Traumatisierte MigrantInnen

Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg

2. Versorgungsbericht

Eine Veröffentlichung von
Landesärztekammer Baden-Württemberg und
Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

2. Versorgungsbericht

Ambulante medizinische, psychosoziale
und psychotherapeutische Versorgung
von traumatisierten MigrantInnen
in Baden-Württemberg

Baden-Württemberg 2015

Landesärztekammer
Baden-Württemberg

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Herausgeber:
Landesärztekammer Baden-Württemberg
Körperschaft des öffentlichen Rechts
Jahnstraße 40, 70597 Stuttgart
www.ärztekammer-bw.de

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg
Körperschaft öffentlichen Rechts
Jägerstraße 40, 70174 Stuttgart
www.lpk-bw.de

Redaktion:
Hanna Schirovsky, Manfred Makowitzki, Ulrike Schneck, Dr. Astrid Sterzel

Interviews:
Hanna Schirovsky

Satz und Layout:
Ärztliche Pressestelle, Landesärztekammer Baden-Württemberg
Ärztlicher Leiter: Dr. med. Oliver Erens

Fotos:
Umschlagfoto: Photos.com. Die übrigen Aufnahmen stammen von den Einrichtungen.

Erscheinungsdatum:
Oktober 2015

Inhaltsverzeichnis

1. Vorworte 7

2. Überblick und Zielbestimmung 11

3. Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen 15

4. Strukturelle Probleme der ambulanten Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen 17

4.1. Strukturelle Probleme der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung 18

4.2. Probleme der ambulanten psychosozialen Arbeit seit Einführung des neuen Flüchtlingsaufnahmegesetzes in Baden-Württemberg 19

4.3. Versorgung von Flüchtlingskindern und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen 21

5. Die Notwendigkeit Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in freier Trägerschaft 25

5.1. Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU) 25

5.2 Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene 30

5.3. refugio stuttgart e.v. 34

5.4. Refugio Villingen-Schwenningen e.V. 39

5.5 Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. 44

6. Versorgungsstatistik 2014 der Psychosozialen Zentren 49

7. Evaluation zur Qualität der Versorgung durch die Psychosozialen Zentren 53

8. Finanzierung der Psychosozialen Zentren 57

9. Reformbedarf und notwendige Veränderungen 61

10. Literatur- und Quellenverzeichnis 67

11. Abbildungs- und Tabellenverzeichnis 69

12. Abkürzungsverzeichnis 77

1

Vorworte

Landesärztekammer Baden-Württemberg

Am 20. Juli 2015 hätte eigentlich die EU-Aufnahmerichtlinie in deutsches Recht umgesetzt sein müssen. Nach dieser Richtlinie ist es Aufgabe der Mitgliedsstaaten, die spezielle Situation und besonderen Bedürfnisse von schutzbedürftigen Personen schnellstmöglich zu beurteilen. Im gegebenen Fall sind dann die notwendigen Maßnahmen einzuleiten.

Zu der Beurteilung von besonderen Bedürfnissen zählen neben Kriterien wie Behinderungen, Minderjährigkeit, Schwangerschaft und Alter, insbesondere auch psychische Erkrankungen oder Traumatisierungen aufgrund von Folter, Vergewaltigung oder sonstige Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt (zum Beispiel Genitalverstümmelung).

Derzeit sind jedoch, wie in anderen Bundesländern, so auch in Baden-Württemberg die Regelsysteme der psychosozialen Versorgung (noch) nicht ausreichend auf die Versorgung einer hohen Zahl von Asylsuchenden und Flüchtlingen vorbereitet. Darüber hinaus sind sogar die seit langem bestehenden, fachlich hochversierten und weiterhin dringend benötigten Psychosozialen Zentren (PSZ) in unserem Bundesland durch die Reduzierung der bisherigen Förderungen[1] und die aktuellen Änderungen im Asylbewerberleistungsgesetz in ihrer Existenz bedroht.

Hier ist der Gesetzgeber auf Bundes- und Landesebene mit der Sicherstellung einer strukturellen Förderung dringend gefordert.

Die Hilfe insbesondere für psychisch kranke, traumatisierte oder gefolterte Asylsuchende und Flüchtlinge scheitert häufig schon an der Sprachbarriere. Hier ist nicht nur - wie von der 10. Integrationsministerkonferenz am 25./26. März 2015 gefordert - ein entsprechendes Modellprojekt schnellstmöglich durchzuführen und zu evaluieren, sondern es gilt, angesichts der steigenden Flüchtlingszahlen eine tragfähige gesetzliche Lösung zur Sicherstellung und Vergütung der notwendigen Dolmetscherleistungen zu finden.

Unnötig chronifizierte, psychische Erkrankungen und unbehandelte Traumatisierungen belasten nicht nur das Leben der Betroffenen, sondern bringen dem Aufnahmeland (und damit allen Steuerzahlern) und den unnötig lange Wartenden (den Aufzunehmenden selbst) hohe Folgekosten. Jeden Cent, den wir hier heute sparen, zahlen die Betroffenen mit vielen Jahren Leid und wir verlieren, was uns diese Menschen geben könnten. Jeder Flüchtling, der in Deutschland seine neue Heimat findet, muss als Bereicherung und nicht als Belastung begriffen werden.

Das ist das Verständnis einer Willkommenskultur – das ist die Akzeptanz der Tatsache, dass Deutschland nur eine Zukunft als Einwanderungsland hat.

Dr. med. Ulrich Clever

Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg

[1] Von den fünf PSZ in Baden-Württemberg erhält künftig nur noch ein PSZ eine Förderung durch den Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds AMIF (der Folgefonds des Europäischen Flüchtlingsfonds EFF). In 2014 erhielten noch alle fünf PSZ Mittel aus dem EFF.

Vorworte

Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

In den letzten Jahren flüchten immer mehr Menschen aus Kriegsgebieten, Ländern mit Bürgerkriegen und politischer Unterdrückung sowie ethnischer und politischer Verfolgung und extremer Armut. Die im ersten Versorgungsbericht dargestellten Zahlen sind somit längst überholt und der Zustrom von Flüchtlingen und AsylbewerberInnen nimmt weiter zu. Immer mehr Kinder und Jugendliche kommen oft ohne Eltern oder andere Begleitpersonen hier an.

Viele dieser Menschen, die bei uns Schutz suchen, waren in ihren Heimatländern und auf der Flucht extremen Traumatisierungen ausgesetzt und benötigen dringend schnell und unbürokratisch professionelle Hilfe. Vor allem auch die Kinder und Jugendlichen bedürfen besonderer psychosozialer und psychotherapeutischer Unterstützung, um ihre Erlebnisse und ihre Entwurzelung bewältigen zu können.

Der Andrang auf die psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer hat deshalb weiter zugenommen. Die MitarbeiterInnen der Zentren leisten Arbeit von unschätzbarem Wert. Deshalb ist die Finanzierung der Zentren und des erforderlichen Einsatzes von DolmetscherInnen zu verbessern. Dies darf nicht durch bürokratische Hürden erschwert oder gar behindert werden. Angesichts

des Andrangs ist die medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Hilfe in Baden-Württemberg weiter auszubauen, vor allem in Regionen, in denen bisher keine Hilfsangebote bestehen.

Das novellierte Asylbewerberleistungsgesetz kann Verbesserung ermöglichen, wenn die Krankenkassen bereit sind, die Arbeit der PsychotherapeutInnen und DolmetscherInnen in den Zentren über Ermächtigung oder Kostenerstattung zu bezahlen. Die Behandlung kann und darf nicht abgebrochen werden, wenn die Kostenübernahme nach 15 Monaten Aufenthalt in Deutschland auf die Krankenkassen übergeht.

Die Behandlung psychischer Erkrankungen und der durch Trauma bedingten Störungen erfordert oft eine lange und intensive Psychotherapie. Diese kann auch bei Niedergelassenen erfolgen, wie sich gerade in den letzten Monaten gezeigt hat, in denen sich lokal gut funktionierende Netzwerke in der Regelversorgung entwickelt haben. Voraussetzung dafür ist jedoch oftmals die Unterstützung durch DolmetscherInnen. Die Kosten für DolmetscherInnen werden von den Krankenkassen nicht übernommen, so dass immer wieder Behandlungen nicht zustande kommen.

Die meisten der im ersten Bericht genannten Reformbedarfe bestehen also immer noch und wir können gerade den Menschen, die unsere solidarische Hilfe dringend benötigen, diese nicht in ausreichendem Umfang zukommen lassen. Hier sind unsere Gesellschaft und die Politik gefordert, rasch Verbesserungen zu schaffen.

Dr. rer. nat. Dietrich Munz

Präsident der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

2

Überblick und Zielbestimmung

Seit dem Erscheinen des ersten Versorgungsberichts für Baden-Württemberg im Jahr 2011 hat sich nicht nur die Anzahl der Asylbewerber[2] eklatant erhöht, sondern auch das Ausmaß dessen, was diese Menschen erleben mussten. So werden bisher unbekannte Dimensionen von Terror und Gewalt aus den Schilderungen deutlich.

Der vorliegende zweite Versorgungsbericht erläutert deshalb Ursachen und Auswirkungen von Traumafolgestörungen (Kapitel 3) und benennt strukturelle Probleme des deutschen Gesundheitswesens bei der ambulanten psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung traumatisierter Flüchtlinge[3] (Kapitel 4). Der Notwendigkeit der Existenz Psychosozialer Zentren für die Schwerpunktversorgung dieser vulnerablen Zielgruppe widmet sich Kapitel 5 und nimmt dabei jede

[2] Wird im Folgetext jeweils die männliche Form verwendet, wenn es um Flüchtlinge oder das sie behandelnde und betreuende Personal geht, so sind damit in jedem Fall sowohl weibliche als auch männliche Vertreter der betreffenden Gruppen gemeint.

[3] Der Begriff „Flüchtling“, wie er im vorliegenden Bericht verwendet wird, bezieht sich auf einen erweiterten Flüchtlingsbegriff und meint sowohl Flüchtlinge im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention, nach der als Flüchtling definiert wird, wer „[…] aus der begründeten Furcht vor Verfolgung aus Gründen der Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen seiner politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit er besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will…“ (Vgl. UNHCR: Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951, Artikel 1), als auch Umwelt- bzw. Klimaflüchtlinge sowie Elends- und Wirtschaftsflüchtlinge. Es ist hiermit kein juristischer Begriff im Sinne des §3 Abs. 1 AsylVfG gemeint, sondern die Gesamtheit der Menschen, die aus verschiedenen Gründen nach Deutschland fliehen und hier um Asyl ersuchen.

einzelne der fünf Einrichtungen in Baden-Württemberg in den Blick:

- das Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU)
- die Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (PBV) in Stuttgart, Zentrum der Beratung, Begutachtung & Psychotherapie für Überlebende traumatischer Gewalt
- refugio stuttgart e.v.
- Refugio Villingen-Schwenningen e.V. (Refugio VS), Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge und
- den Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. in Karlsruhe.

Diese Einrichtungen verfolgen alle einen systemischen Ansatz zur Verknüpfung von therapeutischem Handeln, sozialer Beratung und externer juristischer Verfahrensberatung, bedingt durch die Multikomplexität der Bedürfnislage traumatisierter Flüchtlinge. Deshalb stehen die genannten Einrichtungen im Fokus des vorliegenden Berichts, auch wenn weitere Einrichtungen, die hier nicht genannt werden, bestimmte Angebote ergänzen. Die besondere Bedarfslage unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge wird in Kapitel 4.3. näher beleuchtet.

Die Bedeutung der Psychosozialen Zentren (PSZ) für die Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen und Migranten[4] in Baden-Württemberg wird ergänzend verdeutlicht durch die Versorgungsstatistik der fünf baden-württembergischen Zentren (Kapitel 6). Der quantitativen Komponente der geleisteten Versorgung folgt eine beispielhafte Evaluation zur erreichten qualitativen Verbesserung des Gesundheitszustands der betreuten Klienten in den PSZ (Kapitel 7).

Qualitativ hochwertige Versorgungsangebote bei einer steigenden Anzahl traumatisierter Flüchtlinge können nur erbracht werden, sofern die Finanzierungsgrundlagen sicher und nachhaltig sind. Die seit 2012 erbrachte Förderung durch das Land Baden-Württemberg ist ohne Zweifel ein wichtiger Baustein und eine Anerkennung der Wichtigkeit der fünf PSZ. Wurden von 2012 bis 2014 jeweils 65.000 Euro pro Jahr und Zentrum gezahlt, erfolgte auf Antrag der Zentren mit Verweis auf den stetig wachsenden Bedarf für 2015 und 2016 eine Erhöhung auf jeweils 100.000 Euro pro Jahr und Zentrum. Trotz dieser Erhöhung ist die Finanzierung der PSZ nach wie vor als unsicher einzustufen,

[4] Als „Migranten“ werden jene Personen bezeichnet, die von einem Wohnsitz/Land zu anderen Wohnsitzen/Ländern wandern bzw. durchziehen (siehe Wikipedia). Im Kontext der fünf im Folgenden vorgestellten Zentren bezieht sich der Begriff darüber hinaus auf jene Migranten, die bereits seit längerer Zeit in Deutschland sesshaft sind und in der Regel über ein unbefristetes Bleiberecht verfügen. Da nur zwei der fünf Zentren in Baden-Württemberg diese Personengruppe als Klienten behandelt und berät, wird nur an jenen Stellen im Text, in denen es speziell um diese Zielgruppe geht, wie in den Texten zur Psychologischen Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene und zum Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V., explizit von „Migranten“ gesprochen.

weil der Anteil dieser Strukturfinanzierung am gesamten Finanzbedarf der jeweiligen Zentren nur einen Bruchteil ausmacht (Kapitel 8). Der daraus resultierende Reformbedarf für die (nahe) Zukunft wird in Kapitel 9 diskutiert.

Wurden in 2011 bundesweit noch 53.347 Asylanträge gestellt, so gingen in 2014 insgesamt 202.834 Anträge beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) ein[5]. Die meisten von ihnen kamen aus Syrien (22,7 Prozent), mit einem Zuwachs von 231,9 Prozent im Vergleich zum Jahr 2013. Höhere Zuwachsraten weist Eritrea mit 265 Prozent auf. 7,6 Prozent aller Asylanträge wurden 2014 von Flüchtlingen aus Eritrea gestellt. 16,4 Prozent der Asylbewerber kamen aus Serbien, Mazedonien, Bosnien-Herzegowina[6].

In Baden-Württemberg wurden 2014 nach Angaben des Ministeriums für Integration Baden-Württemberg 25.673 Asylanträge gestellt[7], 2011 waren es noch 5.262 Asylanträge. Menschen, die hier Asyl ersuchten, stammten wie aufgezeigt oft aus Regionen, in denen zum Teil systematisch gefoltert wird. Laut *amnesty international*[8] geschah dies im Jahr 2014 in mindestens 141 Staaten der Erde. Viele Folteropfer bleiben nach wie vor unentdeckt, doch diejenigen, bei denen eine psychiatrisch-psychologische Begutachtung erfolgt, zeigen eine „überwiegend schwere Symptombelastung“[9]. Diese Flüchtlinge haben gravierende Menschenrechtsverbrechen erleiden müssen und sind durch Krieg, Verfolgung, Folter und/ oder Flucht traumatisiert. Unterschiedliche Studien belegen, dass circa 40 Prozent der Asylbewerber in Deutschland mehrfach traumatisierende Erfahrungen machten und nachgewiesenermaßen unter Traumafolgestörungen leiden. Auf dieser Basis ist für das Land Baden-Württemberg allein für das Jahr 2014 von circa 10.000 Asylbewerbern auszugehen, die an Traumafolgestörungen[10] litten.

---

[5] Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: „Schlüsselzahlen Asyl 2014“, S.2: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Flyer/flyer-schluesselzahlen-asyl-jahr-2014.pdf?__blob=publicationFile

[6] Siehe Ebenda, S.1: Von den 128.911 Asylanträgen, über die 2014 vom Bundesamt entschieden wurde, gingen 68,6 % negativ aus, weil der Asylantrag entweder als „(offensichtlich) unbegründet“ abgelehnt (33,4 %) oder aber aufgrund von „formellen Entscheidungen“ abschlägig entschieden wurde (35,2 %). Hierzu zählen z.B. Fälle, nach denen laut Dublin-Verordnung ein anderes EU-Land zuständig ist oder der Antrag zurückgezogen wurde. Die Dublin-Verordnung führt dazu, dass Flüchtlinge in EU-Krisenländer wie Griechenland, Italien oder Bulgarien, die kaum finanzielle Mittel haben, um Flüchtlinge adäquat zu versorgen, zurück geschickt werden können. Siehe auch Amnesty Journal 06/07 2015, S. 29.

[7] Siehe Homepage des Integrationsministeriums: www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/land-nimmt-85-prozent-mehr-fluechtlinge-auf-als-im-vorjahr
Siehe auch Rundbrief des Flüchtlingsrats Baden-Württemberg 01/2015: www.fluechtlingsrat-bw.de/files/Dateien/Dokumente/INFOS%20-%20Publikationen/Rundbrief/2015-1/rb15-1_12-14.pdf

[8] Amnesty international: Folter 2014 – 30 Jahre gebrochene Versprechen: www.amnesty.de/files/Amnesty-Bericht_Folter_2014.pdf

[9] Sieberer/Ziegenbein/Eckhardt/Machleidt/Calliess: Psychiatrische Begutachtung im Asylverfahren. Psychiatrische Praxis 2011; 38: 38-44.

[10] Wirtgen, W. (2009): „Traumatisierte Flüchtlinge. Psychische Probleme bleiben meist unerkannt“: Deutsches Ärzteblatt, Jg.106, Heft 49, S. 2463 und Stellungnahme des Bundesverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen vom 19.03.2013.

Die Erhöhung des Landeszuschusses in Baden-Württemberg ist ein bedeutender erster Schritt. Eine Ausweitung der Strukturförderung auf ca. 70 Prozent des notwendigen Finanzierungsbedarfs der PSZ durch Bund und Land ist jedoch unausweichlich, sollen Qualität und Nachhaltigkeit der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge in den PSZ gesichert sein. Andernfalls steht zu befürchten, dass die beschriebenen Behandlungs- und Betreuungsangebote für traumatisierte Flüchtlinge in Baden-Württemberg keinen Bestand haben und Einrichtungen schließen müssen.

Team von refugio in Stuttgart

3

Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen

Ein psychisches Trauma ist zu verstehen als innere Reaktion auf äußere Prozesse, die zerstörerisch auf einen Menschen einwirken. Es tritt dann auf, wenn diese äußeren Prozesse die psychische Struktur und die Verarbeitungsmöglichkeiten eines Menschen überfordern. Ein traumatischer Zusammenbruch kann nach einem einzelnen oder nach einer Reihe von zerstörerisch wirkenden Ereignissen erfolgen, die erst in ihrer Häufung kumulativ wirksam werden. Es ist dabei nicht festgelegt, welche Ereignisse ein Trauma auslösen können, sondern als entscheidend für das Entstehen einer Traumafolgestörung gilt das jeweils individuelle Erleben einer existentiellen Bedrohung und der damit verbundenen eigenen Hilflosigkeit.

Menschen, die nach Europa fliehen, haben oftmals solche Zerstörungsprozesse erlebt, entweder in ihren Herkunftsländern oder auch auf der gefährlichen und nicht selten mehrere Jahre andauernden Flucht. Auf der psychischen Ebene sind die Folgen solcher Traumatisierungen vielfältig. Als eine spezifische Form einer Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) inzwischen weitreichend bekannt und anerkannt. Gleichwohl weist die aktuelle Behandlungsleitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. darauf hin, dass „…die posttraumatische Belastungsstörung nur eine, wenngleich spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen ist“[11]. Es wird festgestellt, dass in der Regel neben oder anstatt einer PTBS viele andere psychische Störungen, insbesondere Depressionen, dissoziative Störun-

[11] Flatten G., Gast U., Hofmann A., Knaevelsrud Ch., Lampe A., Liebermann P., Maercker A., Reddemann L., Wöller W. (2011): S3 – Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung.

gen und soziale Phobien, als Folgen einer Traumatisierung auftreten.

Im Falle traumatisierter Flüchtlinge sind die Ursachen dieses psychischen Leids jedoch mehr als bloße individuelle Lebensereignisse. Erfahrungen von Verfolgung und Folter, Krieg, Gewalt, sexueller Gewalt und Diskriminierung haben als Menschenrechtsverletzungen eine gesamtgesellschaftliche Dimension und erfordern nicht nur therapeutisches Handeln. Gleichzeitig sind individuelle Heilungsprozesse in diesem Bereich ebenfalls oft beeinflusst von politischen und gesellschaftlichen Einflüssen: Für die Heilungschancen einer Traumafolgestörung sind neben der individuellen Resilienz eines Menschen vor allem die Bedingungen entscheidend, die dieser Mensch nach der Flucht im Gastland vorfindet. Das Erleben extremer Ohnmacht und Hilflosigkeit ist konstituierend für ein Trauma. Die erlebte Ohnmacht und Hilflosigkeit setzt sich in den eingeschränkten Möglichkeiten traumatisierter Flüchtlinge, den Zustand der „Sprachlosigkeit“ aus eigener Kraft zu ändern, fort. Da sie aufgrund ihrer Traumatisierung häufig unter massiven und chronischen Schlafstörungen mit Albträumen und Ängsten leiden, sind sie tagsüber in der Folge häufig übermüdet und unkonzentriert. Aufgrund dessen können sie dem Sprachunterricht nicht folgen beziehungsweise sich neu Erlerntes nicht dauerhaft merken. Dies hat auch negative Auswirkungen auf das Selbstwertgefühl, die Selbstwirksamkeitsüberzeugung und das Selbstbild der Klienten, was in die Therapie mit einbezogen werden muss. Weiterhin wirkt durch das oft nicht nachvollziehbare Asylverfahren, den über lange Zeit unsicheren Aufenthaltsstatus und die Lebensumstände in den Asylunterkünften aus Sicht der Betroffenen die Ohnmacht als prägendstes Merkmal der Traumatisierung auch nach der Flucht fort und scheint über die Versuche der Wiedererlangung von Kontrolle und Selbstwirksamkeit zu siegen. Um einer Chronifizierung der Beschwerden vorzubeugen und die Folgen zu mildern, ist es zuallererst notwendig, dass die Betroffenen sich in einer subjektiv als sicher eingeschätzten Umgebung befinden. Weiter ist ein möglichst rascher Therapiebeginn entscheidend - rein medikamentöse Therapien sind nicht ausreichend. Beides gelingt leider auch im Falle der in Deutschland lebenden traumatisierten Flüchtlinge vielfach nicht, so dass es häufig zu Chronifizierungen kommt, verbunden mit der Gefahr des Verlusts der Alltagsfunktionalität und irreversibler Veränderungen der Persönlichkeit.

Besonderes Augenmerk ist hierbei auch auf die Auswirkungen auf die Familien der Betroffenen und das Leben der nachfolgenden Generation zu richten sowie derer, die bereits seit längerem in Deutschland sesshaft und deshalb nicht mehr als Flüchtlinge, sondern vielmehr als Migranten zu bezeichnen sind. Zwei der fünf PSZ in Baden-Württemberg richten sich mit ihren Angeboten auch bzw. speziell an Migranten, die sich bereits längere Zeit in Deutschland aufhalten (Kapitel 5).

4

Strukturelle Probleme der ambulanten psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen

Die ambulante Psychotherapie von traumatisierten Flüchtlingen erfolgt in den PSZ in der Regel unter Einbeziehung psychosozialer Aspekte, das heißt unter Berücksichtigung der aktuellen Aufenthaltssituation des Flüchtlings, der – oft zusätzlich belastenden - Wohnsituation sowie der eingeschränkten Arbeits-, Ausbildungs- oder Schulsituation im Aufnahmeland und der häufig problematischen Situation von Familienangehörigen in den Herkunftsländern. Dies macht nicht nur die therapeutische, sondern auch die psychosoziale Arbeit – auch in ihrer Interaktion – komplex. Verstärkt wird diese Problematik dadurch, dass vielfach Dolmetscher notwendig sind und sich der Flüchtling erst noch mit der Kultur und dem politischen System des Aufnahmelands vertraut machen muss. Darüber hinaus unterliegen die psychotherapeutische und die psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen rechtlichen und finanziellen Restriktionen spezifischer Art, die im Folgenden getrennt betrachtet werden – wohl wissend, dass beide Bereiche in Bezug auf den Flüchtling und damit den Klienten der PSZ zusammen betrachtet werden müssen.

4.1 Strukturelle Probleme der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung

Flüchtlinge erhalten in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts in Deutschland Leistungen nach dem sogenannten Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Dieses sieht in § 4 eine ärztliche/ psychotherapeutische Behandlung nur bei akuten Schmerzzuständen sowie akuten und/oder lebensbedrohlichen Erkrankungen vor. Inwieweit etwa eine Traumafolgestörung darunter fällt, liegt im Ermessensspielraum der unteren Aufnahmebehörde respektive des Sachbearbeiters im Sozialamt des jeweiligen Landkreises beziehungsweise des zuständigen Gesundheitsamtes. Die Finanzierung einer psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen ist im AsylbLG nicht vorgesehen.

Das Antragsverfahren für eine ambulante Psychotherapie im Rahmen des AsylbLG ist aufwendig: Der Anbieter einer ambulanten Psychotherapie hat, anders als im System der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), auch die probatorischen Sitzungen gesondert zu beantragen und deren medizinische Notwendigkeit meist, etwa durch Beibringen eines Attestes von einem dritten Arzt, zu belegen.

Das Gesundheitsamt prüft die Notwendigkeit, indem es den Flüchtling zur ärztlichen Untersuchung einbestellt, abweichend vom GKV-System, bei dem der Medizinische Dienst der Krankenkasse (MDK) lediglich auf Basis schriftlicher Berichte oder Befunde entscheidet. Nach Abschluss der probatorischen Sitzungen hat der Anbieter einer ambulanten Psychotherapie, wie im GKV-System, die Notwendigkeit einer psychotherapeutischen Behandlung durch einen ausführlichen diagnostischen Bericht zu begründen und einen Antrag auf Übernahme der Kosten für eine ambulante Psychotherapie und der Dolmetscherkosten an die untere Aufnahmebehörde sowie an das zuständige Gesundheitsamt zu stellen.

Seit Inkrafttreten des novellierten AsylbLG am 1. März 2015 werden Flüchtlinge nach Ablauf von 15 Monaten legalen Aufenthalts in Deutschland sozialrechtlich wie GKV Patienten eingestuft (auch wenn sie formal keine Mitglieder sind) und erhalten die erweiterten Leistungen wie GKV-Mitglieder. Diese im Grundsatz begrüßenswerte, sozialrechtlich weitgehende Gleichstellung der Flüchtlinge nach 15 Monaten hat, zumindest im Bereich der ambulanten Psychotherapie, einen gravierenden Nachteil: Flüchtlinge verfügen nach 15 Monaten Aufenthalt in Deutschland in der Regel noch nicht über ausreichende Deutschkenntnisse, um eine Psychotherapie in deutscher Sprache wahrnehmen zu können. Das Angebot an muttersprachlicher Psychotherapie in Baden-Württemberg ist sehr ein-

geschränkt und, wenn überhaupt, nur in wenigen Universitätsstädten verfügbar[12], wobei auch hier Angebot und Nachfrage weit auseinander liegen.

Zudem haben Flüchtlinge, solange sie keine Aufenthaltserlaubnis besitzen, keinen Anspruch auf Teilnahme an einem durch das BAMF finanzierten Integrationskurs, der ihnen die Grundzüge der deutschen Sprache vermittelt. Dies führt zu einem Versorgungsproblem, weil es im deutschen Gesundheitswesen keinen professionellen Dolmetscherdienst gibt, der etwa eine dolmetschergestützte ambulante Psychotherapie für traumatisierte Flüchtlinge ermöglichen könnte, weshalb es im GKV-System keine dolmetschergestützten psychotherapeutischen Angebote gibt.

Dazu kommt vielfach das aufenthaltsrechtliche Problem: Psychotherapie ist unter den Bedingungen eines unsicheren Aufenthaltsstatus des Flüchtlings nur eingeschränkt möglich. Zum Zeitpunkt der Anmeldung im jeweiligen PSZ verfügt der Großteil der Klienten über keinen gesicherten Aufenthalt in Deutschland. Das Problem der Unsicherheit über den weiteren Aufenthalt in Deutschland stellt die Behandler vor besondere Herausforderungen: Zum einen jene, die Angst der Klienten mitzutragen und zum anderen die, unter Wahrung der eigenen fachlichen Zuständigkeit das Mögliche dazu beizutragen, in Kooperation mit Akteuren wie Rechtsanwälten, Sozialarbeitern, Ärzten und Ehrenamtlichen etwa durch psychologische Stellungnahmen zum Gesundheitszustand einen Beitrag zur Verbesserung der Gesamtsituation der Klienten zu leisten. Die von den PSZ erhobenen psychologischen und ärztlichen Befundberichte über die Klienten können von deren Anwälten im aufenthaltsrechtlichen Verfahren weiter verwendet werden. Für den Fall einer nachgewiesenen dauerhaften Erkrankung des Flüchtlings und bei fehlender Behandlungsmöglichkeit im Herkunftsland hat das deutsche Aufenthaltsrecht mit der Einführung des § 60 Abs. 7 AufenthG die rechtliche Möglichkeit eines sogenannten krankheitsbedingten Abschiebungshindernisses geschaffen. Hiervon wird in begründeten Einzelfällen Gebrauch gemacht. Allerdings sind diese Anforderungen im Rahmen einer kassenärztlichen psychotherapeutischen Praxis kaum leistbar, wie viele in den Netzwerken der PSZ tätige Kollegen rückmelden.

[12] So wird seit einigen Jahren mit viel Engagement seitens des Psychoanalytischen Seminars Freiburg die Psychotherapeutische Anlaufstelle für MigrantInnen Freiburg (PAMF) in Zusammenarbeit mit niedergelassenen und z.T. muttersprachlichen Psychotherapeuten aufgebaut. Der Erfolg dieses Vorhabens steht nach Aussage der Akteure noch auf sehr wackeligen Füssen (Frau Dipl. Psych. S. Haufe bei der LÄK B-W am 21.05.2015). Der Dolmetscherpool besteht bereits und wird vom Migrationsbüro Freiburg verwaltet. Jedoch wird Geld für die psychotherapeutische Schulung der Dolmetscher benötigt.

4.2 Probleme der ambulanten psychosozialen Arbeit seit Einführung des neuen Flüchtlingsaufnahmegesetzes in Baden-Württemberg

Auf dem Papier stellen sich die gesetzlichen Rahmenbedingungen für die Sozialarbeit mit Flüchtlingen in Baden-Württemberg seit Inkrafttreten des neuen Flüchtlingsaufnahmegesetzes (FlüAG) am 1. Januar 2014 deutlich günstiger dar, als dies zuvor der Fall war. Hervorzuheben ist die Berücksichtigung der besonderen Belange schutzbedürftiger Personen im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU Artikel 21[13] zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (§ 5 FlüAG). Dies betrifft auch den Bereich des Wohnens. Die vorläufige Unterbringung erfolgt in der Regel in Gemeinschaftsunterkünften (GU) und in Wohnungen: „Soweit Wohnungen genutzt werden, sind vorrangig schutzbedürftige Personen“[14] zu berücksichtigen. Hierauf besteht jedoch kein Rechtsanspruch und in der Praxis geschieht es höchst selten, dass eine Wohnungsunterbringung für Schutzbedürftige erfolgt. Die im Gesetz vorgesehene Ausweitung der durchschnittlichen Wohn- und Schlaffläche von vormals 4,5 qm auf nun 7 qm wird erst nach einer zweijährigen Übergangsphase zum 1. Januar 2016 wirksam. Die maximale Verweildauer in den Gemeinschaftsunterkünften soll 24 Monate nicht überschreiten[15], was in der Praxis häufig geschieht, weil nicht ausreichend bezahlbarer Wohnraum in der kommunalen Anschlussunterbringung zur Verfügung steht.

Die Flüchtlingssozialarbeit (§ 12 FlüAG) soll von den unteren Aufnahmebehörden, das heißt den Landkreisen, auf geeignete nicht-staatliche Träger übertragen werden, zum Beispiel auf das Deutsche Rote Kreuz, sofern erstere diese nicht bereits vor Inkrafttreten des FlüAG selbst wahrgenommen haben. Somit bestand geringer politischer Druck, einen Wechsel zugunsten nicht-staatlicher Träger vorzunehmen. Dies hat in der Praxis zu keiner erkennbaren Verbesserung des Stellenwerts der Flüchtlingssozialarbeit geführt. In jenen Land- und Stadtkreisen, die schon zuvor keine flüchtlingsfreundliche Sozialarbeit praktizierten, hat das FlüAG meist keine positiven Effekte im Bereich der sozialen Arbeit zur Folge. Umgekehrt sahen sich jene Landkreise, die bereits vor Inkrafttreten des neuen FlüAG eine flüchtlingsfreundliche soziale Arbeit betrieben haben, durch die Gesetzesnovelle bestätigt und führten ihre Arbeit in der gleichen Art und Weise fort.

Die aus Sicht der PSZ grundsätzlich positiv zu beurteilenden inhaltlichen Verbesserungen des

[13] EU-Aufnahmerichtlinie2013/33/EU: eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32013L0033

[14] Siehe Gesetz über die Aufnahme von Flüchtlingen (FlüAG) vom 19.12.2013, GBI 2013, 493, § 8 Abs. 1 Satz 2: www.fluechtlingsrat-bw.de/files/Dateien/Dokumente/INFOS%20-%20Unterbringung/2014-01-01%20FlueAG%20BW%20-%20Gesetzestext.pdf

[15] Ebenda, § 9 Abs. 1 Satz 4

neuen FlüAG werden in der Praxis oft nicht erreicht, vor allem aufgrund des enormen Anstiegs der Flüchtlingszahlen seit Inkrafttreten dieses Gesetzes vor über einem Jahr[16]. Seither hat sich die Zahl der Asylerstantragsteller in Baden-Württemberg von 13.853 Personen in 2013 auf 25.674 Personen in 2014 nahezu verdoppelt[17]. Dies spiegelt sich besonders im Personalschlüssel der sozialen Arbeit wider: Von den im FlüAG geplanten 120 Flüchtlingen pro Sozialarbeiter in den GU finden wir in der Praxis eher einen Personalschlüssel von 150/1 – ein Verhältnis, das auch nach Auffassung der nicht-staatlichen Träger nicht geeignet ist, um vernünftige Arbeit leisten zu können. Hierfür dürfe der Schlüssel max. 100/1 sein[18]. Dieser Personalmangel ist deutlich spürbar. Refugio VS berichtet von Besuchen in den GU, dass angesichts der enormen Menge der dort lebenden Personen die Sozialarbeiter ihre Aufgaben nicht mehr erfüllen können und angesichts der Missstände resignieren[19]. Darunter leiden vor allem diejenigen Flüchtlinge in den GU, die einen hohen Betreuungsbedarf haben, etwa weil sie durch psychische Erkrankungen stark eingeschränkt sind oder aufgrund chronifizierter Krankheitsverläufe bereits psychische Behinderungen aufweisen. Nicht selten werden diese Flüchtlinge in den PSZ angemeldet. Die zusätzlichen sozialarbeiterischen Leistungen, die von den PSZ für diese Flüchtlinge erbracht werden, werden nach dem AsylbLG nicht vergütet. Auch im Bereich des Spracherwerbs wird von den Trägern der Sozialarbeit beklagt, dass die Sprachkurspauschale von 90 € pro Asylbewerber mindestens verdreifacht werden müsste. Da Kitaplätze fehlen, findet der Spracherwerb im Falle von Flüchtlingskindern nur unzureichend statt. Auch fehlen VABO-Klassen[20], da Lehrermangel herrscht. Eine Chancengleichheit für Flüchtlingskinder im Vergleich zu deutschen Kindern ist kaum gegeben[21].

---

[16] Wobei es keinen kausalen Zusammenhang zwischen der Einführung des FlüAG und der Zunahme der Flüchtlingszahlen gibt, da letztere ein allgemeines bundesweites Phänomen sind, das FlüAG aber eine Spezifikum Baden-Württembergs darstellt.

[17] Siehe Homepage des Integrationsministeriums Baden-Württemberg: www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/land-nimmt-85-prozent-mehr-fluechtlinge-auf-als-im-vorjahr

[18] Siehe Homepage des Diakonischen Werks Württemberg: „Ein Jahr Flüchtlingsaufnahmegesetz“: www.diakonie-wuerttemberg.de/presse-und-aktuelles/aktuelles/meldungen-von-2015/ein-jahr-fluechtlingsaufnahmegesetz-28012015

[19] Siehe Kapitel 5.4. Refugio VS

[20] VABO steht für „Vorqualifizierung Arbeit und Beruf für Jugendliche ohne Deutschkenntnisse“.

[21] Siehe Homepage des Diakonischen Werks Württemberg: „Ein Jahr Flüchtlingsaufnahmegesetz“: www.diakonie-wuerttemberg.de/presse-und-aktuelles/aktuelles/meldungen-von-2015/ein-jahr-fluechtlingsaufnahmegesetz-28012015/

4.3. Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Flüchtlingskindern und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen

Bei Flüchtlingskindern, deren Eltern unter Traumafolgestörungen leiden, lässt sich häufig eine sogenannte Parentifizierung beobachten. Da die Eltern aufgrund ihrer Erkrankung ihre Elternrolle nicht mehr ausfüllen können, fühlen sich deren Kinder oftmals gezwungen, die Aufgaben der Eltern zu übernehmen, zum Beispiel was die Versorgung von jüngeren Geschwistern oder auch der Eltern selbst anbelangt. Durch den Schulbesuch beherrschen viele Flüchtlingskinder die deutsche Sprache oft viel besser als ihre Eltern und begleiten diese zu Behörden oder zum Arzt, um zu Dolmetschen. Refugio VS, PBV Stuttgart und refugio stuttgart behandelten in 2014 insgesamt 74 Kinder in Familien (Kapitel 6). Weiter werden seit dem 1. März 2015 im Rahmen eines dreijährigen Projektes zwischen dem BFU, Refugio VS und der Caritas Ulm traumatisierten Flüchtlingskindern psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen angeboten (Kapitel 5).

Besonders zu beachten ist die Situation von Minderjährigen, die ohne Begleitung von Familienangehörigen nach Deutschland kommen. Die genaue Anzahl an UMF (Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge) für das Jahr 2014 lässt sich schwer bestimmen. Das Statistische Bundesamt zählt lediglich die erfolgten Inobhutnahmen (ION) durch die zuständigen Jugendämter, nicht jedoch, wie viele der Jugendlichen tatsächlich in Deutschland verbleiben. Das BAMF wiederum zählt nur diejenigen, die einen Asylantrag stellen. Laut Bundesfachverband Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (B-UMF) weichen „(d)iese beiden Zahlen (…) stark voneinander ab und liegen vergleichbar nur bis zum Jahr 2013 vor[22]“. Der Bundesfachverband geht jedoch von einem deutlichen bis sehr starken Anstieg der Zahlen im Vergleich zum Vorjahr aus[23]. Für 2013 wurden die Zahlen von (Landes-) Jugendämtern, Statistischen Landesämtern und Landesministerien zusammengestellt. So erfolgten in 2013 bundesweit 5.548 ION. 408 davon erfolgten in Baden-Württemberg, nur 170 der UMF stellten einen Asylerstantrag[24]. Damit war Baden-Württemberg eines der zugangsstärksten Bundesländer, etwa 1.250 UMF halten sich derzeit hier auf[25]. Laut BAMF waren in 2013 bundesweit 8.800 UMF registriert, wobei sich die Zahl der Erstantragsteller in der Gruppe der unter-16-Jährigen zwischen

[22] Siehe Fachpolitische Stellungnahme des Bundesfachverbands Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V. zur geplanten Umverteilung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen vom November 2014: www.b-umf.de/images/BundesfachverbandUMF_Stellungnahme_Verteilung_II_13112014.pdf (S. 4, Zugriff am 17.02.2015)

[23] Ebenda.

[24] Siehe Homepage des Bundesfachverbands Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V.: www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/UMFZuwanderungszahlen2013_BUMF.pdf (Zugriff am 13.07.2015)

[25] Siehe Homepage des Ministeriums Baden-Württemberg: www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/gute-betreuung-minderjaehriger-unbegleiteter-fluechtlinge-sicherstellen

2008 und 2014 mehr als verdoppelt und die in der Gruppe der 16- bis 17-Jährigen fast verfünffacht hat[26].

Unbestritten ist die besondere Schutzbedürftigkeit von UMF, die nicht selten mehrere Jahre auf der Flucht sind und von denen ein Großteil komplexe Problemlagen mitbringt. So haben einer Studie von Refugio München zufolge 70 Prozent der UMF traumatische Erfahrungen durchlebt[27]. Durch ihre rechtliche Schutzlosigkeit auf der Flucht sind UMF besonders gefährdet, Opfer von Zwangsheirat, Menschenhandel oder Zwangsprostitution zu werden. Mitarbeiter der PSZ berichten, dass viele der Jugendlichen durch langanhaltende traumatische Erfahrungen deutlich vorgealtert wirken. Dies ist insbesondere problematisch im Rahmen der Altersfeststellung. Seit Mai 2010 gilt zudem die UN-Kinderrechtskonvention für alle in Deutschland lebenden Kinder. Für Minderjährige gilt das Kinderrecht vor dem Asyl- und Ausländerrecht. Das Jugendamt ist verpflichtet[28], einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn dieser unbegleitet nach Deutschland kommt und sich weder Personensorge- noch Erziehungsberechtigte im Inland aufhalten. Doch laut B-UMF sind derzeit einige Kommunen, insbesondere jene mit Erstaufnahmeeinrichtungen beziehungsweise Kommunen, die sich an den Transitrouten befinden, überfordert mit der großen Anzahl an UMF[29].

Am 15. Juli 2015 hat das Bundeskabinett einen Gesetzesentwurf zur Umverteilung von UMF im gesamten Bundesgebiet beschlossen, um Jugendämter in Gebieten, die mit der Unterbringung, Versorgung und Betreuung der UMF überlastet sind, zu entlasten[30]. Ab 1. Januar 2016 orientiert sich die Verteilung am Königsteiner Schlüssel, der das Steueraufkommen und die Einwohnerzahl der Länder heranzieht[31]. Kommunen müssen künftig zudem Standards wie Sprachförderung, die Bereitstellung von Dolmetschern sowie Kita- und Schulplätze sicherstellen. Doch Flüchtlingsorganisationen wie Pro Asyl bezweifeln, dass es Jugendämter ohne bereits bestehende Strukturen schaffen werden, diese schnell genug aufzubauen[32]. Auch Fachverbände wie der B-UMF oder das

[26] Siehe Homepage des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge, Konferenzbericht Unbegleitete Minderjährige (31.12.2014): www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2014/tagung-unbegleiteteminderjaehrige-bericht.html (Zugriff am 13.07.2015)

[27] Siehe Fachpolitische Stellungnahme des Bundesfachverbandes Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge vom November 2014: www.b-umf.de/images/BundesfachverbandUMF_Stellungnahme_Verteilung_II_13112014.pdf (Zugriff am 17.02.2015)

[28] Siehe Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz (KICK) §42, Abs. 1, Satz 1, Nr.3 www.dijuf.de/tl_files/downloads/2010/fachliche_hinweise_stellungnahmen_des_dijuf/TabelleKICKmitBegruendung.pdf

[29] Siehe Fachpolitische Stellungnahme des Bundesfachverbands Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V. zur geplanten Umverteilung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen vom November 2014: www.b-umf.de/images/BundesfachverbandUMF_Stellungnahme_Verteilung_II_13112014.pdf (S. 2, Zugriff am 17.02.2015)

[30] Siehe Artikel „Schwesig will minderjährige Flüchtlinge nach Quote aufteilen, erschienen in ZEIT ONLINE am 15.07.2015: www.zeit.de/politik/deutschland/2015-07/manuela-schwesig-fluechtlinge-kommunen-verteilung

[31] Siehe Artikel „Schwesig will minderjährige Flüchtlinge nach Quote aufteilen, erschienen in ZEIT ONLINE am 15.07.2015: www.zeit.de/politik/deutschland/2015-07/manuela-schwesig-fluechtlinge-kommunen-verteilung

[32] Artikel „Alleine und verloren“, erschienen in der Süddeutschen Zeitung vom 16. Juli 2015, S.6.

Deutsche Rote Kreuz kritisieren, dass in vielen Gebieten derzeit kein entsprechend geschultes Personal vorhanden ist, das diese besonders schutzbedürftige Personengruppe angemessen versorgen könnte. Zudem verletzt die Verteilung von UMF auf der Basis von festen Quoten die Vorrangstellung des Kinderrechts bei UMF und widerspricht dem Grundsatz, dass vor einer Entscheidung, welche die Zukunft der Kinder und Jugendlichen betrifft, diese gehört werden müssen. Viele der Kinder und Jugendlichen benötigen nach ihrer Ankunft in Deutschland Zeit, bis sie sich jemandem anvertrauen. Für den Aufbau eines solchen Vertrauensverhältnisses ist vor allem das Clearingverfahren gedacht. Gibt das Kind beziehungsweise der Jugendliche einige Zeit nach der Ankunft an, Verwandte in Deutschland zu haben, würde dies im Falle einer vorherigen Umverteilung einen weiteren Umzug und damit den Verlust des aufgebauten Vertrauensverhältnisses bedeuten[33]. Die EU verpflichtet ihre Mitgliedsstaaten jedoch, Aufenthaltsortswechsel bei UMF auf ein Mindestmaß zu beschränken[34]. Dieser Grundsatz wird mit der Umverteilung nach Quote ausgehöhlt.

Da UMF nicht in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht werden dürfen, dienen Einrichtungen wie zum Beispiel die Aufnahmegruppe für junge Migranten (AJUMI) der Heimstiftung Karlsruhe als erste Anlaufstelle[35]. Neben der IOM und der Versorgung mit den notwendigsten Dingen steht die Klärung der Lebensumstände und -perspektiven im Vordergrund. Psychotherapeutisch und psychosozial versorgt werden UMF von drei PSZ in Baden-Württemberg (Kapitel 5). Die PBV Stuttgart bietet spezielle Gruppentherapien für psychisch gezeichnete und/oder traumatisierte UMF. Auch refugio stuttgart wendet sich mit seinen Angeboten an besonders schutzbedürftige Flüchtlinge, darunter UMF. Bei Refugio VS ist mehr als jeder zehnte Klient unter 18 Jahren. Darunter sind mehrere UMF aus Afghanistan, Sri Lanka, Eritrea, Syrien und westafrikanischen Staaten in Betreuung. Zusammen mit Kindern in Flüchtlingsfamilien machen UMF in den drei genannten PSZ über 10 Prozent der Klienten aus (Kapitel 6). Zudem bestehen lokale Kooperationen der drei PSZ mit Jugendhilfeträgern.

---

[33] Siehe Fachpolitische Stellungnahme des Bundesfachverbands Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V. zur geplanten Umverteilung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen vom November 2014: www.b-umf.de/images/BundesfachverbandUMF_Stellungnahme_Verteilung_II_13112014.pdf (S. 4, Zugriff am 17.02.2015)

[34] EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU, Art. 24 Abs. 2, Unterabs. Satz 2: eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32013L0033

[35] Die Heimstiftung Karlsruhe nimmt Mädchen und Jungen im Alter von sechs bis 17 Jahren auf. Darunter sind sowohl deutsche Kinder und Jugendliche als auch UMF. Im Jahr 2014 wurden insgesamt 132 UMF aufgenommen. Die überwiegende Mehrheit der UMF stellen männliche Jugendliche zwischen 16 und 17 Jahren. Die Hauptherkunftsländer 2014 waren Syrien, Eritrea, Afghanistan, Irak, Gambia und Somalia (Auszug aus dem Interview mit der Heimleitung Frau Eva Rühle am 4. Dezember 2014).

5

Notwendigkeit Psychosozialer Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in freier Trägerschaft

5.1. Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU)

Das BFU besteht seit dem Jahr 1995 und wurde auf Initiative von amnesty international und Ulmer Bürgern gegründet. Träger ist der RehaVerein für soziale Psychiatrie Donau-Alb e.V.. Das BFU ist Gründungsmitglied der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF). Das BFU behandelt derzeit rund 100 Personen, die Opfer von Folter, Krieg, Flucht oder anderer Traumata sind. Zum Gründungsteam des BFU gehörten mehrere Ärzte, die betroffene Personen medizinisch betreut haben. Inzwischen hat sich der Schwerpunkt auf die psychologisch-psychotherapeutische Behandlung verlagert.

In Ulm und der Region gab es in den frühen 1990er Jahren im Rahmen des regulären Gesundheitssystems kein Angebot an ambulanter dolmetschergestützter Psychotherapie für traumatisierte Flüchtlinge. Andererseits reichen die Deutschkenntnisse der Flüchtlinge zur Durchführung einer Psychotherapie meist nicht aus. Das BFU wurde gegründet, um regional diese Versorgungslücke im Bereich der Psychotherapie bei traumatisierten Flüchtlingen zu schließen. Der Einsatz von Dolmetschern verkompliziert den therapeutischen Prozess und macht ihn teurer, da in der Regel die

doppelte Zeit sowie zusätzliche Kosten anfallen. Die Dolmetscherkosten werden jedoch von den gesetzlichen Krankenkassen nicht übernommen, weshalb eine derart aufwendige psychotherapeutische Behandlung im „regulären“ Gesundheitssystem nicht zu leisten ist. Das BFU bietet - auch dank der bestehenden Landesförderung und anderer Drittmittel sowie im Rahmen des AsylbLG - seit geraumer Zeit dolmetschergestützte Psychotherapie an und ist spezialisiert auf die psychotherapeutische Behandlung dieser Klienten. Das BFU verfügt derzeit über einen Pool von 20 geschulten Dolmetschern für 20 Sprachen und stellt diesen im akuten Bedarfsfall auch den Kliniken im Großraum Ulm zur Verfügung.

Die Klienten

Das BFU ist spezialisiert auf die Versorgung folgender Personengruppen:

- Flüchtlinge mit Gewalterfahrungen durch Krieg, Folter, Vertreibungen
- Menschen, die durch Unfälle, Gewalttaten, Todesfälle, Naturkatastrophen o.ä. ein akutes Trauma erlitten haben

Das BFU bietet psychotherapeutische Behandlung und Kunsttherapie für erwachsene Flüchtlinge. Einige Klienten im BFU sind ehemalige UMF. Diese Gruppe der 18 bis 19-jährigen Klienten, oft aus Afghanistan kommend, nimmt stetig zu. Die Mehrheit der Klienten im BFU befindet sich im laufenden Asylverfahren und hat demnach noch keinen Aufenthaltstitel. Viele verfügen nur über eine Duldung, weshalb sie in ständiger Angst vor einer möglichen Abschiebung leben. Der Gesundheitszustand der Klienten ist oft derart schlecht, dass sie derzeit nicht abgeschoben werden können (Kapitel 4). Im Berichtsjahr wurden 91 Klienten aus 22 Staaten psychotherapeutisch behandelt. Die Hauptherkunftsländer in 2014 waren Nigeria (13), Afghanistan (12), Türkei (8), Serbien (7), Kosovo und Tschetschenien (jeweils 6) sowie Syrien (5).

Das Team

Im Berichtsjahr arbeiteten im BFU drei Psychotherapeutinnen: Die Therapeutische Leitung ist Psychologische Psychotherapeutin, EMDR- und Traumatherapeutin und mit 80% angestellt. Eine weitere Psychotherapeutin ist mit 50% angestellt. Eine dritte Psychotherapeutin sowie eine Kunsttherapeutin sind auf Honorarbasis im BFU beschäftigt. Darüber hinaus gibt eine Projektkoordinatorin, die mit 50% angestellt ist und einen Organisatorischen Leiter mit 100% Anstellungsgrad. Eine

Verwaltungskraft auf Aushilfsbasis, ein Mitarbeiter für Öffentlichkeitsarbeit und Fundraising und ein Webmaster sind auf Honorarbasis beschäftigt. Zudem gibt es zwei Ehrenamtliche und 20 Dolmetscher für 20 Sprachen, die derzeit aktiv für das BFU tätig sind.

Die Angebote

Traumadiagnostik bei akuten und chronischen Traumata

- Akuttraumabehandlung
- Psychotherapie unter besonderer Beachtung traumabezogener Aspekte
- Kunsttherapie für Erwachsene (einzeln oder in Gruppe)
- Psychosoziale Beratung
- Fort- und Weiterbildung für Fachpersonal im Bereich Trauma- und Flüchtlingsarbeit
- Gutachten
- Care-Net-Management (Zusammenarbeit mit und ggf. Beratung von Unterstützern, Haus- und Fachärzten, Kliniken, Psychiatern, Rechtsanwälten, Flüchtlingshelfern, Sozialarbeitern etc.)

Seit 2005 bietet das BFU Psychotherapie für akut Traumatisierte (Deutsche und Flüchtlinge) an. Durch einen zeitnahen Beginn der diagnostisch/therapeutischen Sitzungen soll insbesondere einer Chronifizierung der Beschwerden vorgebeugt und die Möglichkeit einer schnellen Rückkehr ins Alltagsleben und die (Wieder)-Aufnahme einer Erwerbsarbeit gewährleistet werden. Die Kunsttherapie stellt ein niederschwelliges Angebot für Erwachsene dar, für die sich diese nonverbale Therapiemethode – auch in Kleingruppen - als sinnvoll erweist.

Die Kooperationen im Jahr 2014

Im Berichtjahr hat das BFU die Projektleitung im Rahmen von zwei Projekten des Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF) inne gehabt mit dem Ziel, die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen in Baden-Württemberg auch bei wegbrechender Finanzierung durch die vorrangigen Kostenträger sicherzustellen. Eine Evaluation der im Rahmen der Projekte erfolgten therapeutischen Arbeit finden Sie in Kapitel 7 des vorliegenden Berichts.

1. EFF 11-073 in Kooperation mit der PBV Stuttgart: Die Anzahl der im Projekt begünstigten Flüchtlinge /Klienten: N = 109 (Kapitel 7).
2. EFF 13-0999 in Kooperation mit Refugio Villingen-Schwenningen: Anzahl der im Projekt be-

günstigten Flüchtlinge /Klienten: N = 84 (Kapitel 7).

Das BFU leitet ab 1. März 2015 ein Kooperationsprojekt, das zusammen mit Refugio VS und der Caritas Ulm für zunächst drei Jahre durchgeführt wird. Die Angebote in diesem Rahmen sind:

- Psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen für traumatisierte Flüchtlingskinder und UMF in den Dekanatsbezirken (Biberach, Ulm, Heidenheim) durch die Caritas Ulm mit Unterstützung der Dolmetscher des BFU
- Psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen für traumatisierte erwachsene Flüchtlinge im Diözesangebiet durch die beiden PSZ BFU und Refugio VS, für die es ansonsten keine vorrangigen Kostenträger gibt.

Dieses Projekt wird zu großen Teilen aus dem „Zweckerfüllungsfonds Flüchtlingshilfen“ der Diözese Rottenburg-Stuttgart finanziert. Die Caritas Ulm stellt dafür zwei zusätzliche Kinder- und Jugendlichentherapeutinnen mit Traumaexpertise (30 beziehungsweise 40 Prozent Anstellungsgrad) an, das BFU stellt seinen Dolmetscherpool mit 20 Dolmetschern für 20 Sprachen zur Verfügung. Dieses Angebot richtet sich an UMF und an begleitete Flüchtlingskinder. Das BFU plant die Anstellung eines weiteren Psychotherapeuten mit 50 Prozent Anstellungsgrad, um den erhöhten Bedarf an Psychotherapie besser abdecken zu können.

Des Weiteren wird derzeit das Projekt „Menschenrechtsbildung“ für Klienten des BFU als zusätzliches Element zum therapeutischen Bereich in Kooperation mit amnesty international Ulm konzipiert und initiiert.

Die aktuellen Herausforderungen

Die derzeitigen Hauptprobleme sind die ständig steigende Nachfrage nach Therapieplätzen im BFU (aktuelle Wartezeit: circa sieben Monate), der steigende Anteil an sogenannten Dublin-III-Fällen unter den Klienten sowie die Zunahme des Anteils stark chronifiziert kranker Klienten.

Im Zuge des Inkrafttretens des novellierten AsylbLG zum 1. März 2015 kommt es verstärkt zu Rücknahmen von bereits erteilten Kostenzusagen für Kurz- und Langzeittherapien durch die Landkreise und Kommunen mit dem Verweis darauf, dass Flüchtlinge nach 15 Monaten legalem Aufenthalt in Deutschland bei einer GKV versichert und somit nicht mehr in die Zuständigkeit des Sozialamts fallen. Die GKV verweigert meist jedoch die Fortsetzung der Psychotherapie mit Verweis auf die fehlende Kassenzulassung des BFU. Das Ausmaß der Rücknahmen ist noch nicht abschließend

quantifizierbar. Das BFU schätzt, dass in 2015 jede zweite Psychotherapie mit Verweis auf das novellierte AsylbLG widerrufen wird und dies zu einem Einnahmeausfall von bis zu 40.000 Euro pro Jahr für das BFU führt. Das Problem der Sicherstellung der bereits erreichten psychotherapeutischen Versorgung kann daher nicht ohne eine Erhöhung der Drittmittel erfolgen. Derzeit behilft sich das BFU mit Mitteln aus dem Zuschuss des Landes Baden-Württemberg und des „Zweckerfüllungsfonds Flüchtlingshilfen“ der Diözese Rottenburg-Stuttgart. Was nach Ablauf der Projektlaufzeit in 2018 ist, kann noch niemand abschätzen.

Die notwendigen Veränderungen aus Sicht des BFU

Die Arbeit in den PSZ erfordert professionelles Handeln. Sie ist interdisziplinär, interkulturell und systemisch angelegt, weil die PSZ an den Schnittstellen von Gesundheitswesen, sozialen Hilfen, öffentlicher Verwaltung, Justiz, bürgerschaftlichem Engagement und Menschenrechtsbildung tätig und selbst ein Baustein im Mosaik dieser Strukturen sind. In dem Ausmaß wie die Interaktion (fallbezogen und strukturell) zwischen den Akteuren „funktioniert“, können die PSZ einen maßgeblichen Beitrag zur Integration der traumatisierten Flüchtlinge und zum sozialen Frieden in der Gesellschaft leisten. Hierzu bedarf es aus Sicht des BFU künftig mehr öffentliche Unterstützung durch die jeweils zuständigen Gebietskörperschaften (Landkreise, Bund und Land). Der Ausbau der Strukturförderung der PSZ in Baden-Württemberg ist auch mit Blick auf den absehbaren Verlust von bisherigen Refinanzierungsmöglichkeiten im Rahmen einer Einzelfallfinanzierung von psychotherapeutischen Leistungen nach Inkrafttreten des novellierten AsylbLG notwendig. Eine solche erweiterte Strukturförderung von Bund und Land würde auch die Bereitschaft von Fachkräften erhöhen, ihre Expertise in diesem Bereich dauerhaft einzubringen. Aufgrund der ständigen Unterfinanzierung der PSZ findet sich nur sehr wenig Fachpersonal, das in den PSZ arbeiten will. Dies ist angesichts steigender Flüchtlingszahlen nicht zielführend.

5.2 Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (PBV Stuttgart)

Zentrum der Beratung, Begutachtung & Psychotherapie für Überlebende traumatischer Gewalt

Die PBV Stuttgart wurde im Jahr 2000 gegründet. Träger ist die Evangelische Gesellschaft Stuttgart (eva), die Mitglied des Diakonischen Werkes Württemberg ist. Die PBV Stuttgart hat sich auf die Beratung und Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen, Vertriebenen und Migranten mit psychoreaktiven Störungen spezialisiert. Ziel ist es, diese Menschen in ihrer persönlichen Situation durch verschiedene Angebote zu unterstützen.

Die Patienten

Die Beratungs- und Behandlungsangebote der PBV Stuttgart richten sich an Menschen mit psychoreaktiven Störungen, die potentiell traumatisierende Gewalterfahrungen überlebt haben. Hierzu zählen Flüchtlinge, Vertriebene, Migranten, Opfer von Menschenhandel wie zum Beispiel Zwangsprostituierte, EU-Bürger, Deutsche (auch ehemalige DDR-Bürger, die Opfer der Staatssicherheit wurden) und Personen, die entführt, überfallen oder durch einen Unfall traumatisiert wurden. Das Zentrum ist spezialisiert auf die Risikogruppe der Flüchtlinge und Vertriebenen aus Krisen- und Kriegsgebieten. Diese gehören im Exilland zu den marginalisierten Personen der Gesellschaft und haben tendenziell ein höheres Risiko, psychische und somatische Auffälligkeiten bis hin zu klinisch relevanten psychischen und/oder psychosomatischen Störungen zu entwickeln. Insbesondere die Gruppe der Flüchtlinge und Flüchtlingsfamilien, die extreme Gewalterfahrungen überlebt haben, sollte hierbei hervorgehoben werden. Etwa drei Viertel der Patienten der PBV Stuttgart sind Flüchtlinge, das übrige Viertel setzt sich zusammen aus Opfern von Zwangsprostitution, Deutschen, Migranten, jüdischen Kontingentflüchtlingen und Aussiedlern.

Das Team

Das ärztlich-psychologische Team der PBV Stuttgart besteht aus sechs Psychologen, wovon eine Person hauptamtlich mit 100 Prozent beschäftigt ist und die anderen als freie Mitarbeiter auf Honorarbasis mit 5, 10, 25, 60 beziehungsweise 100 Prozent tätig sind. Alle Mitarbeiter, die psychotherapeutisch arbeiten, verfügen über spezielle Weiterbildungen in der Behandlung von Trau-

maüberlebenden. Die Weiterbildungen sind von der Deutschsprachigen Gesellschaft für Psychotraumatologie (DeGPT) zertifiziert. Dazu kommen für das ärztliche Team zwei Assistenzärzte für innere Medizin und eine Fachärztin für Psychiatrie und Psychotherapie, die als freie Mitarbeiter mit etwa 10 Prozent und bei Bedarf zum Einsatz kommen. Zum sozialpädagogischen Team gehören drei Sozialpädagogen, wovon eine Person hauptamtlich mit 75 Prozent beschäftigt ist und die anderen bei Bedarf beziehungsweise ehrenamtlich zum Einsatz kommen.

Das Behandlungsteam der PBV Stuttgart ist international: Deutschland, Bosnien-Herzegowina, Kosovo, Griechenland, Rumänien, Russland, Kasachstan, Schweiz, Spanien, Argentinien, Türkei und Mauritius. Die psychologischen Behandlungen und medizinischen Konsultationen sind in acht Muttersprachen möglich: deutsch, englisch, italienisch, serbo-kroatisch, französisch, hebräisch, urdu und arabisch. Mit speziell von der PBV Stuttgart und dem Institut für Systemische und Traumatherapie Stuttgart geschulten Dolmetschern werden sämtliche wichtigen Sprachen der Patienten abgedeckt, wozu unter anderem türkisch, alle kurdischen Dialekte, albanisch, romanes, farsi und dari gehören.

Es finden zudem vier Fallsupervisionen pro Jahr für das ärztlich-psychologische Team der PBV Stuttgart und deren Kooperationspartner statt. Im Bedarfsfall gibt es die Möglichkeit der fallbezogenen Einzelsupervision. Die Supervision wird durch das Institut Psychotrauma Schweiz durchgeführt. Für die Dolmetscher wird dreimal jährlich Gruppensupervision bereitgestellt.

Medizinisch-psychologische Angebote

- Medizinische Ganzkörperuntersuchung mit dem Schwerpunkt Internistische Diagnostik
- Überweisung zu niedergelassenen Fachärzten
- Medizinische Konsultation für Patienten
- Psychiatrisches Konzil für das psychologische Team
- Psychologische und psychiatrische Diagnostik und Begutachtung
- Traumafokussierte Psychotherapie (kognitive Verhaltenstherapie mit systemischen Ansatz): einzeln und in der Gruppe (Jugendliche und Erwachsene)
- Notfallpsychologische Krisenintervention und Behandlung für Opfer von Unfällen, Überfällen, Körperverletzung und Vergewaltigung: einzeln und in der Gruppe (Ju-

gendliche und Erwachsene)

- Spezielle Gruppentherapie für psychisch gezeichnete und/oder traumatisierte UMF
- Traumaspezifische psychologische Begleitung von Zwangsprostituierten (Opferzeuginnen) in Zusammenarbeit mit dem Fraueninformationszentrum Stuttgart (FIZ)
- Progressive Muskelentspannung nach Jacobson
- Psychosoziale Fallarbeit: Beratung und Begleitung durch Psychologen in Zusammenarbeit mit den Sozialdiensten und Betreuern (bei UMF) vor Ort
- Organisation von Fortbildungen und Fallsupervisionen im Bereich Psychotraumatologie für Psychologen, Psychiater, Notfallseelsorger, Sozialpädagogen und andere Berufsgruppen, die mit traumatisierten Patienten arbeiten
- Supervision für Dolmetscher (3 Termine pro Jahr) durch eine ausgebildete Supervisorin

Angebote außerhalb des therapeutischen Spektrums

- Erlernen von “Kunsthandwerk“ in Gruppen: Tanzen, Gymnastik (für Frauen) Theater, Malen, Zeichnen und Drucktechnik (im Kunstatelier Marbach a.N.), Schneidern, Kochen und Computerkurse angeleitet durch Schauspieler, Designer etc., supervidiert von Psychologen der PBV Stuttgart
- Freizeitangebote für psychisch stabile Patienten: Besuch von Theateraufführungen und Kunstaustellungen, Teilnahme an der Stuttgarter Zeichengruppe in Kooperation mit dem Württembergischen Kunstverein

Die Kunstgruppen haben unter anderem das Ziel, Patienten der PBV Stuttgart für den ersten Arbeitsmarkt zu qualifizieren. Menschen mit besonderen Talenten und Fähigkeiten können diese hier einüben und sich fortbilden. Sie lernen etwas, fühlen sich gebraucht, erhalten Anerkennung und Wertschätzung. So werden Kurse in den Bereichen Theater, Tanzen, Gymnastik, Zeichnen, Malen und Drucktechnik sowie kreative Nutzung des PCs angeboten. Die Teilnehmer der PC-Kurse und der Schneiderwerkstätte erhalten eine qualifizierte Bescheinigung, um einen Nachweis über die erlernten Fertigkeiten für die Bewerbung auf dem ersten Arbeitsmarkt zu besitzen.

Durch eine homogene Gruppe von traumatisierten Flüchtlingen werden zudem das Erlernen sozialer Kompetenzen und der Umgang mit anderen Menschen in einer nicht-pathogenen Umgebung gefördert – ein aus psychologischer Sicht entscheidender Faktor. Dies ist auch das Ziel der neuen Kooperation mit der Württembergischen Kunstverein, im Rahmen derer die Patienten der PBV Stuttgart ihre künstlerischen Talente außerhalb der Behandlungspraxis ausleben können.

Die aktuellen Probleme

Das wohl größte Problem in der PBV Stuttgart ist die Verdoppelung der Patienten bei gleichbleibender Anzahl des behandelnden Personals. Dadurch hat sich in 2014 die vorherige Wartezeit von zwei bis drei Monaten auf sieben bis neun Monate verlängert. Auffallend ist außerdem, so der Psychologische Leiter der PBV Stuttgart, dass die Häufigkeit der Selbstverletzungen unter den Patienten zunimmt, was auf einen deutlich gestiegenen Leidensdruck hinweist, weshalb in 2014 dreimal notfallmäßig interveniert werden musste. Die psychiatrischen Krankheiten der Patienten sind stark ausgeprägt und es müssen häufiger als zuvor Mediziner hinzugezogen werden.

Zunehmend wichtig ist die fallbezogene sozialarbeiterische Tätigkeit in der PBV Stuttgart. Hierzu zählen Beratungen von Patienten im Bereich Alltag, Eheprobleme, deutsches Schulsystem sowie Asylverfahrensberatung. Diese Leistungen wie auch die Kosten der Kunsthandwerkgruppen werden jedoch nicht von der Krankenkasse bezahlt. Ein weiteres großes Problem stellt der Personalmangel aufgrund finanzieller Zwänge dar, was dazu führt, dass die wenigen Mitarbeitenden zunehmend Selbstausbeute betreiben und viele Überstunden leisten.

Besonders auffallend ist die stetige Zunahme von UMF. In 2014 waren von insgesamt 535 Patienten 46 UMF. Damit entsprechen diese 8,5 Prozent der Patienten, während sie zuvor circa 3-4 Prozent ausmachten. Die PBV Stuttgart bietet für UMF eine Intervention in der Gruppe an (elf Sitzungen), in der Wut, Angst und Verhaltensauffälligkeiten behandelt werden.

Die Änderungen

Während in 2011 die überwiegende Mehrheit der Patienten von Rechtsanwälten, Sozialarbeitern, Freunden oder Verwandten angemeldet wurde, wird seit 2013 der Großteil von Hausärzten, psychiatrischen Praxen und Kliniken überwiesen.

5.3. refugio stuttgart e.v.

2001 wurde durch den unabhängigen und gemeinnützigen Verein refugio stuttgart e.v. die Kontakt- und Beratungsstelle des Psychosozialen Zentrums für traumatisierte Flüchtlinge im Haus der Migrationsdienste der Caritas Stuttgart eingerichtet. Im November 2014 wurde zudem die bisherige regionale Sprechstunde in Tübingen personell und räumlich zur Regionalstelle Tübingen ausgebaut. refugio stuttgart e.v. bietet ein niederschwelliges Beratungsangebot mit dem Ziel der medizinischen und psychotherapeutischen Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen und ihren Angehörigen. Bei den weiteren Angeboten des multiprofessionellen Teams liegt ein Schwerpunkt auf traumaadaptierten therapeutischen Behandlungen und stabilisierenden Einzel- und Gruppenangeboten.

Die Klienten

refugio stuttgart e.v. wendet sich mit seinem Angebot an besonders schutzbedürftige Asylsuchende:

- Flüchtlinge nach schweren Gewalterfahrungen durch Krieg, Vertreibung, Haft und Folter
- Flüchtlinge, die sonstige körperliche, seelische oder sexuelle Gewalt erfahren haben
- Ehepartner und Kinder, die mit Traumatisierten in häuslicher Gemeinschaft leben
- Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF)

Im Jahr 2014 wurden insgesamt 533 traumatisierte Flüchtlinge aus über 30 Herkunftsländern beraten und behandelt. Die Hauptherkunftsländer in 2014 waren Afghanistan (26 Prozent), Türkei (16 Prozent) und Iran (11 Prozent). Vertreten waren auch die Staaten des ehemaligen Jugoslawien - Bosnien und Herzegowina, Kosovo und Mazedonien. 86 Prozent der Klienten befanden sich noch im laufenden Asylverfahren oder waren geduldet, das heißt, sie leben mit der Unsicherheit des Aufenthalts und der Angst vor einer erzwungenen Rückkehr. Die Klienten kommen aus der Region Stuttgart und den umliegenden Landkreisen. Die Mehrheit von ihnen wird von Sozialdiensten, Asylfreundeskreisen, Anwälten, Bekannten oder Familienangehörigen an refugio stuttgart e.v. vermittelt.

Das Team

In der Kontakt- und Beratungsstelle Stuttgart arbeiten derzeit acht Hauptamtliche: eine Geschäftsleitung (50 Prozent), seit Juli 2014 eine psychologische Leitung (80 Prozent) (zuvor bis Ende Juni eine ärztliche Leitung mit demselben Stellenumfang), eine Diplompädagogin und vier Diplomsozialpädagoginnen mit insgesamt 255 Prozent Stellenumfang sowie eine Verwaltungskraft (60 Prozent). Zudem sind eine Reihe von Ärzten und Therapeuten auf Honorarbasis oder ehrenamtlich tätig. Des Weiteren kommen momentan über 20 eigens für den Einsatz im beraterischen und therapeutischen Setting geschulte Dolmetscher für rund 15 Sprachen regelmäßig zum Einsatz, die auf Honorarbasis für refugio stuttgart e.v. arbeiten. In der Regionalstelle Tübingen sind derzeit eine Diplompsychologin als psychologische Leitung (100 Prozent) sowie ein Diplomsozialpädagoge (100 Prozent) tätig.

Die Angebote

- Psychosoziale Beratung & Psychoedukation
- Traumatologische Körper- und Psychodiagnostik
- Beratung von Angehörigen
- Fallbezogene Fachberatung von Sozialarbeitern, Haus- und Fachärzten, Flüchtlingshelfern, pädagogischen Fachpersonen und sonstigen Unterstützern
- Vermittlung an niedergelassene Ärzte und Kliniken zur fachärztlichen Diagnostik & Behandlung
- Medizinische Untersuchungen und Beratungen
- Verfassen von Stellungnahmen für das Asylverfahren
- Krisenintervention (Stabilisierung & stützende Angebote)
- Psychotherapeutische Behandlung, ggf. Vermittlung an niedergelassene Therapeuten
- Ressourcenorientierte Gruppenangebote (für Männer und Frauen)
- Sozialberatung & Asylverfahrensberatung
- Kunsttherapie für Erwachsene (in der Gruppe und einzeln)
- Körpertherapeutische Angebote
- Alltagsbegleitung durch geschulte Ehrenamtliche: Freizeitangebote, Hausaufgabenbetreuung, Maßnahmen im Bereich der Resilienzstärkung

- Schulungen und Vorträge für Dolmetscher und Ehrenamtliche
- Supervision für Haupt- und Ehrenamtliche sowie für Dolmetscher
- Interne Intervision
- Interdisziplinäre Fallbesprechungen für Haupt- und Ehrenamtliche

Aufgrund der Zunahme von Akutfällen ist häufig begleitend zur Diagnostik eine initiale Krisenintervention und Stabilisierung notwendig.

Spezifische Angebote

Neben der psychosozialen und therapeutischen Betreuung von traumatisierten Klienten bietet refugio stuttgart e.v. Fallsupervisionsseminare durch Psychotraumatologen an. Diese richten sich an Ärzte und Therapeuten im Netzwerk, die sich in diesem Bereich weiterbilden möchten.

Für die vielen ehrenamtlichen Betreuer, welche die Alltagsbegleitung der Klienten (auch im familiären Kontext) übernehmen, bietet das Zentrum Schulungskurse an, um diese auf ihre verantwortungsvollen Aufgaben vorzubereiten. Die Tätigkeit in den Familien wird regelmäßig supervidiert. Des Weiteren wird großer Wert auf die Gewinnung und Qualifizierung geeigneter Dolmetscher gelegt, die regelmäßig weitere Schulungsangebote erhalten und bei Bedarf supervisorisch begleitet werden. Zudem spielt die Vertretung der Flüchtlinge durch Lobby- und Advocacy-Arbeit eine große Rolle. So bietet refugio stuttgart Fachberatung, Workshops und Vorträge zu flüchtlingsspezifischen Themen an. Darüber hinaus werden Veranstaltungen und öffentlichkeitswirksame Aktionen in Kooperation mit anderen Nicht-Regierungsorganisationen (non-governmental organisation – NGO) organisiert, um die breite Öffentlichkeit über die Belange von traumatisierten Flüchtlingen in Deutschland zu informieren.

Das Netzwerk

refugio stuttgart e.v. ist Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF). Des Weiteren ist refugio stuttgart unter anderem in der Landesarbeitsgemeinschaft Folterüberlebende Baden-Württemberg (LAG) aktiv. Auf lokaler Ebene ist refugio stuttgart außerdem in das Netzwerk „stuttgart sozial“ sowie in den Stuttgarter Arbeitskreis Migrantinnen eingebunden. Weiter bestehen neben der Kooperation mit dem Caritasverband für Stuttgart e.V. auf lokaler und regionaler Ebene zahlreiche enge Verbindungen zu niederge-

lassenen Ärzten und Therapeuten, Rechtsanwälten, Kliniken, Psychiatrischen Institutsambulanzen und Psychologischen Beratungsstellen sowie zum Flüchtlingsrat Baden-Württemberg und den Asylzentren im Land. Im Folgenden seien einige Einrichtungen und Projekte genannt: Stuttgarter Akademie für Tiefenpsychologie, Asylzentrum Tübingen, Gesundheitsprojekt SANO (Vorträge in Schulen 2013/2014), Evangelische Hochschule Ludwigsburg, Akademie Hohenheim, Duale Hochschule BW (Soziale Arbeit), Kirchen sowie andere karitative Einrichtungen.

Bis Mitte 2014 überwies refugio stuttgart e.v. Klienten an die Trauma-Ambulanz der Akademie für Tiefenpsychologie und Psychoanalyse Stuttgart e.V. überwiegend zur Diagnostik, insbesondere für Gutachten. Die Trauma-Ambulanz vermittelte ihrerseits Klienten zur Beratung und ehrenamtlichen Begleitung an refugio stuttgart e.v. Des Weiteren behandelte die Trauma-Ambulanz beziehungsweise vermittelte in Therapie. Der Leiter der Trauma-Ambulanz ist wiederum im Vorstand von refugio stuttgart e.v.. Aufgrund der realen Anforderungen beschäftigte sich die Trauma-Ambulanz Stuttgart vor allem mit der Diagnostik schwerer Traumatisierungen, dabei zu circa 90 Prozent bei Flüchtlingen: „Die Trauma- Ambulanz Stuttgart hat sich vorrangig zur Anlaufstelle für extrem traumatisierte Flüchtlinge entwickelt, die im Rahmen der Regelversorgung keine oder keine ausreichende diagnostische und therapeutische Betreuung gefunden hatten. Im Laufe vieler diagnostischer Gespräche zeigte sich, dass knapp die Hälfte der Frauen, aber auch ein Viertel der Männer über explizit sexuelle Misshandlungen bzw. Vergewaltigungen berichteten“[36].

Nach Möglichkeit soll im Anschluss an die vorgenommene Diagnostik an niedergelassene Therapeuten weiter vermittelt werden. Neben der Kooperation bei der psychosozialen und therapeutischen Betreuung von traumatisierten Klienten bietet refugio stuttgart e.v. in Zusammenarbeit mit der Akademie für Tiefenpsychologie und Psychoanalyse Stuttgart e.V. zweimal jährlich Fallsupervisionsseminare durch Psychotraumatologen und trägt so zur Qualifizierung des Fachpersonals bei. Seit Mitte des Jahres 2014 ist die Trauma-Ambulanz nicht mehr getragen durch die Akademie für Tiefenpsychologie. Nach anderer Trägerschaft wird derzeit gesucht.

Die aktuellen Herausforderungen

Nach den neuen Förderkriterien des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) werden Personen mit Duldungsstatus aus dem Kreis der Bezugsberechtigten ausgeschlossen. Wenn die Vorgabe besteht, Hilfestellungen primär Menschen anzubieten, die eine Anerkennung als Flüchtling

36 Dr. Thomas Soeder (2011): Männer als Objekt sexualisierter Gewalt. ZPPM 1/2011, S. 47-58.

gemäß § 3 Abs. 1 AsylVfG haben, dürften beispielsweise Menschen, die über einen sicheren Drittstaat eingereist sind, diesen Flüchtlingsstatus somit nicht erhalten. Jedoch dauert es mitunter über ein Jahr, bis der rechtliche Status eines Flüchtlings geklärt ist. Für refugio stuttgart e.v. sind auch Menschen mit einer Duldung als „Flüchtlinge“ im Wortsinn zu verstehen und benötigen ebenfalls Unterstützung im Falle einer vorhergegangenen Traumatisierung, auch wenn sie nicht Flüchtlinge im rechtlichen Sinne gemäß §3 Abs.1 AsylVfG sind. refugio stuttgart e.v. betreut und behandelt diese Menschen weiterhin, jedoch außerhalb des AMIF-Projektes.

Eine Gruppe der Klienten von refugio stuttgart e.v. stammt aus den Ländern des ehemaligen Jugoslawien und sind Angehörige der Volksgruppe der Roma. Sie leiden häufig unter chronifizierten kumulativen Traumatisierungen und benötigen professionelle Hilfe bei der Aufarbeitung des Erlebten. So haben Flüchtlinge beispielsweise als Kinder oder Jugendliche Massaker während des Krieges miterlebt und leiden noch heute unter diesen traumatischen Erfahrungen. Da die genannten Länder im Herbst 2014 zu sicheren Herkunftsländern erklärt wurden, werden die Asylanträge im Schnellverfahren als „offensichtlich unbegründet“ abgelehnt und den Betroffenen droht eine umgehende Abschiebung in ein Land, in dem sie in der Regel keinen Zugang zu notwendiger Hilfe erhalten. Das Recht auf eine faire Einzelfallprüfung für jeden Schutzsuchenden aus jedem Herkunftsland, das zentral für das Asylverfahren ist, droht damit faktisch ausgehöhlt zu werden.

Eine weitere Herausforderung besteht im Wechsel des Trägers der Kostenübernahme während der Zeit der Behandlung: Mit der Asylanerkennung beziehungsweise der Erteilung eines subsidiären Flüchtlingsschutzes (nach §§ 60 Abs. 1-7 AufenthG) werden die Betroffenen gesetzlich krankenversichert. Eine Fortsetzung der begonnenen Therapie, die vom Sozialamt als Kostenträger übernommen wurde, wird von den dann zuständigen Krankenkassen in der Regel verwehrt, da die psychosozialen Zentren ihre Leistungen nicht mit den Krankenkassen abrechnen können. Da Dolmetscherkosten von den Krankenkassen ebenfalls grundsätzlich nicht bezahlt werden, können auch diese – von den Sozialämtern in der Regel zugesagten Kosten - dann nicht mehr abgerechnet werden. Damit ergibt sich eine paradoxe Situation: Menschen, denen krankheitsbedingt ein Anrecht auf einen dauerhaften Aufenthalt in Deutschland zugesprochen wurde, weil sie Unterstützung benötigen, die im Heimatland nicht erbracht werden kann, können diese Unterstützung in Deutschland nicht in Anspruch nehmen nicht nur aufgrund der Sprachproblematik. Von großer Bedeutung ist deshalb der Bedarf an Sprach- und Kulturdolmetschern, die nicht nur vom Deutschen in die Muttersprache des Klienten und zurück übersetzen, sondern auch kulturelle Hintergrundinformationen

geben können. Dies setzt den Einsatz von entsprechend geschultem Personal voraus, was über die vorrangigen Kostenträger wie Sozialamt oder Krankenkasse nicht zuverlässig vergütet wird. Die Kosten für Schulungsmaßnahmen und die Begleitung und gegebenenfalls Supervision von Sprach- und Kulturdolmetschern sind zudem in diesen Vergütungen für den Einsatz von Dolmetschern nicht enthalten und müssen von refugio stuttgart e.v. aus anderen Mitteln finanziert werden.

Ungünstig gestaltet sich auch die Übernahme zusätzlicher Therapiekosten wie Fahrtkosten zum PSZ: Für die Klienten bedeutet dies meist eine unzumutbare finanzielle Belastung. Auch können viele Leistungen wie die psychosoziale Beratung oder die Beratung von Angehörigen in der Regel nicht über die vorrangigen Kostenträger abgerechnet werden, da sie keine ärztlichen Leistungen darstellen. Gleichzeitig werden teilweise Leistungen, die sehr wohl in den Aufgabenbereich der Kostenträger fallen, je nach Einrichtung und Sachbearbeiter restriktiv gehandhabt.

5.4. Refugio Villingen-Schwenningen e.V. (Refugio VS)

Refugio VS wurde 1998 von engagierten Bürgern und Fachleuten gegründet. Träger der Einrichtung ist ein eingetragener gemeinnütziger Verein. Schwerpunkte der Arbeit ist seit der Gründung die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge mit dolmetschergestützter Psychotherapie sowie Sozialarbeit im ländlichen Süden Baden-Württembergs. Vergleichbare Angebote im Rahmen des regulären Gesundheits- und Sozialsystems in der Region gibt es nicht. Neben einer mangelnden Kostenerstattung und einer zum Teil fehlenden fachlichen Qualifikation niedergelassener Psychotherapeuten im Bereich Trauma sind Sprachbarrieren die wesentliche Ursache dafür. In 80 bis 90 Prozent der Fälle kann die Therapie nur mit Hilfe eines Dolmetschers durchgeführt werden, weil die Deutschkenntnisse der Klienten oft mangels Zugang zu einem Deutschkurs nicht ausreichend sind. Zudem ist der Einsatz von Dolmetschern eine Herausforderung für die Therapie hinsichtlich Komplexität und Zeit. Refugio VS hat einen eigenen Dolmetscherpool von circa 20 Dolmetschern aufgebaut. Es finden mehrmals jährlich Schulungen statt.

Die Klienten

Die Klienten kommen aus Krisen- und Kriegsgebieten mit entsprechenden körperlichen und seelischen Gewalterfahrungen durch Folter, Vertreibung und Flucht. Der Gesundheitszustand vieler Klienten ist sehr schlecht, einige sind chronifiziert. 75 Prozent der betreuten Personen befinden sich noch im Asylverfahren und verfügen damit über einen unsicheren Aufenthaltsstatus, was zusätzlich belastend wirkt.

Jährlich werden etwa 150-180 traumatisierte Flüchtlinge durch Refugio VS betreut. Es wird nicht nur der Betroffene selbst, sondern bei Bedarf auch die Familie in die Betreuung einbezogen. Jährlich werden Kapazitäten für circa 30 bis 50 Neuaufnahmen generiert. Eine Warteliste von sechs Monaten existiert, weil das Zentrum die Versorgung für ungefähr 10 Landkreise abdeckt. Viele Klienten müssen Anfahrtswege von bis zu drei Stunden in Kauf nehmen.

Mehr als jeder zehnte Klient ist unter 18 Jahren alt, darunter sind unbegleitete minderjährige Flüchtlinge aus Afghanistan, Sri Lanka, Eritrea, Syrien und westafrikanischen Staaten ebenso wie sehr junge (verheiratete) Mütter. Drei Viertel der Klienten sind im schul- und arbeitsfähigen Alter, einige haben einen überdurchschnittlichen Bildungs- und Berufshintergrund. Mangels Beschäftigungs- und Bildungsangeboten verbringen sie hier jedoch die meiste Zeit des Tages mit Warten in den Unterkünften.

Das Team

Im Berichtsjahr bestand das hauptamtliche Team aus der psychologischen Leitung (Diplom-Psychologin und Traumatherapeutin, 100 Prozent), einer Sozialpädagogin (100 Prozent), einer Geschäftsführerin (Gesundheitsökonomin und Diplomkauffrau, 80 Prozent) sowie einer Aushilfe für die Terminvergabe und das Büro (450-Euro-Job). Mangels Ressourcen erfolgt die gesamte IT-Betreuung und Finanzbuchhaltung ehrenamtlich. Fünf Honorarkräfte arbeiten in der Therapie, zum Teil auch mit Fremdsprachenhintergrund (Psychologen, Ärzte, Familientherapeuten, eine Kunsttherapeutin). Ebenso sind circa 20 Dolmetscher auf Honorarbasis für diverse Sprachen beschäftigt. Ein Supervisor sowie weitere Ehrenamtliche für den Stütz- und Förderunterricht und die Klientenbegleitung vervollständigen das Team.

Die Angebote

- Psychotherapeutische Diagnostik und Anamnese, Traumadiagnostik
- Psychoedukation, Stabilisierung, Traumabewältigung
- Psychologische Beratung
- Notfall- und Kriseninterventionen
- Psychologische Stellungnahmen und Atteste (unter anderem für Gerichte)
- Vermittlung von medizinischer Behandlung durch kooperierende Fachärzte und Kliniken
- Supervision für Therapeuten und Sozialarbeiter von Refugio VS
- Psychosoziale Beratung (Einzelfallhilfe, Erziehungshilfe, Wohnungs- und Arbeitssuche, sinngebende Freizeitgestaltung, Stütz- und Förderunterricht)
- Begleitung im Asylverfahren
- Kunst-Gruppen, supervidiert durch Hauptamtliche von Refugio VS
- Dolmetscherschulungen „Dolmetschen im Gesundheitswesen“ intern und extern
- Schulungen zu Psychotraumatologie und Asyl für Fachpublikum und Ehrenamtliche
- Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit
- Gremien- und Netzwerkarbeit,
- Advocacy- und Lobbyarbeit

Die Arbeit außerhalb des therapeutischen Spektrums

Eng verzahnt ist die fallbezogene psychosoziale Betreuung. Sie findet in der Kontaktstelle statt, umfasst aber auch Vor-Ort-Besuche, zum Beispiel in den Wohnräumen des Klienten oder in der Schule, und wird oft fortgeführt, wenn die Therapie bereits beendet ist. Die Sozialbegleitung umfasst Erziehungshilfen, Wohnraumsuche, Suche nach Beschäftigung und (Aus-) Bildung, Sprach- und Förderunterricht, Kreativangebote sowie intensive Begleitung im Asylverfahren.

Der Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen ist von zunehmender Bedeutung in Bildungs- und Sozialeinrichtungen. So werden spezielle Fortbildungen zum Thema Flucht und Trauma angeboten. Hinzu kommen Schulungen und Supervision für Dolmetscher von Refugio VS. Externe Dolmetscherschulungen werden bei Bedarf für andere Einrichtungen durchgeführt.

Die Kooperationen und Netzwerke

Im Berichtsjahr arbeitete Refugio VS im Rahmen eines EFF-Projekts im Projektverbund mit dem BFU zusammen. Zudem gab es eine Projektkooperation mit der UNO-Flüchtlingshilfe e.V. Ziel dieser Kooperationen war, die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen im Süden Baden-Württembergs auch bei wegbrechender Finanzierung durch die primären Kostenträger sicher zu stellen.

Ab März 2015 wird ein dreijähriges Kooperationsprojekt mit dem BFU Ulm, der Caritas Ulm und der Diözese Rottenburg-Stuttgart durchgeführt. Ziel ist es, psychosoziale und psychotherapeutische Hilfen für traumatisierte Flüchtlinge im Bereich der Diözese zu ermöglichen, für die es ansonsten keine ausreichende Kostendeckung durch primäre Kostenträger gibt.

Ein weiterer Projektantrag für 2015 bis 2017 in Kooperation mit dem BFU bei der Europäischen Union im Rahmen des AMIF erhielt mangels Fördermittel keine Zusage. Zielgruppe wären betreuungsbedürftige traumatisierte Klienten in den Bereichen außerhalb des genannten Diözesangebiets gewesen, für die eine primäre Kostenerstattung unzureichend oder gar nicht existiert. Ob und wie diese Versorgungslücke gedeckt werden kann, wird davon abhängen, welche potentiellen Ersatzfinanzierungen zeitnah generiert werden können.

Mit den anderen PSZ in Baden-Württemberg gibt es einen regelmäßigen Austausch. Arbeitstreffen finden mit der Landesärztekammer und der Psychotherapeutenkammer, regionalen und überregionalen Fach-/Arbeitskreisen, ehrenamtlichen Asylkreisen, kirchlichen Einrichtungen, Menschenrechtsorganisation oder anderen Aktiven in der Flüchtlingsarbeit statt. Letzteres ist besonders wichtig im ländlichen Raum, um eine Vor-Ort-Betreuung zu ermöglichen. Rechtsanwälte, Kliniken, niedergelassene Psychiater, Psychotherapeuten und Ärzte zählen ebenso zu den Kooperationspartnern wie Wohnprojekte für UMF, Sozialarbeiter in Unterkünften, Kirchen oder örtliche Bildungseinrichtungen. Aktive Gremienarbeit und gesellschaftspolitische Foren spielen ebenfalls eine immer wichtigere Rolle. Beispielsweise ist Refugio VS Partner des NOPegida Bündnisses in Villingen-Schwenningen.

Die aktuellen Herausforderungen

Der Versorgungsbedarf ist quantitativ gestiegen (27 Prozent mehr Klienten und 46 Prozent mehr Gesprächs-/ Behandlungskontakte gegenüber 2013) und qualitativ herausfordernder durch mehr-

fach traumatisierte Menschen aus Kriegs- und Krisengebieten, unbegleitete minderjährige Flüchtlinge oder Familien, die auf der Flucht auseinandergerissen wurden. Grundsätzlich wird verstärkt PTBS diagnostiziert sowie mittelschwere bis schwere Depressionen bis hin zu psychotischen Symptomen, ebenso akute oder latente Suizidalität, Angststörungen, soziale Phobien, Vermeidungsverhalten und sozialer Rückzug. Parentifizierung bei Kindern der erkrankten Patienten ist eine häufige Folge. Trotz des Ausbaus der Therapiekapazitäten und Neuaufnahmen existiert eine Warteliste, die durchschnittliche Wartezeit beträgt sechs Monate.

Mehr als ein Drittel der Klienten mit Duldung bei Refugio VS kommen aus Staaten wie Afghanistan, dem Irak, Iran, Sri Lanka, Syrien, Eritrea oder Tschetschenien und sind nach Krieg und Flucht von einer Abschiebung im Rahmen des Dublin-Abkommens bedroht. Klienten vom Westbalkan sind in der Regel Roma. Diese flohen als Kinder in den 1990er Jahren mit ihren Eltern aufgrund des Krieges und fliehen nun erneut mit ihren eigenen Kindern vor systematischer Diskriminierung, Elend und Gewalt im Heimatland. Bis auf marginale Ausnahmen haben sie alle den Status der Duldung und leben in ständiger Angst vor Abschiebung. Ihre Betreuung ist oft von Ausweglosigkeit geprägt. Viele Klienten benötigen psychosoziale Betreuung auch deshalb, weil die Sozialarbeit in den Flüchtlingsunterkünften die Bedarfe nicht abdeckt oder geltende Regelungen des FlüAG nicht immer umgesetzt sind, wie Vor-Ort-Besuche ergaben. So findet eine Betreuung durch Sozialarbeiter in der Anschlussunterbringung kaum mehr statt.

Die räumlichen und personellen Kapazitäten von Refugio VS sind maximal ausgelastet. Die Finanzierung ist mit circa einem Drittel erheblich spendengebunden und strukturell nicht nachhaltig. Dank der Landesmittel gibt es einen Strukturanteil von etwa einem Viertel des Finanzierungsbedarfs. Die Aufstockung ab 2015 sollte den erhöhten Flüchtlingszahlen Rechnung tragen, muss nunmehr aber auch als Ersatzfinanzierung für wegbrechende AMIF-Projektgelder und Einnahmen durch gesetzliche Regelungen dienen, denn große Teile des Tätigkeitsspektrums finden keine Erstattungsgrundlage in der Sozialgesetzgebung oder dem AsylbLG. So wäre für nunmehr fast jeden zweiten der Klienten die gesetzliche Krankenversicherung vorrangiger Kostenträger. Diese zahlt jedoch mangels GKV-Zulassung bundesweit den PSZ keine Erstattung für Therapien. Psychotherapie ist zudem keine Regelleistung der GKV und müsste stets als Einzelfall mit einem enormen administrativen Aufwand beantragt werden, was aus den Personalressourcen nicht zu bewerkstelligen ist. Betroffen sind Klienten mit Arbeits- und Aufenthaltserlaubnis und ab 1. März 2015 auch Asylbewerber mit einer Verweildauer mit mehr als 15 Monaten in Deutschland. Refugio VS erlebt

bereits den Trend, dass durch die Novellierung des AsylbLG seit März 2015 jede zweite Psychotherapie widerrufen wird – oft rückwirkend und ohne Information an Refugio VS – und neue Anträge wesentlich seltener als zuvor genehmigt werden. Die Prognose für 2016 ist deshalb, dass über das Asylbewerberleistungsgesetz nur noch marginale Einnahmen erfolgen werden und somit allein aus diesem Grunde mindestens 40.000 Euro pro Jahr fehlen werden.

5.5 Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V.

Die Gründung im Jahr 2005 unter dem Dach des bereits seit 1996 bestehenden Menschenrechtszentrums Karlsruhe e.V. erfolgte mit dem Ziel, die medizinische und psychiatrisch-psychosoziale Versorgung traumatisierter Migranten und Flüchtlinge zu fördern. Der Verein arbeitet dabei im Sinne einer Netzwerkbildung mit Therapeuten und therapeutischen Einrichtungen, sozialen Diensten, Rechtsanwälten und anderen Vereinen zusammen. Ganz bewusst wird hierbei der Weg in die medizinische Regelversorgung beschritten, einerseits um den Betroffenen die Zugangswege in das deutsche Gesundheitssystem zu weisen und ihnen das hierfür notwendige Wissen zu vermitteln. Andererseits sollen die im Gesundheitssystem Beschäftigten zunehmend mit der Personengruppe traumatisierter Flüchtlinge und Migranten vertraut gemacht werden. Eventuelle Vorbehalte sollen abgebaut und spezielle Behandlungsangebote in allen dafür in Betracht kommenden Bereichen etabliert, verbessert und gefördert werden. Deshalb liegt seit einigen Jahren neben der auf Traumatisierung ausgerichteten Arbeit des Vereins ein weiterer Schwerpunkt auf der Unterstützung jener Migranten, die sich schon länger in Deutschland befinden, denen aber bislang keine Hilfe zu Teil wurde. Eines der Hauptziele des Vereins ist es, innovative Zugangswege zu den Angeboten des deutschen Gesundheitswesens für Menschen mit Migrationshintergrund zu schaffen. Dies wurde bereits mehrfach gefordert, beispielsweise im Rahmen der Konferenz der Gesundheitsminister der Länder. Denn selbst seit längerem in Deutschland lebende Flüchtlinge und Migranten verfügen oftmals nicht über ausreichende Kenntnisse und Kompetenzen, um sich im deutschen Gesundheitssystem zurecht zu finden und für sich selbst oder für ihre Angehörigen Unterstützung im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in Anspruch nehmen zu können.

Die Klienten

Die Klienten des Menschenrechtszentrums Karlsruhe sind traumatisierte und anderweitig psychisch erkrankte, erwachsene Flüchtlinge und Migranten in Karlsruhe und Umgebung.

Das Team

Eine Ärztin auf Honorarbasis mit einem hohen Ehrenamtsanteil hält inzwischen zweimal wöchentlich (mittwochs & freitags 10.00 – 12.00 Uhr) Sprechstunden ab. Des Weiteren ist eine Bürokraft mit 50 Prozent angestellt, die aus dem Kosovo stammt und ebenfalls als Dolmetscherin für sämtliche Sprachen der Balkanregion zum Einsatz kommt. Ehrenamtliche Kräfte gibt es derzeit nicht. Zusätzlich kommen momentan circa acht Dolmetscher für 15 Sprachen ständig zum Einsatz. Weiter wird derzeit dringend eine ärztliche Verstärkung mit dem Schwerpunkt Psychiatrie gesucht. Aufgrund der bisherigen Erfahrung ist es jedoch erforderlich, dass diese Person sowohl fachlich erfahren als auch vertraut mit dem Themenkomplex traumatisierter Flüchtlinge ist. Es handelt sich hierbei um eine Honorartätigkeit im Umfang von etwa 10 - 20 Wochenstunden.

Die Angebote

Ein wichtiger Unterschied zu den anderen PSZ ist, dass der Verein keine Therapie anbietet. Die Arbeit des Vereins zur Unterstützung traumatisierter Migranten besteht darin, Anlaufstelle für psychisch kranke Flüchtlinge und Migranten zu sein, die zum Beispiel von der Landeserstaufnahmestelle (LEA) oder von Rechtsanwälten an den Verein vermittelt werden mit dem Auftrag, eine ärztliche und gegebenenfalls auch eine psychotherapeutische Diagnose zu erstellen und die Betroffenen dann an andere geeignete Einrichtungen in der Nähe des neuen Wohnortes nach der Weiterverlegung durch die LEA zu vermitteln. Teilweise gelingt es auch, die Klienten an niedergelassene Psychotherapeuten zu vermitteln, jedoch ist dies eher selten, da Psychotherapie nicht als Akutversorgung im Sinne des AsylbLG gilt und somit selten von den Sozialämtern übernommen wird. Diese Vorleistung ist jedoch wichtig für die anderen Zentren, die mit Hilfe der Stellungnahme des Vereins häufig recht schnell eine Kostenzusage für die anschließende Psychotherapie erhalten. Der Verein bietet zudem folgende Leistungen an:

- Zweimal wöchentlich offene Sprechstunden

- In der Regel zwei bis drei Gespräche pro Klient zur Diagnosestellung und Weitervermittlung
- Vermittlung an weiterbehandelnde Psychiater/Psychotherapeuten oder andere Beratungsstellen und PSZ soweit möglich
- Organisation und Kostenübernahme von Dolmetscherdiensten
- Öffentlichkeitsarbeit, Informationsveranstaltungen und Fortbildungen über die Situation traumatisierter und psychisch sowie körperlich erkrankter Flüchtlinge und Migranten
- Regelmäßige muttersprachliche Informationsveranstaltungen in Migrantenverbänden
- Verfassen von Stellungnahmen und Gutachten (zumeist im Auftrag von Rechtsanwälten)

Angebote außerhalb des (therapeutischen) Spektrums

- Dolmetscherschulungen (intern) zum Umgang mit Übertragungsproblemen beim Anhören von traumatischen Geschichten
- Supervision

Die Kooperationen

Es besteht inzwischen eine gute Zusammenarbeit mit den Sozialarbeitern und Ärzten in der LEA auch im Hinblick auf die Medikamentenvergabe, denn die für den Verein tätige Ärztin, Frau Dr. Corrinth, darf nur Vorschläge zur Medikamentenvergabe machen, jedoch selbst keine Rezepte ausstellen. Im Vergleich zur Situation vor der Wahl der rot-grünen Landesregierung in 2011 ist heute ein sehr viel größeres Interesse an einer funktionierenden Zusammenarbeit wahrnehmbar. Die unabhängigen und qualifizierten Zuweiser der Diakonie und der Caritas in der LEA schicken psychisch belastete Klienten direkt zum Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. Zudem wird der Verein vermehrt für Fortbildungen von Seiten des Regierungspräsidiums, des Flüchtlingsrats oder anderer Unterstützungsorganisationen angefragt. Auch das Engagement von Einzelpersonen, wie im Falle einer Ärztin mit Fluchthintergrund, die nun im Karlsruher Gesundheitsamt arbeitet und psychisch belastete Flüchtlinge rasch erkennt und an den Verein weitervermittelt, unterstützt dessen Arbeit.

Die aktuellen Probleme

Die Klientenzahlen sind insgesamt deutlich gestiegen, vor allem der Andrang von Seiten der Roma insbesondere in den Wintermonaten, hat stark zugenommen. Viele Roma haben keinen festen Wohnsitz und auch keine Wohnungen in der Heimat, sondern leben in der Nähe von Müllkippen und kommen nach Deutschland, um hier Zuflucht vor Kälte und Elend zu finden. Die Mitarbeitenden des Vereins zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. sehen die Not der Betroffenen. Viele haben verschiedene Erkrankungen, sind erschöpft und vorgealtert aufgrund der schlechten Lebensbedingungen. Eine als Krankheit definierte Traumafolgestörung, so Frau Dr. Corrinth, lässt sich aber oft nicht nachweisen, sodass die Mitarbeiter des Vereins zur Unterstützung des Asylverfahrens meist wenig beitragen können.

Ebenfalls eine große Schwierigkeit stellt die akut drohende Abschiebung eines Klienten dar. Hier wird oftmals als letztes Mittel eine Reiseunfähigkeitsbescheinigung angefragt. Frau Dr. Corrinth betont, dass keine Gefälligkeitsgutachten ausgestellt werden, was dazu führt, dass die Erwartungen der Klienten meist enttäuscht werden müssen. Auch kommen häufig Klienten mit dem Wunsch, die Verwandten nachzuholen oder dorthin verlegt zu werden, wo sich die Verwandten aufhalten. Auch hierauf hat der Verein wenig Einfluss.

Ein Unterschied seit 2011 ist, dass sich die Kriegsschauplätze und Krisenherde der Welt heute sehr viel stärker als damals in der Klientenstatistik des Vereins wiederfinden. Es kommen vermehrt Klienten aus Syrien und aus dem Irak in den Verein. In der LEA in Karlsruhe verweilen diese jedoch meist nur kurze Zeit, bevor sie weiterverlegt werden. Insbesondere Flüchtlinge aus Syrien werden bevorzugt behandelt und oft bereits nach zwei bis drei Wochen weiterverlegt, weshalb diese nur kurze Zeit die Hilfe des Vereins in Anspruch nehmen können. Insofern ist Karlsruhe ein besonderer Ort, da einerseits nicht die personellen Kapazitäten vorhanden sind, um zu therapieren und andererseits die Betroffenen nicht lange genug in Karlsruhe sind, bevor sie weiterverlegt werden. Dennoch ist es entscheidend, zeitnah eine Diagnose zu stellen und den Weg zu einer weiterführenden Behandlung zu ebnen. Der Verein ist bereits im Jahr 2013 an seinen Kapazitätsgrenzen angekommen, weshalb dringend ein/e erfahrene/r Mediziner/in mit dem Schwerpunkt Psychiatrie gesucht wird.

Aufgrund der schwierigen finanziellen Lage war der Verein bislang stark auf ehrenamtliches Engagement der Mitarbeiter angewiesen. Obgleich die Erhöhung der Landeszuschüsse im Doppelhaushalt 2015/2016 auf jeweils 100.000 Euro pro Jahr und PSZ in Baden-Württemberg eine große

Hilfe sind, wären tatsächlich 125.000 – 130.000 Euro notwendig, um den Bedarf mit zwei Angestellten angemessen abdecken zu können. Zudem sind die Kosten für Dolmetscher aufgrund der stark erhöhten Anzahl an Klienten, die diese Angebote in Anspruch nehmen müssen, deutlich gestiegen, was ohne die Landesförderung nicht finanzierbar wäre. Auch kann der Verein dadurch Reisekosten von Klienten zum Verein übernehmen, da dies einen großen Einschnitt in das knapp bemessene Taschengeld der Klienten bedeuten würde und diese Kosten nicht anderweitig erstattet werden könnten. Zusammenfassend lässt sich sagen, dass sich die finanzielle Situation der PSZ durch die Erhöhung der Landesförderung sehr gebessert hat. Doch die Lebensbedingungen der Flüchtlinge in Deutschland sind nach wie vor nicht akzeptabel, weshalb hier weitere Verbesserungsmaßnahmen dringend nötig sind.

Team der Psychologischen Beratungsstelle für
politisch Verfolgte und Vertriebene in Stuttgart

6

Versorgungsstatistik 2014 der Psychosozialen Zentren

Statistische Angaben der Psychosozialen Zentren (PSZ) in Baden-Württemberg für das Jahr 2014. Angegeben sind jeweils die Zahlen für die Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene e.V. Stuttgart (PBV), Refugio Villingen-Schwenningen (RVS), das Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm, den Verein für traumatisierte Migranten Karlsruhe (KA) und Refugio Stuttgart (RS).

Klienten	**Summe**	**PBV**	**RVS**	**BFU**	**KA**	**RS**	**in v. H.**
Anzahl	1698	535	186	91	353	533	100%
Erwachsene	1567	461	163	91	353	499	92,29%
Kinder in Familien	74	28	18	0	0	28	4,36%
Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge	57	46	5	0	0	6	3,36%
männlich	969	275	115	65	199	315	57,07%
weiblich	729	260	71	26	154	218	42,93%

Alter der Klienten	**Summe**	**PBV**	**RVS**	**BFU**	**KA**	**RS**	**in v. H.**
0 bis <18 J.	125	68	23	0	0	34	7,36%
18 bis < 30 J.	742	301	59	39	162	181	43,70%
30 bis < 45 J.	584	132	84	44	159	165	34,39%
45 bis < 60 J.	194	30	18	8	27	111	11,43%
>60	53	4	2	0	5	42	3,12%

Herkunftsland der Klienten	Summe	PBV	RVS	BFU	KA	RS	in v. H.
Afghanistan	254	61	9	12	31	141	14,96%
Albanien	10	0	1	0	4	5	0,59%
Algerien	3	2	0	1	0	0	0,18%
Bosnien und Herzegowina	66	11	9	1	20	25	4%
Dem. Rep. Kongo	8	1	0	6	1	0	0,47%
Eritrea	12	3	3	0	0	6	0,71%
Gambia	34	11	2	1	14	6	2,00%
Georgien	19	9	2	1	2	5	1,12%
Indien	5	1	0	0	3	1	0,29%
Irak	52	11	8	4	17	12	3,06%
Iran	116	12	6	4	37	57	6,83%
Kamerun	39	19	4	4	2	10	2,30%
Kolumbien	1	0	0	1	0	0	0,06%
Kosovo	157	68	15	6	47	21	9,25%
Libanon	8	1	3	0	1	3	0,47%
Liberia	3	0	1	0	0	2	0,18%
Marokko	2	2	0	0	0	0	0,12%
Mazedonien	92	21	26	1	29	15	5,42%
Nigeria	51	21	2	13	8	7	3,00%
Pakistan	43	17	4	4	5	13	2,53%
Russland	18	4	0	1	6	7	1,06%
Serbien	149	39	26	7	35	42	8,78%
Sierra Leone	1	0	0	1	0	0	0,06%
Somalia	8	2	0	0	5	1	0,47%
Sri Lanka	94	11	24	0	23	36	5,54%
Syrien	109	47	17	5	26	14	6,42%
Togo	11	1	0	2	5	3	0,65%
Tschetschenien	37	24	3	6	0	4	2,18%
Türkei	163	38	18	8	15	84	9,60%
Uganda	2	0	0	2	0	0	0,12%
Ukraine	11	9	0	0	2	0	0,65%
Sonstige (Migranten, jüd, Kont. Flüchtl.)	133	117	3	0	0	13	7,83%

Leistungsangebote der fünf PSZ	Summe	PBV	RVS	BFU	KA	RS	in v. H.
1. Ärztliche Leistungen							
1.1: Ärztliche Diagnostik	472	74	0	0	353	45	27,80%
1.2: Ärztliche Therapie	2	2	0	0	0	0	0,12%
2: Psychotherapeutische Leistungen							
2.1: in/ nur Diagnostik	169	25	62	27	0	55	9,95%
2.2: Psychotherapie (Einzel)	510	197	94	59	0	160	30,04%
2.3: Psychotherapie (Gruppe)	84	58	0	2	0	24	4,95%
2.4: Kunsttherapie (Einzel)	3	0	0	1	0	2	0,18%
2.5: Kunsttherapie (Gruppe)	235	221	12	0	0	2	13,84%
2.6: Sonstige Therapieangebote	42	21	0	4	0	17	2,47%
3.: Psychosoziale Betreuung	670	253	133	2	0	282	39,46%

Finanzierung der PSZs (Angaben für 2014 in %)	PBV	RVS	BFU	KA	RS	in v. H.
Landesmittel	17,78%	26,01%	20,62%	69,93%	11,57%	20,50%
EU-Mittel	21,53%	9,66%	20,17%	8,07%	37,78%	24,36%
andere Projektmittel (ohne EU)	0,00%	8,23%	0,00%	0,00%	0,00%	1,30%
AsylbLG	22,44%	24,73%	26,48%	0,00%	0,53%	14,52%
kirchliche Mittel	34,75%	0,00%	0,00%	0,00%	38,78%	21,75%
Spenden	3,28%	22,37%	17,32%	5,38%	11,34%	12,06%
Stiftungen	0,00%	7,20%	12,65%	0,00%	0,00%	3,65%
Kommunale Mittel	0,00%	0,00%	0,00%	16,62%	0,00%	0,97%
Eigenmittel	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%	0,00%
Sonstiges	0,22%	1,80%	2,76%	0,00%	0,00%	0,88%
Summe	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Mitarbeiter von Refugio in Villingen-
Schwenningen mit Klienten

7

Evaluation zur Qualität der Versorgung durch die Psychosozialen Zentren

Im Jahr 2014 wurden alle fünf PSZ in Baden-Württemberg durch den EFF der Europäischen Union kofinanziert. Im Rahmen zweier Kooperationsprojekte zwischen dem BFU, Refugio VS und der PBV Stuttgart wurde die Qualität der psychotherapeutischen und psychosozialen Arbeit evaluiert. Die Ergebnisse der Evaluation können beispielhaft für die Wirkung der gesamten Versorgung in den fünf Zentren gelesen werden.

Nachfolgend dargestellt sind die Daten aus der Basisdokumentation des Projekts. Die Basisdokumentation, die als Anfangserhebung am Ende der Diagnostik sowie während der Therapie zweimal jährlich als Zwischenerhebung durchgeführt wird, erlaubt es, wichtige Anfangsdaten und den Verlauf der Behandlung zu beschreiben. Die folgenden Prozentwerte sind auf- beziehungsweise abgerundet. So wurden im Zeitraum Juli 2013 bis Juni 2014 insgesamt 167 Klienten aus 28 Ländern innerhalb des EFF-Projektes psychotherapeutisch und psychosozial versorgt und statistisch erfasst. 133 Klienten erhielten Einzelpsychotherapie, davon 9 Klienten zusätzlich Kunsttherapie. 12 Klienten durchliefen nur die Diagnostik, das heißt es erfolgte keine Therapie, 11 befanden sich noch in der diagnostischen Phase und bei weiteren 11 Klienten lag lediglich Erstkontakt vor. Zusätzlich dazu erhielten 4 Klienten psychosoziale Beratung und für 38 Klienten wurden psychologisch-psychotherapeutische Stellungnahmen verfasst. Die 56 Frauen und 111 Männer waren zwischen 17 und 65 Jahre alt, mit einem Durchschnittsalter von 34 Jahren. Sie stammten aus 28 Ländern

u. a. aus Afghanistan (13,2 Prozent), der Türkei (12,6 Prozent), dem Kosovo (11,4 Prozent) sowie anderen (Kapitel 11, Abb. 1).

Im Folgenden soll von denjenigen Klienten berichtet werden, die sich in Einzelpsychotherapie befanden: Von den 133 Klienten werden nur die 117 Klienten betrachtet, die mindestens 5 Sitzungen Einzelpsychotherapie erhalten haben. So lassen sich Aussagen über den Therapieverlauf treffen. 50,4 Prozent der Klienten hatten einen relativ sicheren Aufenthalt: anerkanntes Asyl (14,5 Prozent), einen sonstigen unbegrenzten Aufenthalt (15,4 Prozent) oder einen Aufenthalt aus humanitären Gründen (20,5 Prozent). Dieser relativ sichere Aufenthaltsstatus ist ein wesentlicher Faktor, der sich positiv auf das Gesamtbefinden der Klienten auswirkt. Aus therapeutischer Sicht litten 41,8 Prozent der Klienten unter deutlichem bis sehr starkem Leidensdruck, während bei 36,8 Prozent der Leidensdruck als mittelgradig eingeschätzt wurde. Nur bei 18,8 Prozent der Klienten wurde der Leidensdruck als lediglich etwas oder nicht vorhanden eingeschätzt (2,6 Prozent = fehlend) (Kapitel 11, Abb. 2). Die Therapiemotivation wurde bei 48,7 Prozent als stark bis sehr stark ausgeprägt, bei 32,5 Prozent als mittelgradig und 15,4 Prozent als etwas oder nicht vorhanden eingeschätzt. (3,4 Prozent = fehlend) (Kapitel 11, Abb. 3). Laut den Einschätzungen der Therapeuten bestand außerdem bei 31,7 Prozent eine deutliche bis sehr starke Compliance (Mitarbeit), eine mittelgradige bei 17,9 Prozent und eine nur etwas vorhandene lediglich bei 5,1 Prozent (45,3 Prozent = fehlend) (Kapitel 11, Abb. 4).

Nach Einschätzung der Therapeuten konnte zum Zeitpunkt des Berichts mehrheitlich eine deutliche Verbesserung des Befindens und der sozialen Situation festgestellt werden: So schätzten die Therapeuten das körperliche Befinden im Vergleich zum Beginn der Therapie bei 66,6 Prozent der Klienten, das psychische Befinden sogar bei 73,5 Prozent und die soziale Situation bei 70,9 Prozent als besser oder deutlich besser ein. Eine Verschlechterung des Befindens konnte aus therapeutischer Sicht nur bei 3,4 Prozent in körperlicher, bei 4,3 Prozent in psychischer und bei 2,6 Prozent in sozialer Hinsicht festgestellt werden, während das Befinden der restlichen Klienten aus Therapeutensicht unverändert blieb (körperliches Befinden: 26,3 Prozent; psychisches: Befinden 19,5 Prozent; soziale Situation: 22,9 Prozent). Keine Angaben liegen in jeweils 3,4 Prozent der Fälle hinsichtlich des körperlichen Befindens und der sozialen Situation vor und bei 2,5 Prozent hinsichtlich des psychischen Befindens.

Einen weiteren Indikator für den Erfolg der Behandlung stellt die GAF-Skala[37] dar, die die globale Erfassung des Funktionsniveaus auf drei Ebenen (psychisch, sozial und beruflich) kodiert. So ist es möglich, Aussagen über den Fortschritt der Klienten anhand eines einzigen Maßes zu verfolgen. Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen 100 und 1, von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht. Ein Code von 91-100 würde zum Beispiel eine „Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome“ wiederspiegeln. Ein Code von 1-10 würde im Gegensatz dazu zum Beispiel eine „Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (zum Beispiel wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht“ widerspiegeln.

Der Durchschnittswert des GAF lag zum Ende der diagnostischen Phase bei 57,7 und im Juli 2014 bei 67,5. Die Klienten konnten sich also während der psychotherapeutischen Behandlung deutlich stabilisieren. Ein Wert von 61-70 bezeichnet per Definition: „Einige leichte Symptome […] ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit […], aber im allgemeinen eine relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.“ Allgemein gilt als Voraussetzung für eine ambulante Psychotherapie ein GAF-Wert > 50.[38]

Auch der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS)[39] lässt sich zur Beurteilung der psychischen Verfassung heranziehen: Dabei handelt es sich um ein theorieunabhängiges Experten-Ratingverfahren, mit dem die Beeinträchtigung eines Menschen durch seine psychische Erkrankung eingeschätzt werden kann. Die Einschätzung der Beeinträchtigungsschwere erfolgt auch hier auf drei zentralen Dimensionen: 1. die körperliche Beeinträchtigung; 2. die Beeinträchtigung im psychischen Bereich und 3. die sog. sozialkommunikative Beeinträchtigung, die sich in einer zwischenmenschlichen oder Verhaltensdimension äußert. Ein Wert von 0-1 ist als optimale Gesundheit anzusehen, ein Summenwert von 10-12 dagegen verdeutlicht einen in jeder Hinsicht schwer gestörten Klienten mit extremen psychischen Beeinträchtigungen in allen drei Dimensionen. Zum Ende der diagnostischen Phase lag ein Durchschnittswert von 8,0 vor, im Juli 2014 lag der BSS bei 5,5. Dies bedeutet,

[37] Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (Dt. Bearbeitung) (2003): Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen. DSM-IV-TR. Göttingen

[38] Ebenda, S. 47-49.

[39] Schepank, H. (1995). Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) – ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Beltz Test GmbH.

dass sich die Beeinträchtigung der Klienten sich während der psychotherapeutischen Behandlung deutlich reduzierte.

Im Juli 2014 lagen laut den BSS-Werten 4,3 Prozent der Klienten im Bereich einer extrem schweren Erkrankung, 14,5 Prozent im Bereich einer außerordentlich schweren Erkrankung, 23,9 Prozent der Klienten im Bereich einer ausgeprägten Störung und 30,8 Prozent im Bereich einer deutlichen Störung. Eine leichte Störung lag lediglich bei 18,8 Prozent der Klienten vor und nur 1,7 Prozent wurden als gesund eingestuft. Bei 6,0 Prozent lagen keine Angaben vor (Kapitel 11, Abb. 6). Zum Vergleich ist in Abb. 5 (Kapitel 11) der BSS zum Ende der diagnostischen Phase dargestellt.

Zur Frage, wie belastet die Patienten sich insgesamt erlebten, ergab sich auf einer Skala von 0 bis 10 ein durchschnittlicher Wert von 5,6 (SD = 2,0). Dabei lagen bei 8,5 Prozent keine Angaben vor. Die Angst vor Abschiebung lag nach Angaben der Patienten auf einer Skala von 0 bis 10 bei einem Mittelwert von 4,3 (SD = 3,6). 21,4 Prozent gaben eine starke Angst vor Abschiebung an (Werte auf der Skala von 7 bis 10) und bei 18,7 Prozent fehlten die Angaben.

65,8 Prozent der Klienten gaben außerdem eine Verbesserung oder starke Verbesserung auf körperlicher (Kapitel 11, Abb. 7) und 76,9 Prozent auf psychischer Ebene an (Kapitel 11, Abb. 8). 65,8 Prozent der Klienten berichteten darüber hinaus über eine verbesserte oder deutlich verbesserte soziale Situation (Kapitel 11, Abb. 9). Über keine Veränderung berichteten 23,1 Prozent in Bezug auf ihr körperliches, 14,5 Prozent auf ihr psychisches Befinden und 24,8 Prozent im Hinblick auf ihre soziale Situation. Eine Verschlechterung wurde lediglich auf psychischer Ebene angegeben (1,8 Prozent). Dabei fehlten die Angaben in jeweils 6,8 Prozent der Fälle.

Auch wurde die Behandlung von 71,0 Prozent der Klienten als ziemlich oder sehr hilfreich bewertet, 19,7 Prozent der Klienten gaben an, dass die Behandlung nur etwas und lediglich 2,6 Prozent, dass sie kaum helfe (Kapitel 11, Abb. 10). Keiner der Klienten schätzte die Behandlung als überhaupt nicht hilfreich ein. Darüber hinaus waren 82,0 Prozent ziemlich bis sehr zufrieden mit der Behandlung ihrer Beschwerden und Probleme, nur 11,1 Prozent etwas zufrieden (Kapitel 11, Abb. 11) und keiner der Klienten an, dass er kaum oder gar nicht zufrieden mit der Behandlung sei. Auch hier fehlten die Angaben in jeweils 6,8 Prozent der Fälle.

8

Finanzierung der Psychosozialen Zentren

Bezugnehmend auf Kapitel 5, die Darstellung der Versorgungsangebote und die personelle Ausstattung, ergeben sich in den PSZ Aufwendungen für:

- Psychotherapeutische Behandlungen
- Stellungnahmen / Gutachten
- Psychosoziale Beratung und Betreuung
- Sprachvermittlung
- Steuerung, Patienten- und Projektmanagement, Finanzakquise, Rechnungswesen, Koordination, Personalmanagement
- Presse- und Öffentlichkeitsarbeit
- Fortbildungen für Fachpersonal und Ehrenamtliche
- Netzwerk und Gremienarbeit
- Facility und IT-Management

Primäre Kostenträger für die Behandlungs- und Dolmetscherkosten wären die Sozialgesetzgebung und das AsylbLG. Letzteres greift nur dann, wenn der Klient sich nicht bereits länger als 15 Monate in Deutschland aufhält, nicht arbeitet, und keinen Aufenthaltstitel besitzt. In allen anderen Fällen ist die GKV der Kostenträger, doch werden hierbei die Dolmetscherkosten nicht übernommen. In der Praxis zahlt die GKV aufgrund fehlender Kassenzulassung der Zentren und der vorhandenen Einzelfallentscheidung für Psychotherapien die Therapiekosten ebenfalls nicht. Für alle an-

deren oben aufgeführten Posten gibt es grundsätzlich keine gesetzliche Basis für die Abrechnung. Des Weiteren würden die oben genannten Aufwendungen in ihrer absoluten Summe je Zentrum wesentlich höher ausfallen, wenn nicht auf ehrenamtliche Ressourcen und eine erhebliche Anzahl an unbezahlten Überstunden des eingesetzten Personals zurückgegriffen würde.

Betrachtet man das gesamte Angebotsspektrum, so können nur etwa 20 – 25 Prozent der benötigten Mittel über die Kostenträger des Gesundheitswesens abgerechnet werden (Kapitel 6). 75 – 80 Prozent des Finanzierungsbedarfs müssen durch andere Quellen gedeckt werden. Die Landesmittel stellen dabei die einzige Strukturfinanzierung dar. Weitere Finanzmittel sind Projekt-, Stiftungs- und Spendengelder. Diese sind jedoch in ihrer Verfügbarkeit jährlich schwankend und zum Jahresanfang nicht verfüg- und planbar.

Für den Doppelhaushalt 2015/2016 wurde der Landeszuschuss für die Psychosozialen Zentren in Baden-Württemberg pro Jahr und Einrichtung von 65.000 auf 100.000 Euro erhöht. Dies ist ein sehr erfreuliches Signal der Landesregierung. Dem tatsächlichen Bedarf kann aber auch nach der Aufstockung nicht entsprochen werden. Zudem ersetzen die erhöhten Landesmittel jene Finanzmittel, die an anderer Stelle wegbrechen oder noch nicht bewilligt sind.

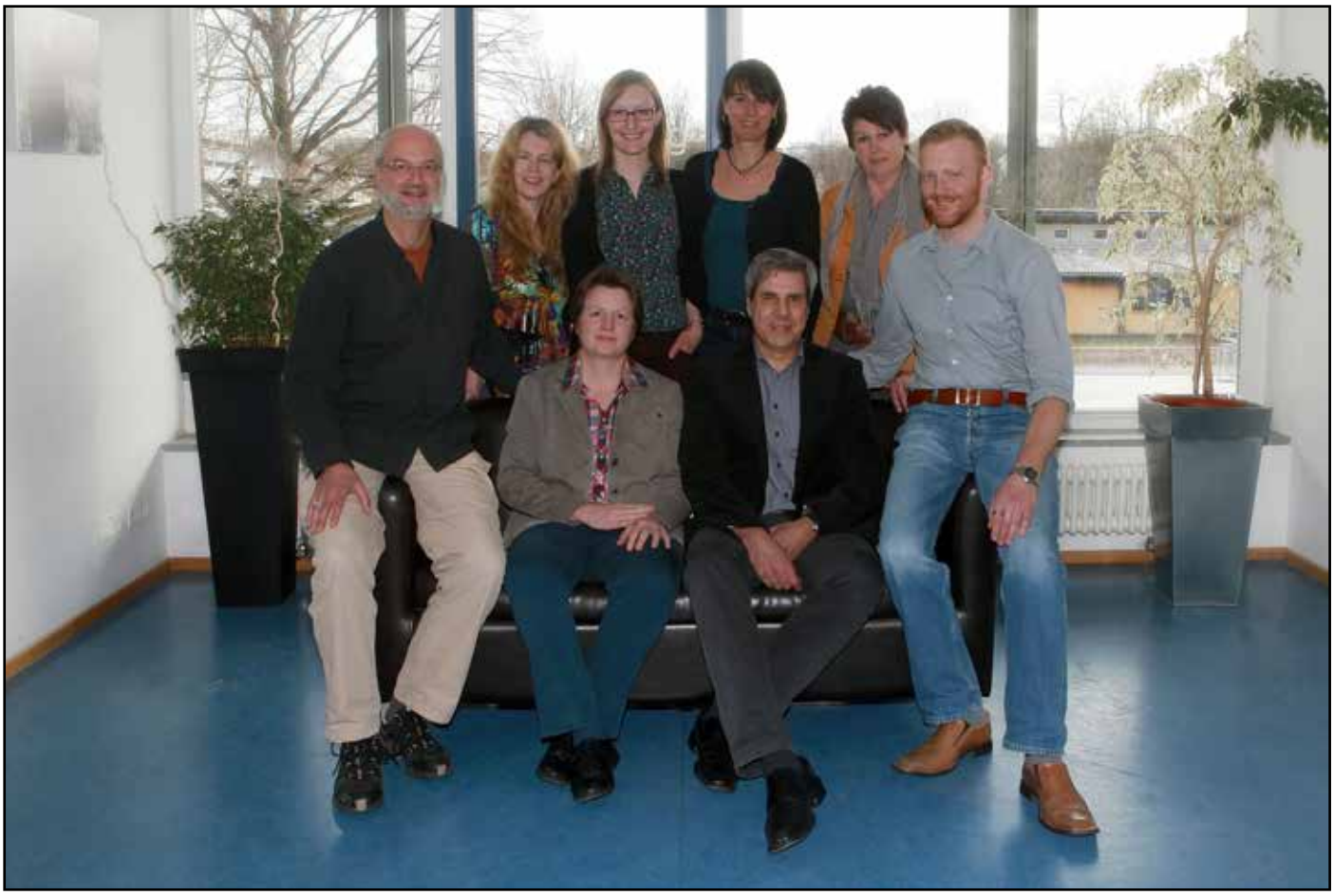
So hängt der Betrieb der Psychosozialen Zentren unter anderem von EU-Geldern ab, die bis 2014 im Rahmen des EFF gezahlt wurden. Dieser sollte Anfang 2015 durch den neu eingerichteten AMIF ersetzt werden. Mit der Umstrukturierung des Fonds gehen jedoch starke zeitliche Verzögerungen in der Bearbeitung der Anträge und der Bewilligung der Projektgelder einher. So gab es im Mai 2015 noch keine Entscheidung seitens des AMIF. Im Juni 2015 wurden nunmehr Förderanträge in erheblicher Höhe für drei der baden-württembergischen PSZ abgelehnt. Diese hätten den betroffenen Zentren eine wichtige Kofinanzierung für drei Jahre gesichert. Zudem sind die Förderkriterien des AMIF im Falle einer Förderung im Vergleich zur Vergangenheit erheblich eingeschränkt: Es werden nur noch Asylbewerber mit dem Status der Gestattung gefördert. Nicht mehr förderfähig sind dagegen geduldete Asylbewerber. Letztere Gruppe macht jedoch mindestens 40 Prozent der Klienten in den genannten PSZ aus.

Da der europäische Fonds für viele der Zentren eine ganz wesentliche Finanzierungsquelle ist, stellen die Ablehnungen der AMIF-Anträge diese vor große Herausforderungen. So können Kürzungen des Programms oder der Abbau von Personal anstatt der notwendigen Personalaufstockungen die Folge sein.

Diese prekäre Finanzierungs- und Liquiditätsunsicherheit ist durch die Novellierung des AsylbLG, das am 1. März 2015 in Kraft getreten ist, existenzgefährdend. Seither ist für Asylbewerber, die seit mehr als 15 Monaten legal in Deutschland leben, im Falle von Krankheit die GKV zuständig, weil diese Asylbewerber quasi über die gesetzlichen Krankenkassen versichert sind. Was auf den ersten Blick positiv klingt, ist im Detail sehr nachteilig für die Betroffenen sowie für die PSZ. Menschen, die erst seit 15 Monaten in Deutschland leben, verfügen zumeist nicht über ausreichende Deutschkenntnisse, um eine Therapie in deutscher Sprache wahrnehmen zu können. Dies zeigt sich auch dadurch, dass aktuell 80 - 90 Prozent der in den Zentren betreuten Patienten auf Dolmetscher angewiesen sind. Dolmetscherkosten werden aber grundsätzlich nicht durch die GKV erstattet. Die Kosten für Therapien sind zudem keine Regelleistung und müssen stets als Einzelfall beantragt werden, was mit einem enormen administrativen Aufwand seitens der Zentren einhergeht. Gelder zum Aufbau dieser administrativen Ressourcen sind jedoch nicht verfügbar und aus den aktuellen Personalressourcen nicht zu bewerkstelligen. Letztendlich scheitert eine generelle Abrechnung mit der GKV daran, dass die PSZ für die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen bundesweit über keine Kassenzulassung verfügen.

Bei einer erheblichen Anzahl von Klienten haben die Landratsämter seit dem Inkrafttreten der genannten Gesetzesnovelle bereits bewilligte Kostenübernahmen für dolmetschergestützte Therapien z.T. rückwirkend und ohne Information an das jeweilige Zentrum zurück gezogen. Alle PSZ gehen aufgrund der aktuellen Entwicklungen davon aus, dass mittelfristig Therapien von Klienten, die länger als 15 Monate in Deutschland leben, abgebrochen werden müssen oder dass Behandlungen, die voraussichtlich eine über 15 Monate hinausgehende Dauer haben, gar nicht erst stattfinden können. Dies ist umso problematischer, als dass Flüchtlinge in der Praxis allein aufgrund von Verweildauern in der Erstaufnahme und einer anschließenden Verteilung auf die Landkreise praktisch nie direkt nach ihrer Ankunft in Deutschland an eines der PSZ überwiesen werden. Die meisten Personen sind bereits neun bis 12 Monate im Land, bevor sie in einem PSZ vorstellig werden können. Bis zum Ablauf der 15-Monatsfrist wird es höchstens möglich sein, innerhalb der drei bis fünf probatorischen Sitzungen die Anamnese und Diagnostik zu erstellen. Die notwendige Therapie wird nicht mehr erfolgen können. Es ist ableitbar, dass für Flüchtlinge, die bereits länger als 15 Monate in Deutschland sind, bereits bestehende Versorgungslücken größer werden. Zu bedenken ist auch, dass therapeutischen Stellungnahmen für das Asylverfahren, die auf der Basis der therapeutischen Betreuung der Flüchtlinge in den Zentren erstellt werden, damit die Grundlage entzogen wird. Diese

Stellungnahmen sind jedoch wesentliche Säulen für die Erteilung eines Bleiberechts für Flüchtlinge in Deutschland. Die Folge der unsicheren Finanzierung ist, dass die PSZ weder bedarfsdeckend arbeiten noch nachhaltig planen können. Dies zieht entsprechende negative Konsequenzen für die Aufrechterhaltung eines qualitativ hochwertigen Angebotes und des dafür notwendigen Fachpersonals nach sich.



Team des Behandlungszentrums für Folteropfer
in Ulm

9

Reformbedarf und notwendige Veränderungen

Der vorliegende Bericht macht deutlich, dass das reguläre Gesundheitswesen in Deutschland strukturell nicht ausreichend auf die Multikomplexität einer professionellen Versorgung für traumatisierte Flüchtlinge hin ausgerichtet ist. Das Versorgungsproblem ist nicht innerhalb des Gesundheitswesens allein lösbar, zum einen, weil viele traumatisierte Flüchtlinge aufgrund ihres unsicheren Aufenthaltsstatus gar keinen ungehinderten Zugang dazu haben, zum anderen, weil genau diese Aufenthaltsunsicherheit eine enge Verzahnung von psychotherapeutisch-psychosozialer und juristischer Expertise erfordert, die aber vom Gesundheitswesen nur unzureichend erbracht werden kann. Hinzu kommen als weitere Faktoren, dass

- niedergelassene Psychotherapeuten nicht in jedem Fall über die notwendige Trauma-Expertise verfügen,
- notwendige Kenntnisse zum Verfassen psychologischer Stellungnahmen oder Atteste für das Asylverfahren beziehungsweise das Gericht nicht vorausgesetzt werden können,
- in der Regel kein Zugang zu geschulten Dolmetschern für die Therapie besteht,
- erfahrungsgemäß eine enge und regelmäßige Verzahnung der Therapie mit psychosozialen Betreuungsangeboten wegen „sektoralem Denken“ nicht erfolgt
- verschiedene Bedarfe beziehungsweise erbrachte Leistungen an unterschiedliche Kostenträger und finanzielle Erstattungsmodalitäten gebunden sind, falls diese

überhaupt existieren.

Eine Antwort darauf ist nur in einem systemischen Ansatz qualitativ hochwertig und nachhaltig, mit engster Verzahnung der jeweiligen Schnittstellen von Gesundheitswesen, Sozialer Arbeit und Justizwesen, und einer kontinuierlichen Steuerung. Dies führte vor Jahren zur Entstehung der PSZ. Bis heute üben sie eine Pilotfunktion aus. Es ist nicht abzusehen, dass die PSZ ihren Versorgungsauftrag mittel- oder langfristig in das reguläre ambulante Gesundheitswesen integrieren könnten, dazu fehlen nach wie vor die Voraussetzungen in diesem Bereich. Deshalb werden auch weiterhin die PSZ für die ambulante Schwerpunktversorgung traumatisierter Flüchtlinge dringend nötig sein. Andererseits sind die PSZ auf die kollegiale ärztliche Expertise beispielsweise der Hausärzte und Psychiater im Einzelfall angewiesen und pflegen diese Kontakte. Doch sollten Reformen und notwendige Veränderungen nicht zur Existenzsicherung der PSZ in Baden-Württemberg beitragen beziehungsweise diese sogar gefährden, sind die Leidtragenden nicht nur die traumatisierten Flüchtlinge, die dann nur stationär und unter Einsatz von Psychopharmaka behandelt werden könnten. Eine Gefährdung der Existenz der PSZ – aktuell durch die Novelle des AsylbLG oder ein gegenüber dem EFF deutlich restriktiverer AMIF, der in Baden-Württemberg nur Mittel für ein einziges PSZ ermöglicht – würde die Kostenträger und die Gesellschaft in gleichem Maße durch erhebliche Mehrkosten der Behandlung und dem entgangenen Nutzen aus nicht wiederhergestellten Arbeits- und Bildungspotentialen von Flüchtlingen schädigen. Ein Blick auf die Versorgungsstatistik in Kapitel 6 zeigt, dass mehr als drei Viertel[40] der durch die PSZ betreuten Klienten zwischen 18 und 45 Jahre alt und damit nach einer Gesundungsphase und klinischer Unauffälligkeit durchaus bildungs- und arbeitsfähig ist. Nicht wenige von ihnen kommen bereits mit hochwertigen Bildungsabschlüssen und Berufserfahrungen nach Deutschland. So erzielen Kinder von traumatisierten Flüchtlingen häufig überdurchschnittlich hohe Integrationserfolge aus der Motivation heraus, ihren Eltern nicht zur Last zu fallen. Nicht zuletzt weist die deutsche Wirtschaft aufgrund der negativen Folgen des demografischen Wandels ausdrücklich auf den Nutzen von Flüchtlingen für den Arbeitsmarkt hin.

In der Summe der Argumente wird deutlich, dass der humanitäre und wirtschaftliche Schaden einer Kürzung oder sogar Einstellung des Versorgungsauftrags der PSZ sowohl für die betroffenen Flüchtlinge als auch für die Aufnahmegesellschaft enorm wäre.

[40] Der Anteil der behandelten Klienten in den fünf PSZ in der Altersspanne 18-45 Jahre lag im Jahr 2014 bei 78 % (vgl. Gesamtstatistik S. 31 im vorliegenden Bericht).

Daraus ergeben sich folgende Reformforderungen:

Ausreichende personelle Ressourcen und Sicherstellung der fachlichen Qualifikation

Beide Aspekte sind essentiell, um der wachsenden Zahl traumatisierter Flüchtlinge mit Behandlungsbedarf angemessen begegnen zu können. Ein rascher Ausbau der Behandlungsplätze ist wichtig, da das Angebot bislang den steigenden Klientenzahlen hinterherhinkt und sich in Wartezeiten von derzeit acht bis zwölf Monaten ausdrückt. Es muss seitens der PSZ schneller reagiert werden können, um einer Chronifizierung des Krankheitsbildes oder gar einer möglichen Suizidalität entgegenzuwirken. Ausreichend vorhandenes und qualifiziertes Fachpersonal in der Traumatherapie für minderjährige und erwachsene Flüchtlinge wie in der Sozialarbeit und im Management ist ein entscheidender Faktor. Daran knüpft sich die Forderung, nötige Personalressourcen in den PSZ vorhalten zu können. Dass dem nicht so ist, zeigt der große Anteil unbezahlter Überstunden und ehrenamtlicher Tätigkeit. Darunter leidet die Fachlichkeit. Zudem wirft der allseits bekannte Mangel an und Wettbewerb um Fachkräfte auf dem deutschen Arbeitsmarkt die Frage nach der Entlohnung auf. Solange die PSZ auf Spenden angewiesen sind, kann von Nachhaltigkeit und fairer Entlohnung keine Rede sein. So kann neues Personal kaum akquiriert und bestehendes Personal nur schwer gehalten werden.

Schaffung von institutionsübergreifenden Dolmetscherpools

Flüchtlinge können nur dann adäquat behandelt werden, wenn eine Sprachvermittlung erfolgen kann. Dies trifft im besonderen Maße für die Psychotherapie zu, gilt aber auch für die anderen Bereiche der Gesundheitsversorgung. Qualifizierte und unabhängige Dolmetscher müssen integraler Bestandteil der ambulanten und stationären Gesundheitsversorgung von Personen sein, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind. Deshalb müssen Dolmetscherpools entstehen, die institutionsübergreifend zugänglich sind und durch stetige Schulung für die entsprechende Qualität der Sprachvermittlung sorgen. Die Koordination eines solchen Pools kann auf der Ebene einer Kommune oder überregional, zum Beispiel durch den Landkreis erfolgen. Funktionierende Beispiele gibt es, allerdings sind diese in keiner Weise flächendeckend. Die Bedeutung eines solchen Pools verstärkt sich bei der Sicherstellung seltener Sprachen und der Sprachvermittlung im ländlichen

Raum. Der Nutzen eines solchen Dolmetscherpools ist greifbar und wirkt zudem präventiv. So würden beispielsweise Kinder von Flüchtlingen seltener in die Situation gebracht, für ihre Eltern zu dolmetschen, weil sie die einzigen oder ersten in einer Familie sind, die durch die Schulpflicht Deutsch lernen (Kapitel 4).

Mit der Schaffung eines solches Angebots muss die Kostenerstattung von geleisteten Dolmetscherstunden einhergehen. Diese dürfen nicht dem traumatisierten Flüchtling aufgebürdet werden. So ist es nicht akzeptabel, dass die gesetzliche Krankenversicherung die Erstattung von Dolmetscherkosten im Rahmen einer Therapie verweigert.

Nachhaltige Finanzierung

Eine professionelle systemische Versorgung traumatisierter Flüchtlinge kann nur dann nachhaltig stattfinden, wenn deren Finanzierung gesichert ist. Davon sind die PSZ weit entfernt (Kapitel 8). Die Auswirkungen der Novelle des AsylbLG zum 1. März 2015 sowie wegbrechende und verzögerte Projektgeldfinanzierungen (AMIF) schränken die Handlungsfähigkeit der PSZ stark ein. Grundlegende Veränderungen in der Form der Finanzierung sind deshalb notwendig.

Eine diskutierte Option ist, den PSZ Kassensitze zuzuteilen oder durch bilaterale Verträge eine weniger restriktive Bewilligung der Anträge zu gewährleisten. Allerdings müssten dafür Therapie- und Dolmetscherkosten im Regelleistungskatalog der gesetzlichen Krankenkassen verankert werden und nicht wie bisher Einzelfallentscheidungen sein. Letzteres scheint jedoch illusorisch, nicht zuletzt aufgrund der zu erwartenden Anzahl an psychisch belasteten Flüchtlingen. Einzelfallbeantragungen würden Personalkapazitäten in den Zentren beanspruchen, die weder vorhanden noch finanzierbar wären.

Vielmehr stellt sich die Frage nach einer verlässlichen und den Bedarfen entsprechenden Strukturfinanzierung der PSZ durch Steuergelder. Bei der Aufnahme von Flüchtlingen handelt es sich um eine gesamtgesellschaftliche Aufgabe, deren Gesundheitsversorgung nur systemisch sinnvoll gelöst werden kann und deren Nutzen der gesamten Gesellschaft zugutekommt. Die Tatsache, dass bei allen Zentren ein Großteil[41] der Mittel projekt- und spendengebunden ist, steht dem entgegen. Die Unsicherheit, die durch die aktuelle Verzögerung und Ablehnung von AMIF-Anträgen entsteht, zeigt deutlich, dass sich daran langfristig und bundesweit etwas ändern muss. Daher schließen sich

[41] Der Anteil des Landeszuschusses am gesamten Budget der PSZ in Baden-Württemberg betrug 2014 – und somit vor der Erhöhung des Landeszuschusses ab 2015 – 20,5%; bei konstantem Budget für 2015 würde der erhöhte Landeszuschuss in 2015 etwa 31,6% betragen.

die PSZ in Baden-Württemberg der Forderung der BAfF an: „Bund, Länder und Kommunen müssen ihren Versorgungsauftrag, den sie auch nach internationalen Konventionen wie der EU-Aufnahmerichtlinie und der UN-Antifolterkonvention haben, wahrnehmen: Es müssen dringend strukturell verlässliche und nachhaltige Ressourcen mobilisiert werden, um die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten in den Psychosozialen Zentren zu erhalten und zu konsolidieren beziehungsweise dort, wo es noch keine Angebote gibt, zu etablieren“[42]. Die Erhöhung des Landeszuschusses in Baden-Württemberg ist ein bedeutender erster Schritt in diese Richtung. Eine Ausweitung der Strukturförderung auf circa 70 Prozent des notwendigen Finanzierungsbedarfs der PSZ durch Bund und Land ist jedoch unausweichlich, sollen Qualität und Nachhaltigkeit der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge in den PSZ gesichert sein. Andernfalls werden die beschriebenen Behandlungs- und Betreuungsangebote für traumatisierte Flüchtlinge in Baden-Württemberg keinen Bestand haben und Einrichtungen schließen müssen.

Eine gesicherte Strukturfinanzierung wäre ein gelebtes „Willkommen“ an Flüchtlinge und hätte weit mehr als nur eine symbolische Bedeutung für Menschen, die sich hier integrieren wollen und sollen, weil ein großer Teil der Asylgesuche positiv entschieden wird. Nicht nur sie brauchen uns, auch wir brauchen sie.

[42] Positionspapier „Einrichtung eines Hilfsfonds zur gesundheitlichen Versorgung von vulnerablen Flüchtlingen und Opfern von Folter“ der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Stellungnahme-zu-Finanzierungsl%C3%BCcken_AMIF.pdf (S. 5)

Beratung im Verein für traumatisierte Migranten
in Karlsruhe

10

Literatur- und Quellenverzeichnis

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: „Schlüsselzahlen Asyl 2014“, S.2: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Flyer/flyer-schluesselzahlen-asyl-jahr-2014.pdf?__blob=publicationFile

Integrationsministerium Baden-Württemberg: https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/land-nimmt-85-prozent-mehr-fluechtlinge-auf-als-im-vorjahr/

Rundbrief des Flüchtlingsrats Baden-Württemberg 01/2015: http://fluechtlingsrat-bw.de/files/Dateien/Dokumente/INFOS%20-%20Publikationen/Rundbrief/2015-1/rb15-1_12-14.pdf

Amnesty international: Folter 2014 – 30 Jahre gebrochene Versprechen: http://www.amnesty.de/files/Amnesty-Bericht_Folter_2014.pdf

Sieberer/Ziegenbein/Eckhardt/Machleidt/Calliess: Psychiatrische Begutachtung im Asylverfahren. Psychiatrische Praxis 2011.

Wirtgen, W. (2009): „Traumatisierte Flüchtlinge. Psychische Probleme bleiben meist unerkannt“: Deutsches Ärzteblatt, Jg.106, Heft 49, S. 2463 und Stellungnahme des Bundesverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen vom 19.03.2013.

Flatten G., Gast U., Hofmann A., Knaevelsrud Ch., Lampe A., Liebermann P., Maercker A., Reddemann L., Wöller W. (2011): S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung.

Diakonisches Werk Württemberg: „Ein Jahr Flüchtlingsaufnahmegesetz“: https://www.diakonie-wuerttemberg.de/presse-und-aktuelles/aktuelles/meldungen-von-2015/ein-jahr-fluechtlingsaufnahmegesetz-28012015/

Fachpolitische Stellungnahme des Bundesfachverbands Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V. zur geplanten Umverteilung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen vom November 2014: http://www.b-umf.de/images/BundesfachverbandUMF_Stellungnahme_Verteilung_II_13112014.pdf

Homepage des Bundesfachverbands Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V.: http://www.jugendsozialarbeit.de/media/raw/UMFZuwanderungszahlen2013_BUMF.pdf

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Konferenzbericht Unbegleitete Minderjährige (31.12.2014): http://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2014/tagung-unbegleiteteminderjaehrige-bericht.html

Artikel „Alleine und verloren. Kabinett will Betreuung minderjähriger Flüchtlinge verbessern“, erschienen in der Süddeutschen Zeitung vom 16. Juli 2015, S. 6.

Bericht Tagesschau vom 15.07.2015: https://www.tagesschau.de/multimedia/sendung/ts-9189.html

Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetz (KICK) §42, Abs. 1, Satz 1, Nr.3: https://www.dijuf.de/tl_files/downloads/2010/fachliche_hinweise_stellungnahmen_des_dijuf/TabelleKICKmitBegruendung.pdf

Positionspapier „Einrichtung eines Hilfsfonds zur gesundheitlichen Versorgung von vulnerablen Flüchtlingen und

Opfern von Folter“ der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF): http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Stellungnahme-zu-Finanzierungsl%C3%BCcken_AMIF.pdf

Artikel „Schwesig will Minderjährige nach Quote aufteilen“, erschienen in ZEIT ONLINE am 15.07.2017: http://www.zeit.de/politik/deutschland/2015-07/manuela-schwesig-fluechtlinge-kommunen-verteilung

EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU, Art. 24 Abs. 2, Unterabs. Satz 2: http://eur-lex.europa.eu/legal-content/DE/TXT/?uri=CELEX:32013L0033

Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (Dt. Bearbeitung) (2003): Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen. DSM-IV-TR. Göttingen:

Schepank, H. (1995). Der Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS) – ein Instrument zur Bestimmung der Schwere einer psychogenen Erkrankung. Göttingen: Beltz Test GmbH.

Gesetz über die Aufnahme von Flüchtlingen (FlüAG) vom 19.12.2013, GBI 2013, 493: http://fluechtlingsrat-bw.de/files/Dateien/Dokumente/INFOS%20-%20Unterbringung/2014-01-01%20FlueAG%20BW%20-%20Gesetzestext.pdf

Homepage des Landes Baden-Württemberg: „Gute Betreuung unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge sicherstellen“: https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/gute-betreuung-minderjaehriger-unbegleiteter-fluechtlinge-sicherstellen/

Homepage der Bundesregierung: „Hilfen für minderjährige Flüchtlinge“: http://www.bundesregierung.de/Content/DE/Artikel/2015/07/2015-07-15-auslaendische-kinder-jugendliche.html;jsessionid=D6F939DCA5DA985B27F968C4D4C18F1B.s1t1

Dr. Thomas Soeder (2011): Männer als Objekt sexualisierter Gewalt. ZPPM 1/2011, S. 47- 58.

Bundesgesetzblatt Jahrgang 2014 Teil I, Nr. 59, 18. Dezember 2014: http://www.bgbl.de/xaver/bgbl/start.xav?start=%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl114s2187.pdf%27]#__bgbl__%2F%2F*[%40attr_id%3D%27bgbl114s2187.pdf%27]__1437507783864

Gefährdung der psychotherapeutischen Versorgung Geflüchteter durch die Konsequenzen der AsylbLG-Novelle: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Gef%C3%A4hrdung-der-psychotherapeutischen-Versorgung-Gefl%C3%BCchteter-durch-AsylbLG_Novelle.pdf

Amnesty Journal 08/09 2015

Interviews mit den fünf baden-württembergischen PSZ:

Interview mit Manfred Makowitzki und Dr. Regina Kurth vom Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm am 30. Oktober 2014

Interview mit Dr. Astrid Sterzel und Susanne Schupp von Refugio Villingen-Schwenningen am 31. Oktober 2014

Interview mit Dr. Thomas Soeder am 31. Oktober 2014

Interview mit Dr. Laetizia Franieck und Angelika Stein von Refugio Stuttgart am 20. November 2014

Interview mit Dieter David von der Psychologischen Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene Stuttgart am 20. November 2014

Interview mit Dr. Aspacher und Dr. Corrinth vom Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. in Karlsruhe am 4. Dezember 2014

Interview mit Eva Rühle von AJUMI / Heimstiftung Karlsruhe am 4. Dezember 2014

Interview mit dem Jugendamt Karlsruhe am 4. Dezember 2014

11

Abbildungs- und Tabellenverzeichnis

Abbildung 1: Herkunftsländer der Klienten

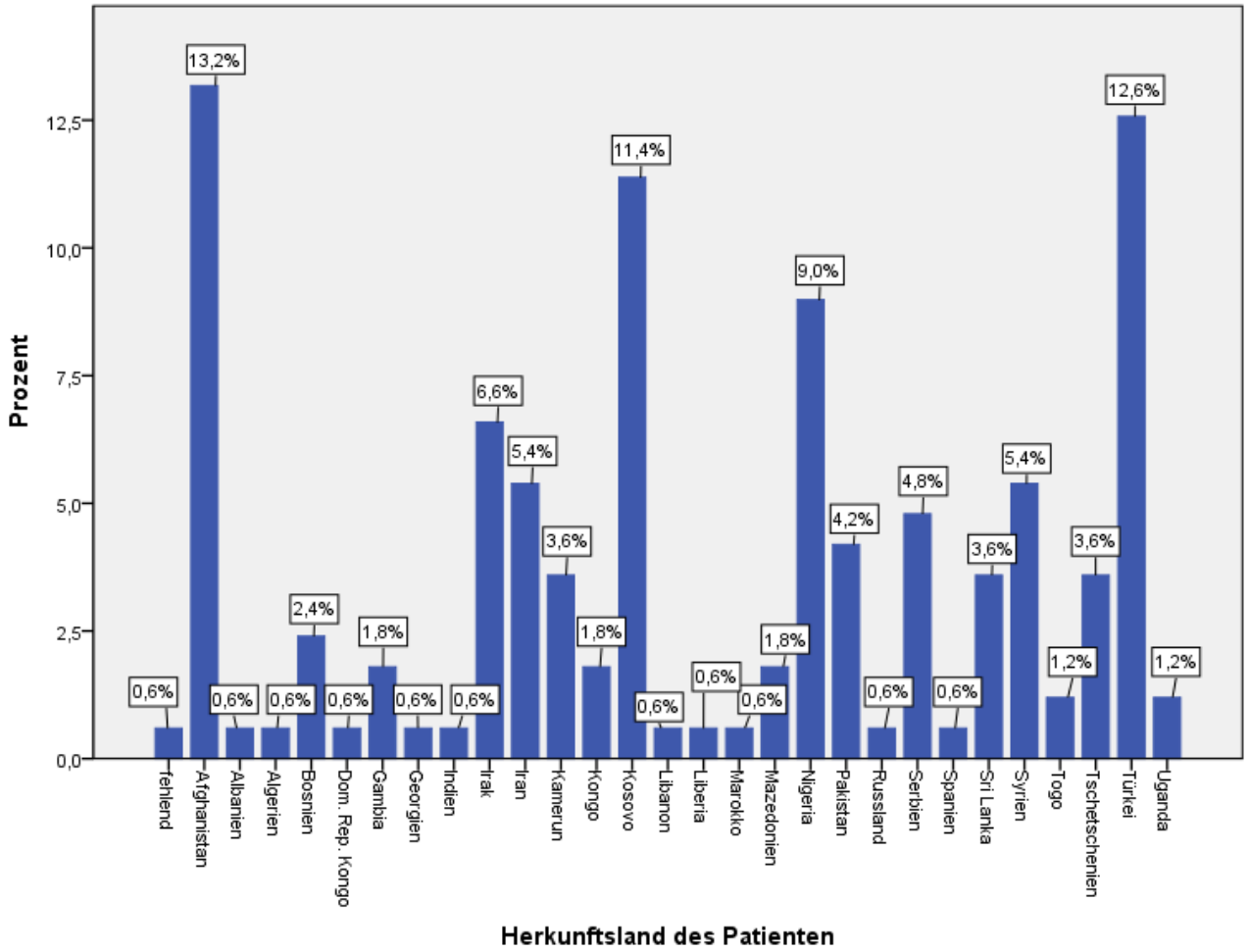


Abbildung 2: Leidensdruck

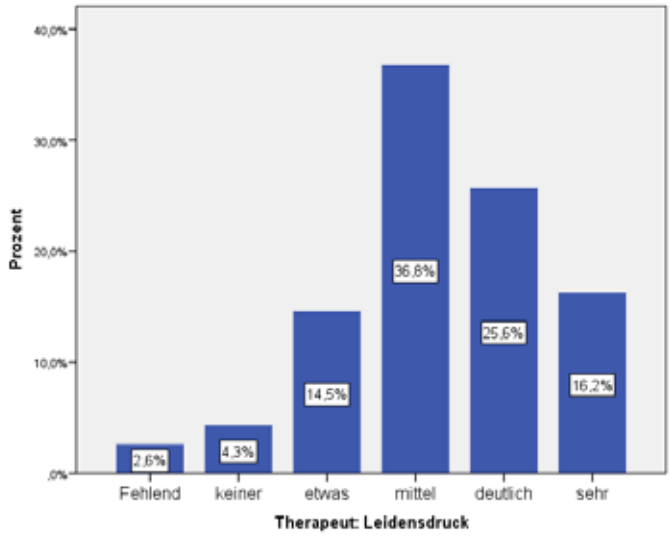


Abbildung 3: Therapiemotivation

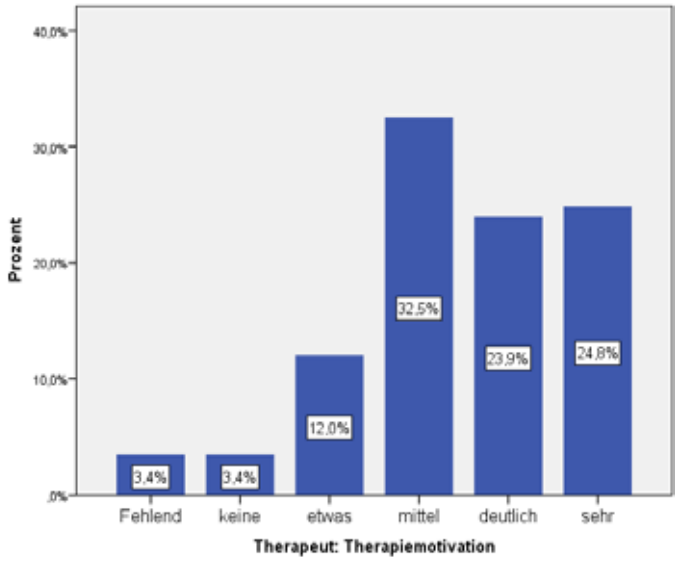


Abbildung 4: Compliance/ Mitarbeit

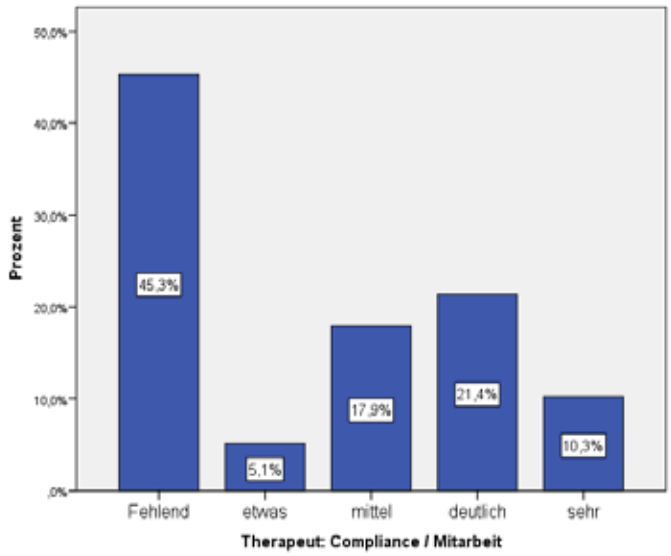


Abbildung 5: BSS am Ende der diagn. Phase

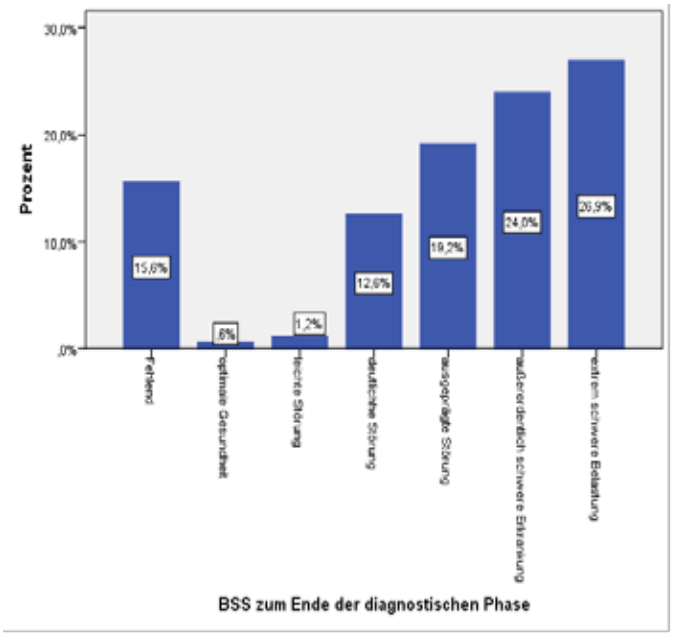


Abbildung 6: BSS Juli 2014

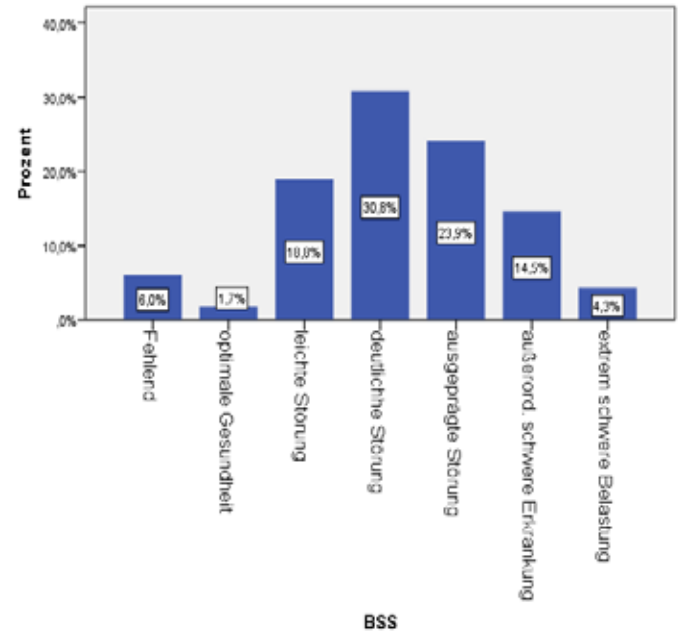


Abbildung 7: Körperliches Befinden

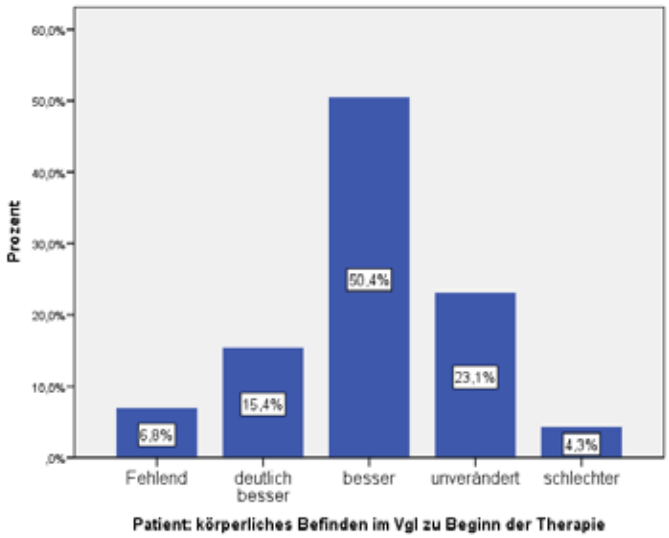


Abbildung 8: Psychisches Befinden

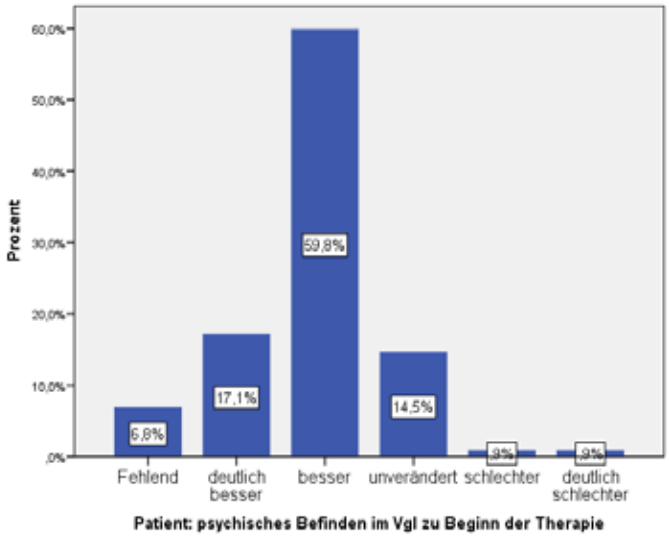


Abbildung 9: Soziale Situation

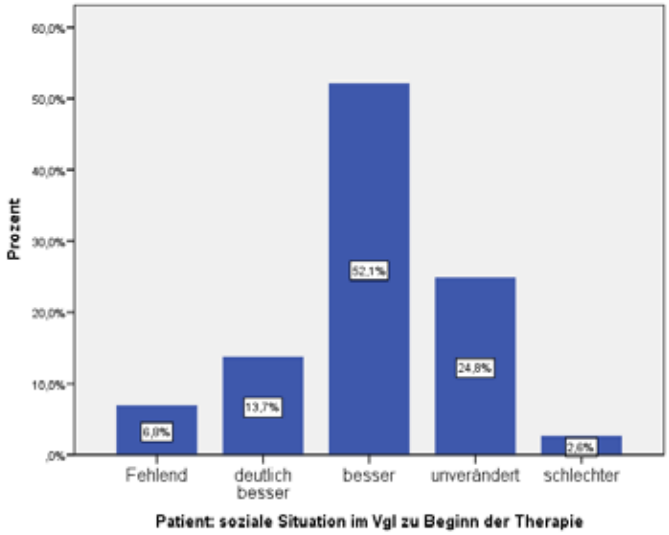


Abbildung 10: Nutzen der Behandlung

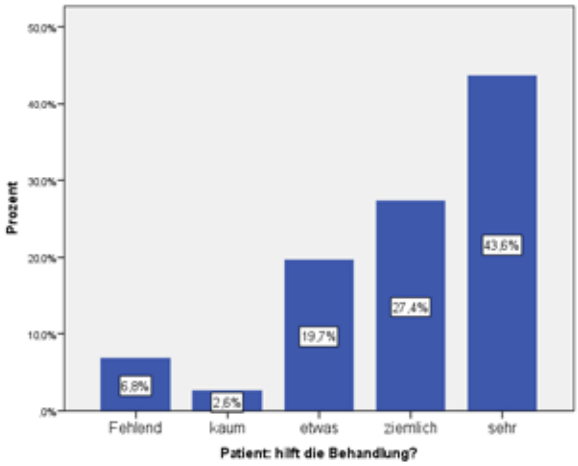
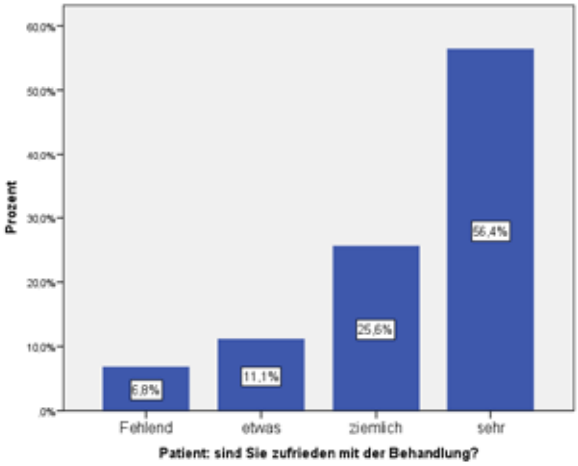


Abbildung 11: Zufriedenheit mit der Behandlung



Quantitative Indikatoren

Anzahl der statistisch erfassten Klienten..... 167

Alter (n = 166):

Minimum (min.) ..... 17 Jahre
Maximum (max.) ..... 65 Jahre
Mittelwert (MW) ..... 34,3 Jahre
Standardabweichung (SD) 10,3

Geschlecht (n = 167):

weiblich..... 33,5%
männlich 66,5%

Nationalität

1. Afghanistan..... 13,2%
2. Türkei..... 12,6%
3. Kosovo.....11,4%
4. Nigeria 9,0%
5. Irak..... 6,6%
6. Iran, Syrien .....jeweils 5,4%
7. Serbien 4,8%
8. Pakistan..... 4,2%
9.Kamerun, Sri Lanka, Tschetschenien .jeweils 3,6%
10. Gambia, Kongo, Mazedonien .....jeweils 1,8%
11. Togo, Uganda .....jeweils 1,2%
12. Albanien, Algerien, Dom. Rep. Kongo, Georgien, Indien, Libanon, Liberia, Marokko, Russland, Spanien .....jeweils 0,6%
13. fehlend (n=1) 0,6%

Therapieangebote

Einzelpsychotherapie (n=124)..... 74,4%
Einzelpsychotherapie und Kunsttherapie (n=9) 5,4%
Nur Diagnostik (n=12) 7,2%
In diagnostischer Phase (n=11)..... 6,6%
Erstkontakt (n=11) 6,6%

Ab hier Angaben von der Zwischenkatamnese (n = 117)

Aufenthaltsstatus der Begünstigten

Aufenthaltsgestattung (§55 AsylVfG).....21,4%
Duldung (§60a AufenthG).....15,4%
anerkanntes Asyl (§25,1 oder §25,2 AufenthG) 14,5%
Aufenthalt aus humanitären Gründen (§25,3 AufenthG).....20,5%
Sonstiger unbefristeter Aufenthalt 15,4%

Inlandsbezogenes Ausreisehindernis.....12,8%

Qualitative Indikatoren

Erläutern Sie, wie Sie die qualitativen Indikatoren ermittelt haben? - Einschätzungen des Befindens aus Sicht der Therapeuten.

Leidensdruck (Mittelwert (M) = 3,3; Standardabweichung (SD) = 1,0)

1 = keiner..... 4,3%
2 = etwas 14,5%
3 = mittel..... 36,8%
4 = deutlich 25,6%
5 = sehr 16,2%
Fehlend..... 2,6%

Therapiemotivation (M = 3,5; SD = 1,1)

1 = keine..... 3,4%
2 = etwas 12,0%
3 = mittel..... 32,5%
4 = deutlich 23,9%
5 = sehr 24,8%
Fehlend..... 3,4%

Compliance/ Mitarbeit (M = 3,6; SD = 0,8)

1 = keine..... 0%
2 = etwas 5,1%
3 = mittel..... 17,9%
4 = deutlich 21,4%
5 = sehr 10,3%
Fehlend..... 45,3%

Körperliches Befinden im Vergleich zum Beginn der Therapie (M = 2,1; SD = 0,7)

1 = deutlich besser 16,2%
2 = besser..... 50,4%
3 = unverändert 26,5%
4 = schlechter 3,4%
5 = deutlich schlechter..... 0%
Fehlend..... 3,4%

Psychisches Befinden im Vergleich zum Beginn der Therapie (M = 2,0; SD = 0,7)

1 = deutlich besser 21,4%
2 = besser..... 52,1%
3 = unverändert 19,7%
4 = schlechter 4,3%
5 = deutlich schlechter..... 0%
Fehlend..... 2,6%

Soziale Situation im Vergleich zum Beginn der Therapie (M = 2,0; SD = 0,7)

1 = deutlich besser 20,5%
2 = besser..... 50,4%
3 = unverändert 23,1%
4 = schlechter 2,6%
5 = deutlich schlechter..... 0%
Fehlend..... 3,4%

Global Assessment of Functioning (GAF) der letzten 7 Tage (M = 67,5; SD = 12,9)

Beeinträchtigungs-Schwere-Score (BSS), M = 5,5; SD = 2,3

0 - 1 (optimale Gesundheit 1,7%
2 - 3 (leichte Störung 18,8%
4 - 5 (deutliche Störung 30,8%
6 - 7 (ausgeprägte Störung..... 23,9%
8 - 9 (außerordentlich schwere Erkrankung ... 14,5%
10 - 12 (extrem schwere Erkrankung 4,3%
Fehlend..... 6,0%

Klienteneinschätzung des Befindens

„Wie belastet fühlen Sie sich derzeit insgesamt?“ (M = 5,6; SD = 2,0)

0 - 3 (keine bis wenig Belastung) 17,2%
4 - 6 (mittlere Belastung) 39,2%
7 - 10 (starke Belastung) 35,1%
fehlend..... 8,5%

„Wie stark ist Ihre Angst vor Abschiebung?“ (M = 2,1; SD = 0,7)

0 - 3 (keine bis wenig Angst) 36,8%
4 - 6 (mittlere Angst) 23,1%
7 - 10 (starke Angst) 21,4%
Fehlend..... 18,7%

Körperliches Befinden im Vergleich zum Beginn der Therapie (M = 2,1; SD = 0,7)

1 = deutlich besser 15,4%
2 = besser..... 50,4%
3 = unverändert23,1%
4 = schlechter 4,3%
5 = deutlich schlechter..... 0%
Fehlend..... 6,8%

Psychisches Befinden im Vergleich zum Beginn der Therapie (M = 2,0; SD = 0,6)

1 = deutlich besser 17,1%
2 = besser..... 59,8%
3 = unverändert 14,5%
4 = schlechter 0,9%
5 = deutlich schlechter..... 0,9%
Fehlend..... 6,8%

Soziale Situation im Vergleich zum Beginn der Therapie (M = 2,1; SD = 0,7)

1 = deutlich besser 13,7%
2 = besser..... 52,1%
3 = unverändert 24,8%
4 = schlechter 2,6%
5 = deutlich schlechter..... 0%
Fehlend..... 6,8%

„Wie gut hilft Ihnen die Behandlung bei den Beschwerden, wegen derer Sie in Behandlung gekommen sind?“ (M = 4,2; SD = 0,8)

1 = überhaupt nicht..... 0%
2 = kaum..... 2,6%
3 = etwas 19,7%
4 = ziemlich 27,4%
5 = sehr 43,6%
Fehlend..... 6,8%

„Wie zufrieden sind Sie mit der Behandlung dieser Beschwerden und Probleme?“ (M = 4,4; SD = 0,7)

1 = überhaupt nicht..... 0%
2 = kaum..... 0%
3 = etwas 11,1%
4 = ziemlich 25,6%
5 = sehr 56,4%
Fehlend..... 6,8%

12

Abkürzungsverzeichnis

AJUMI ..... Aufnahmegruppe für junge Migranten
AMIF ..... Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds
AsylbLG ..... Asylbewerberleistungsgesetz
AufenthG ..... Aufenthaltsgesetz
BAfF ..... Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BAMF..... Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BFU ..... Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm
B-UMF ..... Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V.
EFF..... Europäischer Flüchtlingsfonds
FlüAG ..... Flüchtlingsaufnahmegesetz
GKV ..... Gesetzliche Krankenversicherung
GU ..... Gemeinschaftsunterkünfte für Flüchtlinge
ION ..... Inobhutnahme (in Bezug auf unbegleitete minderjährige Flüchlinge)
KICK ..... Kinder- und Jugendhilfeentwicklungsgesetz
LAG ..... Landesarbeitsgemeinschaft Folterüberlebende Baden-Württemberg
LEA..... Landeserstaufnahmestelle
MDK..... Medizinischer Dienst der Krankenkasse
PBV ..... Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene e.V.
PSZ..... Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
PTBS ..... Posttraumatische Belastungsstörung
Refugio VS ..... Refugio Villingen-Schwenningen
UMF..... Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge

Die fünf Psychosozialen Zentren in Baden-Württemberg

Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (Seite 25)

Innere Wallstraße 6
89077 Ulm
Tel.: 0731 / 22 8 36 oder 921 54 42
Fax: 0731 / 159 79 000
E-Mail: kontakt@bfu-ulm.de

Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (Seite 30)

Schloßstraße 76
70176 Stuttgart
Tel.: 07 11 / 28 54 451
Fax: 07 11 / 20 54 499 507
E-Mail: pbv@eva-stuttgart.de

refugio stuttgart e.v. (Seite 34)

Weißenburgstraße 13
70180 Stuttgart
Tel.: 0711 / 6453 127
Fax: 0711 / 6453 126
E-Mail: info@refugio-stuttgart.de

Refugio Villingen-Schwenningen e.V. Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge (Seite 39)

Schwedendammstr. 6
78050 Villingen-Schwenningen
Tel.: 07721 / 504155
Fax: 07721 / 504165
E-Mail: refugio.vs@t-online.de

Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. (Seite 44)

Durlacher Allee 66
76137 Karlsruhe
Tel. und Fax: 0721 / 6 28 83 06
E-Mail: trauma-migranten@web.de

Traumatisierte MigrantInnen leiden lebenslänglich unter den seelischen und körperlichen Verletzungen, die ihnen zugefügt wurden.

Um die traumatischen Erfahrungen verarbeiten zu können und den Anforderungen des Alltags gewachsen zu sein, benötigen sie professionelle Hilfe, die im **2. Versorgungsbericht** dokumentiert wird.