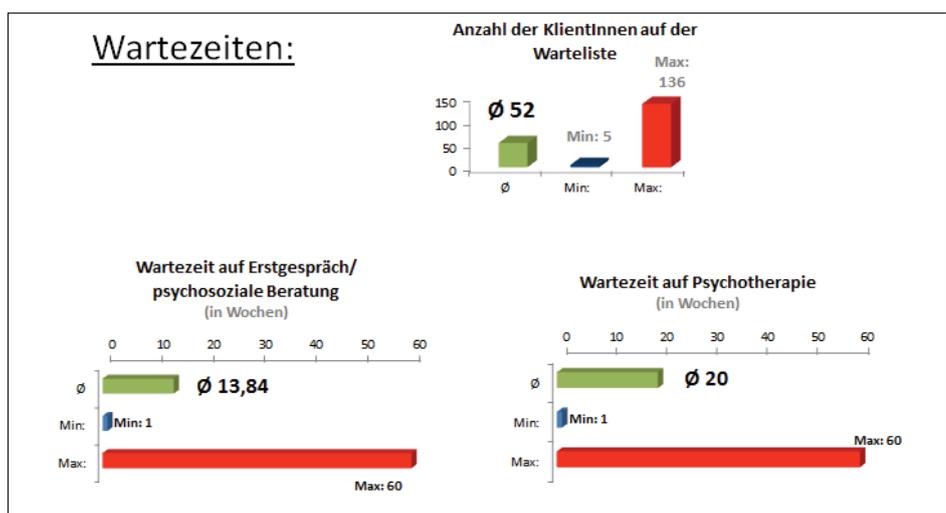


Abbildung 3

## Ablehnungen:

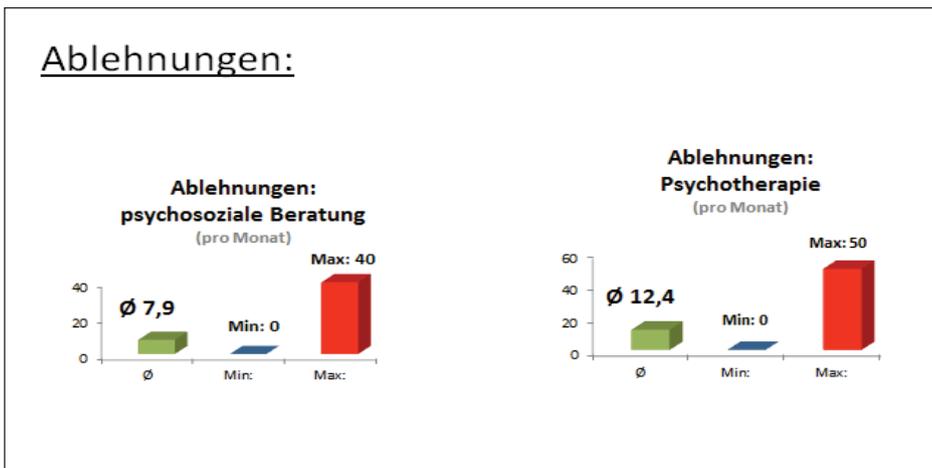


Abbildung 4

Bundesgebiet insgesamt mindestens 3500 Menschen, die in den Zentren um Behandlung angefragt haben, keine psychotherapeutische Unterstützung gefunden haben.

## Ursachen für Versorgungsdefizite: Finanzierungssituation der Psychosozialen Zentren

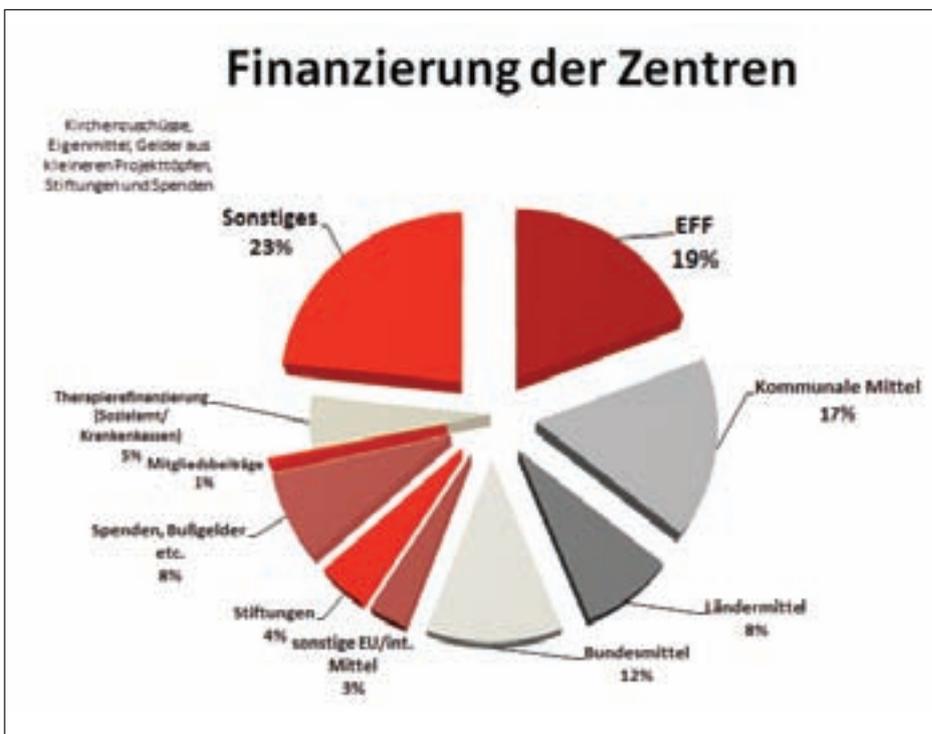


Abbildung 5

nationaler Fonds (3%) immer wieder aufs Neue mit ungewissem Ausgang beantragt. Und insgesamt nur 17/8 bzw. 12 % gehen auf das Konto der Kommunen, der Länder und des Bundes - die sich eigentlich in der Verantwortung sehen sollten. Was in dieser Grafik außerdem deutlich wird, ist der verschwindend geringe Anteil, den – mit nur 5% - die Refinanzierung von Psychotherapien durch die eigentlich verantwortlichen gesetzlichen Leistungsträger einnimmt.

Psychotherapien einschließlich der notwendigen Dolmetscherkosten werden damit im Durchschnitt zu 74% durch die instabilen son-

Doch selbst der Sprung auf die Wartelisten der Einrichtungen scheint bereits voraussetzungsvoll: So mussten von einem durchschnittlichen Psychosozialen Zentrum im Jahr 2012 insgesamt 144 Personen, die um einen Therapieplatz angefragt hatten, direkt abgelehnt werden (vgl. Abb. 4). Hochgerechnet auf insgesamt 24 Behandlungszentren, bedeutet das, dass auf dem gesamten

Begründet sind die unzureichenden Versorgungskapazitäten der Zentren maßgeblich durch ihre prekäre, instabile Finanzierungssituation:

So akquirieren die Zentren einen großen Teil ihres jährlichen Budgets aus unzähligen unterschiedlichen und jeweils für sich oft winzigen Fördertöpfen: Zu insgesamt 36% leben die Zentren von sonstigen Geldern aus kleinen Projektöpfen, Kirchenmitteln, Stiftungs- und allzeit schwankenden Spendengeldern. 21% der Haushalte werden aus den instabilen Fördertöpfen des EFF (19%) und anderer EU- bzw. inter-

## Finanzierung Psychotherapie

Sonstiges: Spenden, ehrenamtl. Engagement u. Unterstützer, EFF, Stiftungen, Land, Kommune, Mitgliedsbeiträge, kirchl. Mittel, KlientInnen selbst

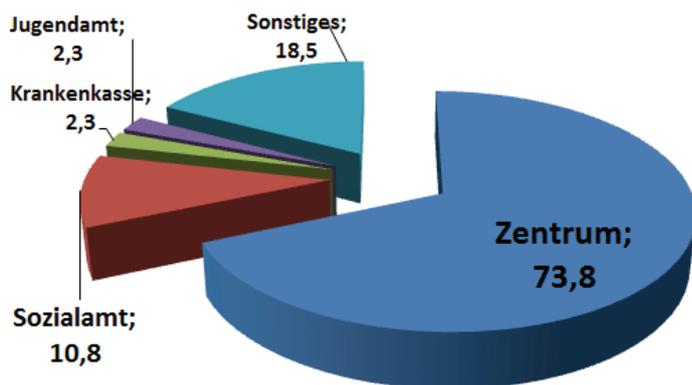


Abbildung 6

stigen Mittel der Zentren selbst finanziert (vgl. Abb 6).

Die Sozialämter z.B. lehnen die Hälfte der Therapieanträge ab - mit den bekannten Argumenten, dass kein Anspruch nach Asylbewerberleistungsgesetz bestehe, Psychotherapie bei unsicherem Aufenthaltsstatus keinen Sinn mache oder doch bereits psychiatrische Behandlung erfolge, entsprechend also psychotherapeutische Interventionen überflüssig seien. Hier gilt es, Fakten und Argumentationen zu bündeln, ihnen fachliche Expertise und Modelle

guter Praxis entgegenzusetzen und diese an die EntscheidungsträgerInnen heranzutragen, Kriterien und Verfahren für die Durchführung von Psychotherapien nach AsylbLG zu entwickeln und diese im politischen Diskurs zu lancieren.

Wie nötig dies ist, zeigen auch die ersten Ergebnisse, die wir zur Vermittlung von KlientInnen in die gesundheitliche Regelversorgung erhoben haben: Und zwar haben hier 72% der Psychosozialen Zentren angegeben, dass sie vor dem Hintergrund mangelnder eigener Behandlungskapazitäten versuchen, KlientInnen an niedergelassene KollegInnen zu vermitteln.

Dies allerdings gelingt in der Regel allenfalls unter großen Schwierigkeiten: Niedergelassene PsychotherapeutInnen scheinen auf die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge und Opfern von Folteropfern im Moment noch nicht hinreichend eingestellt zu sein (vgl. Abb. 8).

## Vermittlungen an niedergelassene PsychotherapeutInnen



Abbildung 7

## Zentrale Probleme bei Vermittlungen

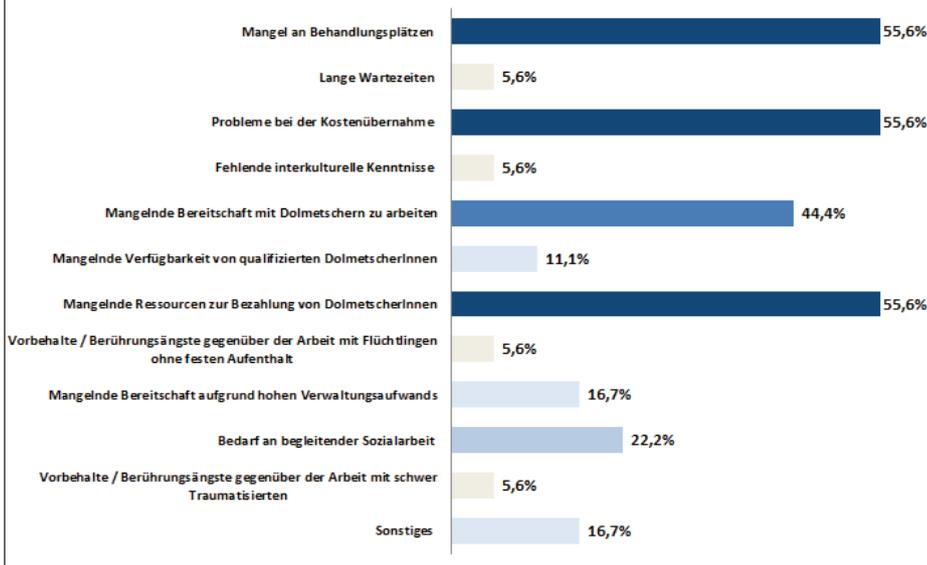
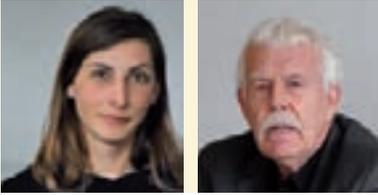


Abbildung 8

Nicht nur, dass es auch hier an Ressourcen mangelt, und es Vorbehalte und Berührungsängste gegenüber der Arbeit mit Flüchtlingen, gegenüber der Arbeit im interkulturellen Setting, der Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen, der zusätzlich nötigen Sozialarbeit und dem hohen Verwaltungsaufwand verbunden mit dem Asylverfahren zu geben scheint: Auch hier stellt die Kostenübernahme für die Therapie selbst und auch die Dolmetscherkosten in über der Hälfte der Fälle das entscheidende Hindernis für eine erfolgreiche Vermittlung dar.

Niedergelassene KollegInnen stehen also vor ähnlichen Problemen wie wir. Das heißt, es gilt, gemeinsam Druck auf die Kostenträger zu ausüben, Psychotherapien für traumatisierte Flüchtlinge zu erstatten - also auf Grundlage des fachlichen Wissens zu Versorgungsbedarf und Behandlungsstandards und der aktuellen Zahlen zum Versorgungsdefizit gemeinsam die Lobby zu erweitern, die sich für die qualifizierte Umsetzung der Versorgungspflicht für schutzsuchende Flüchtlinge einsetzt.

Soviel als erster Einblick für den Moment. Wir werden die Daten zur Leistungsabfrage kontinuierlich aktualisieren und gemeinsam mit den Zahlen aus dem Jahr 2013 im nächsten Jahr in einem umfassenden Versorgungsbericht veröffentlichen. Wofür wir u.a. mit diesen Zahlen und darüber hinaus in der jüngsten Vergangenheit politisch gearbeitet haben, dazu gebe ich nun das Wort an meine Kollegin Esther Kleefeldt und unseren stellvertretenden Vorsitzenden Prof. Dr. Jochen Zenker zur Lobbyarbeit der BAfF.



Esther Kleefeldt und Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker,  
BAfF e. V.

## Zur Bedeutung der Lobbyarbeit für die deutschen Zentren

### **Ziele und Erfahrungen der Lobbyarbeit**

*Advocacy is a political process by an individual or group which aims to influence public-policy and resource allocation decisions within political, economic, and social systems and institutions. Advocacy can include many activities that a person or organization undertakes including media campaigns, public speaking, commissioning and publishing research or polls or the filing of an amicus brief. Lobbying (often by lobby groups) is a form of advocacy where a direct approach is made to legislators on an issue which plays a significant role in modern politics.*

[wikipedia 2010)

### **Allgemeine Zielsetzungen der BAfF für die Zielgruppe der vulnerablen Flüchtlinge**

- Gesellschaftliche und politische Anerkennung der Zielgruppe und deren psychosoziale und psychotherapeutische Bedarfe
- Nachhaltige Absicherung der Arbeit der vorhandenen Initiativen und Zentren
- Refinanzierung der Komplexleistungen
- Integration in die flächendeckende Regelversorgung

### **Ziele und Erfahrungen der Lobbyarbeit**

#### **Kampagne: „beHandeln statt verwalten“**

##### **Konkrete Zielsetzungen:**

- das frühzeitige Erkennen der körperlichen und seelischen Erkrankungen
- der gesicherte Zugang zu qualifizierter Behandlung
- eine interdisziplinäre Beratung und Begleitung

### **Kooperationspartner**

IPPNW, Diakonie, pro Asyl, medico international, Bundesärztekammer, Der Paritätische, Humanistische Union, Ärzte der Welt u.a.

### **Unterstützer**

Prominente Personen wie Petra Pau, Claudia Roth, Barbara Lochbihler u.a.

dazu einige Hundert online - Unterzeichner

### **Maßnahmen**

intensive Vorbereitung (Seminare), Gespräche mit PolitikerInnen, Ministerien, Verbänden, online-Unterschriftenaktion, Fachkonferenz, Pressearbeit

### **Resumée**

#### **Negativ:**

- „Falsche“ Zielgruppe
- Fehlende Ressourcen der BAfF
- Eingeschränkte Lobbying - Professionalität
- Die BAfF ist nicht Bestandteil der Regelversorgung
- Keine Unterstützer mit Definitionsmacht
- Mangelnde Kooperation mit den Partnerorganisationen
- Zu wenig präsentierbares Material (Daten, Berichte, Filme) ?

#### **Positiv:**

- Erfahrungen gesammelt
- Bekanntheitsgrad der Problematik hat zugenommen
- Netzwerke entstehen

## **Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer**

- Konsequenz aus der Kampagne „beHandeln statt verwalten“:
- Lobbyarbeit zur Verbesserung spezifischer Teilaspekte der Versorgung
  - Spezialisierte Bündnis- und Kooperationspartner gewinnen
  - Mit speziellem Anliegen an dafür zuständigen Entscheidungsträger herantreten

## **Psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen nach AsylbLG**

- Aufbau Kooperation mit der Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK) → Daten zu Versorgungslücken und fehlender Kostenübernahme für PT
- Ziel: Sicherstellung der Kostenübernahme für Psychotherapie unabhängig vom Aufenthaltsstatus
- Standardisiertes Antrags- und Bewilligungsverfahren – Analog dem Vorgehen bei der GKV (Fristen, Kriterien)

## **Kleine Anfrage an die Bundesregierung**

1. Kleine Anfrage der BAfF an die Bundesregierung – gemeinsam mit der Fraktion Bündnis 90/ DIE GRÜNEN – Thema: Unzureichende gesundheitliche Versorgung von Folteropfern und traumatisierten Flüchtlingen → Daten zu Versorgungslücken und fehlenden Kapazitäten i. d. Zentren – Aufforderung zur Stellungnahme!
2. Antwort der Bundesregierung – Mangelversorgung existiert nicht – Verantwortungen Dritter (GKV, etc.) – „Nichtzuständigkeit“
3. Stellungnahme der BAfF zur Antwort – Forderung nach einem kohärenten Versorgungskonzept!

## **Wahlprüfsteine zur Bundestagswahl 2013**

### **Forderungen der BAfF**

- Sicherstellung einer adäquaten gesundheitlichen Versorgung
- Unterbringung in angemessenem Wohnraum
- Arbeitserlaubnis
- Schnelle Familienzusammenführung
- Berücksichtigung psychischer Belastungen in den Asylverfahren

### **Antworten der Parteien**

- CDU/CSU: kurz: med. Versorgung nach AsylbLG, Resettlement
- SPD: keine!
- Bündnis 90/ die Grünen: weitreichend: Abschaffung AsylbLG und Dublin II, umfassende Unterstützung aller Forderungen
- FDP: zwiespältig: Arbeitserlaubnis, keine Residenzpflicht, Bleiberecht
- Die Linke: sehr weitreichend: Abschaffung AsylbLG, Absicherung Zentren, Arbeitserlaubnis, keine Sammellager, Familienzusammenführung

Claudia Kruse,  
Diplom-Sozialpädagogin, Gestalttherapeutin (Psychotherapie/HPG), bzfo Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin

## Einsatz von DolmetscherInnen in Behandlung und Beratung von traumatisierten Flüchtlingen

### Einsatz von DolmetscherInnen in/ bei

- Sozialer und psychologischer Beratung
- Psychotherapeutischen Einzelgesprächen (Erwachsene, Kinder)
- Gruppentherapeutischen Angeboten (Psychotherapie, Psychoedukativ, Nachsorge, Ergotherapie, Musiktherapie...)
- Ärztlichen, psychiatrischen Gesprächen
- Familien- und Elterngesprächen
- Physiotherapie
- Kunst- und Musiktherapie
- Gutachten, Stellungnahmen im Asylverfahren
- Externen Begleitungen zu RechtsanwältInnen, ÄrztInnen, Krankenhäuser, Behörden, Schule...

### Traumaspesifische Beziehungsaspekte

Gründe für zu geringe Distanz (Überidentifizierung) der DolmetscherIn:

- Überwältigt sein von Empathie
- Schuld und Schamgefühle
- Furcht vor Identifizierung mit dem/der TäterIn
- unbewältigte eigene traumatische Erfahrungen
- gleiches Herkunftsland und/oder ähnlicher politischer Hintergrund
- Solidaritätsgefühle
- Hilflosigkeit

### Gründe für zu große Distanz der DolmetscherInnen:

- Unzureichende Kenntnisse und Erfahrung in der Psychotraumatologie
- Schuldgefühle
- anderer politischer Hintergrund
- idealisiertes Weltbild

- Abwehr eigener traumatischer Erfahrungen (Haenel 2001)

### Belastungsfaktoren

Hoher Anforderungs- und Belastungsdruck durch:

- Traumageschichte
- aktuelle psychosoziale Notlage
- ausgeprägte Erwartungshaltung der KlientInnen
- eigene Ohnmacht bzw. keine Kontrolle, bedingt durch äußere Umstände und Rolle der DolmetscherInnen, selber nicht handeln zu dürfen
- trotz Unverständnis bzw. Ablehnung der Interventionen der TherapeutIn muss übersetzt werden
- Honorarkräfte: kein bezahlter Urlaub, kein Krankengeld, Angst, bei Abwesenheit Aufträge zu verlieren
- unregelmäßige, schlechte Bezahlung
- Abhängigkeit von Aufträgen: Verschweigen von Be- und Überlastung, Unterdrücken von Belastungssymptomen
- verschiedene Auftraggeber
- keine Ausbildung im therapeutischen/ psychosozialen Kontext
- meist keine eigenen Therapieerfahrungen
- eigene traumatische Erfahrungen

### Regeln für den Einsatz von DolmetscherInnen

- professionelle bzw. speziell fortgebildete DolmetscherInnen
- keine Angehörigen/Bekannteten als SprachmittlerInnen, Unbefangenheit
- Schweigepflicht (schriftlich fixieren)
- Wahrung von Neutralität und Unparteilichkeit
- keine privaten Kontakte mit PatientInnen, auch: DolmetscherIn wartet im Dolmetscherraum
- keine Herausgabe der Telefonnummer der DolmetscherInnen und an die KlientInnen

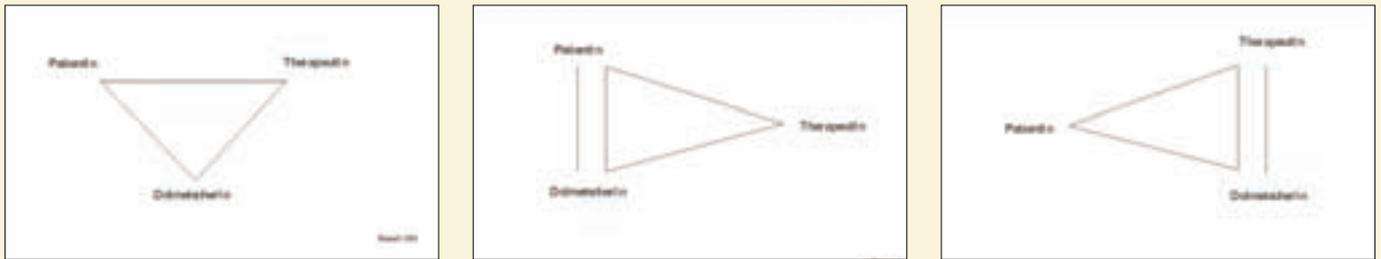


Abbildung: Beziehungsdreiecke, Behandlungszentrum für Folteropfer (bzfo)

- Vorgespräch mit den DolmetscherInnen vor dem ersten Einsatz
- Zu Beginn der Sitzungssequenz: TherapeutIn stellt den/die DolmetscherIn vor und macht Aufklärung des Klienten über die Form der Gesprächsführung und die Regelung für den/die DolmetscherIn
- DolmetscherIn übersetzt in Ich-Form/ direkte Anrede
- möglichst wortwörtliche bzw. wortgetreue Übersetzung
- konsekutives Dolmetschen
- Alles im Raum Gesprochenes wird übersetzt
- sprachliche Missverständnisse mit Rückübersetzung klären
- Wenn außerhalb des Raumes inhaltlich kommuniziert wurde, wird der Inhalt dem Therapeuten mitgeteilt, der Klient ist darüber informiert.

#### Regeln bei dem Einsatz von DolmetscherInnen für die TherapeutInnen

- Er/sie spricht in kurzen Sätzen bzw. übersetzbaren Einheiten und vermeidet abstrakte Ausdrücke/Fachausdrücke
- achtet darauf, dass die Ausdrucksweise dem Bildungsniveau und Abstraktionsvermögen der KlientInnen angepasst sind, überlässt nicht den DolmetscherInnen Anpassung und Erklärung
- achtet auf den Redefluss und stoppt KlientInnen höflich, wenn Gesprochenes zu lang wird; gibt auch den DolmetscherInnen die Möglichkeit, bei Überlastung zu unterbrechen und nachzufragen
- TherapeutIn bemüht sich um direkte Ansprache, baut Blickkontakt auf
- achtet auf nonverbale Kommunikation
- geleitet KlientIn aus dem Raum und kommt zurück zum Nachgespräch mit DolmetscherIn, hierfür müssen nach den Sitzungen fünf bis zehn Minuten eingeplant werden (nach der

ersten oder nach schwierigen Sitzungen evt. mehr Zeit bzw. ein Vorgespräch vor der nächsten Sitzung)

#### Nachgespräch und Fortbildung

- bietet Raum für Klärung von Missverständnissen, kulturellen Besonderheiten/Hintergründen sowie Fragen der DolmetscherInnen zur methodischen Herangehensweise und Beleuchtung von Beziehungsaspekten in der Triade
- dient gleichzeitig der Entlastung der DolmetscherInnen
- Supervision
- monatliche Dolmetscherweiterbildung





Reinhard Pohl,  
Gesellschaft für politische Bildung e. V.

## Finanzierung von Therapien, Fahrtkosten und Dolmetsch-Kosten

Die Traumatisierten sind in der Regel Flüchtlinge. Sie unterliegen dem Asylbewerberleistungsgesetz (bis zu vier Jahren, nach Ablehnung bis zur Ausreise), nach vier Jahren bzw. nach der Anerkennung dem SGB.

Die Kostenübernahme ist nicht klar geregelt, normalerweise läuft es auf einen Einzelfallentscheidung hinaus. Dabei spielt der Status des Patienten eine entscheidende Rolle.

Das Asylbewerberleistungsgesetz sieht nur die Übernahme akuter Erkrankungen (Schmerzzustände) vor, einige Gerichtsurteile sehen eine Traumatisierung in diesem Bereich, andere nicht. Das Asylbewerberleistungsgesetz sieht dazu ausdrücklich auch Fahrt- und Dolmetsch-Kosten vor, deren Übernahme möglich ist.

Das SGB sieht Dolmetsch-Kosten gar nicht vor. Verschiedene Urteile und Erlasse stufen sie als „Eingliederungshilfe“ (mangelhafte Sprachkenntnisse wären so eine „Behinderung“), andere als Krankheitsbehandlung (Dolmetschen = Röntgen) ein.

### **EU-Richtlinien zum Flüchtlingsschutz**

Die „Asylaufnahmerichtlinie“ (2003/9/EG) regelt nur den Umgang während des Asylverfahrens, also bis zur Entscheidung. Die „Qualifikationsrichtlinie“ (2004/83/EG) regelt nur den Umgang mit anerkannten Flüchtlingen (auch mit Abschiebeschutz). Bei ihnen kann man ein Recht auf dolmetscherbegleitete Behandlung für Traumatisierte herleiten.

Keine Richtlinie gilt für abgelehnte AsylbewerberInnen mit Duldung. Das ist aber die größte Gruppe. Bei abgelehnten Flüchtlingen kommt dazu, dass eine vom Therapeuten im Gutachten referierte Folter als Ursache der Traumatisierung mit Blick auf

die Ablehnung des Asylantrages, der meistens mit Unglaubwürdigkeit des Vorbringens begründet wird, vom Sozialamt oder Sozialgericht angezweifelt werden kann.

### **Regelversorgung oder Projektfinanzierung?**

Die einzelnen PsychotherapeutInnen, vor allem aber die Beratungseinrichtungen oder Behandlungszentren müssen immer überlegen, ob sie die Finanzierung im Rahmen der Regelversorgung durchsetzen wollen oder eine Projektfinanzierung für die Therapien anstreben.

Projektfinanzierung bedeutet Hilfe für einige und Verschiebung des Problems. Projektfinanzierung bedeutet auch eine Entlastung der Krankenkassen und Sozialämter vor der Befassung mit der Frage und von Kosten und macht die Ablehnung des „Restes“ (der einzelnen Anträge von einzelnen Psychotherapeuten) einfacher.

Die Aufnahme der Behandlungskosten (Therapie, Fahrtkosten, Dolmetsch-Kosten) in die Regelversorgung sollte deshalb Priorität haben.

### **Dolmetsch-Kosten**

Es gibt einen Mangel an qualifizierten DolmetscherInnen für die Therapie. Die meisten TherapeutInnen reagieren darauf, indem sie sich „ihre“ DolmetscherInnen selbst ausbilden und möglichst behalten.

Der Grund liegt in der unsicheren und meist zu niedrigen Bezahlung.

DolmetscherInnen sind freiberuflich tätig und müssen deshalb von dem Brutto-Honorar ihre gesamten Kosten (AG-Anteil und AN-Anteil) selbst bezahlen. Wenn sie sich für die Tätigkeit auf Eigeninitiative fortbilden sollen, was ohne weiteres möglich ist, benötigen sie eine Bezahlung im Rahmen des JVEG.

Eine Therapiestunde mit An- und Abfahrt kostet 100 Euro, das kann durch geschickte Organisation etwas günstiger werden. Nur DolmetscherInnen, die von der Arbeit leben können und eine Sicherheit haben, auf einem bestimmten Gebiet (z.B. Psychotherapie / Behandlung von Folteropfern) dauerhaft mit Aufträgen versorgt zu sein, können es sich „leisten“, sich vorzubereiten, fortzubilden, auszubilden. DolmetscherInnen, die im Rahmen einer Projektfinanzierung mit einem Stundenhonorar von 20 Euro abgespeist werden, brauchen gut verdienende Ehepartner oder aufstockende Hartz-IV-Leistungen.

### ***Aufnahme von Dolmetsch-Kosten ins Gesetz?***

Gefordert wird seit langem, Dolmetsch-Kosten ins Gesetz aufzunehmen – also im Asylbewerberleistungsgesetz klarer zu beschreiben, parallel und nach dessen Abschaffung ins SGB.

Problem ist die Formulierung der Forderung:

Finanzierung der Dolmetsch-Kosten für Traumatisierte?

Finanzierung der Dolmetsch-Kosten bei schweren Krankheiten?

Diese oft gestellten Forderungen haben alle das Problem, dass sie die Einzelfall-Diskussion nicht beseitigen.

Deshalb ist es sinnvoll, die Finanzierung von Dolmetsch-Kosten als normale Kassenleistung im SGB zu verankern. Das bedeutet:

Der Arzt entscheidet, welche Behandlung und welche Therapie anzuwenden ist, und rechnet das ab. Der eine rechnet eine Röntgenaufnahme ab, der nächste eine Laboruntersuchung, die dritte einen Dolmetsch-Einsatz.

Dolmetsch-Einsätze können dann von allen ÄrztInnen für alle Behandlungen angefordert werden, alle Kasse

## Pressemitteilung

### Tagung zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge Opfer von Kriegen, Folter und Flucht nicht im Stich lassen

Kiel, 5. November 2013.

„Deutschland hat die Antifolterkonvention unterzeichnet und sich damit verpflichtet, Opfern von Kriegen, Gewalt, Folter und Flucht so umfassend wie möglich Hilfe zukommen zu lassen.“ Das erklärte Elise Bittenbinder, Vorstandsvorsitzende der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.), am Sonntag in Kiel. „Dieses Versprechen muss in die Praxis umgesetzt werden, und dazu benötigen wir konsequente politische Entscheidungen“.

Bei einer dreitägigen Tagung analysieren bis Dienstag Fachleute von Behandlungs- und Beratungsstellen für traumatisierte Flüchtlinge die Versorgung in Deutschland und beraten, wie sich Lücken schließen lassen. Eingeladen hatten die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.), das Kieler Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP), der PARITÄTISCHE Schleswig-Holstein und das Diakonische Werk Schleswig-Holstein.

140 Fachleute nehmen an dem Treffen teil. Sie bemängeln, dass zurzeit psychische Probleme von Gewaltopfern selten erkannt und daher nicht behandelt werden. Um Flüchtlingen zu helfen, die durch Folter oder andere Gewalterfahrungen traumatisiert sind, bedarf es neuer staatlicher Konzepte. Nur wenn sich die Verfahren für Flüchtlinge von der Erstaufnahme bis zur Abschiebehaft verändern, hätten die Opfer von Gewalt eine Chance, Zugang zu Therapie und Gesundheitsversorgung zu erhalten, hieß es zu Tagungsbeginn.

Positiv sei zu bewerten, dass sich die Gesundheitsminister-Konferenz im Sommer dieses Jahres einstimmig für eine bessere psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen ausgesprochen habe. Dies sollte nun zügig umgesetzt werden, fordert Günter Ernst-Basten, Vorstand der PARITÄTISCHEN Schleswig-Holstein: „Schnell und frühzeitig denjenigen zu helfen, die Hilfe brauchen, ist menschlich geboten, aber letztlich auch ökonomisch vernünftig, da es stationäre Behandlungen vermeidet.“ Dazu sei es nötig, ein Modell für eine Basisfinanzierung der psycho-sozialen Behandlungszentren zu finden, mit Mitteln des Bundes oder der Kommunen.

In Schleswig-Holstein gehen das Innenministerium des Landes, die Brücke Schleswig-Holstein und der PARITÄTISCHE einen weiteren Weg: Sie arbeiten daran, psychiatrische Regeleinrichtungen für Flüchtlinge zu öffnen. In beiden Modellen sei es entscheidend, die Kosten für Dolmetscher in die Finanzierung einzubeziehen, so Priv.-Doz. Dr. Robert Göder, stellv. Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie- ZIP, UKSH.

Für das Diakonische Werk Schleswig-Holstein erklärte Vorstandsmitglied Anke Schimmer: „Wir alle sind betroffen von dem, was die Opfer des Bürgerkriegs in Syrien erleiden. Wir müssen als Gesellschaft zeigen, dass wir bereit sind, Menschen, die dieser Hölle entfliehen, Hilfe zu gewähren. Deutschland ist ein reiches Land und kann deutlich mehr Bürgerkriegsflüchtlinge aufnehmen als das jetzt beschlossene Kontingent von 5.000 Flüchtlingen. Davon kommen gerade einmal 168 nach Schleswig-Holstein. Viele dieser Flüchtlinge sind schwer traumatisiert. Wir müssen sicherstellen, dass diese Menschen so gut wie möglich versorgt und behandelt werden“.

Für Fragen stehen Ihnen Günter Ernst-Basten, Der PARITÄTISCHE Schleswig-Holstein, Tel. 0431 - 56 02 10 und die Geschäftsstelle der BAfF, Elise Bittenbinder, Tel. 030 - 31 01 24 61, für inhaltliche Fragen mobil 0172/2638369, zur Verfügung.

## **Hintergrund**

Laut Studien gilt rund ein Viertel aller Flüchtlinge als traumatisiert. Gründe sind Folter oder Gefangenschaft im Herkunftsland sowie Gewalterfahrungen während der Flucht. Auch Menschen, die etwa in Bürgerkriegen selbst Gewalttaten begangen haben, leiden häufig unter Traumata.

Deutschland hat die Antifolterkonvention unterschrieben und sich damit verpflichtet, „für Menschen, die Traumatisierungen erlitten haben, eine so vollständige Rehabilitation wie möglich“ sicherzustellen. Bestätigt und ausführlich begründet wurde die Konvention erneut im Dezember 2012 vom Committee against Torture (CAT). Die Bundesregierung und alle im Bundestag vertretenen Parteien stehen zu diesem Ziel und bestätigen in Fachdebatten stets, dass schutzbedürftige und traumatisierte Flüchtlinge eine speziell ausgerichtete psycho-soziale Versorgung brauchen. Dennoch bleiben Betroffene in vielen Fällen von der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen oder erhalten nicht die richtige Hilfe.

Traumata werden in den Aufnahmelagern oder den Wohnunterkünften oft nicht erkannt, weil Gewaltopfer ihre Geschichte verschweigen - gerade Frauen wagen es nicht, beispielsweise von Vergewaltigungen zu berichten. Daneben besteht ein strukturelles Problem: Nicht neutrale Gutachter oder medizinische Fachkräfte entscheiden über den Zustand eines Flüchtlings, sondern die Prüfgremien der Ausländerbehörden oder Bedienstete der Aufnahmelager. Die Flüchtlinge selbst können nicht zu einem Arzt gehen, da ihnen medizinische Hilfe nur bei lebensbedrohlichen Krankheiten gewährt wird. Ob das auf eine psychische Störung zutrifft, also ob sie zu einem Suizid führt, ließe sich nur durch die Untersuchung erweisen, die nicht erlaubt wird.

Den Beratungsstellen und Flüchtlingsinitiativen fehlt es an Fachpersonal und Dolmetschern, vor allem an Dolmetscherinnen, die für Gespräche mit weiblichen Vergewaltigungsopfern dringend nötig wären. Im Jahr 2011 betreuten in 14 Behandlungszentren der BAfF 328 Beschäftigte, von denen viele nur Teilzeit arbeiten, 6.378 Flüchtlinge. Damit kamen auf eine Fachkraft 20 Klientinnen und Klienten. Für jeden dieser Menschen, die teilweise schwerste Traumata und Folter erlitten haben, standen damit rechnerisch 2,11 Stunden Arbeitszeit pro Jahr zur Verfügung.

Verantwortlich:

Günter Ernst-Basten

Vorstand

PARITÄTISCHER Wohlfahrtsverband Schleswig-Holstein e. V.

Zum Brook 4, 24143 Kiel

[www.paritaet-sh.org](http://www.paritaet-sh.org)

[vorstand@paritaet-sh.org](mailto:vorstand@paritaet-sh.org)

Tel. 0431/56 02 -10

Elise Bittenbinder

Vorstandsvorsitzende

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft

Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V.

Paulsenstr. 55-56, 12163 Berlin

[www.baff-zentren.org](http://www.baff-zentren.org)

[info@baff-zentren.org](mailto:info@baff-zentren.org)

Traumata von Flüchtlingen

# Die Angst vor dem nächsten Stein: schwere Wege der Erinnerung

*Viele Flüchtlinge tragen Bilder von Gewalt und Schmerz in sich. Maryam Rezaï ist eine von ihnen. Im Kieler Zentrum für Integrative Psychiatrie fand sie Hilfe.*

Doch, dass ihr Name im Artikel genannt wird, damit ist sie einverstanden, sagt die junge Frau. Schließlich kann sie mittlerweile zu sich selbst stehen und ist stolz darauf, dass sie den Weg bis hierhin geschafft hat. Noch vor etwas mehr als einem Jahr hatte Maryam Rezaï sich nicht vorstellen können, dass es überhaupt Sinn haben könnte, fremde Hilfe anzunehmen. Zu sehr war sie in den Erinnerungen des Schreckens gefangen, den sie erlebt hatte. Immer wieder kamen ihr grauenhafte Bilder vor Augen. Sie konnte sich nicht gegen ihre Unruhe wehren, hatte Angst und war unfähig, etwas dagegen zu tun. „Ich fühlte mich immer schuldig, egal was ich machte“, sagt sie. „Das ist endlich vorbei.“ Inzwischen kann sie akzeptieren, dass es andere waren, die ihr und anderen Leid zugefügt haben.

Vor gut einem Jahr kam Maryam Rezaï zum Zentrum für Integrative Psychiatrie (ZIP) in Kiel. Die Leiterin ihrer damaligen Unterkunft in Neumünster hatte sie dorthin vermittelt. Sie hatte erkannt, wie verzweifelt die damals 30-jährige Frau war. Das sei ein üblicher Weg, sagen die Mitarbeiter des Teams am ZIP. Meist sind es Kollegen kooperierender Einrichtungen, die die Notwendigkeit einer psychiatrischen Behandlung von Flüchtlingen erkennen. Doch nicht immer kann das multiprofessionelle Team des Zentrums, das als gemeinnützige Gesellschaft der Kieler Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Universitätsklinikum Schleswig-Holstein angegliedert ist, schnell helfen. „Wir haben eine Warteliste von bis zu 30 Patienten“, sagt Oberarzt Dr. Gunnar Paulsen. Gemeinsam mit einer weiteren Ärztin, Psychologinnen, Sozialpädagogen und einer Ergotherapeutin bemüht er sich, die Wartezeit für Patienten nicht gar zu lang werden zu lassen. Dennoch kann es bis zu einem halben Jahr dauern, bis ein Therapieplatz frei ist.

Wenn eine ambulante Therapie beginnen kann, dann gilt es in den ersten Sitzungen, die Probleme zu eruieren, die den Patienten so sehr belasten. Meist leben die Flüchtlinge, die hierher kommen, mit einer posttraumatischen Belastungsstörung, waren Zeuge oder Opfer von Gewalt und Gräueln. Dann leiden sie unter Alpträumen und Schlafstörungen, entwickeln Ängste und starke Unruhe, sind reizbar und empfinden Unfähigkeit, sich zu konzentrieren und aktiv zu werden. Oft kommen Depressionen hinzu, verbunden mit völliger Antriebslosigkeit, Rückzugstendenzen und Angst vor der eigenen Zukunft.

„Meist haben wir es mit einer ausgeprägten Comorbidität zu tun“, erläutert Dr. Robert Göder, stellvertretender Direktor des ZIP. Das macht die Hilfe nicht leichter. „Eine Traumatherapie allein verspricht durchaus Aussicht auf Erfolg“, weiß Dr. Astrid Pabst, eine der Psychologinnen im Team. „Aber die psychischen Erkrankungen der Patienten sind vielfältig.“

Umso belastender, so die Experten des Kieler Zentrums, sei die unklare Situation, der Asylbewerber in der Regel ausgesetzt seien. Verfahren zögen sich oft jahrelang in die Länge. Die Patienten könnten sich auf keine gesicherte Struktur einstellen, lebten monatelang mit der Angst, möglicherweise in die Verhältnisse, denen sie entflohen sind, zurückgeschickt zu werden. „Das ist natürlich eine denkbar schlechte Voraussetzung für eine Therapie“, weiß Psychiater Gunnar Paulsen. „Häufig werden depressive Verläufe dadurch eher noch unterstützt.“

Auch für Maryam Rezaï ist die Zukunft nach zwei Jahren noch immer nicht klar. Aber sie hat mithilfe der Therapie am ZIP wieder Mut gefasst, nach vorn zu schauen. Gemeinsam mit ihrer zehnjährigen Tochter ist sie gerade in eine eigene kleine Wohnung gezogen. Die Tochter geht in Kiel zur Schule,

macht dort gute Fortschritte, und auch Maryam Rezai selbst will lernen. Sie möchte sich endlich auf Deutsch verständigen können, würde gerne einen Beruf im kunsthandwerklichen oder kosmetischen Bereich erlernen. Geschick dafür hat die modebewusste junge Frau in ihrer persischen Heimat schon bewiesen. Einen Beruf ausüben durfte sie dort jedoch nicht, obwohl sie einen Schulabschluss absolviert hat, der dem Abitur gleichkommt.

„Es ist, als sei ich erst jetzt am Start hier in Deutschland angelangt“, lässt sie Dolmetscherin Soudabeh Peter übersetzen. All die Monate zuvor ließ ihr Geflecht aus Ängsten und Verletzungen keinen Neubeginn zu. Schon vor und während der Flucht hatte sie Gewalt und Bedrohung erfahren. In Deutschland angelangt erlebte sie eine be-



**Dolmetscherin Soudabeh Peter (li.) im Gespräch mit Maryam Rezai. (Foto: ws)**

sonders einschneidende, traumatische Situation. Wenn die junge Frau sich traut, davon zu erzählen, wird ihre Anspannung spürbar. Lesen möchte sie im Schleswig-Holsteinischen Ärzteblatt über das Erlebte nichts.

Bis sie überhaupt über ihre Erlebnisse sprechen konnte, habe es lange gedauert, berichtet Maryam Rezai. Und es sei schmerzhaft gewesen. Therapeutin Astrid Pabst hatte mit ihr eine Kette aus den einzelnen Stationen ihres Lebens erstellt. Kleine und große Steine standen symbolisch für die negativen Einschnitte im Leben der 31-Jährigen. Blumen symbolisierten die glücklichen Erlebnisse; auch die gab es schon in ihrer unvollendeten Geschichte. Über Monate sollte Maryam Rezai Stück für Stück über jede Station auf der Lebenslinie sprechen. Vor

jeder anstehenden Therapiesitzung war klar, welches Ereignis als nächstes zur Sprache kommen würde. „Stand eine Blume bevor, fiel das Erzählen leicht“, berichtet die Patientin. Je größer aber der bevorstehende Stein, desto größer die Angst vor der Herausforderung, mit der Therapeutin darüber im Detail zu reden.

„Es ist eine ungeheure Leistung von Frau Rezai, diesen Weg bis zum Ende beschritten zu haben“, weiß Psychologin Astrid Pabst. Nicht selten war ein Bericht nur unter Tränen möglich. Doch heute ist Maryam Rezai froh, sich auf die schmerzhafteste Rückschau eingelassen zu haben. Sie hat ihr geholfen, all die belastenden Erlebnisse in ihre Lebensgeschichte einzuordnen. Jetzt weiß sie, dass die Erfahrungen von Gewalt und Schrecken zu ihrer eigenen Vergangenheit gehören. Dort aber kann sie sie verorten und muss sich in der Gegenwart nicht mehr von diffusen Schreckensbildern ängstigen und lähmen lassen.

Als sie am Ende ihrer aufgezeichneten Lebenskette angelangt war, habe sie Erleichterung verspürt, sagt Maryam Rezai, und auch Stolz, sich zu den vielen schmerzhaften Gesprächen überwunden zu haben. Heute weiß sie, dass Hilfe für Menschen, die Traumata durchleben mussten wie sie selbst, doch möglich ist. Und sie wünscht sich, dass diese und weitere mögliche Hilfen auch anderen Flüchtlingen leichter zugänglich werden.

Das Team des Zentrums für Integrative Psychiatrie pflichtet ihrem Wunsch bei. Die Kieler Ärzte und Therapeuten würden ihre Hilfen für Flüchtlinge mit posttraumatischen Belastungsstörungen und anderen Erkrankungen gerne weiter ausbauen. Dafür, so Robert Göder und seine Mitarbeiter, seien aber einzelne Aspekte wie die dauerhafte Finanzierung von Dolmetschern genauso nötig wie grundlegende Verbesserungen, etwa die generelle Absicherung der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden und eine Beschleunigung des Asylverfahrens.

Maryam Rezai möchte sich zusammen mit ihrer Tochter weiter ein möglichst normales Leben in der Gemeinschaft erarbeiten. Mit ihrer Therapie hat die junge Frau einen ersten, entscheidenden Schritt dorthin getan. Ihre Vergangenheit soll ihr künftig nicht mehr im Weg stehen, sie kann ihr mittlerweile vielmehr Rückenwind verschaffen.

*Wolfram Scharenberg*

# Forum Menschenrechte

## I. Europäisches Asylrecht

Die neuen **EU-Richtlinien des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (Aufnahmerichtlinie<sup>2</sup>, Asylverfahrensrichtlinie<sup>3</sup> und Qualifikationsrichtlinie<sup>4</sup>)** fordern die Berücksichtigung der besonderen Bedürfnisse von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen. Berücksichtigt werden soll die spezielle Situation von schutzbedürftigen Personen wie Minderjährigen, unbegleiteten Minderjährigen, Menschen mit Behinderung, älteren Menschen, Schwangeren, Alleinerziehenden mit minderjährigen Kindern, Opfern des Menschenhandels, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wie z. B. Opfer der Verstümmelung weiblicher Genitalien<sup>5</sup>.

Damit die spezielle Situation der besonders schutzbedürftigen Flüchtlinge berücksichtigt werden kann, sieht Art. 22 der Aufnahmerichtlinie vor, dass die Behörden der Mitgliedstaaten beurteilen müssen, ob der Antragsteller ein Antragsteller mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme ist. Die Mitgliedstaaten ermitteln ferner, welcher Art diese Bedürfnisse sind. Damit ist ein **Verfahren zur frühestmöglichen Identifizierung der speziellen Bedürfnisse** erforderlich. In der Asylverfahrensrichtlinie wird klargestellt, dass die **Erkennung und Dokumentation** von Folter nach international anerkannten Standards zu erfolgen hat. In Erwägungsgrund Nr. 31 ist vorgesehen, dass sich die Mitgliedstaaten unter anderem auf das Handbuch für die wirksame Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Strafe (Istanbul-Protokoll) stützen sollen.<sup>6</sup>

Nur so kann sichergestellt werden, dass besonders schutzbedürftige Flüchtlinge die entsprechende Unterstützung erfahren und umgehend Zugang zur Behandlung – insbesondere Zugang zu einer **adäquaten medizinischen und psychologischen Behandlung oder Betreuung** – erhalten.

Weiterhin sieht Art. 25 Abs. 2 Aufnahmerichtlinie vor, dass das **Betreuungspersonal** für Opfer von Folter, Vergewaltigung und anderen schweren Gewalttaten im Hinblick auf die Bedürfnisse der Opfer **adäquat ausgebildet** sein und sich **angemessen fortbilden** muss.

---

<sup>1</sup> United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CAT).

<sup>2</sup> Richtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung), ABl 2013 L 180/96.

<sup>3</sup> RL 2013/32/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26.6.2013 zu gemeinsamen Verfahren für die Zuerkennung und Aberkennung des internationalen Schutzes (Neufassung), ABl. 2013 L 180/60.

<sup>4</sup> RL 2011/95/EU über Normen für die Anerkennung von Drittstaatsangehörigen oder Staatenlosen als Personen mit Anspruch auf internationalen Schutz, ABl. 2011 L 337/9.

<sup>5</sup> Art. 21 Aufnahmerichtlinie.

<sup>6</sup> Istanbul Protocol, Manual on the Effective Investigation of Torture and other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. Das Manual zur wirksamen Untersuchung und Dokumentation von Folter oder anderer grausamer, unmenschlicher oder erniedrigender Behandlung oder Bestrafung wurde 1999 ein offizielles Dokument der Vereinten Nationen und dient als internationale Richtlinie für die Erfassung, Dokumentation von und Berichterstattung über Folter als Nachweise für Justizbehörden oder Entscheidungsträger. Neben der Anleitung zur systematischen medizinischen Nachweisführung wird besonders dringlich auf die überwiegend psychologischen Folgen hingewiesen und auf deren Erfassung gedrungen

## II. Empfehlungen des UN-Ausschusses gegen Folter und andere grausame, unmenschliche und erniedrigende Behandlung oder Strafe Antifolterausschuss (CAT)

In seinem General Comment Nr. 3 (CAT/C/GC/3) vom November 2012 fordert der UN-Antifolterausschuss die Vertragsstaaten der Antifolterkonvention auf, „für Menschen, die Folter oder Menschenrechtsverletzungen erlitten haben, eine so vollständige Rehabilitation wie möglich“ sicherzustellen. Zur Umsetzung dieser Empfehlung sollte Deutschland folgende Maßnahmen ergreifen:

Notwendig ist ein umfassendes und nachhaltiges Konzept zur Rehabilitation, Betreuung und Behandlung anzubieten, mit dem Ziel, maximale Unabhängigkeit, umfassende physische, psychische, soziale und berufliche Fähigkeiten sowie Inklusion und Partizipation in allen Bereichen des Lebens wiederzuerlangen und zu bewahren.

Gefordert werden spezialisierte Einrichtungen, die einen ganzheitlichen Ansatz verfolgen – etwa so, wie sie die Psychosozialen Zentren und die Behandlungszentren anbieten. Die Angebote sollen folgendes umfassen:

psychologische und medizinische Betreuung, rechtliche, soziale, „community-orientierte“ und familienorientierte Hilfen, Ausbildungs- und Bildungsangebote, sowie temporäre ökonomische Unterstützung. Sie müssen an den Bedürfnissen der Betroffenen orientiert sein und Sicherheit und Verschwiegenheit garantieren.

Ein ganzheitlicher Ansatz in der Betreuung oder Versorgung muss sich an den Bedürfnissen, den Stärken und der Belastbarkeit der Betroffenen orientieren. Ebenso muss er das Risiko einer Re-traumatisierung und die berechtigte Furcht vor Wiederholung von Folter berücksichtigen. Dementsprechend muss ein Umfeld sichergestellt werden, in dem Vertrauen und Verschwiegenheit garantiert werden.

Bekräftigt wurde dies durch den UN-Menschenrechtsausschuss A/HRC/22/L.11<sup>i</sup> im März vergangenen Jahres. Auch hier wurde ein umfassender Rehabilitationsansatz beschrieben sowie die Forderung nach spezialisierten Einrichtungen betont:

Unterzeichnerstaaten werden aufgefordert, Rehabilitationszentren zu etablieren und zu erhalten, in denen Betroffene Leistungen oder Behandlung erhalten können – und, die den Schutz ihrer Klienten und den der Mitarbeiter sicherstellen können.

Gefordert wird die frühestmögliche Erkennung und Evaluation der Bedürfnisse der Schutz- bzw. Hilfesuchenden sowie eine spezielle Ausbildung und regelmäßige Fortbildung für diejenigen, die Rehabilitationsleistungen anbieten bzw. mit Betroffenen befasst sind.

Bereits am 25. November 2011 legte der UN- Antifolter Ausschuss in seiner Empfehlung 29. dem Vertragsstaat dringend nahe, sicherzustellen, dass **alle Mitarbeiter staatlicher Stellen, die mit der Untersuchung und Dokumentation von Folter zu tun haben, regelmäßig (z.B. in Bezug auf das Istanbul-Protokoll) geschult** werden. Dabei soll nicht nur die Erkennung körperlicher, sondern vor allem auch psychischer Folgen von Folter thematisiert werden. Nach Empfehlung 29 b) **gilt die Schulungsanforderung auch für Mitarbeiter, die am Entscheidungsprozess im Rahmen des Asylverfahrens beteiligt sind.**

In der **Empfehlung 24** legt der UN-Ausschuss Deutschland dringend nahe, alle Asylbewerber, **einschließlich der „Dublin-Fälle“, von unabhängigen und qualifizierten Fachkräften medizinisch zu untersuchen, sowie systematisch auf psychische Erkrankungen und Traumatisierungen zu überprüfen.** Sollten im **Rahmen einer persönlichen Anhörung durch Ihre Behörde Hinweise auf Folter oder Traumatisierungen zu Tage treten,** regt der Ausschuss in Empfehlung 24 c) an, ein Gutachten durch **speziell geschulte unabhängige Gesundheitsexperten zu veranlassen.**

### **III. Problembeschreibung und Handlungsbedarf**

Die Klarstellung durch das Bundesverfassungsgericht, dass das Grundgesetz die Würde des Menschen und nicht nur die des deutschen Staatsbürgers schützt – folglich auch Flüchtlingen ein Leben in Würde ermöglicht werden muss – gilt in besonderer Weise für Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, da viele von ihnen entwürdigendes Leid erfahren haben und Schutz erhalten müssen.

Die gesundheitliche und psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen ist in Deutschland jedoch nicht an den Standards der Versorgung von StaatsbürgerInnen ausgerichtet: Der Zugang zu entsprechenden Versorgungsangeboten wird durch das Asylbewerberleistungsgesetz stark eingeschränkt. Zugleich zeigt sich, dass niedergelassene ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen oftmals über wenig Erfahrung in der spezialisierten Diagnostik und Behandlung der Zielgruppe verfügen. Auch sind sie in der Behandlung traumatisierter Flüchtlinge mit besonderen Anforderungen konfrontiert: Die Arbeit erfolgt im interkulturellen Setting und benötigt häufig die Unterstützung von DolmetscherInnen.

Leider sind die Defizite in der flächendeckenden medizinischen sowie psychotherapeutischen Versorgung nicht sichtbar, da es von staatlicher Seite keinerlei Versorgungsdaten bezüglich der Zielgruppe traumatisierter Flüchtlinge bzw. der Opfer von Folter oder Gewalt gibt. Auch wurden und werden keine weiteren Studien in Auftrag gegeben.

Deutschland stellt sich insgesamt nicht seiner Verantwortung, für notwendige gesetzliche Grundlagen zu sorgen, um eine angemessene Versorgung sicherzustellen. Hierdurch werden traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer aus der gesundheitlichen Versorgung ausgeschlossen. Die Mangelversorgung wird durch Verleugnung des Versorgungsbedarfes sowie mit dem permanenten Hinweis bzw. Verweis auf „Nichtzuständigkeit“ und auf die Verantwortung Dritter aus formalistischen Gründen billigend in Kauf genommen. Unzulässig wird mit dem Sicherstellungsauftrag der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)-Mediziner und Psychotherapeuten argumentiert, wohl wissend, dass die Anbieter fachlich und strukturell kaum Zugang zu der Zielgruppe haben und diese andererseits meist keinen Rechtsanspruch auf Leistungen nach dem SGB V hat.

Ein Versorgungsanspruch für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge besteht somit zwar formal durch die Bindung an EU-Richtlinien, an dem UN-Sozialpakt und weiteren, internationalen Menschenrechtskonventionen sowie – eingeschränkt – sogar auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes. In der Praxis ist er jedoch nicht garantiert und nur unter größten administrativen Schwierigkeiten einzulösen.

### **IV. Empfehlungen für eine richtlinienkonforme Umsetzung im deutschen Asyl- und Gesundheitssystem**

Im Detail sieht das FORUM MENSCHENRECHTE die Notwendigkeit für:

**1. Ein umfassendes Konzept für die Rehabilitation von Überlebenden von Folter und schweren Menschenrechtsverletzungen**, mit dem die Verpflichtungen und Standards von Rehabilitation wie sie in A/HRC/22/L.11 des Human Rights Council der UN General Assembly (März 2013) und CAT/C/GC/3 des Committee against Torture (November 2012) von Deutschland unterstützt werden, umgesetzt werden.

**2. Die Einführung eines geeigneten Verfahrens, um Personen mit speziellen Bedürfnissen frühestmöglich zu identifizieren<sup>ii</sup>**, damit sie die entsprechende Unterstützung erfahren und umgehend Zugang zu medizinischer, psychologischer und sozialer Versorgung erhalten. Ein solches Verfahren zur Identifikation muss mehrere Schritte vorsehen und soll frühestmöglich, aber auch zu jedem Zeitpunkt des Asylverfahrens, möglich sein. Im Einzelnen schlagen wir folgende Schritte vor:

**Erkennen von Hinweisen, Sensibilisierung und Schulung von Personal, das mit Betroffenen befasst ist:**

- Es sind in den letzten Jahren sog. Screening Fragebogen entwickelt worden. Sie können Hinweise auf ein hohes Stressniveau bei Geflüchteten geben. Sie ersetzen keinesfalls eine vertiefte Exploration durch Fachpersonal. Genutzt werden sollten solche Fragebogen nur nach vorheriger Schulung.
- Personal, welches mit Betroffenen befasst ist, muss speziell geschult sein, um Hinweise auf trauma-relevante Stressoren und Schutzbedürftigkeit zu erkennen bzw. Hinweise zur Vermeidung psychischer Krisen zu erhalten.
- **Insbesondere die am Entscheidungsprozess im Rahmen des Asylverfahrens beteiligten EntscheiderInnen** müssen durch regelmäßige Fort- und Weiterbildung qualifiziert werden, damit sie Hinweise auf Folter und Traumatisierung erkennen können und eine medizinisch-psychologische Untersuchung bzw. ein entsprechendes Gutachten durch speziell geschulte unabhängige Gesundheitsexperten veranlassen, wenn bei der persönlichen Anhörung durch die Asylbehörden Hinweise auf Folter oder Traumatisierung zu Tage getreten sind.

**Fachgerechte Feststellung und Dokumentation:**

- Eine fachgerechte Exploration und Dokumentation gesundheitsrelevanter (sozialer, psychischer oder medizinischer) Daten erfordert hohe Standards (z.B. nach dem Istanbul Protokoll) und Fachkenntnis und sollte von entsprechenden Fachstellen ausgeführt werden. Die Ergebnisse der Expertenuntersuchung können zur Qualität der Entscheidungsfindung in Asylverfahren beitragen. Die Entscheidung darüber obliegt den EinzelentscheiderInnen beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge.
- Die Exploration soll von den Strukturen des versorgenden Gesundheitswesens, finanziell verankert im Sozialgesetz, verantwortet werden. Es ist sicherzustellen, dass, wenn nötig, qualifizierte Dolmetscher hinzugezogen werden.
- Die Zentren können ihre Expertise in der Erfassung und Exploration und in Form von psychologischen/medizinischen Berichten entsprechend anerkannter Standards wie auch in der Schulung und Fortbildung in der (Früh-)erkennung zur Verfügung stellen.
- Es können Einrichtungen des versorgenden Gesundheitswesens mit der Aufgabe der Erfassung und Identifikation der besonderen Schutzbedürftigkeit betraut werden. Es ist sicherzustellen, dass ein niederschwelliger Zugang ermöglicht wird. Die Exploration erfolgt durch speziell geschulte Personen und wird nach anerkannten Standards dokumentiert.
- Bis zur gesetzgeberischen Umsetzung ist eine Übergangsregelung zu finden, welche die Finanzierung der aktuell erbrachten Leistungen – jenseits von zeitlich befristeten Projekten bzw. Projektgeldern – sicherstellt.

#### **Sicherstellung des Zugangs zur Versorgung:**

- Sollte eine Exploration eine weitere Betreuung oder Behandlung empfehlen, muss der Zugang zur entsprechenden Unterstützung, zu medizinischer, psychologischer und sozialen Versorgung umgehend in die Wege geleitet werden.

### **3. Sicherstellung der Versorgung im Sinne einer nachhaltigen Rehabilitation bzw. ganzheitliche Betreuung und Behandlung in spezialisierten Einrichtungen**

- Umfassende bzw. nachhaltige Rehabilitation, Betreuung und Behandlung muss die Wiedererlangung oder Bewahrung der physischen, psychischen, sozialen und beruflichen Fähigkeiten der Betroffenen sowie Inklusion und Partizipation in allen Bereichen des Lebens zum Ziel haben.
- Die Angebote sollen folgendes umfassen: psychologische und medizinische Betreuung, rechtliche, soziale, und "community-orientierte" und familienorientierte Hilfen, Ausbildungs- und Bildungsangebote sowie temporäre ökonomische Unterstützung. Sie müssen an den Bedürfnissen und Stärken der Betroffenen orientiert sein, das Risiko einer Re-aktualisierung von Trauma berücksichtigen sowie die berechtigte Furcht vor Wiederholung von Folter. Dementsprechend muss ein Umfeld sichergestellt werden, in dem Vertrauen und Verschwiegenheit garantiert ist.
- Erforderlich ist eine geregelte Kostenübernahme der Angebote der spezialisierten Einrichtungen durch die Leistungsträger der Gesundheitsregelversorgung etwa durch die Erstattung der Kosten für Psychotherapien, die durch die in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer arbeitenden Therapeuten durchgeführt werden und eine Übernahme von Dolmetscherkosten für psychotherapeutische Behandlungen.
- Die Bundesregierung muss einen verbindlichen Rahmen schaffen, damit die bestehenden Rehabilitationszentren, in denen Betroffene Leistungen oder Behandlung erhalten können – und die den Schutz ihrer Klienten und den der Mitarbeiter sicherstellen können – erhalten werden bzw. dort, wo es kein Angebot gibt, solche Einrichtungen etabliert werden.

---

#### **A/HRC/22/L.11, Human Rights Council der Vereinten Nationen vom März 2013**

11. *Urges* States to ensure that appropriate rehabilitation is promptly available to all victims without discrimination of any kind, provided either directly by the public health system or through the funding of private rehabilitation facilities, including those administered by civil society organizations, and to consider making rehabilitation available to immediate family or dependents of the victim and persons who have suffered harm in intervening to assist victims in distress or to prevent victimization;

12. *Recognizes* the importance of full, holistic and specialized rehabilitation services, which include any necessary coordinated combination of medical and psychological care, as well as legal, social, community- and family-based, vocational, educational services and interim economic support and that are performed by specialists with a view to establish the restoration of functions or the acquisition of new skills required by the changed circumstances of a victim in the aftermath of torture or other cruel, inhuman or degrading treatment or punishment;

---

13. *Urges* States to establish, maintain, facilitate or support rehabilitation centres or facilities where victims can receive such treatment and where effective measures for ensuring the safety of their staff and patients are taken;

14. *Encourages* States to make rehabilitation services available at the earliest possible stage and without limitation in time until as full rehabilitation as possible is achieved;

15. *Calls upon* States to ensure that victims are duly informed about the availability of rehabilitation services and that procedures for obtaining rehabilitation are transparent;

16. *Encourages* States to ensure early assessment and evaluation of individuals' rehabilitation needs, and recalls in this regard the Istanbul Principles as a valuable tool; and to further ensure continuous evaluation of the quality of the rehabilitation services;

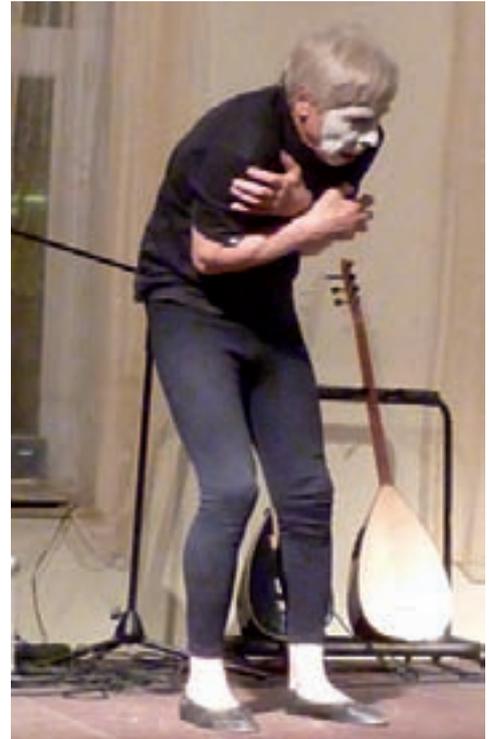
17. *Urges* States to respect the professional and moral independence, duties and responsibilities of rehabilitation personnel, as well as the confidentiality of the rehabilitation process, and to ensure that they or the victims are not subjected to reprisals or intimidation; h treatment and where effective measures for ensuring the safety of their staff and patients are taken;

18. *Encourages* States to ensure that persons providing rehabilitation services, as well as other relevant professionals, receive initial and continuing, adequate and regular training relevant to implement the prohibition against torture and to provide rehabilitation;

<sup>ii</sup> Schon 2004 hat die BAfF [www.baff-zentren.org](http://www.baff-zentren.org) in Empfehlungen zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie gefordert: *dass frühestmögliche Identifikation durch fachkundiges Personal – eingebunden in Strukturen des versorgenden Gesundheitswesens- finanziell verankert im Sozialgesetz, durchgeführt werden- und wenn nötig Zugang zu Behandlung erfolgen muss .In den letzten Jahren wurden von der BAfF bzw. einigen der Mitgliedszentren verschiedene Modelle der Frühfeststellung diskutiert und vereinzelt ansatzweise auch in der Praxis ausprobiert. Es stehen Erfahrungen und Expertise zur Verfügung – es wird jetzt darum gehen müssen die Verknüpfung mit dem versorgenden Gesundheitswesen bzw. Modelle für die finanzielle Verankerung im Sozialgesetz zu entwickeln.*

**Copyright: Forum Menschenrechte**

# Impressionen Abendveranstaltung



Wir danken der Pantomimengruppe LAUTSTARK der VHS Rendsburg und den beiden Musikern!







Foto: Copyright Zoonar/Nebelwandler