BAfF

ZP Zentrum für Integrative Psychiatrie

Diakonie Schleswig-Holstein

DER PARITÄTISCHE SCHLESWIG-HOLSTEIN

Dokumentation der BAfF Jahrestagung:

Defizite in der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge

Versäumnisse in den staatlichen Verpflichtungen?

03.11. – 05.11.2013 in Kiel

gefördert durch:

Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend

AMNESTY INTERNATIONAL

Diakonie

UNO-Flüchtlingshilfe

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

BAfF - 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.

BAfF - 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

Vorwort 3
Ursula Schele, Verbandsrätin des PARITÄTISCHEN Wohlfahrtsverbandes Schleswig-Holstein e. V.

Begrüßung und Einführung ins Thema 5
Elise Bittenbinder, Vorsitzende der BAfF e. V.

Grußwort 9
Torsten Döhring, Referent des Beauftragten für Flüchtlings-, Asyl- und Zuwanderungsfragen des Landes Schleswig-Holstein

Vorträge
Das Inverse Care Law in der Versorgung seelisch kranker Menschen. Gilt dies auch für Flüchtlinge? 11
Prof. Dr. Günther Wienberg, v. Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel

Aktuelle Situation und strukturelle Probleme in Schleswig-Holstein
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

Überlebensgeschichten, die Mut machen
Von Pionierarbeit zur Versorgung: von privaten Initiativen zu einem stabilen Versorgungsangebot? 41
Dr. Ernst-Ludwig Iskenius, Refugio Villingen-Schwenningen

Überleben als Einrichtung für Flüchtlinge 44
Dipl. Psych. Ingrid Ingeborg Koop, Refugio Bremen

Input aus dem Projektverbund OST
Panel: **Verbesserung der Versorgung in strukturschwachen Regionen** 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.)

Vision und Wirklichkeit
Deutschlands staatliche Verpflichtung bei der Aufnahme und Versorgung syrischer Flüchtlinge 49
Norbert Trosien, UNHCR Vertretung für Deutschland und Österreich Rechtsabteilung

Beiträge der BAfF zur Diskussion
Daten für Taten: die Notwendigkeit der Datenerfassung zur wirksamen Öffentlichkeitsarbeit
Zur Versorgungssituation von Flüchtlingen und Folteropfern im Jahr 2012 - Ergebnisse der aktuellen Leistungsabfrage 65
Jenny Baron, BAfF e. V.

Zur Bedeutung der Lobbyarbeit für die deutschen Zentren 70
Prof. Dr. Heinz-Jochen Zenker, Esther Kleefeldt, BAfF e. V.

Aus den Workshops
Einsatz von DolmetscherInnen in Behandlung und Beratung von traumatisierten Flüchtlingen 72
Claudia Kruse, bzfo Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin

Finanzierung von Dolmetscherkosten 74
Reinhard Pohl, Gesellschaft für politische Bildung e. V.

Anhang
Pressemitteilung: Tagung zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge – Opfer von Kriegen,
Folter und Flucht nicht im Stich lassen 76
Artikel im Schleswig-Holsteinischem Ärzteblatt: Angst vor dem nächsten Stein? 78
Positionspapier zum Umgang mit besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen 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 Bedarfes - 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
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

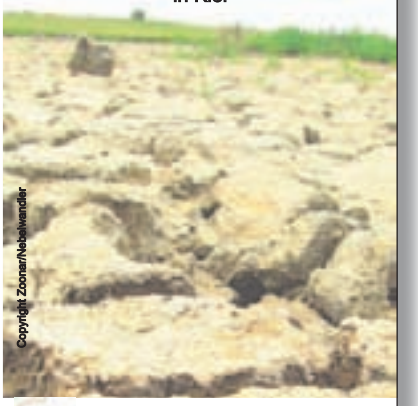
Veranstalter

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 Bodelschwinghschen Stiftungen von Bethel
18.30 - 19.30	**2. Eröffnungsvortrag** **„Die staatliche Verpflichtung, eine 'so vollständige Rehabilitation wie möglich' für Opfer von Folter zu er-wirken“** 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-Aufnahmerichtlinie 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 Diskussionslinien 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	**Pressekonferenz**

Veranstaltungsort

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

Vorwort

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

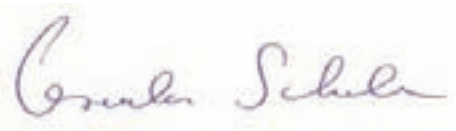
Derzeit nimmt Schleswig Holstein 3,3 Prozent aller Flüchtlinge auf, die in Deutschland Schutz suchen. Im Jahr 2013 waren es etwa 3.904 Frauen und Männer. Das Innenministerium rechnet in 2014 mit mindestens weiteren 6.200 Flüchtlingen und in kommenden Jahren wird mit einem stärkeren Anstieg der Asylbewerberzahlen 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 Lükken 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 entnehmen.

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 gepfercht oder in der Wüste ausgesetzt. Das darf kein europäischer Lösungsansatz sein.

Die Staats- und Regierungschefs haben das Gegenteil von alledem 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 einstehen/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 bei der BAfF bestellt werden.

Grußwort

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 Flüchtlingssolidaritätsarbeit 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 traumatisieren 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 erfolgreicheren 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 hiesigen Jahrestagung der Bundesweiten 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,
Bodelschwinghsche Stiftungen Bethel Vorstand

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

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?!

I 2

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 **mehr als halbiert**	**113.000** (1970) ohne DDR **51.000** (2010) inkl. ehem. DDR
Ø stationäre Verweildauer **drastisch gesunken**	**67 Tage** (1991) **21,8 Tage** (2010)
Zahl der psychiatrischen Abteilungen an Allgemeinkrankenhäusern **verfünffacht**	**44** (1973) **> 220** (2010)
Zahl der Tageskliniken **explodiert** (heute **≈ 12.000 Plätze**)	**< 5** (1972) **≈ 400** (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 **flächendeckend Psychiatrische Institutsambulanzen/PIA** an Psychiatrischen Kliniken	**27** (1980) **≈ 490** (2010)
Die Zahl der in PIAs behandelten Fälle steigt weiter stark an (964.000 Fälle ≈ 385.000 Personen)	**459.000** (2005) **964.000** (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	2011	2005	2011
	% (95% CI)	%	Million	Million
Group A: 2005 report diagnoses				
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[a]	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
Subtotal any Group A	27.4%	27.1%	82.7	118.1

(**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 [a]	–	0.7	–	2.3
Dissocial personality dis [a]	–	0.6	–	2.0
Hyperkinetic dis./ADHD [b]	–	(5.0) 0.6	–	3.3
Pervasive dev. dis./autism	–	0.6	–	0.6
Conduct disorders [b]	–	(3.0) 0.4	–	2.1
Mental retardation	–	1.0	–	4.2
Insomnia [c]	–	(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 [b]	–	(5.4) 1.2	–	6.3
Total any Group B	–	*27.1*		*51.0*
Subtotal any adjusted	–	11.1%	–	46.7
Total A and B	27.4%	38.2%	82.7	164.8

!

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)**

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!

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 %

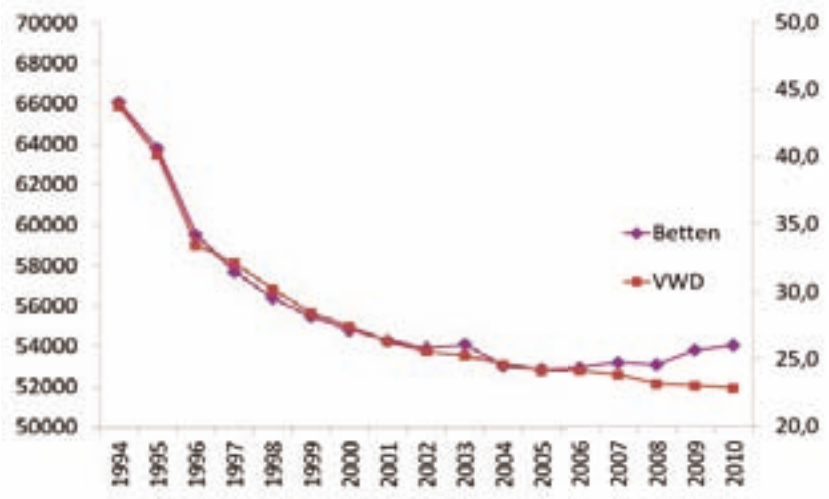
Ø Verweildauer: 56,6 Tage

(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)

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**

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 %!

(www.gbe-bund.de)

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 I 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)

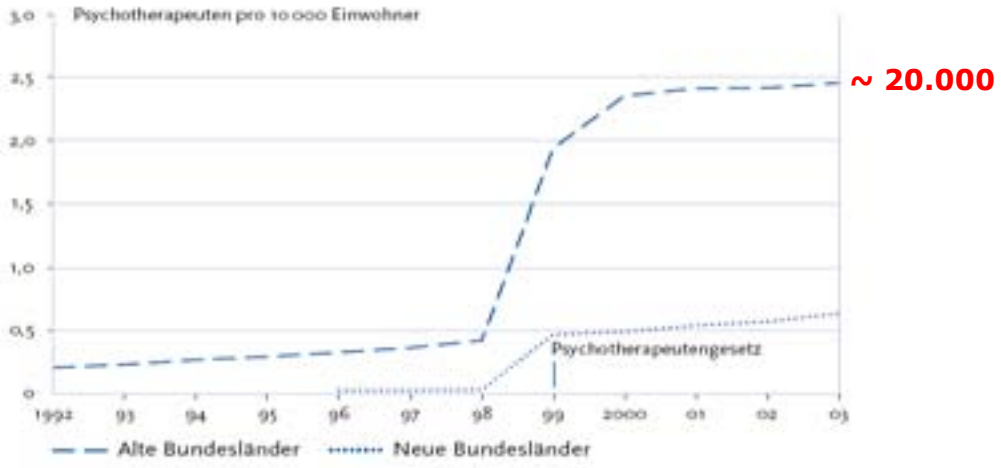
Patienten von privaten Psychotherapeuten sind leichter krank (48 % ICD-F3; 42 % ICD-F4), deutlich jünger (2/3 < 45 Jahre) und ganz überwiegend Frauen (3 : 1)

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

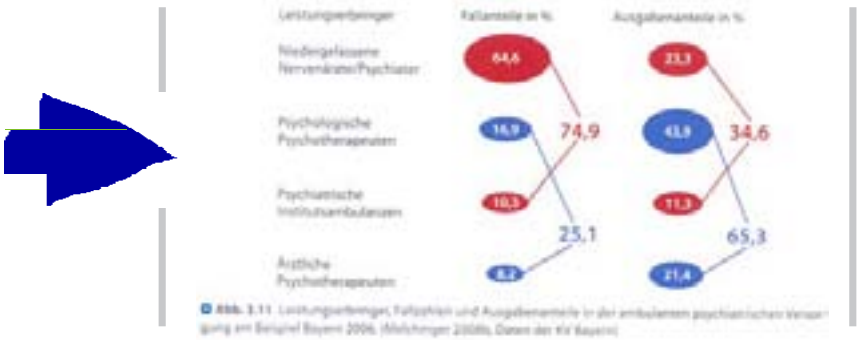


(Gesundheit in Deutschland, 2006)

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, beschützt beschäftigt oder beziehen Frührente; der Anteil der psychisch erkrankten Menschen bei Berentungen wegen Erwerbsminderung hat sich mehr als verdoppelt:

15 % (1993) auf 38 % (2009)

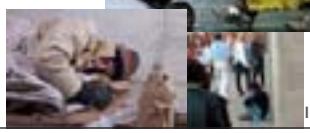
3__ Die Schattenseite der Reform: Deutschland auf dem Weg in die Drei-Klassen-Psychiatrie?!

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 %** (≈ 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 %** (≈ 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)

Bevölkerungsrepräsentative 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 ∅ mehr traumatische Erlebnisse als Nichtmigranten (33,6 vs. 22,4 %).

(* 27 % befristeter Aufenthalt I 2 % unbefristeter Aufenthalt I 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

- Perkonigg et al., Acta Psychiatr. Scand., 2000
- Große repräsentative Bevölkerungsstichprobe (n = 3.021)
- Standardisierte Diagnostik (DSM IV)
- Altersgruppe 14 – 24 Jahre

Ergebnis:

__ PTSD/Substanzbedingte Störungen	61,8 %
__ PTSD/Angststörungen	33,3 %
__ PTSD/Affektive Störungen	52,6 %
__ PTSD/Somatoforme Störungen	33,3 %
__ PTSD/Essstörungen	20,0 %

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 Immigranten-Communities 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-psycho-therapeutischen 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?!

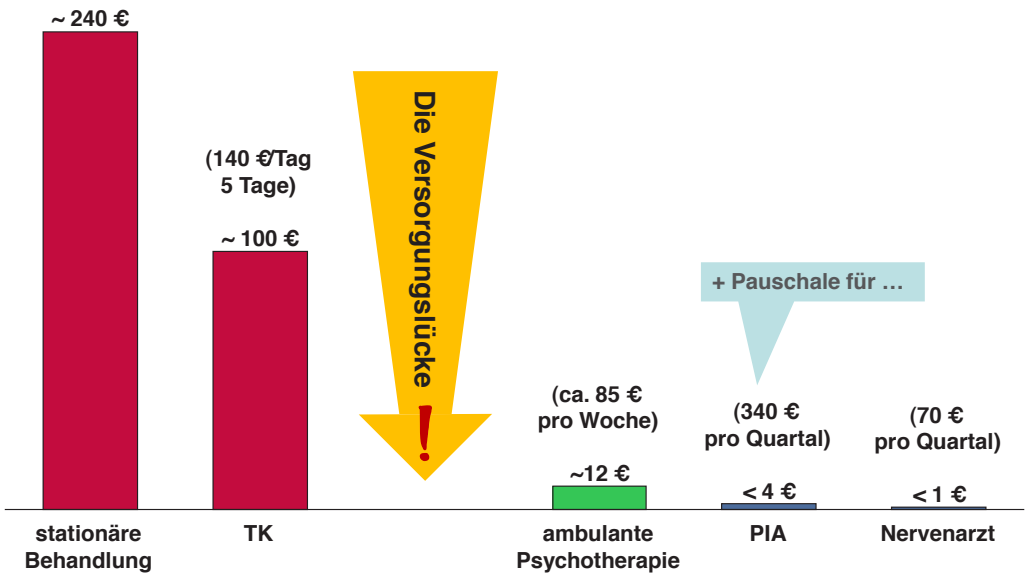
Die Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) bieten erheblich bessere Voraussetzungen für eine Verbesserung der Versorgung als psychotherapeutische Praxen (PT)

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

6__ Die PIA: Das Versorgungsmodell der Zukunft?!

Die Finanzierungs- und Versorgungslücke

GKV-finanzierte Tageskosten (kalkuliert auf 7 T./Wo. und 30 T./Mo.)



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

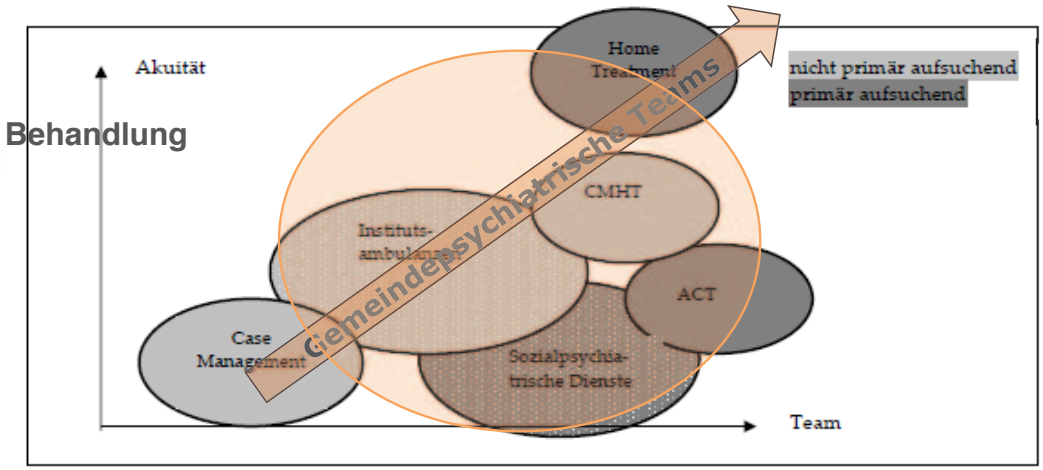


Abbildung 2: Darstellung ambulanter gemeindepsychiatrischer Ansätze (nach Becker, 2008 [97])
(CMHT: Community Mental Health Team, ACT: Assertive Community Treatment)

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 **aufsuchenden Behandlung im gewohnten Lebensumfeld** über einen längeren Zeitraum und über akute Krankheitsphasen hinaus	

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

6__ Die PIA: Das Versorgungsmodell der Zukunft?!

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

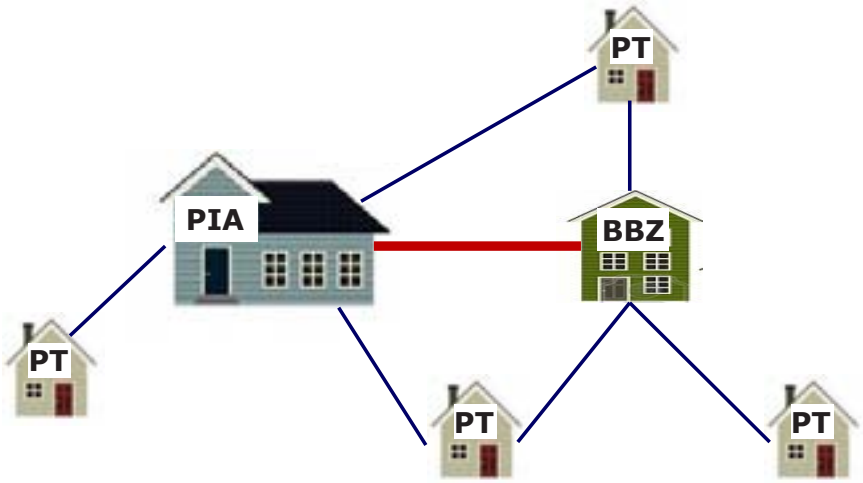
Beispiel: Die PIA im Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH (Bethel)

- **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)

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 psycho-sozialen 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 Landkreises 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-

grationspolitik 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 Sprachschwierigkeiten 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 aushaltbare Situation

Beispiele aus ärztlichen oder therapeutischen Stellungnahmen:
„...Herr S. leidet unter einer posttraumatischen Belastungsstörung. Aufgrund des psychischen Zustandsbildes ist ihm nicht zuzumuten, 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 Belastungsstörungen 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 Lärmbelästigungen stellen erhebliche psychosoziale Belastungsfaktoren dar. Laute Geräusche, unvorhergesehene Vorkommnisse und mangelnde Rückzugsmöglichkeiten gehören zu den typischen auslösenden Reizen, die den Krankheitsverlauf negativ beeinflussen.

Signale der Bewohner werden durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter als wichtige Hinweise aufgenommen. Zum Teil bringen 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 Wohnsituation 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 gedauert, 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 Lebensperspektive. Er verbringt einen Teil dieser 9 Jahre in Gefängnissen (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 Lebensperspektive ausgeschöpft sind und die Abschiebung nach Afghanistan 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 psychologischen 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 wesentlicher 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

UK SH

Robert Göder

ZP

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%)
  - Aserbaidschan / Tschetschenien (25%)
  - Türkei (20%)
  - Afghanistan (10%)
  - Irak (10%)

UKSH

Robert Göder

ZP Zentrum für integrative Psychiatrie gGmbH

Multiprofessionelles Team

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

UKSH

Robert Göder

ZP Zentrum für integrative Psychiatrie gGmbH

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)

UKSH

Robert Göder

ZP Zentrum für integrative Psychiatrie gGmbH

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

UKSH

Robert Göder

ZP Zentrum für integrative Psychiatrie gGmbH

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-Ärztegruppe 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.

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

Überleben als Einrichtung für Flüchtlinge

Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer
Refugio

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 “Caktus 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.

Berührungsängste 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 Berührungsängste. 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 flüchtlingsspezifischen 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 bestellt werden.

AnsprechpartnerInnen

Sachsen-Anhalt: PSZ Sachsen-Anhalt
Kontakt: Tobias Drehsen, Tel.: 0391/63109807
E-Mail: 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

Sachsen: Caktus e. V., Leipzig
Kontakt: Thomas Cordes, Katrin Tutar, Tel.: 0341/ 225 45 44
E-Mail: cordes@caktus.de

bundesweit: BAfF e. V.
Kontakt: Jenny Baron, Silvia Schriefers, Tel.: 030/ 310 124 63
E-Mail: info@baff-zentren.org

Norbert Trosien,
UNHCR Vertretung für Deutschland und Österreich Rechtsabteilung

Deutschlands staatliche Verpflichtung bei der Aufnahme und Versorgung syrischer Flüchtlinge

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 Beteiligter;
- 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):

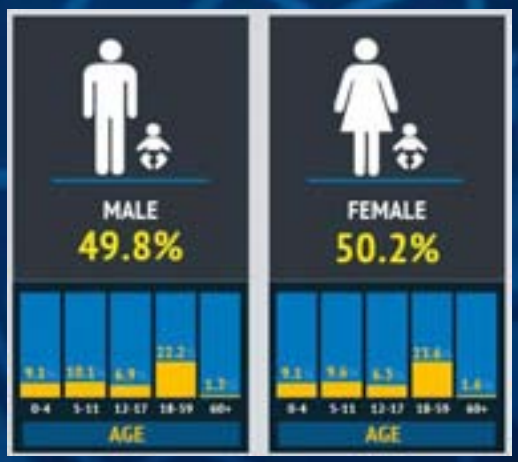
  "Die verfügbare Internationale Hilfe für Flüchtlinge und Vertrieben in der Region bleibt in dramatischer Weise hinter dem tatsächlichen Bedarf zurück."

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: Hauptherausforderungen (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);

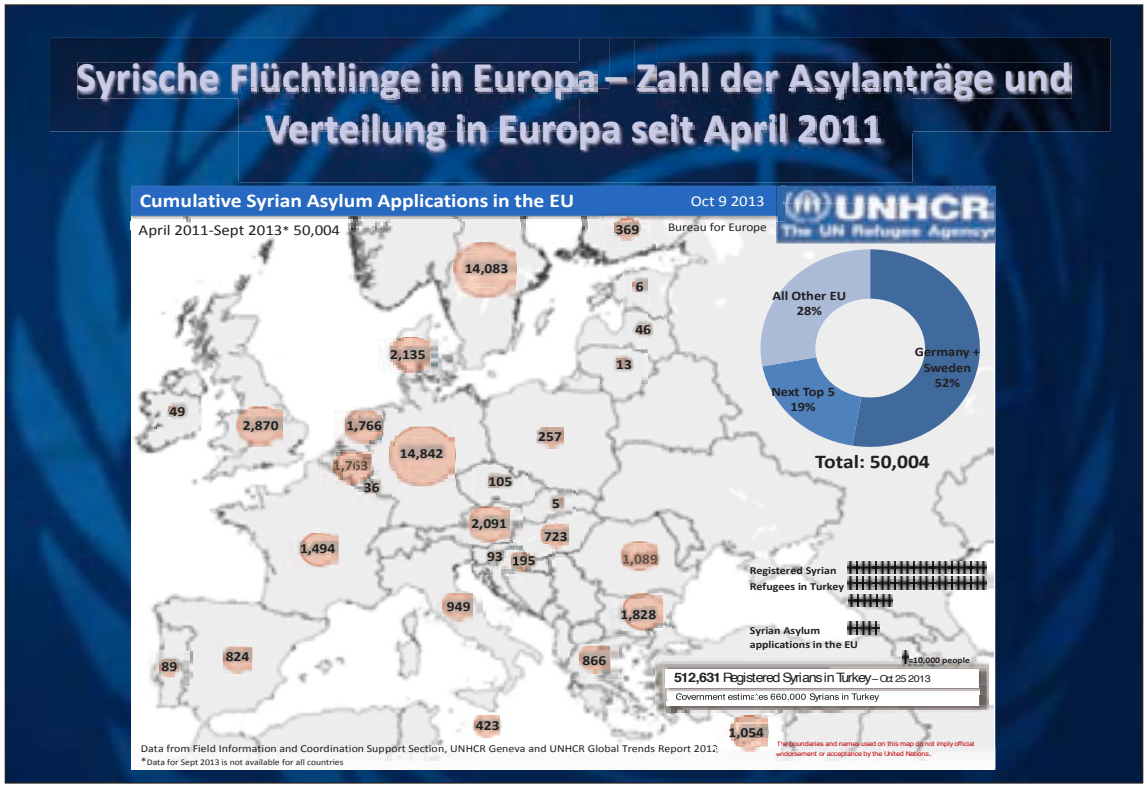
(3) Mangelnde Erwebsmöglichkeiten und zunehmende Dauer der Fluchtsituation führen zu massiver Verarmung der Flüchtlingsbevölkerung:
- Mangelernährung, Hunger, Obdachlosigkeit;
- Lohndumping, Prostitution

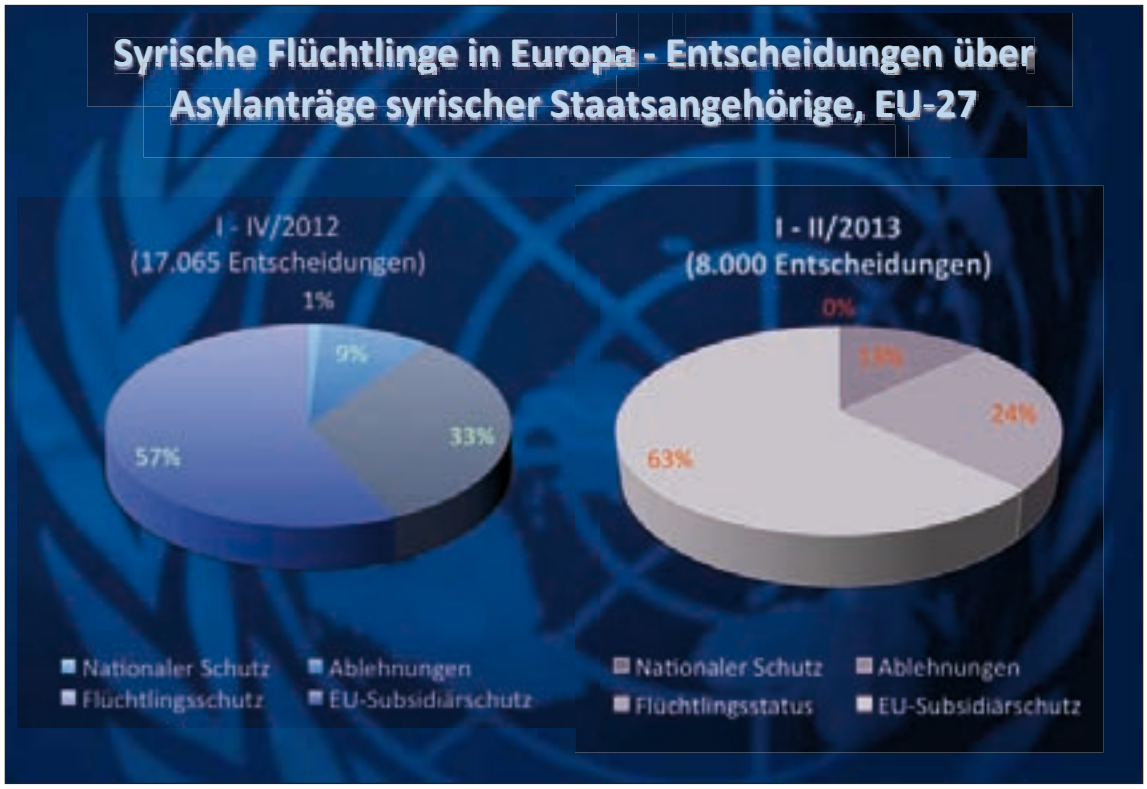
Syrische Flüchtlinge in den Nachbarländern: Hauptherausforderungen (2)

(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

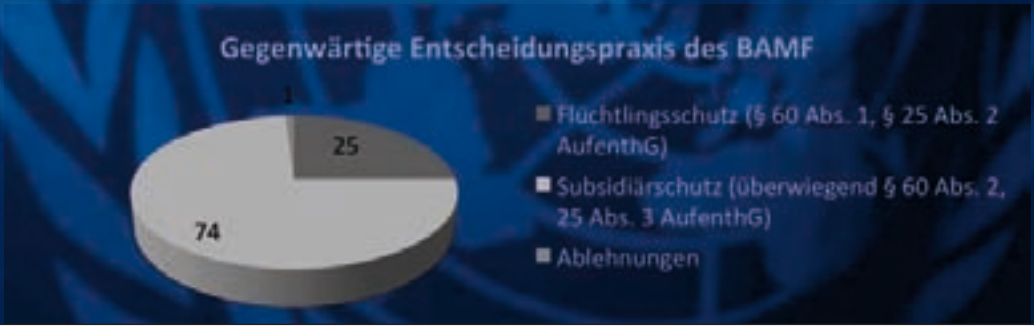

Syrische Flüchtlinge in Europa – Zahl der Asylanträge und Verteilung in Europa seit April 2011
Cumulative Syrian Asylum Applications in the EU
Oct 9 2013
UNHCR
The UN Refugee Agency
April 2011-Sept 2013* 50,004
Bureau for Europe
369
14,083
6
46
2,135
13
49
2,870
1,766
257
14,842
1,763
36
105
5
2,091
723
1,494
93
195
1,089
949
1,828
824
89
866
423
1,054
All Other EU 28%
Germany + Sweden 52%
Next Top 5 19%
Total: 50,004
Registered Syrian Refugees in Turkey
Syrian Asylum applications in the EU
=10,000 people
512,631 Registered Syrians in Turkey – Oct 25 2013
Government estimates 660,000 Syrians in Turkey
Data from Field Information and Coordination Support Section, UNHCR Geneva and UNHCR Global Trends Report 2012
*Data for Sept 2013 is not available for all countries
The boundaries and names used on this map do not imply official endorsement or acceptance by the United Nations.


Syrische Flüchtlinge in Europa - Entscheidungen über Asylanträge syrischer Staatsangehörige, EU-27
I - IV/2012
(17.065 Entscheidungen)
1%
9%
33%
57%
Nationaler Schutz
Ablehnungen
Flüchtlingsschutz
EU-Subsidiärschutz
I - II/2013
(8.000 Entscheidungen)
0%
24%
63%
Nationaler Schutz
Ablehnungen
Flüchtlingsstatus
EU-Subsidiärschutz

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



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 Aufnahmeanordnung ausdrücklich nicht statt.

2. HAP - Inhalt der Aufnahmeanordnung

Gemäß Ziffer 3 der Aufnahmeanordnung 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 Visumsvefahrens, 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

1. Identifikation & Vorauswahl durch UNHCR
2. „Submission“ an das Bundesamt für für Migration und Flüchtlinge
3. Entscheidung durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (im Regelfall nach Aktenlage)
4. Sicherheitsüberprüfung im Rahmen des Visumsverfahrens
5. 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

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

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

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

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

- 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**

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 deutschem 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!
PINK PANTHER