Traumatisiert.
Ausgegrenzt.
Unterversorgt.

Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen und Folteropfern

in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen

Eine Publikation von:

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.), refugio thüringen e.V., Psychosoziales Zentrum für MigrantInnen Sachsen-Anhalt e.V. und Caktus e.V.

Herausgeber:

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.)
Paulsenstraße 55-56, 12163 Berlin

Psychosoziales Zentrum für MigrantInnen Sachsen-Anhalt e.V.
Marienstr. 27a, 06108 Halle

refugio thüringen e.V. - Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
Wagnergasse 25, 07743 Jena

Caktus e.V. – Familien- und Gesundheitszentrum
Riemannstr. 32, 04107 Leipzig

AutorInnen:
Jenny Baron, Tobias Drehsen, Anne Tahirovic, Hassan Siami, Lenssa Mohammed, Thomas Cordes

Umschlagfoto:
Bousure/ flickr.com

Erscheinungsdatum:
Februar 2014

Diese Publikation ist Ergebnis des Pilotprojektes

„Strukturverbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung von Überlebenden von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen in Ostdeutschland“

(gefördert durch die EU-Kommission, „Pilot Projects on Victims of Torture“)

DAS PROJEKT WURDE GEFÖRDERT DURCH:

Inhaltsverzeichnis

Vorwort **1**

1. Versorgungsbedarf **4**

Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen 4

Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen 5

2. Versorgungsverpflichtungen - Zwischen Anspruch und Realität **8**

Das Recht auf Gesundheit 8

Einschränkungen der gesundheitl-ichen Versorgung nach AsylbLG 9

3. Versorgungsbedingungen: Zur Bedeutung der Lebensbedingungen im Exil für die psychische Gesundheit **11**

4. Zur Versorgungssituation vulnerabler Flüchtlinge in Ostdeutschland **15**

Lebensbedingungen in Sachsen- Anhalt 17

Lebensbedingungen in Thüringen 20

Lebensbedingungen in Sachsen 22

Versorgungsstrukturen in den ostdeutschen Bundesländern 24

5. Versorgungsangebot **25**

6. Versorgungsbedarf **31**

7. Versorgungsdefizite **33**

Begrenzte Versorgungskapazitäten 33

Lange Wartezeiten 33

Geringe Behandlungsressourcen 34

Instabile Finanzierung der Einrichtungen 36

Spezielle Barrieren im Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung 37

Schwierigkeiten bei der Vermittlung an niedergelassene ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen 38

Institutionelle Barrieren und strukturelle Diskriminierung 39

Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme für Psychotherapien durch die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger 40

8. Fazit **42**

Reformbedarf 44

Literatur **46**

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Quotenverteilung nach Königsteiner Schlüssel für 2012 15

Abbildung 2: Ausgewählte Ergebnisse des Thüringen Monitors 2013 21

Abbildung 3: PsychotherapeutInnendichte pro EinwohnerIn im Bundesvergleich (Abb. nach H.-J. Hannich, eigene Bearbeitung) 24

Abbildung 4: Herkunftsländer 2012/13 25

Abbildung 5: Aufenthaltsstatus 2012/13 26

Abbildung 6: KlientInnen 2012/13 27

Abbildung 7: Fachtag zur Situation von UMF in Thüringen 30

Abbildung 8: Versorgungsbedarf - Problembereiche 31

Abbildung 9: Vergleich erhaltener und benötigter Hilfeleistung 32

Abbildung 10: Terminvergabe und Warteliste 33

Abbildung 11: Wartezeiten auf Therapieplätze 33

Abbildung 12: Ressourcen der Behandlungszentren im Bundesvergleich 34

Abbildung 13: Gegenüberstellung Versorgungsbedarf und -kapazität 35

Abbildung 14: Finanzierung der Zentren 36

Abbildung 15: Vermittlungsquoten in Regelangebote 37

Vorwort

„Die Flüchtlinge, die zu uns kommen, kommen nicht mit der Erwartung, hier in ein gemachtes Bett zu fallen. Sie wollen Verfolgung und Armut entfliehen und sie wollen Sinn in einem erfüllten Leben finden. Machen wir unser Herz nicht eng mit der Feststellung, dass wir nicht jeden, der kommt, in unserem Land aufnehmen können. […]

Tun wir wirklich schon alles, was wir tun könnten?"

(Bundespräsident Joachim Gauck in seiner Weihnachtsansprache am 25.12.2013)

Die Menschenrechtssituation in Syrien, Afghanistan, Somalia, dem Sudan und vielen weiteren Ländern, aus denen Menschen fliehen, weil ihnen in ihrer Heimat Verfolgung, Inhaftierung, körperliche, psychische oder physische Misshandlung oder Folter drohen, hat sich im letzten Jahr alarmierend zugespitzt: weltweit sehen sich immer mehr Menschen gezwungen, ihr Heimatland zu verlassen. Als „alarmierend" stechen in der medialen Berichterstattung allerdings in erster Linie steigende Asylantragszahlen sowie die „Belastungen der Kommunen" ins Auge - weniger die massiven Menschenrechtsverletzungen, die ein immer größerer Teil der Geflüchteten erlitten hat und fast nie die prekären Lebens- und Versorgungsbedingungen, auf die Flüchtlinge und Asylsuchende in vielen Teilen Deutschlands treffen. Was *wir* als Aufnahmegesellschaft tun könnten, um Menschen, die bei uns Sicherheit und Schutz suchen, dabei zu unterstützen, hier anzukommen und sich ein neues Leben aufzubauen, ist dabei nur in den seltensten Fällen Teil der Debatte.

Wissenschaftliche Studien verweisen darauf, dass 40% der Menschen, die im westlichen Exil um Asyl suchen, durch das im Heimatland und auf der Flucht erlebte Leid schwer traumatisiert sind. Ob diese besonders schutzbedürftige Personengruppe jedoch auch Zugang zu Beratungs- und Behandlungsangeboten findet, die ihnen helfen könnten, ihre traumatischen Erfahrungen zu verarbeiten, wurde bislang nicht erforscht. Es existiert kaum Datenmaterial zur Versorgungssituation von Flüchtlingen in Deutschland. ExpertInnenberichte aus der Praxis sowie Stellungnahmen von Nichtregierungsorganisationen ebenso wie der ÄrztInnen- und PsychotherapeutInnenkammern verweisen jedoch darauf, dass Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen für Flüchtlinge im deutschen Gesundheitssystem nicht verfügbar, nicht zugänglich oder nicht erreichbar sind. Die Ergebnisse erster Datenerhebungen der BAfF bestätigen dies. Auch die 25 Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer können den Bedarf an Behandlungsplätzen nicht flächendeckend abdecken: in vielen Einrichtungen stehen weit über 100 KlientInnen auf der Warteliste.

Ostdeutschland ist dabei vor dem Hintergrund der spezifischen historischen wie aktuellen Bedingungen in einer besonderen Situation: Die Versorgungsstrukturen sind hier in allen Bundesländern unzureichend. Flüchtlinge werden meist in ländlichen Regionen isoliert und unter z.T. menschenunwürdigen Bedingungen untergebracht. Sie sind überdurchschnittlich häufig ausgrenzenden oder rassistischen Praxen ausgesetzt.

Erfahrungen im Handlungsfeld Migration sind historisch bedingt auf dem Gebiet der ostdeutschen Bundesländer noch vergleichsweise jung. Über einen längeren Zeitraum gewachsene spezialisierte Strukturen der Betreuung und Behandlung traumatisierter Flüchtlinge – wie sie in den alten Bundesländern seit den frühen 80ern existieren, gibt es nicht. Die Psychosozialen Zentren *„refugio thüringen e.V.“* in Jena, *„Psychosoziales Zentrum für MigrantInnen Sachsen-Anhalt e.V.“* in Halle und Magdeburg sowie *“Caktus e.V.“* in Leipzig sind vergleichsweise junge und v.a. sehr kleine Einrichtungen. Mit einem Einzugsgebiet von jeweils über 120km versorgen sie mit nur wenigen MitarbeiterInnen ihr gesamtes Bundesland.

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

Dieser Bericht setzt sich zur Aufgabe, die Versorgungssituation darzustellen, wie Flüchtlinge sie in Ostdeutschland vorfinden:

Ausgehend vom **Versorgungsbedarf**, wie er wissenschaftlich für die Population Geflüchteter im westlichen Exil belegt ist (*Kapitel 1*), wird dabei zunächst umrissen, welche Versorgungs- und Rehabilitationsleistungen Flüchtlingen laut internationalen Konventionen und auch den neuen EU-Richtlinien formal zustehen (*Kapitel 2*).

Eingebettet in Hintergrundanalysen zu den **Lebens- und Versorgungsbedingungen**, mit denen Flüchtlinge in Ostdeutschland konfrontiert sind (*Kapitel 3 und 4*), werden diese den **Versorgungsstrukturen** gegenübergestellt, die für die Zielgruppe hier aktuell verfügbar sind:

- ***Welche Versorgungsleistungen benötigen Flüchtlinge angesichts der Erfahrungen, die sie in ihren Heimatländern und auf der Flucht gemacht haben?***
- ***Welche Versorgungsleistungen stehen ihnen zu?***
- ***Welche Versorgungsleistungen sind ihnen in Deutschland zugänglich?***

Anhand der Ergebnisse einer Datenerhebung zur Versorgungssituation besonders vulnerabler Flüchtlinge in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen wird überprüft, inwiefern vorhandene **Versorgungsangebote** in den einzelnen Regionen (*Kapitel 5*) dem **Versorgungsbedarf** Hilfe suchender KlientInnen (*Kapitel 6*) entsprechen:

Zentrale **Versorgungsdefizite** aber auch **Modelle „guter Praxis"** in den einzelnen Bundesländern werden dargelegt und mit **Fallbeispielen aus der Versorgungspraxis** verknüpft, die nachzeichnen, mit welchen Schwierigkeiten Flüchtlinge auf dem Weg durch das deutsche Gesundheitssystem konfrontiert sind (*Kapitel 7*).

- ***Welche Versorgungsleistungen erhalten Flüchtlinge in den ostdeutschen Bundesländern tatsächlich?***
- ***Wie groß ist die Lücke zwischen Versorgungsbedarf und aktuell verfügbaren Versorgungskapazitäten?***

- ***Welche Interventionen sind nötig, um in Ostdeutschland eine angemessene Versorgung vulnerabler Flüchtlinge sicher zu stellen?***

Der Bericht schließt mit **Empfehlungen für gesundheits- und sozialpolitische Interventionen**, die vor dem Hintergrund dieser Analysen zur Verbesserung der Versorgungsstrukturen für Flüchtlinge und Folteropfer notwendig sind (*Kapitel 8*).

1. Versorgungsbedarf

Flüchtlinge, die in Deutschland Schutz suchen, sind zu großen Teilen Überlebende schwerer Menschenrechtsverletzungen und bilden damit eine hochvulnerable Population. Die schweren und oft dauerhaften psychologischen Konsequenzen multipler traumatischer Situationen, die in Verbindung mit Krieg, organisierter, staatlicher und sexualisierter Gewalt, Genozid, Inhaftierungen, traumatischen Verlusten sowie des lebensbedrohlichen Prozesses der Flucht selbst erlitten wurden, sind als Belastungen für die physische und psychische Gesundheit bzw. als Risikofaktoren für die Entwicklung komplexer psychiatrischer Symptome extensiv dokumentiert worden (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005; Lindert et al., 2009; Porter & Haslam, 2005; Steel et al., 2009).

Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen

Zahlreiche internationale Studien sprechen dabei für eine erhöhte Vulnerabilität dieser Personengruppe insbesondere für die Entwicklung Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) und depressiver Störungen. So wurde beispielsweise in einer in Uganda durchgeführten Vergleichsstudie für sudanesische Flüchtlinge mit 46% deutlich höhere Prävalenzraten für Symptome einer PTBS gefunden als für die Population ugandischer StaatsbürgerInnen (18%) (Karunakara et al., 2004). Ebenso ergab eine Screening-Studie in Schweden (N=593) für bosnische Flüchtlinge mit zwischen 18% und 33% erheblich höhere PTBS-Raten verglichen mit denen einer inländischen Vergleichsgruppe (0,3 bis 1%) (Thulesius & Håkansson, 1999).

Auch in Deutschland wurde die PTBS bei Asylsuchenden in der hier bisher einzigen epidemiologischen Studie (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald & Neuner, 2006) (N=42) mit einer Punktprävalenz von 40% deutlich über dem europäischen Durchschnitt (Alonso et al., 2004) diagnostiziert.

Trauma und Gewalt

Ein psychisches Trauma hat oft schwerwiegende Folgen für die Betroffenen, die von Leid- und Angstgefühlen bis hin zu schwerwiegenden psychischen Störungen reichen. Charakteristisch für die Symptomatik sind u.a. Erinnerungen an das Trauma, die sich den Betroffenen aufdrängen, so dass sie das Gefühl haben, es auch heute immer wieder erleben zu müssen.

Interview mit Artur W.

Artur W ist ein 20jähriger Aserbaidschaner, der als Kind mit seiner Mutter nach Berlin geflohen ist. In seinem Heimatland herrschte zu der Zeit Krieg gegen Armenien.

Da standen Leute vor der Tür, wollten mich haben, wollten meine Schwester, wollten meine Mutter haben. Wollten Schulden von mir haben. Die haben dann unser Haus kaputt gemacht, in dem wir gewohnt haben, vom Staat, weil die Schulden viel zu viel waren. Bin dann zu meinem Opa gezogen. In der Schule hatte ich Angst, dass von hinten was kommt, Waffen, Bomben, alles im Spiel. [...]

Hast du Bilder im Kopf von dem Krieg damals?

Ja, viele Bilder, vom Krieg, von meinem Vater, von meiner Mutter, wie sie misshandelt wurde von meinem Vater, wie sie dann irgendwie mit Messer angegriffen wurde von meinem Vater, weil sie ihn umbringen wollte. [...]

Ich war noch ein Kind, mich haben die in Ruhe gelassen. Die Einzige, die betroffen war, war meine Mutter. Die meinten zu meiner Mutter, ja ich will dieses Kind haben, ich will diesen Jungen haben, ich will diese Tochter haben, weil der hat Schulden, wir nehmen das Kind mit, bis ihr eure Schulden bezahlt habt [...]

Auch in Deutschland blieb Artur nicht verschont, sondern wurde Opfer einer Vergewaltigung und erlebte einen Suizid mit, was ihn an seine Zeit in Aserbaidschan erinnerte. *„Für mich ist das alles nichts Neues, ganz ehrlich. Nichts Neues."*

Verlauf von Traumafolgestörungen bei Flüchtlingen

Posttraumatische Belastungsstörungen **verlaufen unbehandelt bei etwa einem Drittel der Erkrankten chronisch** (Falk, Hersen & Van Hasselt, 1994; Kessler et al., 1995). Auch für Flüchtlingspopulationen konnte dieser Befund durch einige wenige internationale Studien bestätigt werden: So wurden bei Menschen, die zur Zeit des kambodschanischen Bürgerkrieges in die USA geflohen waren (N= 490) auch zwei Dekaden nach ihrer Flucht mit 62% bzw. 51% noch sehr hohe gewichtete Prävalenzraten sowohl für die PTBS als auch die Depression gefunden (Marshall, Schell, Elliott, Berthold & Chun, 2005). Dies ist konsistent u.a. mit eine Studie aus Schweden, in der sich für Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien (N=27) trotz drei-jähriger psychiatrischer Behandlung bezüglich der PTBS keine signifikante Symptomreduktion feststellen ließ (Kivling-Bodén, 2001).

Die Geschichte von *Snežana*, einer jungen Frau aus Bosnien, verdeutlicht, dass es Betroffenen auch viele Jahre nach der Flucht oft schwer nur möglich ist, ein „normales Leben" zu führen:

Snežana aus Bosnien

Mit ihrer Mutter, ihrer Schwester und ihrem kleinen Sohn floh Snežana nach Deutschland. Durch die Kriegsgeschehnisse ist sie, wie so viele andere Frauen, schwer traumatisiert:

„Ich kann mich nicht auf die Zivilisation einlassen, weil bei mir Krieg war […] Wenn ich irgendwo zu einem Laden gehe, manchmal wird mir so schlecht, dass ich einen Platz aufsuchen muss, wo ich sitzen kann. Wo ich einfach zur Ecke gehe und dann, mir wird manchmal schwindelig […]. Es dauert einige Zeit, 20 Minuten, eine halbe Stunde, dann wird es schon gut und dann ist mir manchmal, ich bin ganz - ich sehe überhaupt nicht."

Ihr Zustand nimmt sie sehr mit: ***„Ich frage mich sehr oft, ob ich überhaupt einmal ein richtiger Mensch sein kann."***

Psychotherapie mit traumatisierten Flüchtlingen

Dem gegenüber stehen jedoch eine Reihe von Studien zur **Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen** auch bei Überlebenden schwerer Menschenrechtsverletzungen: So zeigten sich in einem Review aus dem Zeitraum von 1980 bis 2010 – in 36 der 40 Studien (90%) nach der Behandlung (sowohl in spezialisierten Behandlungszentren für Folteropfer also auch in Universitätsklinken, psychiatrischen und multidisziplinären Behandlungsangeboten) signifikante Verbesserungen der Symptome posttraumatischer Belastungsstörungen wie auch der Depression und der Angst (McFarlane & Kaplan, 2012).

Doch die Behandlung von Menschen, die extreme Gewalterfahrungen erlitten haben, stellt an PsychotherapeutInnen besondere Anforderungen: **Die Behandlungsmethoden umfassen eine wesentlich größere Breite von Aktivitäten als normalerweise bei psychischen Störungsbildern angewandt wird.** Psychische Probleme, mit denen Flüchtlinge sich an Unterstützungsangebote wenden sind oft chronisch und komplex, weil sie mit einer Vielzahl an Entwurzelungs- und Belastungsfaktoren, dem Verlust nahe stehender Personen, des sozialen Status und einem Leben mit unsicherer Perspektive verbunden sind.

Nicht alles kann dabei durch eine Therapie "verarbeitet" werden. Folter beispielsweise ist eine der erniedrigendsten Erfahrungen, die eine Frau oder ein Mann machen kann. So kann es Folgen geben, die die Zeit nicht heilen kann. Für viele Menschen wird es immer Situationen geben, in denen sie an diese Erlebnisse in einer sie beeinträchtigenden Weise erinnert werden.

Eine weitere Herausforderung stellt die Verständigung zwischen TherapeutIn und KlientIn dar: Sie erfolgt im interkulturellen Setting und muss in den meisten Fällen von DolmetscherInnen begleitet werden. Insgesamt bilden etablierte psychotraumatologische Behandlungsmodelle hier wichtige Grundlagen, greifen jedoch häufig nicht, wenn sie der besonderen inneren und äußeren Lebenswirklichkeit der Flüchtlinge nicht angepasst werden.

Foto: Bousure/ flickr.com

Psychotherapeutische Behandlungen sind bei Überlebenden schwerer Menschenrechtsverletzungen nur dann effektiv, ...

- *... wenn sie ein ganzheitliches Verständnis zugrunde legen und die ungewisse rechtliche Situation berücksichtigen, d.h. klinische Methoden mit Sozialarbeit und zum Teil auch gemeinschaftsorientierten Methoden vereint,*
- *... das Recht auf Selbstbestimmung der KlienInnen hervorheben und unterstützen.*
- *... die Anerkennung der KlientInnen fördern, eingenommen ihrer Wunden, die nicht heilen werden.*
- *... kulturelle Vielfalt und Zugehörigkeit fördern (Bittenbinder, 2010).*

Das Beispiel der Familie F. aus dem Libanon zeigt, welche Bedeutung hier rechtzeitige psychosoziale Hilfe – orientiert an den komplexen Unterstützungsbedürfnissen der Familie – für das Ankommen in Deutschland haben kann:

Aus der Praxis:

Die Geschichte eines Flüchtlings aus dem Libanon

Kindheit im Krieg

Herr F. stammt aus dem Libanon und verbrachte seine Kindheit im Krieg. Seine Familie versuchte, vor diesem zu fliehen. Auf der Flucht musste Herr F. unzählige Verletzte und Tote auf den Straßen seiner Heimatstadt sehen. Mit zwölf Jahren betrat er unwissentlich einen geschändeten christlichen Friedhof.

Wiedererleben traumatischer Erlebnisse

Die abscheulichen Bilder verfolgen ihn auch heute noch in seinen Alpträumen. Mit vierzehn Jahren war Herr F. Augenzeuge des Mordes an seinem älteren Cousin. Dieser hatte sich geweigert, der Hisbollah beizutreten, und war daraufhin von einer Miliz im Haus der Familie erschossen worden. Dieses Erlebnis hat Herrn F. nach eigener Aussage völlig aus der Bahn geworfen.

Er beschreibt, dass die Mordszene sich in sein Gedächtnis gebrannt hat und dass die Bilder wie auf einer CD immer wieder abgespielt werden, ohne dass er es selbst will.

Anhaltende Verfolgung

Nach diesem Mord war die gesamte Familie weiterhin offenen Drohungen von Seiten der Hisbollah ausgesetzt und fürchtete täglich um ihr Leben. Herr F., der sich selbst als schiitischer Moslem bezeichnete, heiratete im Libanon eine sunnitische Frau. Kurz nach der Eheschließung bekam das junge Paar einen gemeinsamen Sohn. Die Hochzeit geschah gegen den Willen beider Familien, was dazu führte, dass das junge Paar von den eigenen Familienangehörigen offen bedroht wurde.

Flucht nach Deutschland

Herr F. beschloss gemeinsam mit seiner Frau, dem Kreislauf der Gewalt zu entkommen, und floh ein letztes Mal – diesmal nach Deutschland.

Der Sächsische Flüchtlingsrat meldete Herrn F. in unserer Beratungsstelle an, da dieser im Heim durch Wutausbrüche, depressive Verstimmtheit und Alpträume auffiel. Aufgrund seines unsicheren Aufenthaltstitels (Gestattung) und dem Verdacht auf eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wurde er vom zuständigen Psychologen im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge behandelt. Im Rahmen einer psychologischen Stellungnahme konnte der Verdacht auf eine PTBS bestätigt werden. Dies hatte wiederum positive Auswirkungen auf das Asylverfahren, so dass der Asylantrag von Herrn F. positiv beschieden wurde und er einen sicheren Aufenthalt (befristeter Aufenthalt für drei Jahre) erhielt.

Ankommen im neuen Leben: Unterstützung durch die Beratungsstelle Caktus e.V.

Durch diesen war es Herrn F. und seiner Familie möglich vom Flüchtlingswohnheim im Landkreis Leipzig in eine eigene Wohnung in der Stadt Leipzig zu ziehen.

Mit dem Umzug nach Leipzig wurde für Familie F. sozialpädagogische Unterstützung im Rahmen der Migrationsberatung für erwachsene Zuwanderer notwendig. Die zuständige Sozialpädagogin unterstützte Familie F. bei der Anmeldung, dem Umzug und der Erstausstattung der neuen Wohnung. Dazu waren die Begleitung zu den verschiedenen Behörden notwendig, z.B.: Krankenkasse, Bürgeramt, Jobcenter, etc. Zudem wurden Herr und Frau F. zur Teilnahme an einem Integrationskurs vermittelt, um die deutsche Sprache zu erlernen. Für den sechsjährigen Sohn der Familie F. wurde eine geeignete Schule mit einer DaZ-Klasse (Deutsch als Zweitsprache) gefunden. In den Gesprächen mit den Eltern berichteten sie, dass ihr Sohn, wenn es um das Thema Schule geht, weine und dort auf keinen Fall hingehen möchte.

Aufgrund dieser Problematik stellte sich die Familie in der Erziehungs- und Familienberatungsstelle vor. Dort wurden von der zuständigen Psychologin Testverfahren durchgeführt, um den Entwicklungsstand des Kindes einschätzen zu können. Danach wurden die Ursachen der Angst vor der Schule durch die musiktherapeutische Arbeit der Sozialpädagogin aufgedeckt. Es handelte sich in diesem Fall um eine Anpassungsstörung des Sohnes der Familie F., die erfolgreich behandelt werden konnte. Die Qualität der psychologischen und sozialpädagogischen Beratung konnte im Rahmen von „GeKomm“ durch den Einsatz eines Sprach- und Kulturmittlers gesichert werden, der qualifiziert von der arabischen in die deutsche Sprache übersetzte.

Familie F. aus dem Libanon wird ihre Zukunft in Sicherheit und ohne Angst vor einer Gefahr für Leib und Leben in Deutschland verbringen können.

2. Versorgungsverpflichtungen

- Zwischen Anspruch und Realität

Das Recht auf Gesundheit

Die BRD ist durch mehrere völker- und europarechtliche Konventionen[1] verpflichtet, allen Menschen, die auf ihrem Staatsgebiet leben, das Recht auf den Schutz ihrer Gesundheit und entsprechend hinreichende Gesundheitsleitungen zu gewähren.

Mit der Anerkennung der Charta der Grundrechte der Europäischen Union sind dabei „Diskriminierungen insbesondere wegen des Geschlechts, der Rasse, der Hautfarbe, der ethnischen oder sozialen Herkunft, der genetischen Merkmale, der Sprache, der Religion oder der Weltanschauung, der politischen oder sonstigen Anschauung, der Zugehörigkeit zu einer nationalen Minderheit, des Vermögens, der Geburt, einer Behinderung, des Alters oder der sexuellen Ausrichtung" (Art. 21) auch in Deutschland rechtsverbindlich verboten.

Jedermann hat das Recht, alle Maßnahmen in Anspruch zu nehmen, die es ihm ermöglichen, sich des besten Gesundheitszustandes zu erfreuen, den er erreichen kann."

Europäische Sozialcharta (Art. 11)

„Die Vertragsstaaten erkennen das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit an."

Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte (Art. 12)

Auch Flüchtlinge haben also nach internationaler Gesetzgebung einen Rechtsanspruch auf angemessene Gesundheitsversorgung.

Besonders vulnerablen Flüchtlingen wird darüber hinaus ein spezieller Versorgungsbedarf zugesprochen – diesen erkennt inzwischen auch das europäische Asylrecht an. So fordern die neuen EU-Richtlinien des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems von allen europäischen Mitgliedsstaaten, die besonderen Bedürfnisse u.a. von *„Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben[2]"* zu berücksichtigen.

[1] Vgl. Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, 1948, Art. 25; Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2007, Art. 35; Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte, Art. 12; Europäische Sozialcharta, Art. 11

[2] Vgl. Art. 21 Richtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung), ABl 2013 L 180/96.

Deutschland muss demnach sicherstellen, dass diese Personen *„die Behandlung — insbesondere Zugang zu einer adäquaten medizinischen und psychologischen Behandlung oder Betreuung — erhalten, die für den Schaden, welcher ihnen durch derartige Handlungen zugefügt wurde, erforderlich ist"*[3].

Zugleich verpflichtet das Völkerrecht – insbesondere das UN-Antifolterabkommen[4] – die BRD zu einem besonderen Schutz von Folteropfern: Menschen, die durch Folter und andere schwere Menschenrechtsverletzungen Schaden erlitten haben, sollen demnach *„medizinische und psychologische ebenso wie rechtliche und soziale Leistungen"* erhalten, die ihnen eine *„so vollständige Rehabilitation wie möglich"* gewährleisten.[5]

In das deutsche Gesundheits- und Sozialrecht haben diese Verpflichtungen bisher keinen Eingang gefunden. Ihrem Rechtsanspruch steht in der BRD nach wie vor ein durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) eingeschränkter Zugang zu gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung gegenüber.

Einschränkungen der gesundheitlichen Versorgung nach AsylbLG

Für alle Flüchtlinge, die als AsylbLG-Berechtigte gelten, wird medizinische Versorgung in den ersten 4 Jahren nach ihrer Einreise nach §§ 4 und 6 AsylbLG unmittelbar durch das Sozialamt übernommen. Dies gilt jedoch *nur für „zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (...) erforderliche Leistungen*" (§4 Abs. 1 AsylbLG).

„Sonstige Leistungen" - so u.a. auch Psychotherapie einschließlich Diagnostik, ärztlicher Aufklärung und DolmetscherInnenkosten sowie Heil- und Hilfsmittel wie z.B. Hörgeräte, Brillen, Rollstühle, Physiotherapie oder orthopädische Schuhe – *können* dabei durchaus auch gewährt werden, wenn sie „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich" sind (§6 Abs. 1 AsylbLG). Da es sich hier aber um eine Ermessensregel handelt, obliegt die Einschätzung des Behandlungsbedarfs im Einzelfall der zuständigen Behörde (Classen, 2010).

Erfahrungen zur Praxis des „Krankenscheines"

Flüchtlinge, die Leistungen nach AsylbLG erhalten, **sind auf die Ausstellung von Krankenbehandlungsscheinen durch das Sozialamt angewiesen.** Sie können demnach keinen Arzt aufsuchen, sofern sie nicht vorher einen konkreten Behandlungsbedarf aufgrund einer akuten oder schmerzhaften Erkrankung im Sozialamt geltend gemacht haben. Da die MitarbeiterInnen des Sozialamtes - mit nicht selten stark eingeschränkten Sprechstundenzeiten - in der Regel über keine Qualifizierung für das Bestimmen der Notwendigkeit einer Behandlung verfügen, entsteht hier ein Raum für behördliche Ermessensentscheidungen.

NGOs berichten von zahlreichen Fällen, in denen Krankenbehandlungsscheine erst stark verzögert ausgestellt oder gar vollständig verweigert wurden. Auf der Strecke bleiben dabei die Betroffenen, die nach einer bürokratischen Irrfahrt der Gefahr einer verspäteten Behandlung und damit gesundheitlichen Schäden, vermeidbaren Schmerzen oder dramatischeren Folgen bis hin zur Lebensgefahr ausgesetzt sind.

So führte die über 15-monatige Wartezeit auf eine Lebertransplantation für einen Flüchtling in Bremen zum Tod, ebenso verstarb 1998 in Thüringen ein Flüchtling nach einer Verschlechterung seiner Krankheit, nachdem der Wachschutz die HeimbewohnerInnen darauf hinwies, dass ein Notarztwagen sie 150 DM kosten würde, so dass dieser letztlich unterblieb (Flüchtlingsrat Berlin, 2012).

[3] Art. 21 Richtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung), ABl 2013 L 180/96.
[4] United Nations Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (*CAT*).
[5] General Comment No.3 des UN-Committee against Torture zur Implementierung von Art. 14 in den Mitgliedsstaaten

Konsequenzen der Verwaltungspraxis

Nach einer Stellungnahme der Bundesärztekammer (2013) wird diese Einzelfallprüfung allerdings oft *durch medizinisch nicht qualifiziertes Verwaltungspersonal* durchgeführt, gesundheitliche Risiken werden oft falsch eingeschätzt und indizierte Behandlungen abgelehnt, was in *Chronifizierungen* und *z.T. irreversiblen Beeinträchtigungen des Gesundheitszustands* der Betroffenen resultiere. Fachärztliche Behandlungen würden zudem oftmals erst nach einer Prüfung durch den/ die Amtsarzt/-ärztin bewilligt, so dass *notwendige Behandlungen durch das lange Begutachtungsverfahren oft verschleppt* würden (Classen, 2010). Nicht in jedem Fall sind zuständige AmtsärztInnen dabei auch FachärztInnen für die jeweilige Problematik und können entsprechend qualifizierte Empfehlungen aussprechen: So entscheiden häufig auch z.B. OrthopädInnen über die Bewilligung von Anträgen auf die Psychotherapien.

Medizinische und psychotherapeutische Behandlungen sind vor diesem Hintergrund auch für Opfer von Folter, die unter den Folgen der erlebten Gewalt leiden und dringend Leistungen der gesundheitlichen und psychosozialen Rehabilitation bedürfen, sehr oft nicht zugänglich.

Das Versorgungsangebot der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Leistungen im Bereich psychotherapeutischer und psychosozialer Versorgung werden in der Folge zu großen Teilen durch die 25 Psychosozialen Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer erbracht. Diese Zentren arbeiten seit über 30 Jahren mit viel Idealismus daran, die Defizite der Regelversorgung in ihrer Region zu kompensieren. Sie bieten eine integrierte Versorgung für die komplexe Problemlage ihrer Zielgruppe an, die niedrigschwellig organisiert ist.

Eine bedarfsgerechte Versorgung könnte von den psychosozialen Behandlungszentren theoretisch durchaus geleistet werden. Praktisch sind die Kapazitäten der Zentren für eine nachhaltige, flächendeckende Versorgung aber bei weitem nicht ausreichend (Bär, 2011): Der Bedarf an Behandlungsplätzen übersteigt die Kapazitäten der Einrichtungen um ein Vielfaches, in vielen Regionen haben Flüchtlinge überhaupt keinen Zugang zu diesen Leistungen.

Diese Versorgungsdefizite zeigen sich in Ostdeutschland - speziell in strukturschwachen Gebieten - um ein Vielfaches verschärft.

Eine ausführliche Analyse der Versorgungssituation in den ostdeutschen Bundesländern findet sich im Kapitel 4 *„ Zur Versorgungssituation vulnerabler Flüchtlinge in Ostdeutschland".*

3. Versorgungsbedingungen:
Zur Bedeutung der Lebensbedingungen im Exil für die psychische Gesundheit

Ob es traumatisierten Flüchtlingen gelingt, ihre Gewalterfahrungen und die Folgen ihrer Entwurzelung zu verarbeiten, ist in hohem Maße abhängig von den Lebensbedingungen, der Zuwendung und dem Schutz, der ihnen in der Zeit nach der Flucht geboten wird. Gefühle von Sicherheit, Akzeptanz und Geborgenheit sind Grundvoraussetzung jeder psychischen Stabilisierung nach traumatischen Erlebnissen. Umgekehrt stellt eine Umgebung, die aktuell noch eine reale Gefahr in sich birgt, die verdeckt oder offen feindselig reagiert oder auch nur als bedrohlich empfunden wird, ein ernsthaftes Krankheitsrisiko dar.

Psychotraumatologische Befunde

Die psychotraumatologische Forschung belegt nachweislich, dass instabile Lebensbedingungen, ein Mangel an sozialer Unterstützung und zusätzlicher Stress bei Menschen, die an posttraumatischen Belastungsstörungen leiden, als Risikofaktoren für ungünstige Verläufe bzw. ein Ansteigen der Symptomatik fungieren (Brewin, Andrews & Valentine, 2000; Maercker, 2009). Bei Flüchtlingen wurden dabei insbesondere für die Bedingungen ‚Asylverfahren' und ‚Unsicherheit ihrer aufenthaltsrechtlichen Situation' deutliche Zusammenhänge zu Symptomverschlechterungen gefunden. So lagen in einer niederländischen Studie (Gerritsen et al., 2006) die Prävalenzraten für die Posttraumatische Belastungsstörung bei anerkannten Flüchtlingen mit 10,6% deutlich unter denen Asylsuchender mit 28,1%, ebenso wie diejenigen für Angst- und depressive Störungen mit 39,4% bei anerkann-

„Ich bin absolut abhängig von der Deutschen Regierung"

„Sie bezahlen meinen täglichen Kaffee und das Ticket, das ich täglich benutze. Ich produziere nichts. Mir geht es körperlich gut, ich bin gesund. Ich könnte produktiv sein und arbeiten. Ich glaube, dass ich das, was ich in diesem Land konsumiere selber bereitstellen könnte. Ich könnte mich eigenständig um meine Versorgung kümmern. Meine Ausgaben selber decken und so auch zu einer Integration in diese Gesellschaft beitragen […], dem Staat nicht auf der Tasche liegen. […] Die Restriktionen verschließen mir alle Türen, absolut alle. […] Die Menschen werden in einer Unsicherheit gehalten die sie physisch und emotional belastet.

Ich weiß, dass das nicht viel Geld ist und man sich immer vorsehen muss nicht zu viel auszugeben, weil einem sonst das Geld am Ende des Monats fehlt…

„[…] Eine solche Ernährung kann nur dazu führen das man Übergewicht bekommt. Auf zwei Quadratmetern, übergewichtig und ohne irgendeine körperliche Aktivität, auf dass man psychisch, emotional und physisch erkrankt. […]

Wie stellst du dir deine Zukunft hier in Deutschland vor? Wo wirst du arbeiten und wirst du versuchen deine Familie hier nach Deutschland zu holen um mit dir zusammen zu leben? Oder möchtest du an einem anderen Ort leben?

Ich habe im Moment überhaupt keine Hoffnung. Ich suche zurzeit jeden Tag nach einem Weg um meine Ziele zu erreichen, ich frage nach, beobachte und verhandle. Aber die Möglichkeiten sind noch immer dieselben wie an dem Tag, als ich den Antrag auf politisches Asyl gestellt habe. […] Mein Asylprozess läuft jetzt seit vielleicht einem Jahr und jeden Monat muss ich zum Sozialamt, damit diese mir meine Unterlagen aushändigen und meine Kosten übernehmen. Sie geben mir das Geld mit dem ich überlebe. Ich fühle mich wie ein Schwein das die übriggebliebenen Portionen zu essen bekommt.

Interview mit Isabel J.

ten Flüchtlingen bzw. 68,1% bei Asylsuchenden. Ein signifikanter negativer Einfluss auf die psychische Gesundheit der Betroffenen konnte auch für die Länge des Asylverfahrens nachgewiesen werden: In einer Studie mit irakischen Asylsuchenden in den Niederlanden (Laban, Komproe, Gernaat & de Jong, 2008) wiesen Asylsuchende mit einem längeren Asylverfahren eine signifikant niedrigere Lebensqualität, höhere funktionale Beeinträchtigung und mehr körperliche Beschwerden auf.

Auch die Forschung zur Wirkung sogenannter *„post migration factors"* – wie z.B. Armut, behördliche sowie ausländerrechtliche Schwierigkeiten oder auch Einsamkeit - zeigt, dass prekäre Lebensbedingungen im Exil mit posttraumatischen Symptomen und emotionaler Belastung interagieren und diese verstärken (Silove et al., 1997, Steel et al., 1999). Psychopathologie zeigt sich hier bei Flüchtlingen nicht als unvermeidbare Konsequenz von Kriegserlebnissen: nach einer Metaanalyse bezogen auf ein weltweites Sample aus den Jahren 1959 bis 2002 (Porter & Haslam, 2005) wird sie entscheidend auch durch den soziopolitischen Kontext der Flüchtlingserfahrung vermittelt. Die psychische Gesundheit von Flüchtlingen, die langfristig in privaten Wohnungen leben durften, erwies sich hier als deutlich besser als die derjenigen, die in temporären oder institutionellen Unterkünften wohnen mussten. In linearer Beziehung zu besserer psychischer Gesundheit standen auch ökonomische Variablen wie der Erhalt des sozioökonomischen Status in Verbindung mit einer Arbeitserlaubnis.

Foto: Michael Pollak

In Deutschland jedoch finden sich Flüchtlinge häufig in Lebenssituationen wieder, in denen ihnen ihr Leben wie in einem Warteraum erscheint. Sie wissen nicht genau, was am nächsten Tag passieren wird, ob sie in Deutschland bleiben können oder möglicherweise wieder abgeschoben werden. Die fehlende Anerkennung des erlittenen Unrechts durch die Gesellschaft und im Asylverfahren, der Stress der unsicheren Aufenthaltssituation, finanzielle Abhängigkeit, Heimunterbringung oder auch rassistische Übergriffe tragen so dazu bei, dass sich die Erfahrungen des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlusts, wie die Flüchtlinge dies in extremster Form durch die Erfahrung von Folter erlebt haben, im Lebensalltag wiederholen. Die ständige Unsicherheit macht es schwer, zur Ruhe zu kommen, die vergangenen Erlebnisse hinter sich zu lassen und sich mit dem neuen Leben zu verwurzeln.

Lebensbedingungen für Flüchtlinge in Deutschland: Rechtliche Grundlagen

Während des meist jahrelang andauernden Asylverfahrens, aber auch mit dem Aufenthaltsstatus der Duldung ergeben sich für Flüchtlinge in Deutschland nicht nur bezogen auf den Zugang zum Gesundheitssystem, sondern auch in weiteren Lebensbereichen eine Vielzahl an besonderen Einschränkungen ihrer Rechte, ihrer Autonomie und Selbstbestimmung. Die Grundlagen dieser Einschränkungen sind im *Asylverfahrensgesetz* (AsylVfG), im *Aufenthaltsgesetz* (AufenthG) sowie im *Asylbewerberleistungsgesetz* (AsylbLG) mit ihren Bestimmungen zur *Erstverteilung*, zur *Wohnverpflichtung*, zur *Residenzpflicht*, zum *Arbeitsverbot* sowie zu *Einschränkungen der medizinischen Versorgung* festgeschrieben:

Erstverteilung

Flüchtlinge können ihren Wohnort nach ihrer Ankunft in Deutschland nicht frei wählen. Sie werden über das EASY-Verfahren (ErstAufnahmeSYstem) nach einem Schlüssel abhängig von Steueraufkommen und Bevölkerungszahl der Bundesländer an die Erstaufnahmeeinrichtung eines Bundeslandes verteilt (§ 45 AsylVfG). Daher ist die Anzahl der Flüchtlinge, die in den jeweiligen Regionen leben, regional sehr unterschiedlich. Wünsche der Flüchtlinge selbst werden für die Verteilungsentscheidung abgesehen von Familienangehörigen ersten Grades nicht berücksichtigt. Aus Sicht der Praxis resultiert dies für die Betroffenen z.T. in unverhältnismäßigen Härten: Sie werden von wichtigen Bezugspersonen getrennt, haben kaum Zugriff auf weitere Ressourcen, Unterstützungspersonen und Strukturen der spezialisierten gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung.

Wohnverpflichtung

Außerdem ist Flüchtlingen zunächst untersagt, sich selbstständig eine Wohnung zu organisieren. Sie sind verpflichtet, „bis zu sechs Wochen, längstens jedoch bis zu drei Monaten, in der für ihre Aufnahme zuständigen Aufnahmeeinrichtung zu wohnen“ (§ 47 Abs. 1 AsylVfG). Danach entscheiden die zuständigen Landesbehörden, ob sie auch weiterhin in Gemeinschaftsunterkünften leben müssen oder nicht (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012). Die Unterbringungspraxis der Bundesländer unterscheidet sich entsprechend erheblich: Die Gesamtquoten für die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften liegen in Bayern und den ostdeutschen Bundesländern zwischen 52% und 83%, in Rheinland-Pfalz hingegen bei lediglich 9% (Kothen, 2011).

Einschränkungen von Autonomie und Mobilität als Barriere im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung

Frau Adaeva wurde nach ihrer Ankunft in Deutschland in eine entlegene Ortschaft eines ostdeutschen Bundeslandes verteilt. Hier fand sie psychologische Unterstützung weder für sich, die an einer Posttraumatischen Belastungsstörung litt, noch für ihren 9-jährigen Sohn, der aufgrund einer Epilepsie sowie Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten spezialisierte kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung benötigte.

Eine Kompensation lokaler Versorgungslücken über die Wahrnehmung weiter entfernter Behandlungsangebote war ihnen jedoch nicht möglich. So sei ihr Sohn aufgrund der regionalen Unterversorgung durch die behandelnde Kinderärztin schließlich zunächst an ein nahe gelegenes Sozialpädiatrisches Zentrum vermittelt worden. Da dieses sich aber bereits außerhalb des eigenen Landkreises befand, habe das Sozialamt die Behandlung trotz medizinischer Indikation und fehlenden Behandlungsalternativen in der Region abgelehnt:

„Hier haben sie uns gesagt, dass wir das woanders nicht machen können, dass wir das hier machen müssen. Und wir haben gewartet und gewartet, weil dieser Ort nicht zu unserem Landkreis gehört und wir halt gesetzestreue Bürger sind. Wir haben halt gewartet und wollten keine Gesetze brechen. Ja, wir haben gewartet, die ganzen Unterlagen waren im Sozialamt und das Kind war krank und wir wussten nicht, was wir tun sollten.“

Sie geriet in einen inneren Konflikt, in dem sie abwägen musste zwischen der Sicherheit des Aufenthalts und dem Schutz von Gesundheit und Wohlbefinden ihres Sohnes. Asylrechtliche Bestimmungen schienen sie dabei in ihren Handlungsmöglichkeiten doppelt zu begrenzen: Das Gesetz verbot ihr nicht nur, die Behandlung außerhalb des eigenen Landkreises durchführen zu lassen, sie habe es sich als Asylsuchende darüber hinaus nicht leisten können, dieses Gesetz zu übertreten. Sie habe sich in besonderem Maße „gesetzestreu“ verhalten müssen, da sie andernfalls möglicherweise ihren Aufenthalt in Gefahr bringen würde. Die Belastung und die Ohnmachtsgefühle, die sie angesichts dieses Dilemmas empfand, wurden deutlich, als sie beschrieb, dass sie selbst sich in diesem Zustand an der Grenze zur Suizidalität befand:

„Und der psychische Zustand des Kindes war eben schon sehr schlecht und ich war auch schon total am Ende und verzweifelt und wusste gar nicht mehr weiter und war schon fast bereit, Hand an mich zu legen.“

Quelle: *„Ich nehme meine Tabletten und ich bete und ich gehe schlafen“* – Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen in der BRD. Barrieren im Zugang zu Rehabilitationsleistungen am Beispiel Asylsuchender aus dem Nordkaukasus. (Baron, 2013)

Residenzpflicht

Die Bewegungsfreiheit von Flüchtlingen wird in Deutschland als einzigem europäischen Mitgliedsstaat durch die sogenannte Residenzpflicht begrenzt: Flüchtlinge erhalten für die Dauer des Asylverfahrens eine Aufenthaltsgestattung, die begrenzt ist auf den für die Aufnahme zuständigen Bezirk der Ausländerbehörde (§ 56 Abs. 1 AsylVfG). Abhängig vom Bundesland ist danach auch geduldeten Flüchtlingen ein Verlassen des Bundeslandes nicht ohne behördliche Genehmigung erlaubt (§61 Abs. 1 AufenthG). Ein Verlassen der zugewiesenen Bereiche ohne Erlaubnis kann mit Geld- und auch mit Freiheitsstrafe geahndet werden (§ 85 AsylVfG, 2004, §95 AufenthG).

Arbeitsverbot und reduzierte Sozialleistungen

Flüchtlinge unterliegen im ersten Jahr ihres Aufenthaltes einem absoluten Arbeitsverbot (§ 61 AsylVfG) und erhalten auch in der Folgezeit keine Erlaubnis zur Erwerbstätigkeit, solange deutsche bzw. ihnen gleichgestellte ausländische ArbeitnehmerInnen für die jeweilige Tätigkeit zur Verfügung stehen (§ 39 AufenthG).

Sie erhielten darüber hinaus bis zum Jahr 2012 lediglich reduzierte Sozialleistungen nach § 3 AsylbLG. Der 1993 festgelegte Leistungssatz lag zum Schluss durchschnittlich 40% unterhalb des verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums, d.h. der regulären Sozialleistungen für deutsche StaatsbürgerInnen (Classen, 2013). Diese migrationspolitische Relativierung der Menschenwürde wurde zwar im Juli 2012 als verfassungswidrig erklärt, nicht entschieden wurde jedoch über weitere Einschränkungen, die das AsylbLG für Asylsuchende und geduldete Flüchtlinge vorsieht.

Diese bilden damit nach wie vor den Rahmen, innerhalb dessen sie ihr Leben hier in Deutschland gestalten müssen: So werden Sozialleistungen abhängig vom Bundesland z.T. nicht als Barbetrag sondern in Form von Sachleistungen, d.h. Gutscheinen bzw. Lebensmittelpaketen gewährt, die oftmals unzureichend, qualitativ mangelhaft bzw. nicht bedarfsdeckend zusammengesetzt sind. Die Verpflichtung zum Leben in Gemeinschaftsunterkünften als Realisierung dieses Sachleistungsprinzips gilt wie bisher; der Zugang zu Sprachförderungs- sowie zu Integrationsleistungen in (Aus-) Bildung und Arbeit ist noch immer eingeschränkt (Classen, 2013).

Von besonderer Bedeutung ist hier, dass ebenso die Einschränkungen des Rechts auf Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG unverändert bestehen bleiben.

Interview mit Sabina R.

Wir sind jetzt Sozialhilfeempfänger und wir haben etwas Geld, um zu überleben, um Essen kaufen zu können usw. Das ist in Ordnung, aber wir möchten um jeden Preis unabhängig sein und arbeiten – auch wenn wir wissen, dass es sehr schwierig ist.

Abgesehen davon, dass Sie natürlich kaum etwas verdienen und ihr Job nicht dem gleichkommt, was Sie davor gemacht haben, haben Sie trotzdem das Gefühl, dass es Ihnen gut tut?

Ja, ich fühle mich viel besser. Ich fühle, dass ich auch etwas leiste. Auch wenn das Geld nicht viel ist, habe ich es selbst verdient. Die Leute dort entschuldigen sich manchmal bei mir und sagen, „Ach, du machst solche Arbeit und bekommst so wenig Geld dafür". Aber ich schäme mich nicht dafür. Ich sage immer, ich fühle mich besser, wenigstens das bisschen Geld habe ich selbst verdient. Ich würde gerne kochen, ich bin eine sehr gute Köchin. Ich kenne mich gut in der aserbaidschanischen Spezialitätenküche aus und würde sehr gerne für ein kleines Restaurant oder eine Kneipe kochen.

4. Zur Versorgungssituation vulnerabler Flüchtlinge in Ostdeutschland

In Ostdeutschland leben nur sehr wenige Flüchtlinge. Die Wahrscheinlichkeit, nach der Einreise in ein ostdeutsches Bundesland verteilt zu werden, ist für zwischen 2% (Mecklenburg-Vorpommern) und 5,2 % (Sachsen), verglichen mit Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen (21,4%), Bayern (15,2%) oder Baden-Württemberg (12,8%), sehr niedrig (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2013).

Generell liegt der Anteil der ausländischen Bevölkerung in allen ostdeutschen Bundesländern mit ca. 2 bis 3 % deutlich unter dem bundesdeutschen Durchschnitt (erwähnt sei hier, dass auch der Ausländeranteil der DDR 1989 bereits 2 bis 3% betrug). Verglichen mit einer Stadt wie Offenbach am Main, wo MigrantInnen 31% der Gesamtbevölkerung darstellen, ist die Zahl der ZuwandererInnen in Ostdeutschland nach wie vor verschwindend gering.

Abbildung 1: **Quotenverteilung nach Königsteiner Schlüssel für 2012**

© Vermessungsverwaltungen der Länder und BKG 2012, Bearbeitung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge

Für Flüchtlinge, die in Ostdeutschland ankommen, bedeutet dies zunächst, dass vor Ort in der Regel kaum Netzwerke von Flüchtlingsgemeinschaften bestehen. Ebenso existieren Unterstützungsstrukturen und spezialisierte Beratungsstellen nur in vergleichsweise geringer Zahl.

Inzwischen bemühen sich Regierungs- und Nichtregierungsorganisationen gemeinsam mit vielen weiteren AkteurInnen, für Menschen, die aus ihren Heimatländern vor Gewalt und Verfolgung fliehen mussten, eine Willkommenskultur zu etablieren. Doch vielerorts ist das öffentliche Bewusstsein nach wie vor wenig sensibilisiert für die Situation, in der sich Flüchtlinge im Exil befinden. Struktureller Rassismus, ein eingeschränktes Bewusstsein für die besonderen Bedarfe traumatisierter Flüchtlinge sowie auch offen oder verdeckt ablaufende Abwertungs- und Diskriminierungsprozesse konfrontieren Flüchtlinge in Ostdeutschland mit besonderen Lebens- und Versorgungsbe-

dingungen. So dokumentierten die Beratungsstellen für Opfer rechter, rassistischer und antisemitischer Gewalt für 2012 in den neuen Bundesländern und Berlin insgesamt 626 politisch rechts motivierte Angriffe mit mindestens 999 direkt Betroffenen. Statistisch gesehen ereignen sich damit in Ostdeutschland täglich ca. zwei rechtsradikal oder rassistisch motivierte Angriffe.[6]

Rechtsextreme Positionen sind dabei jedoch – so eine Studie des Instituts für Konflikt- und Gewaltforschung der Universität Bielefeld - v.a. in den ostdeutschen Bundesländern keinesfalls allein in rechten Randgruppen anzutreffen: 62% der ostdeutschen Befragten (vgl. 49% der westdeutschen) stimmten der Aussage zu, es lebten zu viele Ausländer in Deutschland.[7] Das verweist darauf, dass Ausländerfeindlichkeit hier auch in der Mitte der Gesellschaft tief verwurzelt ist. Dafür spricht auch eine aktuelle Studie der Friedrich Ebert Stiftung, nach der in Ostdeutschland auf Praxen rassistischer Ausgrenzung, Ablehnung und Diskriminierung durch die Zivilgesellschaft signifikant weniger Gegenwehr erfolgt (Decker, Kiess & Brähler, 2012).

Vor diesem Hintergrund wird im Folgenden die Versorgungssituation dargestellt, die Flüchtlinge in den Bundesländern Sachsen-Anhalt, Thüringen und Sachsen vorfinden. Das Kapitel beginnt mit einem Überblick über die allgemeinen Lebensbedingungen von Flüchtlingen in den einzelnen Bundesländern. Anschließend erfolgt eine Beschreibung der Versorgungsstrukturen einschließlich der Versorgungsleistungen, die von den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer angeboten werden. Nach einer Darstellung des Versorgungsbedarfes der KlientInnen, die in diesen Einrichtungen Unterstützung suchen, werden zentrale Versorgungsdefizite einschließlich des entsprechenden Handlungsbedarfs beschrieben.

6 Quelle: http://www.raa-sachsen.de/statistik-detail/items/jahresstatistik-der-ostdeutschen-bundeslaender-2012-1592.html
7 Quelle: http://www.deutschlandfunk.de/rabiate-buergerlichkeit-und-angst-vor-dem-islam.724.de.html?dram:article_id=253828

Lebensbedingungen in Sachsen- Anhalt

Sachsen-Anhalt hat mit 1,9% den bundesweit niedrigsten Ausländeranteil.

Im Land Sachsen-Anhalt leben ungefähr 2.250.000 Menschen. Gemessen an dieser Zahl würde die Aufnahme von 1274 Asylbewerbern in 2011 und 1867 Asylbewerbern in 2012 einem unbefangenen Blick zunächst einmal nicht unbedingt als astronomisch viel erscheinen. Dennoch führt ein restriktiver Umgang mit den hier in Not ankommenden Menschen zu massiven Überlastungs- und Überforderungserscheinungen im Aufnahmesystem, von denen in erster Linie die Flüchtlinge selbst betroffen sind, in zweiter Linie aber auch mittelbar alle Akteure, die mit dem Aufnahmesystem in Berührung kommen.

Aufnahmesituation

Asylsuchende die nach Sachsen-Anhalt verteilt werden, wohnen für die ersten drei Monate in der **Zentralen Anlaufstelle für AsylbewerberInnen (ZAST)** in **Halberstadt**. Dort befindet sich auch eine Außenstelle des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge, bei der die Asylanträge bearbeitet werden. Die Erstanhörung im Asylverfahren findet in der Regel in diesen drei Monaten statt. Auf eine Entscheidung im Asylverfahren müssen asylsuchenden Menschen jedoch viele Monate warten, häufig weit länger als ein Jahr.

Die Hauptherkunftsländer stellen in Sachsen-Anhalt Iran, Irak, Afghanistan, die Türkei, der Kosovo und in diesem Jahr die Kaukasusrepubliken Tschetschenien und Dagestan dar.

Mit der weiteren Zunahme der ankommenden AsylbewerberInnen war die ZAST in Halberstadt 2013 immer wieder **überbelegt**. Einige Menschen mussten deswegen in **Notunterkünften** in Turnhallen untergebracht werden. Bis Mitte 2014 sollen stillgelegte Gebäudekomplexe soweit saniert werden, dass die aktuelle Überbelegung aufgefangen werden kann.

Unterbringung

Von Halberstadt aus werden die AsylbewerberInnen nach drei Monaten auf die Landkreise und kreisfreien Städte verteilt. Die Unterbrin-

Psychosoziale Versorgung in der Zentralen Anlaufstelle für Asylbewerber (ZAST)

In der ZAST arbeiten Sozialarbeiter, eine Krankenschwester, die für die gesundheitliche Versorgung und Weitervermittlung an Ärzte zuständig ist sowie eine unabhängige Verfahrensberatungsstelle der Caritas. **Speziell geschulte psychologische oder psychotherapeutische Fachkräfte als Anlaufstellen bei schweren psychischen Belastungen gibt es vor Ort nicht.** In einigen Fällen funktionieren allerdings Kontakt und Weitervermittlung an das PSZ in Halle/Magdeburg relativ gut.

Ansätze für eine systematische Früherkennung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge wie sie von der EU-Aufnahmerichtlinie vorgeschrieben sind, gibt es insbesondere mit Blick auf die Gruppe der Opfer von Folter oder anderen Formen schwerer Gewalt nicht. Diese Menschen finden – wenn überhaupt - in der Regel erst spät Zugang zu medizinisch-psychotherapeutisch notwendigen Behandlungen. Im Rahmen der Anhörungen im Asylverfahren kann somit auch kaum auf psychische Belastungen etwa durch das Wiedererzählen schwerer Gewalterfahrungen eingegangen werden. Auch die Entscheidungen über die Umverteilung in die Landkreise können Kriterien wie den Zugang zu medizinisch-psychotherapeutischer Behandlung selten berücksichtigen, weil psychische Belastungen nicht erkannt werden.

gungssituation in den unterschiedlichen Landkreisen variiert sehr stark. Während in der Stadt Dessau alle neu ankommenden AsylbewerberInnen in eigenen Wohnungen unterkommen, gibt es in allen übrigen Städten und Landkreisen Gemeinschaftsunterkünfte, in denen die Menschen während der Dauer ihres Asylverfahrens und teilweise darüber hinaus leben müssen.

Die Lebens- und Wohnbedingungen, die Betreuung, bauliche und hygienische Verhältnisse und die Verkehrsanbindung der Unterkünfte sind sehr unterschiedlich. Einige Unterkünfte liegen isoliert auf dem Land ohne vernünftige verkehrstechnische Anbindung und entsprechendem Zugang zu ärztlicher, sozialer und psychosozialer Beratung und Betreuung oder zu Bildungs- und Integrationsangeboten.

Die aktuelle Auslastung der Aufnahmekapazitäten führt gerade bei größeren Unterkünften mit Aufnahmekapazitäten von bis zu 280 Personen zu Spannungen und Konflikten unter den Bewohnern oder zwischen Bewohnern und Heimleitung. Nicht selten ist eine Abwärtsspirale beobachtbar von gegenseitigen Schuldzuweisungen und mangelnder Kommunikation. Andere Unterkünften wie beispielsweise in Halle liegen zentral, die Wohnverhältnisse sind verhältnismäßig gut und der Kontakt zwischen Bewohnern und Betreuern wird überwiegend als positiv beschrieben.

Paradigmenwechsel in der Unterbringungspolitik?

Die dringende Notwendigkeit für einen Paradigmenwechsel in der Unterbringungspolitik wird in den letzten Jahren zunehmend auch in den zuständigen Behörden und Ministerien gesehen. Nach einem längeren Konsultationsprozess hat die Landesregierung 2013 neue Leitlinien zur Unterbringung von „nicht dauerhaft aufenthaltsberechtigten Ausländern“ beschlossen, die gegenüber der vorherrschenden Unterbringungspraxis erhebliche Verbesserungen mit sich bringen soll. So sollen beispielsweise Familien und Menschen die bereits drei Jahre oder länger in Gemeinschaftsunterkünften wohnen mussten regelmäßig in eigenen Wohnungen untergebracht werden. Zudem regeln die Leitlinien Mindeststandards für die Lage, bauliche Voraussetzungen von Unterkünften sowie für eine soziale Mindestbetreuung. Inwiefern die Leitlinien in den nächsten Jahren auch angesichts des Drucks steigender Asylbewerberzahlen umgesetzt werden, bleibt abzuwarten.

Autonomie und Mobilität

Auch bei der Einschränkung der Bewegungsfreiheit hat es in Sachsen-Anhalt in den letzten Jahren kleine Erleichterungen für AsylbewerberInnen und Geduldete gegeben. Seit 2011 können sie sich innerhalb des Bundeslandes Sachsen-Anhalt frei bewegen. Für einen Besuch bei Freunden, Verwandten oder einem Termin beim Rechtsanwalt in einem anderen Bundesland ist aber nach wie die Beantragung einer „Verlassenserlaubnis“ notwendig. Auch die Wohnsitzauflage bleibt erhalten. Die Sozialleistungen nach Asylbewerberleistungsgesetz werden in allen Landkreisen in Form von Geldleistungen ausbezahlt und nicht wie es mancherorts in anderen Bundesländern noch der Fall ist in Form von Sach- oder Lebensmittelgutscheinen.

Medizinische Versorgung

Sehr unterschiedlich sind die Verfahren zur Bewilligung einer Krankenbehandlung. Hier variieren die Dauer des Bewilligungsverfahrens und die Entscheidungspraxis je nach zuständigem Sozialamt stark. In der Regel unproblematisch ist die Kostenübernahme für eine hausärztliche

Behandlung. Hierfür muss ein Krankenschein beantragt werden, der dann meist auch bewilligt wird. Vorbildlich ist die Praxis im Bördekreis. Hier wird mit der monatlichen Geldauszahlung nach AsylbLG jedem Flüchtling ein Formular der Kostenübernahmeerklärung beigefügt, mit dem die Flüchtlinge in Eigeninitiative einen Arzt aufsuchen können ohne erneut beim Sozialamt Rücksprache zu halten oder individuelle Genehmigungen einholen zu müssen. Die Kostenübernahmeerklärung fungiert wie eine Krankenkassenkarte.

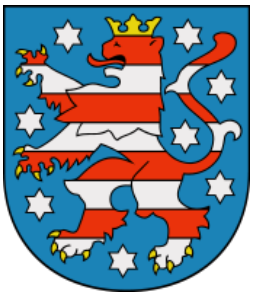
Problematischer ist die Kostenübernahme für eine fachärztliche Behandlung oder Untersuchung. Die medizinische Erforderlichkeit der Behandlung wird zunächst amtsärztlich geprüft. Dies führt in einigen Landkreisen zu längeren Wartezeiten, in denen sich die Krankheitssymptomatik manchmal erheblich verschlimmert. (Vgl. Kapitel *„Spezielle Barrieren im Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung"*).

Rassismus

Einem Problem, dem man weiterhin ins Auge sehen muss, sind Anfeindungen, Beschimpfungen und gewalttätige Übergriffe auf Flüchtlinge mit einem rassistischen oder rechtsradikalen Hintergrund. Jedes Jahr betreut das PSZ Sachsen-Anhalt zwischen 10 und 15 Menschen die Opfer gewalttätiger zum Teil lebensgefährlicher Übergriffe hier in Deutschland geworden sind. Die Übergriffe lösen psychische Belastungsreaktionen aus, die in vielen Fällen noch hinzukommen zu traumatischen Erlebnissen im Heimatland oder auf der Flucht. Von diskriminierenden Äußerungen im Alltag durch Nachbarn, Passanten oder in Behörden berichtet die Mehrzahl unserer Klienten.

> *„Der Anteil an Migranten ist in Sachsen-Anhalt verschwindend gering. 1,8 Prozent machen sie in der Bevölkerung aus. Jeder, der hier eine andere Hautfarbe hat, wird angestarrt. Täglich erleben Migranten Vorurteile und Ressentiments, die unterhalb einer Straftat liegen, aber für die Lebensqualität gravierend sind. Migranten werden beispielsweise von den Verkehrsbetrieben oder von Türstehern in Diskotheken verschärft kontrolliert."*
>
> David Begrich, Sozialwissenschaftler , Mitarbeiter der Arbeitsstelle Rechtsextremismus Magdeburg des Vereins Miteinander e. V. in Sachsen-Anhalt
>
> Quelle: *"Wer aus dem Senegal kommt, wird als Neger beschimpft"*, Interview mit ZEIT Online, 22. Mai 2012

Lebensbedingungen in Thüringen



Auch Thüringen hat mit 2,3% einen sehr geringen Ausländeranteil. Nur ein Bruchteil der nicht-deutschen Bevölkerung ist dabei als Flüchtling eingereist: Im Jahr 2013 wurde in Thüringen von ca. 3200 Menschen Asyl beantragt, davon 2.722 Erstanträge und 476 Folgeanträge. Im Vergleich zu den Vorjahren (Erstanträge 2011: 1.192; Erstanträge 2012: 1.680) stellt dies auch hier einen deutlichen Anstieg dar.

Aufnahmesituation

Die **Erstaufnahmeeinrichtung** für AsylbewerberInnen liegt in Eisenberg. Hier verbringen Flüchtlinge nach der Asylantragstellung die ersten Wochen ihres Aufenthalts als AsylbewerberInnen und werden in der „Erstanhörung" von einem/einer EinzelentscheiderIn zu ihrem Asylantrag befragt.

Nach spätestens drei Monaten erfolgt die „Umverteilung" in **Gemeinschaftsunterkünfte**. Von diesen gibt es derzeit ca. 24 in den Landkreisen Thüringens. Manche dieser Heime sind in Städten angesiedelt, der größere Teil jedoch in ländlichen Gebieten mit wenig Anbindung an städtische Infrastruktur. Auch nach dieser Zeit lebte im Jahr 2012 etwa die Hälfte aller nach Thüringen verteilten Flüchtlinge nicht in eigenen Wohnungen, sondern weiterhin in einer Gemeinschaftsunterkunft. Konkrete Zahlen liegen auch zu dieser Thematik nicht aus allen Regionen des Bundeslandes vor, lediglich von 14 der insgesamt 23 Landkreise und kreisfreien Städte.

Autonomie und Mobilität

Die Residenzpflicht innerhalb Thüringens wurde im Juli 2013 aufgehoben. Bis zu diesem Zeitpunkt konnten sich Flüchtlinge nur in dem Landkreis/ kreisfreier Stadt aufhalten, in der sie untergebracht waren und in den angrenzenden Landkreisen.

Seit dem Bundesverfassungsgerichtsurteil vom 18.07.2012 werden in Thüringen kaum noch **Gutscheine** statt Bargeld ausgegeben. In zwei Landkreisen (Greiz, Weimarer Land) ist dies allerdings noch immer Praxis. Mit interessanten Argumenten: „Die Gutscheinregelung sichert, dass sich Asylbewerber mit allen lebensnotwendigen Gütern selbstständig versorgen und die von ihnen gewünschten Güter selbst auswählen können."[8] Der Erwerb von **Bekleidung** wird noch von mindestens zwei Landkreisen zentral gesteuert. In Greiz wurde bisher zweimal jährlich ein Verkauf in einer Turnhalle organisiert. Die Bekleidung ist überteuert und von schlechter Qualität. Ähnlich gestaltet sich die Praxis im Wartburgkreis.

Medizinische Versorgung

Die medizinische Versorgung wird in den Landkreisen Thüringens unterschiedlich gehandhabt. Einige Sozialämter stellen Behandlungsscheine für FachärztInnen problemlos aus, in anderen wird sehr restriktiv damit umgegangen.

[8] Quelle: http://zs.thulb.unijena.de/servlets/MCRFileNodeServlet/jportal_derivate_00229466/AB_08_2012.pdf

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Die Zahlen, die für Thüringen für die Anzahl der Kinder und Jugendlichen, die ohne Familienangehörige geflohen sind, variieren sehr stark. Die Zahl für 2012 liegt vermutlich zwischen sechs und zehn. Thüringen besitzt keine gut ausgebaute Infrastruktur für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Dennoch sind hier positive Entwicklungen zu erkennen: So wurden UMF im Jahr 2013 nicht mehr in Gemeinschaftsunterkünften untergebracht.

Rassismus

In Thüringen leben lediglich 2,3% MigrantInnen – dennoch haben 42% der örtlichen Bevölkerung Angst vor ihnen - so eine Studie der Friedrich-Schiller-Universität Jena (Best, Dwars, Salheiser & Salomo, 2013). Knapp die Hälfte der Bevölkerung stimmte der Aussage zu, die BRD sei durch Ausländer in einem gefährlichen Maße „überfremdet“ (Vgl. Abbildung 2).

Dabei sind Flüchtlinge und Asylsuchende von rassistischen Anfeindungen und Bedrohungen in besonderem Maße betroffen. So gründete sich auch in Greiz 2013 eine rechte Bürgerinitiative gegen die Eröffnung eines AsylbewerberInnen-Heimes.

Thüringen-Monitor 2013:
Rechtsextremismus und gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit

Fremdenfeindlichkeit *„Die Bundesrepublik ist durch die vielen Ausländer in einem gefährlichen Maße überfremdet.“*	**42 %**
„Die Ausländer kommen nur hierher, um unseren Sozialstaat auszunutzen.“	**44 %**
Islamfeindlichkeit *„Muslime in Deutschland stellen zu viele Forderungen.“*	**65 %**
Antiziganismus *„Ich hätte Probleme damit, wenn sich Sinti und Roma in meiner Wohngegend aufhalten.“*	**35 %**
Verharmlosung des Nationalsozialismus *„Der Nationalsozialismus hatte auch seine guten Seiten.“*	**21 %**

Abbildung 2: Ausgewählte Ergebnisse des Thüringen Monitors 2013

Lebensbedingungen in Sachsen

Die Bevölkerung im Freistaat Sachsen beträgt derzeit 3.949.201 Menschen, davon sind 92.462 Ausländer[9]. Dies entspricht einem Anteil von 2,34 %. Es existieren jedoch große Unterschiede zwischen den städtischen Ballungsräumen und den ländlichen Gebieten. Die Stadt Leipzig hat in den neuen Bundesländern (mit Ausnahme Berlins) mit 5,6% den höchsten Anteil an MigrantInnen.

Die Zahl der AsylbewerberInnen ist in den letzten Jahren deutlich gestiegen. Sachsen hat 2012 rund 3.500 AsylbewerberInnen aufgenommen. 2013 wurden 5800 Asylsuchende verzeichnet. Der Freistaat Sachsen rechnet für 2014 mit einem Anstieg auf 7.200 Personen.

Der Zuwachs an Asylbewerbern in Sachsen im Jahr 2013 war vor allem auf eine sehr viel größere Zahl an Neuankömmlingen aus der Russischen Föderation (von 460 in 2012 auf 1903 in 2013), aus Serbien (von 341 auf 585), aus Tunesien (von 306 auf 540), Syrien (von 242 auf 457) sowie aus Georgien (von 110 auf 314) zurückzuführen.

Neue Unterbringungskonzepte in Leipzig

In Leipzig hat der Stadtrat am 18.07.2012 ein neues Unterbringungskonzept für Asylsuchende beschlossen. Der Beschluss sah vor, dass perspektivisch das Asylbewerberheim Torgauer Str. 290 bis zum 31.12.2013 geschlossen werden sollte und stattdessen acht kleinere Einheiten an weiteren Standorten errichtet werden. Durch den deutlichen Anstieg der AsylbewerberInnenzahlen ist das Heim in der Torgauer Str. jedoch nach wie vor in Nutzung.

Seit Anfang 2012 wird auch im Landkreis Leipzig versucht, Familien und Alleinerziehende verstärkt dezentral in eigenen Wohnungen unterzubringen. Die Quote liegt derzeit bei ca. 41 %. Für viele Alleinstehende besteht jedoch weiterhin nur die Möglichkeit in einer Sammelunterkunft zu leben.

Aufnahmesituation

AsylbewerberInnen werden in Sachsen zunächst in der zentralen Erstaufnahmeeinrichtung in Chemnitz mit seiner Außenstelle in Schneeberg untergebracht. Dort bleiben sie mindestens sechs Wochen. Nach spätestens drei Monaten erfolgt die Verteilung der AsylbewerberInnen auf die Landkreise. Der Großteil der AsylbewerberInnen in Sachsen lebt auch zu diesem Zeitpunkt noch in Gemeinschaftsunterkünften. Davon existieren in Sachsen derzeit noch ca. 30. Für die Dauer des Asylverfahrens und der Duldung haben Asylbewerber einen gesetzlichen Anspruch auf 6 qm Wohnraum. Weil es so kleine Zimmer nicht gibt, müssen sich zwischen drei und sechs Personen ein Zimmer teilen. Somit ist keinerlei Schutz der Intimsphäre, der Gesundheit und des Wohls der Flüchtlinge möglich. Menschen mit verschiedenen Lebensrhythmen, Lebensgewohnheiten, unterschiedlichen Fluchtgeschichten und oft traumatischen Erfahrungen leben auf engstem Raum zusammen. Zu den migrationsbedingten Belastungsfaktoren kommt in vielen Fällen eine mit der Lebenssituation verbundene starke psychische Belastung hinzu. In den Landkreisen herrscht häufig die Situation vor, dass die Unterkünfte in kleinen Dörfern liegen und damit ein Austausch innerhalb der jeweiligen Community erschwert ist. Dazu trägt auch eine nur spärlich ausgebaute Infrastruktur

[9] Stand: 30.06.2013; Quelle: Statistisches Landesamt, Sachsen

bei. Da viele Heime in einem schlechten baulichen Zustand sind und auch die hygienischen Umstände teilweise mangelhaft sind, wurde 2009 vom Freistaat Sachsen die Verwaltungsvorschrift über die Mindestempfehlung zu Art, Größe und Ausstattung von Gemeinschaftsunterkünften und zur sozialen Betreuung erlassen. Darüber hinaus hat sich der Sächsische Ausländerbeauftragte für eine menschenwürdige Unterbringung stark gemacht und ein Verfahren zur Verbesserung der Bedingungen, den sog. „Heim-TÜV" erarbeitet. Leider werden entsprechende Vorschriften viel zu wenig beachtet.

Autonomie und Mobilität

Die Residenzpflicht, nach der Asylsuchende verpflichtet sind, sich in dem von der Behörde festgelegten Bereich aufzuhalten, wurde 2011 in Sachsen neu geregelt. Diese Neuregelungen erlauben es Ausländern mit Duldungsstatus, sich frei im ganzen Bundesland zu bewegen. Asylsuchende mit Aufenthaltsgestattung unterliegen weiterhin der Residenzpflicht. Im Landkreis Leipzig dürfen sich BesitzerInnen einer Aufenthaltsgestattung seit Juni 2012 auch ohne Genehmigung in Leipzig und im Landkreis Nordsachsen aufhalten.

Der Landkreis Leipzig ist in Sachsen der einzige Landkreis, der am Gutscheinsystem festhält. Alle anderen Landkreise und Kommunen haben sich für eine Umstellung von Sachleistungen auf Barauszahlungen entschieden.

Rassismus

Mit 155 Fällen wurden im Jahr 2012 in Sachsen bundesweit die meisten rechtsradikal oder rassistisch motivierten Gewalttaten gezählt. Die Zahl rechtsextrem motivierter Angriffe ging zwar im Jahr 2012 insgesamt leicht zurück (von 186 im Jahr 2011 auf 155 Angriffe 2012), erstmals jedoch ist die Anzahl rassistisch motivierter Taten massiv (um ca. 20%) gestiegen[10].

Die Ereignisse rund um die Erstaufnahmeeinrichtung in Schneeberg waren bundesweit in den Medien und auch gegen das Unterbringungskonzept der Stadt Leipzig und Leipziger Asylbewerberheime wurde und wird aus dem rechten Lager demonstriert und protestiert.

Schneeberg: Nazis mobilisieren über 1000 BürgerInnen gegen Asylbewerberheim

Im erzgebirgischen Schneeberg ist 2013 eine ehemalige Bundeswehrkaserne zu einer Außenstelle der zentralen Erstaufnahme von AsylbewerberInnen eingerichtet worden, da aufgrund der Überbelegung der Zentrale in Chemnitz viele Flüchtlinge wochenlang in Zelten und Containern wohnen mussten.

Daraufhin formierte sich eine rechte Bürgerinitiative. Eine Demonstration mit über 1000 Teilnehmenden auch aus dem bürgerlichen Milieu zog mit Fackeln durch die Altstadt, um ihre Ablehnung der Flüchtlinge auszudrücken.

[10] Quelle: http://www.raa-sachsen.de/statistik-detail/items/jahresstatistik-der-ostdeutschen-bundeslaender-2012-1592.html

Versorgungsstrukturen in den ostdeutschen Bundesländern

Die Versorgungsstrukturen für Menschen, die psychotherapeutische Unterstützung benötigen, sind bundesweit unzureichend. In den neuen Bundesländern bestehen jedoch aus historischen ebenso wie aus geographischen Gründen die größten Versorgungsdefizite. Dies gilt prinzipiell für alle Bevölkerungsgruppen, trifft jedoch besonders vulnerable Personengruppen mit speziellen Bedarfen, wie Flüchtlinge und Opfer schwerer Gewalt es sind, mit besonderer Härte.

Die ostdeutschen Bundesländer sind alle Flächenländer, d.h. PatientInnen sind hier bereits durch die geographische Struktur ihrer Regionen benachteiligt. Vor allem außerhalb der Großstädte ist die Dichte niedergelassener PsychotherapeutInnen signifikant geringer als im übrigen Bundesgebiet (Vgl. Abbildung 3; Hannich, 2008). Während im Bundesdurchschnitt 100.000 EinwohnerInnen durch 25 PsychotherapeutInnen versorgt werden, sind dies nach Angaben der Ostdeutschen Psychotherapeutenkammer in Thüringen nur 13.[11] Der Freistaat Sachsen ist fast flächendeckend unterversorgt, ebenso desolat ist die Situation in Sachsen-Anhalt.

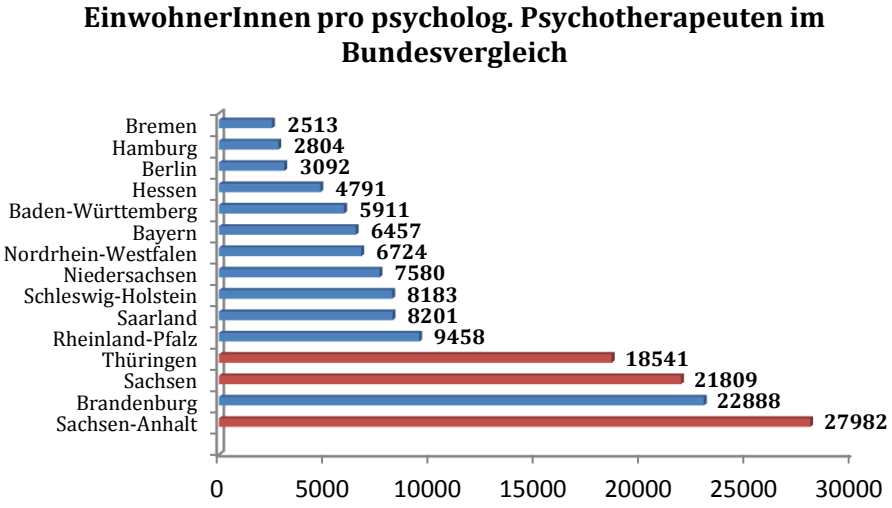


Abbildung 3: PsychotherapeutInnendichte pro EinwohnerIn im Bundesvergleich[12] (Abb. nach H.-J. Hannich, eigene Bearbeitung)

Die mittleren Wartezeiten auf einen Therapieplatz sind daher deutlich höher als in westdeutschen Bundesländern (Bundespsychotherapeutenkammer, 2011), ebenso der Anteil der KlientInnen, die einen Anfahrtsweg von über 30 min haben (Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, 2010). Außerdem werden pro niedergelassenem Psychotherapeuten/In in Ostdeutschland deutlich mehr KlientInnen behandelt als von KollegInnen in den westlichen Bundesländern – was den höheren Versorgungsdruck reflektiert, mit dem TherapeutInnen hier konfrontiert sind (Peikert et al., 2011).

Versorgungsdaten, die über die Leistungen niedergelassener PsychotherapeutInnen hinaus auch psychosoziale Versorgungsangebote beispielsweise verschiedener Kontakt- und Beratungsstellen einbeziehen, sind bislang nicht verfügbar.

[11] Quelle: http://www.opk-info.de/red_tools/download_dokument.php?id=523

[12] Quelle: Situation der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland, insbesondere in den Neuen Bundesländern (Hans-Joachim Hannich, Vortrag 2008), Verfügbar unter: http://www.opk-info.de/red_tools/download_dokument.php?id=72

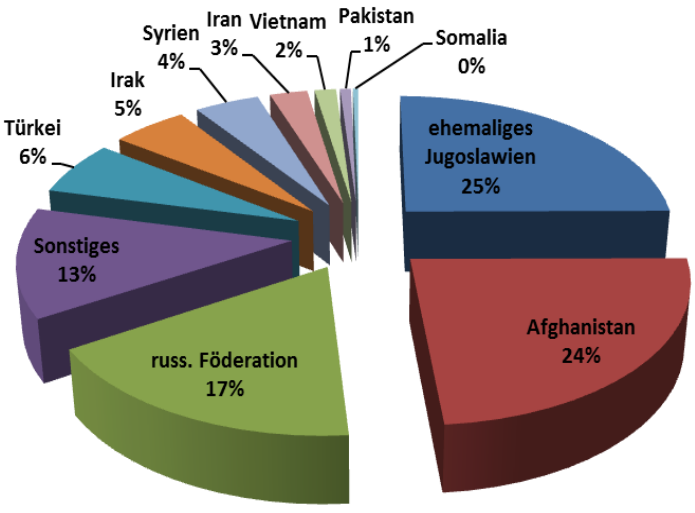
Spezialisierte Versorgungsangebote zur Behandlung traumatisierter Flüchtlinge existieren in den neuen Bundesländern erst seit vergleichsweise kurzer Zeit. Über einen längeren Zeitraum gewachsene Strukturen – wie sie in den alten Bundesländern seit den frühen 1980ern bestehen, gibt es nicht. So sind auch für die Bundesländer Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen die drei Psychosozialen Zentren *Caktus e.V.* in Leipzig, das *PSZ Sachsen-Anhalt* mit den Außenstellen Halle und Magdeburg sowie *refugio thüringen* in Jena über die Bundesländer hinweg die einzigen Anlaufstellen, an die psychisch belastete Geflüchtete sich wenden können. Ihr Einzugsgebiet erstreckt sich über jeweils mehr als 120km. Sie gehören zu den kleineren Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in Deutschland und blicken auf eine relativ junge Geschichte zurück.

Im Folgenden stellen die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge das Versorgungsangebot vor, das für Geflüchtete in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen existiert.

5. Versorgungsangebot

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Caktus e.V. (Leipzig), das PSZ Sachsen-Anhalt (Halle/Magdeburg) und refugio thüringen e.V. (Jena) realisieren ein spezialisiertes Beratungsangebot für Flüchtlinge, die in ihrer Heimat Opfer von Menschenrechtsverletzungen wurden, politische Verfolgung und damit verbunden auch Gewalt und Folter erleiden mussten. Nicht zuletzt waren die Fluchtursachen oftmals kriegerische Auseinandersetzungen im Heimatland. Menschen brauchen starke Motive, um ihre angestammte Heimat zu verlassen und um die Gefährdungen auf der Flucht auf sich zu nehmen. Aktuelle Beispiele wie der Krieg in Syrien, die Auseinandersetzungen in Afghanistan oder das Schiffsunglück vor Lampedusa sind nur allzu präsent.



Die KlientInnen, die in den Behandlungszentren Hilfe suchen, stammen aus 30 verschiedenen Herkunftsländern, aktuell zu großen Teilen u.a. aus Afghanistan und der Russischen Förderation (v.a. aus Tschetschenien und Dagestan) sowie noch immer auch aus dem ehemaligen Jugoslawien (Vgl. Abbildung 4).

Sonstige Herkunftsländer:
Armenien, Aserbaidschan, Äthiopien, Benin, Burkina Faso, China, Guinea-Bissau, Indonesien, Kamerun, Libanon, Liberia, Mali, Marokko, Mazedonien, Namibia, Palästina, Palästina/Jordanien, Palästinenser aus Libanon, Sierra Leone, Sudan

Abbildung 4: Herkunftsländer 2012/13

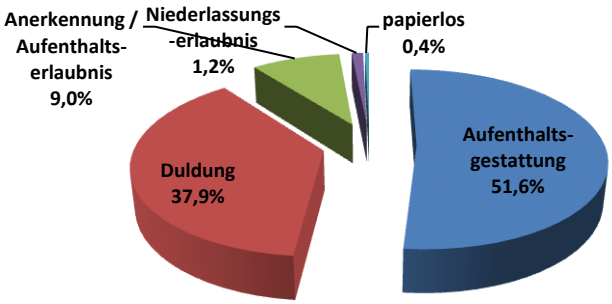


Abbildung 5: Aufenthaltsstatus 2012/13

Fast alle KlientInnen sind dabei aufenthaltsrechtlich in einer sehr unsicheren, instabilen Situation (Vgl. Abbildung 5): Über die Hälfte verfügt lediglich über eine Aufenthaltsgestattung, über ein Drittel über eine befristete Duldung und lediglich zehn Prozent der KlientInnen über eine Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis.

Das spezialisierte Angebot und Leistungsspektrum der Zentren ergibt sich dabei zum einen aus der Notwendigkeit einer inter- und transkulturellen Verständigung und zum anderen aus den beschriebenen Belastungsfaktoren in den Lebensbedingungen und traumatischen Lebenserfahrungen von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen:

Leistungsspektrum der Zentren

- Erstgespräche und Clearing
- Psychosoziale Beratung sowie therapiebegleitende sozialarbeiterische Angebote
- Individuell abgestimmte Diagnostik, Therapien, Stabilisierung, Krisenintervention für traumatisierte bzw. psychisch belastete Flüchtlinge
- Gespräche mit DolmetscherInnen / Sprach- und IntegrationsmittlerInnen
- Stellungnahmen in aufenthaltsrechtlichen und sozialen Fragen
- Anleitung von thematischen Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen
- Erschließung von externen Behandlungs- und Beratungsangeboten

Psychotherapie

Die psychotherapeutische Begleitung und Behandlung von komplex traumatisierten Menschen stellt schon für sich genommen eine Herausforderung dar. Dies umso mehr, wenn die Betroffenen unter Bedingungen leben, die einen Heilungsprozess zusätzlich erschweren ja teilweise sogar (re-)traumatisierend wirken können – wie etwa die Lebensbedingungen in den überfüllten Gemeinschaftsunterkünften oder ein über Jahre hinweg unsicherer Aufenthalt verbunden mit der Angst in ein Land zurückkehren zu müssen, aus dem man vor Gewalt und Verfolgung geflohen ist.

Sozial-, verfahrens- oder aufenthalts-rechtliche Beratung

Diese äußeren Rahmenbedingungen müssen bei medizinisch-psychotherapeutischen Behandlungen mit berücksichtigt werden und wenn möglich im Sinne einer nachhaltigen gesundheitlichen Stabilisierung verändert werden. Deshalb bieten die Zentren zusätzlich zu einer psychotherapeutisch-psychologischen Begleitung, sozial-, verfahrens- oder aufenthaltsrechtliche Beratung an oder vermitteln zu RechtsanwältInnen oder anderen Flüchtlingsberatungsstellen.

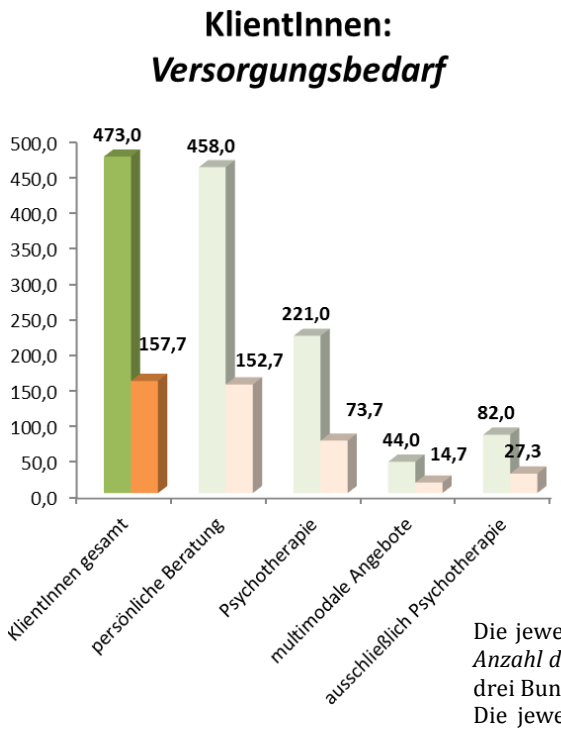


Abbildung 6: KlientInnen 2012/13

Die KlientInnenstatistiken der Zentren zeigen, dass die Behandlung von Flüchtlingen **über das klassische (einzel-) psychotherapeutische Setting hinaus geht:**

Fast alle KlientInnen waren über die sozial- oder aufenthaltsrechtliche Beratung („persönliche Beratung“) an die Einrichtungen angebunden. **Nur 1/3 der Psychotherapie-KlientInnen** (82 von 221) **wurde ausschließlich psychotherapeutisch betreut**, alle anderen erhielten zusätzlich sozialarbeiterische oder andere multimodale psychosoziale Angebote

Die jeweils *ersten Säulen (473 KlientInnen*) stellen hier die *Anzahl der KlientInnen im gesamten Versorgungsgebiet* aller drei Bundesländer dar.
Die jeweils *zweiten Säulen* bilden die *Durchschnittsanzahl* der KlientInnen (157), die dabei *pro Zentrum*/ Bundesland versorgt wird.

Dolmetschergestützte Therapie

Im Kontakt mit KlientInnen muss zunächst die sprachliche Verständigung gewährleistet sein. Bei nicht hinreichenden Sprachkenntnissen eines Klienten können die Zentren auf DolmetscherInnen/ SprachmittlerInnen zurückgreifen. Psychotherapie mit DolmetscherInnen ist nicht nur notwendige Bedingung, sondern auch möglich im Sinne der Wirksamkeit. Aus den Erfahrungen der Zentren und wissenschaftlichen Untersuchungen wissen wir, dass Psychotherapie mit DolmetscherInnen nicht weniger effektiv ist. Voraussetzung dafür ist allerdings eine professionelle und vertrauensvolle Zusammenarbeit von TherapeutIn/ BeraterIn und geschulten DolmetscherInnen. Die Zentren haben deswegen über die Jahre hinweg einen Pool von qualifizierten geschulten DolmetscherInnen aufgebaut und führen regelmäßig Schulungen sowie Vor- und Nachgespräche mit den DolmetscherInnen durch.

In *Sachsen* und *Thüringen* gibt es spezielle Vermittlungsdienste von Sprach- und IntegrationsmittlerInnen für das Gesundheits-, Sozial- und Bildungswesen, die aus der Arbeit der Zentren entstanden sind. In *Sachsen-Anhalt* fehlt bislang eine solche Dienstleistung.

Gruppenangebote

Ergänzend zu der psychotherapeutischen und psychosozialen Begleitung von Einzelpersonen und Familien bieten die Zentren auch psychosoziale Gruppenangebote an. So bestehen beispielsweise bei refugio thüringen seit 2009 eine **Frauengruppe** und eine **Kindergruppe** mit musiktherapeutischem bzw. erlebnispädagogischem Schwerpunkt. Die Kindergruppe findet in der Gemeinschaftsunterkunft in Waltershausen statt. Das PSZ Sachsen-Anhalt bietet eine **Bewegungsgruppe** und eine **Selbstverteidigungsgruppe** für Frauen an. Die Gruppenangebote sind zur therapeutischen und psychosozialen Komplementierung der Einzelbetreuung entstanden aber auch vor dem Hintergrund des immer weiter wachsenden Andrangs auf die Zentren und der langen Wartelisten. Mit den Gruppenangeboten können eine größere Zahl an Menschen erreicht werden.

Kultursensible Haltung

Für die Beratung und Behandlung der Klienten bedarf es eines besonderen Verständnisses für kulturell geprägte Vorstellungen von psychischen Krankheiten oder der Rolle eines/ einer TherapeutIn und für unterschiedliche z.T. kulturell geprägte Formen der Kommunikation. Vor allem aber bedarf es einer inneren Haltung der Neugier und Offenheit gegenüber Menschen aus anderen Kulturen.

Diese Haltung unterscheidet sich nicht prinzipiell von der Offenheit und Zugewandtheit eines Artzes/Ärztin oder eines Therapeuten/Therapeutin gegenüber den KlientInnen. Vielleicht stößt sie aber manchmal auf besondere Herausforderungen.

Psychologische Stellungnahmen und Gutachten

Psychische Erkrankungen haben häufig ebenso wie körperliche Erkrankungen aufenthaltsrechtliche oder sozialrechtliche Relevanz. Angesichts von Überlastungs- und Überforderungserscheinungen bei den beteiligten Behörden, der Schwierigkeiten in der (sprachlichen) Kommunikation und dem generellen Problem, ein wenig fassbares Phänomen wie die seelische Gesundheit im planerischen Verwaltungshandeln zu berücksichtigen, werden psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen in den seltensten Fällen erkannt und - sofern sie geltend gemacht werden - häufig als vorgeschoben und unglaubhaft abqualifiziert. Ein großer Teil der Arbeit der Zentren besteht deswegen im Abfassen von Stellungnahmen oder Gutachten, die für einzelne KlientInnen in aufenthaltsrechtlichen oder sozialrechtlichen Fragen aus psychologisch-psychotherapeutischer Sicht Stellung nehmen.

Die existentielle Bedeutung dieser Arbeit verdeutlicht die Geschichte *von Frau S. aus Serbien.* Mithilfe der Unterstützung des Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge *refugio thüringen* gelang es ihr, ihre schmerzhaften Erlebnisse aufzuarbeiten, die drohenden Umstände im Heimatland in ihrer Ganzheit mitzuteilen und letztlich einen humanitären Aufenthalt zu erwirken:

Aus der Praxis: Frau S. aus Serbien

- Unterstützung durch *refugio thüringen e.V.*

Schüchtern und ängstlich sitzt die 23-jährige im September 2010 im Therapiezimmer. Sie spricht leise, knetet nervös ihre Hände. Sie sei sehr besorgt um die Zukunft ihrer Kinder, habe panische Angst vor einer Abschiebung nach Serbien, nicht nur vor einem Zurückkehren in ein aussichtsloses Leben, sondern auch davor, sowohl sich selbst als auch ihre zwei kleinen Kinder und ihren Mann in Lebensgefahr zu bringen. Erst im Laufe des Gesprächs beginnt sie Vertrauen aufzubauen, erzählt ihre Geschichte.

Diskriminierung, Bedrohung und sexuelle Übergriffe gegenüber Roma in Serbien

Alle paar Tage seien glatzköpfige schwarz gekleidete Männer gekommen und hätten der gesamten Familie immer wieder Gewalt angetan, sie mit Pistolen und Messern bedroht. Auf der Mülldeponie sei dies alles passiert, dort, wo die serbische Romafamilie ihr Leben fristete, seitdem die nationalistischen Skinheads das Haus ihres Großvaters abgebrannt hätten. Oft müssten sie sich verstecken in der behelfsmäßig errichteten Hütte, die sie sich auf der Müllhalde errichtet hätten. Selbst die Kinder hätten nicht mehr draußen spielen können aus Angst vor Übergriffen. Voller Scham und unter Tränen berichtet M. von dem Vorfall eines sexuellen Übergriffes, viel zu oft sei ihr mit Vergewaltigung und Tod gedroht worden.

Die Flucht ist der Familie geglückt, doch die große Ungewissheit, wie es in Deutschland weitergehen soll, dauert an. Nach Ablehnung des gestellten Asylantrags bleibt nur noch der Anspruch auf Rechtsschutz. Vom Amtsarzt wird Frau S. die Reiseunfähigkeit aufgrund akuter Suizidalität bescheinigt. Schon beim Gedanken an die Rückkehr nach Serbien bekommt sie panische Angst. Sie bringe sich lieber um, als das Leid ihrer Familie in Serbien erleben zu müssen, erklärt sie verzweifelt.

Aufarbeitung des Erfahrenen im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge

Die Situation scheint fast aussichtslos, wie das Schicksal so vieler Romafamilien, die sich ein neues Leben in Deutschland erhoffen. Aber eben nur fast. Ein dreiviertel Jahr ist Frau S. im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge refugio thüringen e.V. in Behandlung, das erste Mal in ihrem Leben wird ihr wirklich zugehört. Schnell wird klar, dass sie unter einer posttraumatischen Belastungsstörung, Depressionen und einer ausgeprägten psychosomatischen Symptomatik leidet. In den Therapiesitzungen beginnt die Aufarbeitung ihrer traumatischen Erlebnisse. Der Umgang mit den immer häufiger vorkommenden „Anfällen", die bei ihr aufgrund harmloser Alltagsgeräusche ausgelöst werden, ist ebenso zentral. Sie kapselt sich in solchen Momenten völlig aus der Realität ab, sieht ihre Verfolger wieder vor sich, versteckt sich in ihrer eigenen Wohnung und schickt ihre Kinder und auch ihren Mann aus dem Haus, sie sollen fliehen vor allem Leid. Erinnern kann sich im Nachhinein an nichts.

Anhaltende psychische Belastung durch die drohende Abschiebung

Die Beendigung der permanenten Belastung durch die drohende Abschiebung ist zwingende Voraussetzung für die Stabilisierung von Frau S. sowie des gesamten Familienkontexts. Denn auch ihre Kinder sind schwer traumatisiert und benötigen dringend Hilfe. Die letzte Chance ist das Einklagen eines Aufenthalts aus humanitären Gründen. Nun wird in den Therapiesitzungen noch einmal ihre Geschichte in Gänze aufgearbeitet, teils widersprüchliche Informationen des bisherigen Prozesses klargestellt und ein ausführlicher psychischer Befund erarbeitet. Es ist ihre letzte Hoffnung.

Erfolgreiche gutachterliche Stellungnahme: in Sicherheit

Im Juli 2011 erreicht sie die Freudenbotschaft - das Verwaltungsgericht spricht sowohl ihr als auch ihren Kindern tatsächlich einen Aufenthalt nach §25 Abs. 3 AufenthG aus. Das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge konnte schließlich mit einer aktueller gutachtlichen Stellungnahme vor Gericht die akut drohende Abschiebung nach Serbien verhindern, wo die Familie um ihr Leben hätte fürchten müssen.

Gerade traumatisierte Flüchtlinge brauchen viel Zeit und vor allem Vertrauen, um ihre beschämenden und schmerzhaften Erlebnisse völlig Fremden Personen in der neuen Umgebung anzuvertrauen und die drohenden Umstände im Heimatland in ihre Ganzheit darzustellen.

Leider bekommen dies nur die wenigsten.

Fortbildungsarbeit

Die Psychosozialen Zentren können die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen nur schwer alleine abdecken kann. Nirgendwo sonst gibt es allerdings derzeit in den drei Bundesländern vergleichbare Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit an der Schnittstelle zwischen Flüchtlingsarbeit und Psychotherapie. Vor diesem Hintergrund sind die Zentren in den letzten Jahren verstärkt dazu übergegangen ihre Erfahrungen an die AkteurInnen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgung weiterzugeben. Sie organisieren in regelmäßigen Abständen Fortbildungen zum therapeutischen Arbeiten im interkulturellen Setting oder zu sozial- und aufenthaltsrechtlichen Themen, die für die Gesundheitsversorgung relevant sind.

Öffentlichkeitsarbeit

Über die Arbeit für Einzelfälle hinaus weisen die Zentren auf psychosoziale Folgekosten einer restriktiven Aufnahmepolitik hin und versuchen im Rahmen der Möglichkeiten auf Entscheidungsprozesse Einfluss zu nehmen. So verfasste beispielsweise das PSZ Sachsen-Anhalt eine öffentliche Stellungnahme zum Leitlinienentwurf für Richtlinien zur Unterbringung in Sachsen-Anhalt. Zudem werden regelmäßig öffentliche Veranstaltungen organisiert, um bei einem breiteren Publikum auf die Lebenssituation von Flüchtlingen aufmerksam zu machen.

Abbildung 7: Fachtag zur Situation von UMF in Thüringen

In Jena beispielsweise fand im Spätsommer 2013 ein Fachtag zur Situation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge statt. Er stieß bei einem breiten Spektrum an AkteurInnen auf großes Interesse. Anwesend waren u.a. die Integrationsbeauftragte der Stadt Jena, MitarbeiterInnen des Jugendamtes, verschiedene Akteure aus der Flüchtlingsberatung, als auch einige PolitikerInnen. Es waren mehrere ReferentInnen eingeladen, die u.a. über Rechtsberatung und Clearingverfahren, Erfahrungen aus dem Jugendamt, Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften und einem Modellprojekt aus Brandenburg berichteten. Insgesamt war die Veranstaltung sehr gut besucht und es konnten im Anschluss einige Gespräche stattfinden, die für einen Aufbau einer professionellen Clearingstelle für minderjährige unbegleitete Flüchtlinge in Thüringen hilfreich sein könnten. Auf der anderen Seite hat sich gezeigt, dass trotz der positiven Rückmeldungen viel Überzeugungsarbeit und kontinuierliche Bemühungen nötig sind, um die Situation nachhaltig zu ändern.

6. Versorgungsbedarf

Die überwiegende Zahl der KlientInnen in den drei Behandlungszentren ist aufgrund von Erlebnissen im Heimatland, auf der Flucht und manchmal auch hier im Aufnahmeland psychisch stark belastet. In einer einjährigen Datenerhebung der Psychosozialen Zentren zum Versorgungsbedarf neu aufgenommener KlientInnen (9/2012 bis 9/2013) gaben *39%* der Menschen, die 2012/13 von den Zentren aufgenommen werden konnten, an, *Opfer von Folter oder anderer schwerer Gewalt* zu sein. Angemerkt sei hier jedoch, dass diese Informationen in den Erst- und Aufnahmegesprächen der Zentren erhoben werden – mit hoher Wahrscheinlichkeit ist das Vertrauensverhältnis zu diesem Zeitpunkt für viele KlientInnen noch nicht stabil genug, um traumatische Erlebnisse wie es das der Folter ist, berichten zu können.

Der *größte Unterstützungsbedarf* bestand dabei für alle KlientInnen (95%) beim *Umgang mit psychischen Belastungen* (vgl. Abbildung 8). Konkret wurden hier am häufigsten Symptome der Angst, Depressivität und der Anspannung angegeben. *20%* der KlientInnen berichteten zudem über *suizidale Gedanken*.

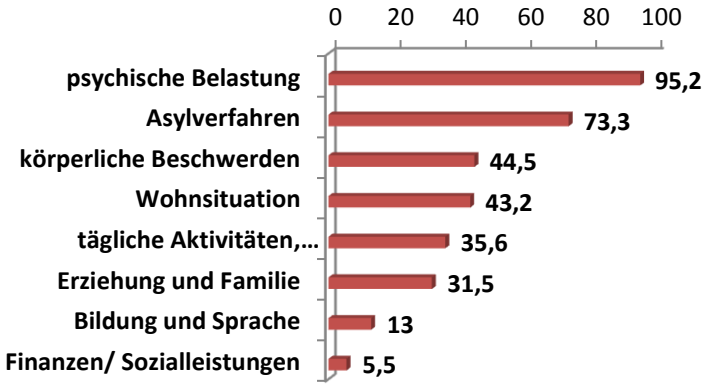


Abbildung 8: Versorgungsbedarf - Problembereiche

Fast die Hälfte der KlientInnen (*45%*) fühlte sich darüber hinaus durch *körperliche Beschwerden* – v.a. durch psychosomatisch bedingte Kopf- oder Rückenschmerzen eingeschränkt.

Sehr hoher Unterstützungsbedarf bestand auch bei der Bewältigung eines komplexen Spektrums *asylrechtlicher (73%)* und weiterer *sozialer Probleme (36%;* Vgl. Abbildung 8). Ebenso waren Belastungen durch unangemessene *Wohnverhältnisse* (*43%)* sowie *familiäre Schwierigkeiten* (*32%;* Eheprobleme, Sorge um Familienmitglieder in der Heimat, Familienzusammenführung, Schwierigkeiten bei der Suche nach einem Kita-Platz, Beeinträchtigung des Familienlebens durch Freudlosigkeit oder Gereiztheit, häusliche Gewalt) von großer Bedeutung.

Insgesamt zeigen die Ergebnisse der Fragebogendaten, dass die untersuchten Flüchtlinge einen hohen Bedarf an Hilfeleistung in verschiedenen Bereichen haben. Zugleich wurde allerdings auch deutlich, dass die Behandlungszentren diesen Bedarf nicht immer in vollem Umfang gerecht werden können:

Ungedeckter Versorgungsbedarf

Ein Vergleich der Höhe des Versorgungsbedarfs in den einzelnen Problembereichen mit dem Ausmaß an Unterstützungsleistungen, die KlientInnen aktuell erhalten, verweist auf erhebliche Diskrepanzen: Die meisten KlientInnen erhalten deutlich weniger Hilfe, als sie im Umgang mit den einzelnen Problemkomplexen benötigen würden (Vgl. Abbildung 9).

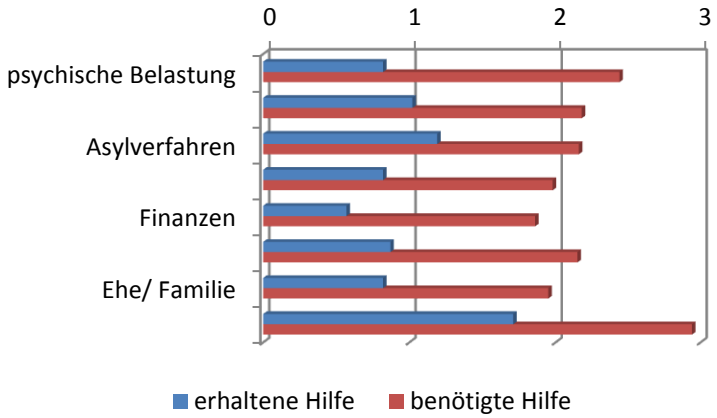


Abbildung 9: Vergleich erhaltener und benötigter Hilfeleistung

(Die Werte sind auf einer Skala von 0 („keine Hilfe“ erhalten/ benötigt) bis 3 ("viel Hilfe" erhalten/ benötigt) kodiert.)

Es kann angenommen werden, dass für diesen Befund verschiedene Variablen verantwortlich sind: der Schweregrad psychischer Leiden und sozialer Belastungen, mit denen traumatisierte Flüchtlinge die Behandlungszentren aufsuchen ebenso wie die umfassende gesellschaftliche Exklusion, mit der Flüchtlinge in zentralen Lebensbereichen konfrontiert sind. In erster Linie jedoch weist dieses Ergebnis darauf hin, dass die Versorgungskapazität der Psychosozialen Zentren nur für einen Bruchteil des Versorgungsbedarfs Hilfe suchender KlientInnen ausreicht.

7. Versorgungsdefizite

Das PSZ Sachsen-Anhalt in Halle und Magdeburg, refugio thüringen e.V. in Jena, sowie Caktus e.V. sind die jeweils einzigen spezialisierten Anlaufstellen für psychisch belastete Flüchtlinge in den drei Bundesländern. Die KlientInnen reisen aus allen Teilen der drei Bundesländer an und nehmen teilweise lange Fahrtwege in Kauf. Zugleich gehören sie zu den sehr kleinen Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in Deutschland und verfügen damit über deutlich weniger Behandlungskapazitäten als dies im Bundesdurchschnitt der Fall ist.

Begrenzte Versorgungskapazitäten

Besonders deutlich wird dies angesichts der langen Wartelisten, auf die KlientInnen in allen Einrichtungen treffen. Über die Hälfte aller KlientInnen konnte jeweils kein direkter Termin in der angefragten Einrichtung vermittelt werden: 53% aller Anfragen gelangen zunächst auf eine Warteliste (Vgl. Abbildung 10). Durchschnittlich befanden sich pro Zentrum etwa 93 Personen auf der Warteliste.

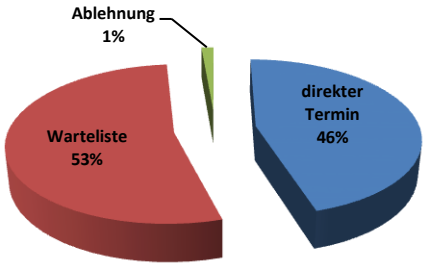


Abbildung 10: Terminvergabe und Warteliste

Lange Wartezeiten

Die Wartezeit betrug allein auf ein Erstgespräch durchschnittlich 9 Wochen, auf einen Therapieplatz durchschnittlich 6,5 Monate. 63% der KlientInnen warteten weit über ein halbes Jahr auf einen Therapieplatz - davon 13% sogar über ein Jahr. Insgesamt konnte nur bei 10% der Anfragen zeitnah ein Unterstützungsangebot gemacht werden (Vgl. Abbildung 11).

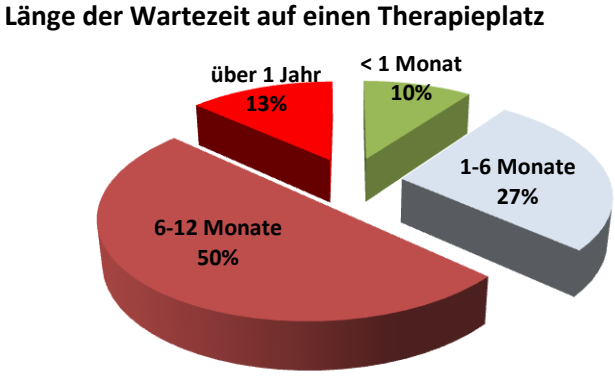


Abbildung 11: Wartezeiten auf Therapieplätze

Bereits hier wird deutlich, dass die Nachfrage nach Behandlungsplätzen das Behandlungsangebot der Psychosozialen Zentren um ein Vielfaches übersteigt. Betont sei jedoch an dieser Stelle, dass die meisten KlientInnen über andere Beratungsstellen vermittelt werden: Auch hier gibt es bereits **vorgeschaltete Filter**, da einige FlüchtlingsberaterInnen nur noch in ihnen ganz dringend erscheinenden Fällen KlientInnen an die überbelegten Zentren weitervermitteln. SozialarbeiterInnen in den Unterkünften stellen bei vielen Flüchtlingen vermehrt den Rückzug von jeglichen sozialen Kontakten fest. So kommt es zu Dekompensationen und suizidalen Krisen mit denen nicht-geschultes Personal alleine dasteht. Bei vielen Menschen, die auf einen Therapieplatz oder eine psychosoziale Erstbetreuung warten, handelt es sich um sehr dringliche Fälle. Entsprechend groß ist der Druck auf die Zentren.

Darüber hinaus verzeichnen alle drei Zentren gerade in den letzten Jahren ein **stetiges Ansteigen der Neuanmeldungen**. Im Jahr 2011 betrugen die durchschnittlichen Wartezeiten noch 4-5 Wochen. Vor dem Hintergrund der aktuellen politischen Situation in vielen Herkunftsländern ist absehbar, dass diese Fristen sich weiter verlängern werden.

Geringe Behandlungsressourcen

Die langen Wartezeiten, auf die KlientInnen in den Psychosozialen Zentren treffen, stehen in einem deutlichen Zusammenhang mit einem Mangel personeller Ressourcen in den Einrichtungen. Hier unterscheiden sich die ostdeutschen Zentren maßgeblich von den Einrichtungen im übrigen Bundesgebiet. Ein bundesweiter Vergleich der personellen Ressourcen in den Behandlungszentren ergab, dass die Zentren in Ostdeutschland mit nur der Hälfte des Personals auskommen müssen (Vgl. Abbildung 12): Während Behandlungszentren im Bundesdurchschnitt 5,2 volle Stellen für die Versorgung ihrer KlientInnen zur Verfügung stehen, sind es in den ostdeutschen Zentren lediglich 2,5. Ebenso sind hier etwa ein Drittel weniger freie MitarbeiterInnen – dabei insbesondere freie PsychotherapeutInnen beschäftigt.

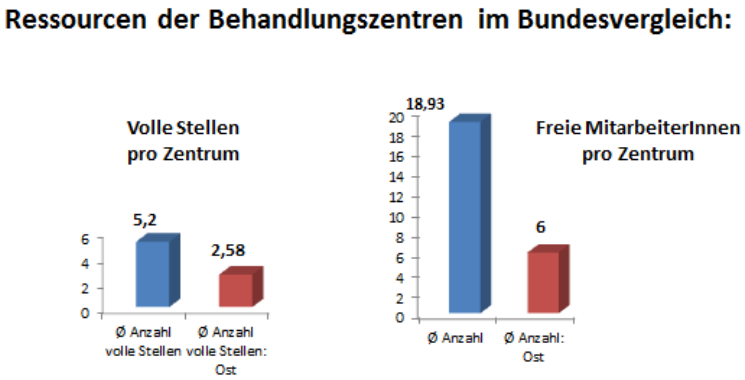


Abbildung 12: Ressourcen der Behandlungszentren im Bundesvergleich

Die Teams der drei Zentren in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen bestehen jeweils aus zwei bis drei PsychologInnen/ PsychotherapeutInnen, ein bis zwei SozialarbeiterInnen und jeweils einer Leitungs- und Verwaltungskraft. Das heißt, dass für das gesamte Versorgungsgebiet der Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen insgesamt lediglich 33 Mitarbeite-

rInnen überhaupt für die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge verfügbar sind - wobei die insgesamt 18 freien MitarbeiterInnen hier mit lediglich 1,7 Stunden pro Woche involviert sind.

Mit diesen personellen Ressourcen versorgten die drei Zentren im Jahr 2012 insgesamt 473 KlientInnen, jedes einzelne Zentrum dabei durchschnittlich 158:

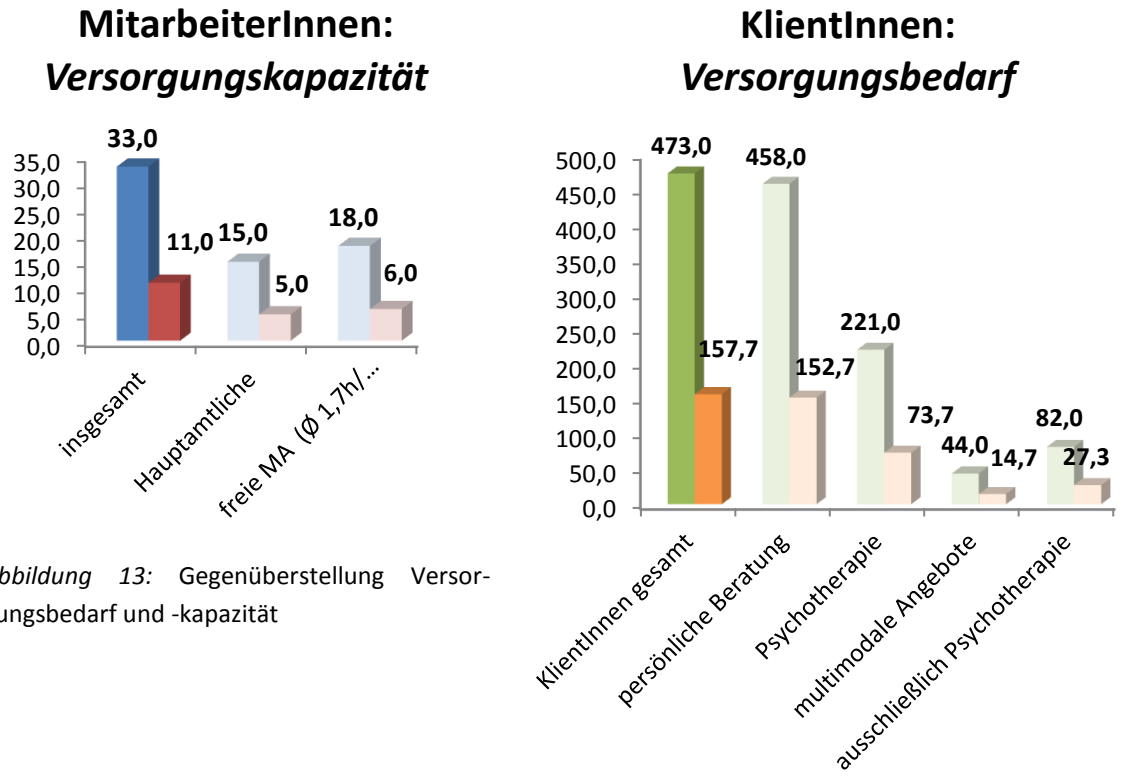


Abbildung 13: Gegenüberstellung Versorgungsbedarf und -kapazität

Hochgerechnet auf ein Kalenderjahr bedeutet das, dass einem Klienten/ einer Klientin im Einzugsgebiet der Zentren durchschnittlich **lediglich 2,6 Stunden pro Monat** zur Verfügung stehen dürften.

Selbst gemessen am klassischen einzelpsychotherapeutischen Setting wäre dieses Stundenkontingent bereits als unzureichend einzustufen. Die Klientinnen, die in den Behandlungszentren Hilfe suchen, benötigen jedoch in den meisten Fällen ein multimodales, integriertes Behandlungsangebot, eine Flankierung durch die Sozial- und Asylverfahrensberatung, durch kreative, familientherapeutische, körperorientierte Therapieprogramme, durch bildungs- und freizeitorientierte Angebote usw. Schon hier zeigt sich, dass diese Art der integrierten Versorgung nicht in 2,6 Stunden pro Klient und Monat leistbar ist. Angemerkt sei hier jedoch außerdem, dass selbst dieses durchschnittliche Kontingent pro KlientIn noch stark überschätzt ist, da auf jeden KlientIn noch ein nicht unerheblicher Teil administrativer Arbeiten, die Arbeitsstunden der DolmetscherInnen, der Buchhaltung, der Verwaltung, die Therapiedokumentation, Supervision, Abrechnung sowie auch die Fortbildungs- und Lobbyarbeit kommen, die all die 33 MitarbeiterInnen, die in den drei Behandlungszentren beschäftigt sind, zusätzlich zur Beratungs-/ therapeutischen Arbeit, leisten.

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

Instabile Finanzierung der Einrichtungen

Die Psychosozialen Zentren erhalten für ihre Versorgungsangebote keinerlei strukturelle Finanzierung. Sie verfügen über ein durchschnittliches Budget von 169.880 Euro, das fast ausschließlich in Form von Projektgeldern aus vielen verschiedenen Fördertöpfen akquiriert wird. Abbildung 14 verdeutlicht die Fragmentierung dieser Finanzierung:

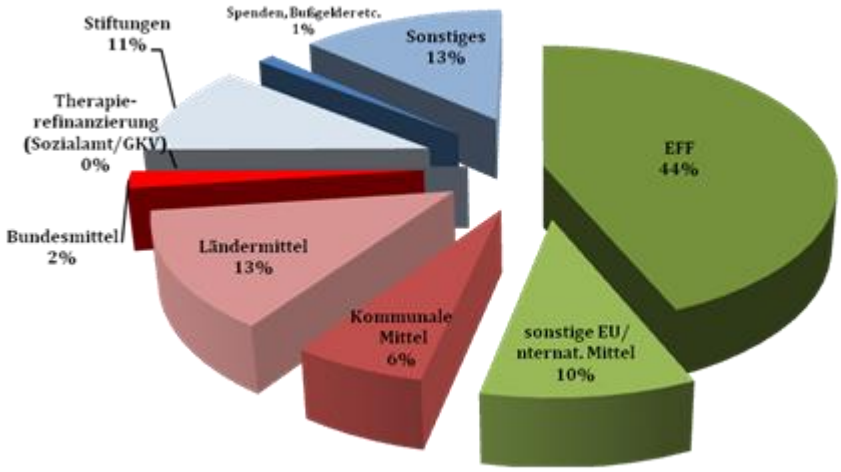


Abbildung 14: Finanzierung der Zentren 2012

Von Pionierarbeit zur stabilen Finanzierung? – Zur Geschichte der Behandlungszentren in Ostdeutschland

Die drei Zentren blicken auf eine relativ junge Geschichte zurück. Entstanden jeweils in den Jahren 2005 bis 2007 als kleine Projekte hat sich ihre Arbeit inzwischen konsolidiert und stetig erweitert. Die anspruchsvolle Arbeit findet allerdings nach wie vor unter wenig optimalen Rahmenbedingungen statt:

So spiegelt sich in der wechselvollen Geschichte der Zentren die chronische Unterfinanzierung und materielle Unsicherheit wider. Das PSZ Sachsen-Anhalt hat im Laufe seines 7-jährigen Bestehens zwei **Insolvenzen** des vormaligen Trägers überlebt. Die kurzfristige Finanzierung und **unsichere Job- und Berufsperspektive** sowie das Arbeiten an der Grenze führen immer wieder zu **Fluktuationen in der Mitarbeiterschaft.**

Supervision ist Bestandteil der Arbeit, steht aber längst nicht in dem Ausmaß zur Verfügung wie sie bei vergleichbarer Tätigkeit an anderer Stelle längst Standard ist.

Über die Hälfte der Haushalte werden aus den instabilen Fonds des Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF) sowie anderer europäischer und internationaler Fonds (z.B. „Pilot Projects for Victims of Torture“) finanziert (insgesamt 54%). Zu einem Viertel (insgesamt 25%) leben die Zentren von sonstigen Geldern aus kleineren Projekten, Kirchenmitteln, Stiftungs- und allzeit schwankenden Spendengeldern. All diese finanziellen Mittel müssen von den MitarbeiterInnen der Zentren jedes Jahr aufs Neue beantragt werden und lassen sich weder nach der Kontinuität im Mittelzufluss noch in der Höhe gut planen. Der Verwaltungsaufwand ist durch die Vielgestaltigkeit der Finanzierungsquellen enorm hoch.

Auffallend ist außerdem, dass insgesamt nur 6% der Finanzierung der Zentren durch die Kommunen, nur 13% durch die Länder und lediglich 2% durch den Bund getragen.

Anders als in anderen Bundesländern lagen auch die Refinanzierungsquoten für Psychotherapien durch die gesetzlichen Leistungsträger – das Sozialamt und die Gesetzliche Krankenkasse – im Jahr 2012 in Sachsen, Sachsen-Anhalt und in Thüringen übereinstimmend bei 0%.

Kostenübernahmen durch die Sozialämter - die nach AsylbLG dafür zuständig sind - sind demnach eine Seltenheit. Nur in Jena gibt es eine Leistungsvereinbarung zwischen der Stadt und refugio thüringen e.V., durch die sich die Kommune an den Kosten für Psychotherapie beteiligt. Auch die Stadt Erfurt übernimmt Kosten für psychotherapeutische Behandlungen bei refugio thüringen e.V. In den übrigen Kommunen und Landkreisen sowie in den beiden anderen Bundesländern wurden die Versuche, Fahrt- oder Dolmetscherkosten für die Wahrnehmung psychotherapeutischer Gespräche bei den Sozialämtern zu beantragen, in der überwiegenden Anzahl der Fälle abgelehnt.

Spezielle Barrieren im Zugang zur gesundheitlichen Regelversorgung

In Anbetracht der wachsenden Kapazitätsprobleme, die sich in den Zentren zeigen, versuchen die Einrichtungen seit langem verstärkt, KlientInnen an Versorgungsstrukturen der Regelangebote weiter zu vermitteln. Sie bemühen sich, niedergelassene KollegInnen und Kliniken in die Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern einzubinden, sie für deren besonderen Versorgungsbedarf sowie spezifische Zugangsbarrieren auf dem Weg durch das deutsche Gesundheitssystem zu sensibilisieren.

Dies ist allerdings im Einzugsgebiet der ostdeutschen Zentren mit verschiedenen Schwierigkeiten verbunden: So konnten im Erhebungszeitraum 2012/13 nur 16% (42 von 261) der KlientInnen überhaupt weitervermittelt werden (Vgl. Abbildung 15).

Die Vermittlungsquote **an niedergelassene PsychotherapeutInnen liegt bei lediglich 1%** (insgesamt 2 Personen), die an niedergelassene ÄrztInnen bei 3% (insgesamt 8 Personen).

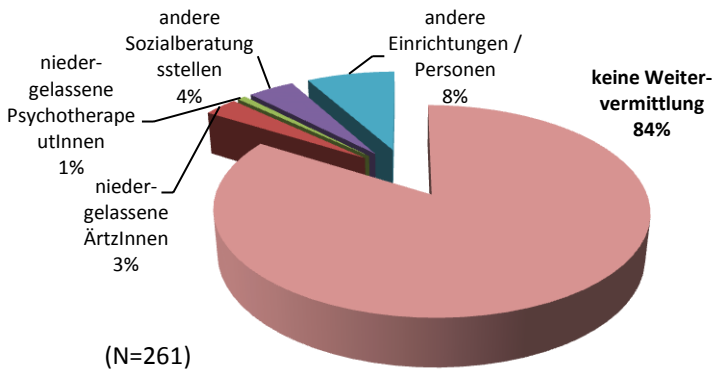


Abbildung 15: Vermittlungsquoten in Regelangebote

Angemerkt sei hier jedoch auch, dass auch in Fällen erfolgreicher Vermittlung oft lediglich eine **Teilvermittlung** in die Regelsysteme stattfindet: Für den/ die KlientIn konnte ein Therapieplatz bei niedergelassenen KollegInnen gefunden werden, für sozial- und aufenthaltsrechtliche Schwierigkeiten ist jedoch zumeist weiterhin eine enge Zusammenarbeit mit den Psychosozialen Zentren nötig.

Schwierigkeiten bei der Vermittlung an niedergelassene ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen

Bei ihren Bemühungen, ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen für die Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern zu motivieren, stoßen die Behandlungszentren sowohl auf Herausforderungen, mit denen auch KollegInnen auf dem übrigen Bundesgebiet konfrontiert sind, als auch auf spezifische regionale Zugangsschwierigkeiten.

Begrenzte Versorgungskapazitäten

Behandlungsplätze sind auch bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen begrenzt, die Wartezeiten sind, wenn auch geringer als in den Psychosozialen Zentren, so doch noch immer sehr lang.

hoher bürokratischer und sozialarbeiterischer Aufwand

Das Kostenerstattungsverfahren über die Sozialämter ist kompliziert und wird von vielen KollegInnen gescheut. Die notwendige zusätzliche Sozialarbeit, die in Verbindung mit der unsicheren aufenthaltsrechtlichen Situation der KlientInnen nötig wird, ebenso wie die langwierigen und komplexen Verwaltungsaufgaben im Zusammenhang mit der Kostenübernahme von Behandlungen werden als zusätzliche Hürden empfunden.

Unsicherheiten in der Arbeit mit DolmetscherInnen

Oftmals wird an der Effektivität von Psychotherapie über DolmetscherInnen gezweifelt oder sind qualifizierte DolmetscherInnen nicht verfügbar bzw. werden nicht bezahlt. Auch die Arbeit im interkulturellen Setting ist nicht allen KollegInnen vertraut.

Fehlende Expertise in der Behandlung der Zielgruppe

Die Erfahrungen der Zentren zeigen darüber hinaus, dass die gesundheitliche Regelversorgung auch qualitativ nicht ausreichend auf die Behandlung Geflüchteter vorbereitet ist: Niedergelassene ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen verfügen oftmals über wenig Erfahrung in der spezialisierten Diagnostik und Behandlung der Zielgruppe. Traumatisierungen bei Flüchtlingen werden häufig nicht als solche erkannt. Im hausärztlichen und auch im psychiatrischen Kontext werden traumatisierte Flüchtlinge oft mit sehr hohen Dosen Psychopharmaka behandelt, ohne über Neben- bzw. Wechselwirkungen aufgeklärt worden zu sein und ohne dass die Medikation durch psychotherapeutische oder psychosoziale Unterstützung begleitet wird.

Es geht auch anders…

Beispiel einer erfolgreichen Zusammenarbeit des PSZs mit niedergelassener Kollegin

Eine Klientin wendet sich mit depressiver Symptomatik an das PSZ Sachsen-Anhalt. Sie hat einen Aufenthalt nach § 25 III und ist dementsprechend über eine gesetzliche Krankenkasse krankenversichert. Sie spricht sehr gut deutsch. Die Klientin wird deswegen an eine niedergelassene Psychotherapeutin weitervermittelt, die auch nach relativ kurzer Wartezeit einen Therapieplatz anbieten kann.

Im Verlauf der Therapie treten sozialrechtliche Fragen bezüglich der Wohnsitzauflage auf, die für den therapeutischen Prozess von Bedeutung sind. Es wird ein gemeinsames Gespräch zwischen der niedergelassenen Psychotherapeutin, einem Mitarbeiter des PSZ und der Klientin vereinbart, um die aufgekommen Fragen soweit wie möglich zu beantworten und die Zuständigkeiten bei der Bearbeitung weiterer Fragen zu klären.

Sprachbarrieren

Vor allem psychiatrische Kliniken setzen oftmals keine DolmetscherInnen ein und fühlen sich mit den speziellen Bedürfnis- und Problemkonstellationen Geflüchteter überfordert. Entspre-

chend werden KlientInnen meist sehr schnell entlassen - ohne dass eine bedarfsgerechte Intervention diagnostisch begründet und durchgeführt werden konnte.

Vorbehalte und Berührungsängste

Vor allem aber bestehen gegenüber der Arbeit mit Flüchtlingen, insbesondere Opfern von Folter häufig Vorbehalte und Berührungsängste: Es herrschen Bedenken hinsichtlich der Therapiefähigkeit und Zuverlässigkeit der KlientInnen und Berührungsängste gegenüber Menschen mit vermeintlich anderem kulturellem Hintergrund. Auch die Befürchtung, von Flüchtlingen ohne festen Aufenthalt für das Asylverfahren instrumentalisiert zu werden, ist hier von Bedeutung.

Die Erfahrungen der Zentren zeigen außerdem, dass niedergelassene KollegInnen sich oft an die Zentren wenden, weil sie die eigene Expertise in der Behandlung von Extremtraumatisierungen infolge von Krieg, Verfolgung, Folter, und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen als begrenzt sehen und sich mit der Heftigkeit von Erlebnissen andauernder Gewalt überfordert fühlen. Vermittlungen aus der gesundheitlichen Regelversorgung an die Psychosozialen Zentren sind somit ein weit häufigeres Phänomen als anders herum die Vermittlung aus dem Zentrum heraus in die Regelversorgung.

Institutionelle Barrieren und strukturelle Diskriminierung

Weitere Schwierigkeiten ergeben sich für Flüchtlinge auf dem Weg durch das deutsche Gesundheitssystem bedingt durch ausgrenzende Strukturen sowie offen oder verdeckt ablaufende Abwertungs- und Diskriminierungsprozesse sowohl in Institutionen der öffentlichen Verwaltung als auch innerhalb der Öffentlichkeit.

Der Fall Frau Adaevas, einer 41jährigen Frau aus Dagestan, die mit ihrem 9jährigen Sohn in einer ostdeutschen Kleinstadt lebt, gibt hier einen Einblick:

Aus der Praxis: *Abwertungs- und Diskriminierungserfahrungen*

Frau Adaeva berichtete, in ihrem Landkreis keinerlei psychologische Unterstützung zu erhalten. Vor diesem Hintergrund sucht sie in einem ca. 250 km entfernten PSZ in einer Großstadt Hilfe. Sie betonte mehrfach die respektvolle, wohlwollend-zugwandte Atmosphäre, mit der ihr hier begegnet werde, um anschließend herauszustellen, dass ihr dieser Respekt, dieses Wohlwollen in ihrem Wohnort vollständig fehle. Auf konkretere Nachfrage hin spezifizierte sie die institutionelle Interaktion dort als unmenschlich und abfällig:

> *„Dort ist es so, dass man in keiner einzigen Organisation so etwas hat, dort gibt es auch nicht so viele Flüchtlinge wie hier, aber viele russischsprachige Leute. Und dort wird man eben nicht so nett angeguckt, wenn man irgendwo in einer Organisation ist.*
>
> *I: Wie wird man da angeguckt?*
>
> *„Wie, ich weiß nicht, wie ich das richtig sagen soll, also nicht wie Menschen, wie Abfall eigentlich."*

Analog dazu beschrieb sie z.T. auch ihre Erfahrungen innerhalb des Versorgungssystems: Auch hier habe sie sich bzw. ihren Sohn durch die ÄrztInnen in der Region „anders" behandelt gefühlt als andere Personen. So nehme sie ärztlicherseits eine mangelnde Bereitschaft zum angemessenen Umgang mit ihrem Kind wahr, die sie explizit mit ihrem Aufenthaltsstatus verbinde:

> *„Jeder Arzt, der bei uns im Krankenhaus vorbeikam, hat sofort nach unserem Status gefragt. Und als er dann gehört hat, dass er weder positiv noch negativ ist sondern ungewiss, haben wir immer die Antwort bekommen 'Ja, mit so einem Status, dann...' (...) Das habe ich eben gesehen, wie man sich uns gegenüber verhält, das ist ein anderes Verhalten als gegenüber anderen. Sogar mit dem Kind, zum Beispiel wenn ein EEG durchgeführt wird, das Kind verhält sich manchmal ein bisschen eigenwillig und steht spontan auf oder so. Und sie können nicht einmal mit dem Kind richtig umgehen."*
>
> *I: Okay. Weil sie unsicher sind?*
>
> *„Nein, mir scheint weil sie nicht wollen"*

Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme für Psychotherapien durch die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger

Auch die Erfahrungen der Psychosozialen Zentren mit Leistungsträgern zeigen, dass Flüchtlinge im Gesundheits- und Sozialwesen oftmals verschiedenen Formen institutioneller Diskriminierung ausgesetzt sind:

Ihre Anträge auf Leistungen zur gesundheitlichen Rehabilitation, so auch diejenigen auf spezialisierte Psychotherapien, werden von den zuständigen Leistungsträgern, d.h. den Sozialämtern und den Krankenkassen, häufig abgelehnt. Ebenso werden die Kostenübernahmen für Dolmetschereinsätze, die für eine angemessene Versorgung der Zielgruppe nötig sind, durch die Leistungsträger, hier v.a. auch die Gesetzlichen Krankenkassen, oft nicht bewilligt.

Teilweise werden für diese Ablehnungen keine inhaltlichen Begründungen zugestellt, obwohl fachliche Begründungen nach den Regeln der Kostenübernahme für Psychotherapien nach den Richtlinienverfahren für GutachterInnen verpflichtend sind. Demnach ist ein/-e GutachterIn verpflichtet, die Argumente, die zur Ablehnung führten, schriftlich und bezogen auf alle Aspekte des Antrages – von Symptomatik bis Prognose der Therapie - an antragstellende PsychotherapeutInnen zu übermitteln.

Häufig gehen Amtsärzte nicht auf die empfohlene Traumatherapie ein, sondern legen stattdessen eine ambulante psychiatrische Behandlung nahe. Diese ist jedoch zumeist aus guten Gründen nicht beantragt worden. Zum einen, befinden sich KlientInnen oftmals bereits in Behandlung bei einem/-r PsychiaterIn. Da diese Maßnahmen (allein) jedoch nicht die erforderliche psychische Entlastung erzielen konnten, wurde eine Psychotherapie vorgeschlagen und ausführlich begründet. Auch Konsiliarberichte von Haus-und FachärztInnen, durch die

Beispiel für eine *nicht funktionierende Zusammenarbeit zwischen* dem PSZ Halle und dem Gesundheitsamt Wittenberg:

Unsere Klientin leidet unter starken Rückenschmerzen und erhält am 07.07.2013 von der Hausärztin eine Verordnung für 6 Stunden Manuelle Therapie. Die Klientin reicht diese beim Sozialamt Wittenberg zur Genehmigung ein. Weil sie vom Sozialamt keine Nachricht über eine Bewilligung erhält, fragen sowohl die Klientin als auch ihre Hausärztin mehrmals an, wann denn mit einer Entscheidung zu rechnen sei. Der zuständige Sachbearbeiter verweist darauf, dass er die Verordnung zur Prüfung an den amtsärztlichen Dienst des Gesundheitsamtes Wittenberg weitergeleitet habe und auf dessen Entscheidung warte. Die Ärztin schreibt einen Arztbrief an das Sozialamt und weist auf die akuten Schmerzen, die sich dazu noch verschlimmert haben, hin und betont noch einmal, dass die von ihr verordnete Manuelle Therapie dringend erforderlich sei. Inzwischen ist das erste Rezept verfallen und sie musste am 28.10.2013 ein neues Rezept ausstellen.

Die Schmerzen der Klientin werden immer stärker. Inzwischen hat ihre Hausärztin beschlossen, sie zur stationären Behandlung in ein Krankenhaus einzuweisen.

Die zuständige Sozialarbeiterin des PSZ Halle hat sich ebenfalls mehrmals telefonisch beim Sozialamt Wittenberg nach dem Bearbeitungsstand erkundigt und erhielt jedes Mal die Antwort: Es wird vom Gesundheitsamt geprüft und entschieden. Bei meinem letzten Telefonat am 28.11.2013 verweigerte mir der Sachbearbeiter eine Auskunft darüber, wann die Klientin mit der Entscheidung rechnen könne. Die Entscheidung läge beim Gesundheitsamt.

Auf meinen Hinweis, dass die Klientin nun schon über 4 Monate warte und der Zustand sich verschlimmert habe, und meinem Hinweis auf die noch wesentlich höheren Folgekosten, antwortete mir der Sachbearbeiter: Es gehe nicht um die Kosten, sondern um die Prüfung, ob die verordnete Behandlung überhaupt notwendig sei. Die Bitte der Sozialarbeiterin, dass er beim Gesundheitsamt noch einmal auf die Dringlichkeit hinweisen möge, lehnte er ab. Ebenso verweigerte er mir die Information, wer der zuständige Amtsarzt sei und wie ich mich direkt bei ihm erkundigen könne. Ich solle wieder beim Sozialamt nachfragen.

Er könne aber jetzt – d.h., nach 4 Monaten - noch nichts dazu sagen.

eine fachlich eindeutige Einschätzung der Notwendigkeit attestiert wird, werden für die Begutachtung oft nicht berücksichtigt. Zum Teil gestaltet sich die Bearbeitung der Anträge auf Psychotherapien schließlich so langwierig, dass entsprechende Störungen und Leidenszustände chronifizieren oder aber kostenintensive stationäre Interventionen nötig werden.

Der Fall von *Frau M. aus Armenien* zeigt auf, welche Konsequenzen diese Verwaltungspraxis für Betroffene haben kann:

Aus der Praxis: Frau M. aus Armenien

Gewalt in Armenien
Im Juli 2008 sind drei Männer in ihr Haus gestürmt, die ihren Ehemann suchten, berichtet Frau M. Bei den gewalttätigen Auseinandersetzungen wird die im fünften Monat schwangere Frau grob zu Boden gestoßen und verliert dabei ihr Kind. Ein Arzt im Krankenhaus teilt ihr mit, dass sie vermutlich keine Kinder mehr bekommen kann. Der Druck der Familie, v.a. von Seiten ihrer Schwiegermutter, trotzdem einen männlichen Nachfahren zu gebären, erhöht sich ständig und ist kaum mehr auszuhalten. Immer wieder wird sie bedrängt und beschimpft.

Flucht nach Deutschland
Zusammen mit ihrem Ehemann und ihrer 6-jährigen Tochter entflieht sie im Oktober 2009 schließlich den unerträglichen Umständen in Armenien und stellt einen Antrag auf Asyl in Deutschland. In der Landeserstaufnahmestelle in Eisenberg fällt der zuständigen Krankenschwester bereits auf, dass sich Frau M. in einer sehr schlechten psychischen Verfassung befindet. Sie meldet die Frau im November 2009 im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge refugio thüringen e.V. zur psychotherapeutischen Behandlung an.

Kein Zugang zu medizinischer Versorgung
Noch im gleichen Monat wird sie in eine Gemeinschaftsunterkunft nach Greiz umverteilt. Für die Familie mit einem Kind steht nur ein kleiner Raum zur Verfügung. Notwendige medizinische Untersuchungen und Behandlungen werden der Frau vom zuständigen Sozialamt verwehrt.

Behandlung im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge
Im Januar 2010 führt die Sozialarbeiterin des Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge mit ihr ein psychosoziales Erstgespräch. Aufgrund ihres schlechten Allgemeinzustandes wird Frau M. sehr zeitnah ein Therapieplatz in der Einrichtung zur Verfügung gestellt, ein psychologisches Erstgespräch findet im Februar statt.

Belastung durch traumatische Erlebnisse
Durch die traumatische Erfahrung der Fehlgeburt, besonders schmerzhaft gerade auch vor ihrem kulturellen Hintergrund betrachtet, leidet sie neben zahlreichen physischen Symptomen v.a. unter Schlaf- und Konzentrationsstörungen. Sie hört immer wieder Kinderstimmen und der Anblick von kleinen Kindern belastet sie so stark, dass sie sich mehr und mehr zurückzieht.
Frau M. ist in Deutschland gestattet. Die medizinische Abklärung ihres Wohles (Kinderwunschs) gestaltet sich aufgrund ihres Aufenthaltstatus äußerst schwierig, was die therapeutische Intervention und perspektivische Verbesserung massiv erschwert.

Stationäre Aufnahme mangels ambulanter Behandlungsmöglichkeiten
Da eine psychiatrische Mitbehandlung vom Sozialamt in Greiz trotz diagnostizierter schwerer Depression sowie einer Panikstörung nicht unterstützt wird, erwirkt das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge einen stationären Aufenthalt in einer Klinik, wo Frau M. zusätzlich eine PTBS diagnostiziert wird.

Abschiebung trotz Abschiebehindernis
Zeitgleich steht das Thema der Aufenthaltssicherung ständig im Raum und wird auch mit dem Ehemann von Frau M. in der psychosozialen Beratung thematisiert. Gegen die Ablehnung des Asylantrages ist zu diesem Zeitpunkt schon Klage eingereicht.

Nach der endgültig negativen Entscheidung des Asylverfahrens flieht die Familie aus Verzweiflung zunächst nach Frankreich und später weiter nach Belgien. Nach zwangsweiser Rückkehr nach Deutschland nimmt Frau M. im November 2011 die Therapie im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge wieder auf. Erneut wird ein Asylantrag gestellt. Massive Verunsicherungen bezüglich einer unverhinderlichen Abschiebung verursachen zusätzliche somatische Symptome und vermehrte Suizidgedanken. Zunehmend belasten sie auch Sorgen um ihre Tochter.

Letzter Kontakt mit der Familie bestand am 26.03.2012. Am frühen Morgen des 27.03.2012 wurde die Familie mit einem Ärzteteam, bestehend aus vier Personen nach Armenien abgeschoben. Ein Ablehnungsbescheid des vorher gestellten Antrags auf Erteilung einer humanitären Aufenthaltserlaubnis von den Behörden in Greiz erging nicht.

8. Fazit

Die psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in den ostdeutschen Bundesländern ist unzureichend. Ein Versorgungsanspruch für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge besteht zwar formal durch die Bindung an EU-Richtlinien, an den UN-Sozialpakt sowie weitere internationale Menschenrechtskonventionen und – eingeschränkt – sogar auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes. Die Analysen zur Versorgungssituation besonders vulnerabler Flüchtlinge in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen zeigen jedoch, dass dieser hier in der Praxis nur unter großen Schwierigkeiten einzulösen ist.

Opfer von Verfolgung und schwerer Gewalt werden im Zugang zu Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen auf mehreren Ebenen direkt und indirekt behindert: In keinem der drei Bundesländer reichen die Versorgungskapazitäten der Psychosozialen Zentren aus, um auf den hohen Bedarf Hilfe suchender Flüchtlinge zu reagieren. Über die Hälfte der KlientInnen, die in das Behandlungsprogramm der Einrichtungen aufgenommen werden möchten, gelangen zunächst auf eine Warteliste. Die Wartezeiten liegen in allen Einrichtungen bei weit über einem halben, oft auch bei über einem Jahr – Tendenz steigend, wie die stetig ansteigenden Neuanmeldungen in den Zentren erwarten lassen. Für die Betroffenen verlängern derart hohe Wartezeiten bis zum Behandlungsbeginn die oft ohnehin jahrelangen Zeitspannen psychischen Leidens, entsprechende Störungen und Leidenszustände chronifizieren und oft werden kostenintensive stationäre Interventionen nötig.

Nach allem was wir aus epidemiologischen Untersuchungen über die hohe Prävalenz psychischer Erkrankungen bei Flüchtlingen wissen, verwundert der große Andrang auf die Zentren nicht. Zunächst einmal macht er nachdrücklich den enormen Bedarf an psychosozialer und psychotherapeutischer Unterstützung bei Flüchtlingen deutlich. Zugleich spiegelt er wieder, dass außerhalb der Zentren kaum Anlaufstellen für Flüchtlinge existieren. Eine Versorgung von Flüchtlingen durch Angebote der gesundheitlichen Regelversorgung scheint vor dem Hintergrund struktureller ebenso wie interaktioneller Barrieren zum ak-

Es geht auch anders:

***Gute Zusammenarbeit* zwischen dem PSZ Halle und dem Gesundheitsamt Merseburg**

Da im Einzugsbereich des Gesundheitsamtes und Sozialmedizinischen Dienstes in Merseburg eine Gemeinschaftsunterkunft für Asylbewerber liegt und wir mehrere Flüchtlinge als Klienten im PSZ in Halle behandeln und betreuen, arbeiten wir häufig mit dem Gesundheitsamt Merseburg zusammen.

Erhält die zuständige Ärztin des Gesundheitsamtes den Auftrag zur amtsärztlichen Untersuchung (Aufenthaltserlaubnis aufgrund gesundheitlicher und psychischer Belastung, Reisefähigkeit, dezentrale Unterbringung u.a.) durch die Ausländerbehörde oder das Sozialamt und ist sie informiert, dass der zu begutachtende Flüchtling schon ein/eine Klientin des PSZ ist, wendet sie sich an uns und bittet um Informationen über den Gesundheitszustand des/der Klienten/in und - falls schon vom PSZ erstellt, die Übersendung einer Stellungnahme. Ebenfalls verweist sie auch Flüchtlinge, die traumatisiert und psychisch belastet sind, an unsere Beratungsstelle.

Wir können ebenfalls dort anrufen wenn wir Rückfragen haben. Es besteht eine gute wechselseitige Kommunikation.

tuellen Zeitpunkt kaum möglich – die Quoten für die Vermittlung von Flüchtlingen aus den Behandlungszentren an niedergelassene PsychotherapeutInnen liegen bei 1%.

Darüber hinaus weist die hohe Nachfrage in den Behandlungszentren darauf hin, dass das multiprofessionelle, flexible und ganzheitliche Angebot der Zentren gut angenommen wird und auf den Bedarf der KlientInnen eingehen kann. Aus der Beschreibung der komplexen Aufgabenstellung bei der therapeutischen Begleitung von Flüchtlingen, lässt sich leicht nachvollziehen, dass es hierfür Schwellen in Regelversorgung gibt: Es ist manchmal schwer, den genauen Platz einer medizinisch-therapeutischen Arbeit in der Unterstützung von Menschen auszumachen und abzugrenzen: Psychische Belastungen stehen in einer unmittelbaren Wechselwirkung mit schwierigen äußeren Lebensbedingungen von Flüchtlingen. Eine Behandlung muss komplizierte aufenthaltsrechtliche und sozialrechtliche Rahmenbedingungen mit berücksichtigen, erfordert eine interkulturelle Offenheit und besondere Flexibilität. Hinzu kommen die beschriebenen bürokratischen Hürden bei der Beantragung von Kostenübernahmen.

Überaus deutlich wurde hier, wie stark Versorgungsdefizite in den einzelnen Regionen mit der chronischen Unterfinanzierung und materiellen Unsicherheit der Behandlungszentren zusammenhängen: Bund, Länder und Kommunen sehen sich – wenn überhaupt - nur zu einem Bruchteil für die Finanzierung der hier angebotenen Behandlungsleistungen in der Verantwortung. Die Kostenübernahme durch die eigentlich gesetzlich zuständigen Leistungsträger – das Sozialamt bzw. die Gesetzliche Krankenversicherung – lagen in allen drei Bundesländern übereinstimmend bei 0%. In der Zusammenarbeit mit Sozial- und Gesundheitsämtern stoßen alle Behandlungszentren immer wieder auf Widerstände und ausgrenzende Strukturen.

Dennoch wurde hier auch sichtbar, dass Politik und Verwaltung sich in einigen Kommunen mehr und mehr für die Bedürfnisse von Flüchtlingen öffnen, mit den Psychosozialen Zentren zusammenarbeiten bzw. diese sogar unterstützen (Vgl. Textboxen zu Jena und Merseburg *„Es geht auch anders"*). Diese Entwicklungen sollten als Modelle guter Praxis verbreitet und von anderen Regionen als Anstoß begriffen werden, passende Kooperations- und Unterstützungskonzepte zu etablieren.

Es geht auch anders:

Unterstützung des PSZ durch die Stadt Jena

Angesichts der instabilen Finanzierungslage müssen alle Behandlungszentren kontinuierlich mit Förderern und Leistungsträgern in Kontakt treten um neue Mittel einzuwerben. Oft bleibt dies erfolglos, scheitert am politischen Willen oder aber begrenzten Haushalten.

So schrieb auch refugio thüringen e.V. alle Landkreise des Bundeslandes mit der Bitte um eine pauschale finanzielle Unterstützung des Zentrums an. Nach zahlreichen Gespräche u.a. mit dem Oberbürgermeister, der Ausländerbeauftragten und dem Fachdienst Soziales der Stadt Jena konnten die KollegInnen schließlich ein auch auf für andere Kommunen vielversprechendes Fördermodell erwirken:

Vereinbarung mit der Stadt: Kostenübernahme für 5 KlientInnen/ Woche
Um traumatisierten Flüchtlingen eine zeitnahe Therapie zu ermöglichen, wurde daher eine Leistungsvereinbarung nach SGB XII geschlossen. Im Rahmen dieser Vereinbarung zwischen der Stadt Jena und dem Psychosozialen Zentrum finanziert die Stadt die Psychotherapiekosten von 5 KlientInnen pro Woche.

Leistungsspektrum
Eine Therapieeineinheit dauert ca. 1,5h. Da auch Stellungnahmen verfasst werden, Vor- und Nachgespräche mit den DolmetscherInnen gehalten werden, die Arbeit mit SozialarbeiterInnen und ÄrztInnen koordiniert und diverse Telefonate geführt werden müssen wurde sich auf eine Finanzierung von insgesamt 10 Psychotherapie-Stunden pro Woche geeinigt.

Fazit
Zu Gute kommt dieses Fördermodell allerdings lediglich KlientInnen, die in der Stadt Jena wohnhaft sind.

Entsprechend sollte es vorbildhaft als Modell auch für andere Kommunen in Thüringen und darüber hinaus fungieren.

Reformbedarf

Aus der enormen Diskrepanz, die zwischen dem Versorgungsbedarf traumatisierter Flüchtlinge auf der einen und den vorhandenen Versorgungsstrukturen auf der anderen Seite aufklafft, ist abzuleiten, dass ein Ausbau der Behandlungsressourcen für diese besonders vulnerable Zielgruppe v.a. in den ostdeutschen Bundesländern dringend geboten ist.

Besonders schutzbedürftige Flüchtlinge haben ein Recht auf umfassende und nachhaltige Rehabilitation, Betreuung und Behandlung. Unser Ziel als Aufnahmegesellschaft sollte es daher sein, ihnen Möglichkeiten zur Wiederherstellung ihrer physischen, psychischen, sozialen und beruflichen Fähigkeiten, zu gesellschaftlicher Inklusion und lebendiger Partizipation in allen Bereichen des Lebens zu gewähren. Interventionen zum Abbau von Zugangsbarrieren müssten dabei sowohl innerhalb des Gesundheitssystems selbst, als auch in einem weiteren gesundheits- und sozialpolitischen und auch im asylrechtlichen Kontext ansetzen.

Politik und Verwaltung müssen einen verbindlichen Rahmen dafür schaffen, dass die bestehenden Psychosozialen Zentren adäquat auf den Versorgungsbedarf traumatisierter Flüchtlinge reagieren können. In Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen reichen die Behandlungsressourcen in den Zentren hierfür nicht aus - es sind politische Entscheidungen nötig, die Ressourcen für den Abbau struktureller Barrieren und gesundheitswidriger Lebensverhältnisse mobilisieren und eine langfristige Konsolidierung der Behandlungszentren als Schnittstelle zwischen Gesundheitswesen und Menschenrechtsarbeit ermöglichen.

So sind die auf die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge spezialisierten Zentren in ihrer Arbeit sowohl finanziell durch die Bereitstellung öffentlicher Mittel als auch institutionell durch den Abbau von Barrieren zu unterstützen:

Zum einen bedarf das multimodale, integrierte Behandlungs- und Beratungsspektrum, wie es die Psychosozialen Zentren aktuell anbieten, einer öffentlich finanzierten Basisförderung, die dauerhaft strukturell verankert ist.

Zum anderen ist eine geregelte Kostenübernahme der Angebote der spezialisierten Einrichtungen durch die Leistungsträger der Gesundheitsregelversorgung erforderlich - etwa durch die Erstattung der Kosten für Psychotherapien (einschließlich der hierfür notwendigen Dolmetscherkosten), die durch die in den Psychosozialen Zentren arbeitenden TherapeutInnen durchgeführt werden.

Gewiss ist allerdings, dass die Zentren die psychotherapeutische Versorgung von Flüchtlingen nicht allein abdecken können. Auch das allgemeine Gesundheits- und Sozialwesen muss sich grundlegend für die Bedürfnisse und Stärken Schutz suchender Menschen öffnen. Nirgendwo sonst jedoch gibt es in den drei Bundesländern derzeit vergleichbare Erfahrungen in der therapeutischen Arbeit an der Schnittstelle zwischen Flüchtlingsarbeit und Psychotherapie. ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen der psychiatrisch-psychotherapeutischen Regelversorgung müssen entsprechend stärker für die speziellen Bedürfnisse und Problemlagen vulnerabler Flüchtlinge

sensibilisiert, Vorbehalte und Berührungsängste durch Informations- und Fortbildungsveranstaltungen abgebaut werden.

Es gilt, ein Netzwerk aufzubauen, in dem sich gemeinsam mit den Psychosozialen Zentren auch niedergelassenen KollegInnen bzw. Kliniken für eine bedarfsgerechte, ganzheitlichen Versorgung der Betroffenen einsetzen.

Nicht zuletzt könnten die Prognosen für eine Verarbeitung und Integration traumatischer Erfahrungen sowie eine Rückkehr in den Alltag entscheidend durch Verbesserungen in den Lebensbedingungen erhöht werden, die Flüchtlinge in den einzelnen Bundesländern vorfinden. In diesem Zusammenhang müssten jedoch zugleich ebenso rechtliche Unsicherheiten und staatliche Abhängigkeiten minimiert, der Aktivitätsradius der Betroffenen erweitert und entsprechend auch die Erreichbarkeit von Unterstützungsmöglichkeiten verbessert werden: So würden Wahlmöglichkeiten in Bezug auf Wohnort und –form, ein grundlegendes Recht auf Bewegungsfreiheit sowie die Erlaubnis, einer Erwerbstätigkeit nachzugehen, Flüchtlingen die Chance geben, ein „normales Leben“ zu führen und sich aktiv in die Gesellschaft einzubringen.

Zentrale Forderungen:

- Anerkennung des Unrechts, das Folterüberlebende erlitten haben, sowie des Rechts auf Rehabilitation durch Politik und Gesellschaft
- Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen, auf dem Versorgungsgebiet der BRD
- Gewährleistung *„medizinischer und psychologischer ebenso wie rechtlicher und sozialer Leistungen“*, die Opfern von Folter gemäß des UN-Antifolterabkommens eine *„so vollständige Rehabilitation wie möglich“* gewährleisten
- Langfristige Konsolidierung der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer als „Schnittstelle“ zwischen Gesundheitswesen und Menschenrechtsarbeit
- Strukturelle Verankerung einer Basisfinanzierung für die Sicherstellung der Arbeit der Zentren für die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung traumatisierter Flüchtlinge in Ostdeutschland
- Kostenübernahme für qualifizierte Psychotherapien unabhängig vom Aufenthaltsstatus: gleicher Anspruch auf Psychotherapie auch für Empfänger von Leistungen nach AsylbLG
- Einsatz qualifizierter DolmetscherInnen als integralem Bestandteil der Gesundheitsversorgung: Kostenübernahme für Dolmetschereinsätze
- Diskussions- und Handlungsbereitschaft seitens der Institutionen und AkteurInnen des Gesundheits- und Sozialwesens: Etablierung von thematischen Runden Tischen, Informations- und Fortbildungsangeboten, Kooperationsgesprächen mit Politik und Verwaltung, Fachverbänden, Ärzte- und Psychotherapeutenkammern
- Bildung von Netzwerken mit niedergelassenen TherapeutInnen, ÄrztInnen und Kliniken zur gemeinsamen Versorgung von Flüchtlingen und Opfern von Folter
- Aufnahme von Diagnostik und Therapie mit traumatisierten Flüchtlingen als integralen Bestandteil der Weiterbildungscurricula für ÄrztInnen und psychologische PsychotherapeutInnen

Literatur

Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., … Vollebergh, W.A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum, 420*, 21–27.

Bär, T. (2011). Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintegrund. *Psychotherapeutenjournal, 1*, 5-10.

Best, H., Dwars, D., Salheiser, A., Salomo, K. (2013). Politische Kultur im Freistaat Thüringen. „Wie leben wir? Wie wollen wir leben?“ – Zufriedenheit, Werte und gesellschaftliche Orientierungen der Thüringer Bevölkerung. Ergebnisse des THÜRINGEN-MONITORS 2013. Verfügbar unter: http://www.thueringen.de/imperia/md/content/tsk/th__ringen-monitor_2013_mit_anhang.pdf [20.02.2014]

Bittenbinder, E. (Ed.)(2010). Good Practice in the Care of Victims of Torture. Karlsruhe: Loeper Literaturverlag

Blair, R. G. (2000). Risk factors associated with PTSD and major depression among Cambodian refugees in Utah. Health Soc Work, 25, 23–30.

Brewin, C.R., Andrews, B. & Valentine, J.D. (2000).Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68 (5), 748-766.

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2013). Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommission) bei der Bundesärztekammer „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“. *Deutsches Ärzteblatt*, *110*(18), 60–72.

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2012). *Das deutsche Asylverfahren - ausführlich erklärt. Zuständigkeiten, Verfahren, Statistiken, Rechtsfolgen*. Verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/broschuere-das-deutsche-asylverfahren.html [27.08.2013]

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2013). *Das Bundesamt in Zahlen 2012. Asyl, Migration und Integration*. Verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2012.html?nn=1367522 [27.08.2013]

Bundesministerium der Justiz. Asylverfahrensgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. September 2008 (BGBl. I S. 1798), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. November 2011 (BGBl. I S. 2258) geändert worden ist (1992). Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/BJNR111260992.html [27.08.2013]

Bundesministerium der Justiz. Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. November 2011 (BGBl. I S. 2258) geändert worden ist (1993). Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/BJNR107410993.html [27.08.2013]

Bundesministerium der Justiz. Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008 (BGBl. I S. 162), das durch Artikel 7 des Gesetzes vom 17. Juni 2013 (BGBl. I S. 1555) geändert worden ist (2004). Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/BJNR195010004.html [27.08.2013]

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) (2011): BPTK-Studie zu Wartezeiten in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung. Verfügbar unter: http://www.gerechte-gesundheit.de/fileadmin/user_upload/sonstiges/20110622_BPtK-Studie_Langfassung_Wartezeiten-Psychotherapie.pdf [20.02.2014]

Bundesverfassungsgericht (2012). BVerfG, 1 BvL 10/10 vom 18.7.2012, Absatz-Nr. (1 - 140). Verfügbar unter: http://www.bverfg.de/entscheidungen/ls20120718_1bvl001010.html [27.08.2013]

Cardozo, B. L., Vergara, A., Agani, F. &Gotway, C. A. (2000).Mental health, social functioning, and attitudes of Kosovar Albanians following the war in Kosovo. JAMA, 284 (5), 569–577.

Classen, G. – Flüchtlingsrat Berlin (Hrsg.) (2010). *Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge*. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20101101_pt-finanzierung-fluechtlinge_symposium.pdf [27.08.2013]

Classen, G. – Flüchtlingsrat Berlin (Hrsg.) (2013). *Das Asylbewerberleistungsgesetz und seine Novellen*. Verfügbar unter: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/gesetzgebung/ KurzinfoAsylbLG-93-97-98-05.pdf [27.08.2013]

Decker, O., Kiess, J. & Brähler, E. (2012). Die Mitte im Umbruch. Rechtsextreme Einstellungen in Deutschland 2012. Berlin: Dietz.

Falk, B., Hersen, M. & Van Hasselt, V. (1994). Assessment of posttraumatic stress disorder in older adults: a critical review. Clinical Psychology Review, 14 (5), 383-415.

Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, *365*(9467), 1309–1314.

Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *35*(1), 12–20.

Gerritsen, A. A. M., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H. M., Hovens, J. E. & van der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, *41*(1), 18–26.

Hannich, H.-J. (2008). Situation der psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland, insbesondere in den Neuen Bundesländern. Vortrag gehalten auf dem Jahresempfang der OPK am 11. 06. 2008 in Leipzig. Verfügbar unter: http://www.opk-info.de/red_tools/download_dokument.php?id=72 [19.02.2014]

Karunakara, U. K., Neuner, F., Schauer, M., Singh, K., Hill, K., Elbert, T. & Burnha, G. (2004). Traumatic events and symptoms of post-traumatic stress disorder amongst Sudanese nationals, refugees and Ugandans in the West Nile. *African health sciences*, *4*(2), 83–93.

Kessler, R.C., Sonnega, A., Bromet, E. et al. Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. Arch Gen Psychiatry 1995; 52: 1048–1060

Kivling-Bodén, G. (2001). Life situation and posttraumatic symptoms: A follow-up study of refugees from the former Yugoslavia living in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, *55*(6), 401–408.

Kothen, A. (2011). Die Unterbringungspolitik der Bundesländer. *AusgeLagert - Zur Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. Heft der Flüchtlingsräte 2011*, *11*(133), 16–21.

Laban, C. J., Komproe, I. H., Gernaat, H. B. P. E. & Jong, J. T. V. M. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *43*(7), 507–515.

Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von, Priebe, S., Mielck, A. & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, *69*(2), 246–257.

Maercker, A., Hrsg. Posttraumatische Belastungsstörungen. Heidelberg: Springer; 2009

Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Berthold, S. M. & Chun, C.-A. (2005). Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, *294*(5), 571–579.

McFarlane, C. A. & Kaplan, I. (2012). Evidence-based psychological interventions for adult survivors of torture and trauma: a 30-year review. *Transcultural psychiatry*, *49*(3-4), 539–567.

Mollica, R., Sarajlic, N., Chernoff, M., Lavelle, J., Vukovic, I. S. &Massagli, M. P. (2001).Longitudinal study of psychiatric symptoms, disability, mortality, and emigration among Bosnian refugees, *JAMA*, 286 (5), 546-554.

Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (Hrsg.) (2010). Genau hinschauen – Umfrage zur psychotherapeutischen Versorgung in Ostdeutschland ergibt ein differenziertes Bild. *Psychotherapeutenjournal, 3* (2010), 327-329.

Peikert, G., Hoyer, J., Mrazek, A., Rosendahl, W., Hannich, H. J., & Jacobi, F. (2011). Ambulante psychotherapeutische Versorgung in Ostdeutschland. *Psychotherapeutenjournal*, *1*(2011), 43-50.

Porter, M. & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *294*(5), 602–612.

Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: assocations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, *170*(4), 351–357.

Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A. & van Ommeren, M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, *302*(5), 537–549.

Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P. & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, *12*(3), 421–435.

Thulesius, H. & Håkansson, A. (1999). Screening for posttraumatic stress disorder symptoms among Bosnian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, *12*(1), 167–174.

Bildnachweise

Umschlagfoto:
Bousure/ flickr.com
Verfügbar unter:
http://www.flickr.com/photos/30430801@N06/3269215899/sizes/m/in/photostream/ [22.02.2014]

Foto Seite 14 *"wait for it"*:
Michael Pollak/ flickr.com
Verfügbar unter: https://www.flickr.com/photos/michaelpollak/6810686416/ [22.02.2014]

Abbildung Seite 17 *„Quotenverteilung nach Königsteiner Schlüssel für 2012":*
Vermessungsverwaltungen der Länder und BKG 2012, Bearbeitung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge Verfügbar unter:
http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2012.pdf?__blob=publicationFile [22.02.2014]

Foto Seite 32 *„Fachtag zur Situation von UMF in Thüringen":*
refugio thüringen e.V.

Fallbeispiele

Die *Beispiele aus der Versorgungspraxis* wurden von refugio thüringen e.V., dem PSZ Sachsen-Anhalt und Caktus e.V. im Rahmen des Projektes *„Strukturverbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung von Überlebenden von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen in Ostdeutschland" erhoben.*

Die *Interviews mit KlientInnen* entstammen zum einen dem Projekt *„Zeitzeugen der Menschenrechte"*- einem 2010 abgeschlossenen Projekt der BAfF, das sich zur Aufgabe gesetzt hat, folterüberlebenden Flüchtlingen zu einer Stimme im öffentlichen Raum zu verhelfen. Ihre Zeitzeugnisse – Interviews, Geschichten und Gedichte zu ihren Erfahrungen von schweren Menschenrechtsverletzungen, ihren Schwierigkeiten im Exil aber auch von ihrem Lebenswillen und ihrer Kraft, trotz Folter und Erniedrigung weiterzuleben – wurden in Form von Interviews, Gruppendiskussionen, einer Schreibwerkstatt und verfremdeten Fotos dokumentiert.
Informationen zum Projekt:
http://www.baff-zentren.org/news/zeitzeugen_der_menschenrechte/

Die Interviewauszüge von *Frau Adaeva* sind der Arbeit *„Ich nehme meine Tabletten und ich bete und ich gehe schlafen. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen in der BRD. Barrieren im Zugang zu Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen am Beispiel Asylsuchender aus dem Nordkaukasus"* (Baron, 2014, in press) entnommen.

Diese Publikation ist Ergebnis eines Pilotprojektes zu *„Strukturverbesserungen in der gesundheitlichen Versorgung von Überlebenden von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen in Ostdeutschland“.*

Zum Projekt

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer hat im Juni 2012 gemeinsam mit refugio thüringen e.V. in Jena, Caktus e.V. in Leipzig und dem PSZ Halle/ Magdeburg ein Projekt initiiert, das sich vor dem Hintergrund der besonderen historischen wie aktuellen Bedingungen, die die Lebenswirklichkeit von Flüchtlingen in den neuen Bundesländern beeinflussen, für Strukturverbesserungen in den Bundesländern Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen einsetzt. Das Projekt wird gefördert durch die EU-Kommission im Bereich *„Pilot Projects on Victims of Torture“*.

Ziele

Ziel des Projektes war es, den Versorgungsbedarf sowie entsprechende Versorgungsdefizite empirisch zu erfassen, um auf Grundlage des erhobenen Datenmaterials gezielt Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit leisten zu können. Auch Aktivitäten, die auf die Qualifizierung niedergelassener HeilberuflerInnen ausgerichtet sind, bildeten einen Schwerpunkt des Projektes.

Ergebnisse

1. Daten zur Versorgungssituation von Flüchtlingen und Folteropfern

Es wurden Instrumente zur Erfassung des Versorgungsbedarfs sowie aktuell vorhandener Versorgungsdefizite in den drei Regionen entwickelt und in die Aufnahmepraxis der Zentren implementiert. Die Auswertung und Analyse der erhobenen Daten erfolgte in Kooperation mit der Friedrich-Schiller-Universität Jena. Die quantitativen Analysen wurden durch qualitative Daten in Form von Fallbeispielen ergänzt und in Hintergrundinformationen zu den Lebens- und Versorgungsbedingungen traumatisierter Flüchtlinge in Ostdeutschland eingebettet.

2. Sensibilisierung und Qualifizierung von HeilberuflerInnen der gesundheitlichen Regelversorgung

Es wurden Fortbildungscurricula zu Spezifika der Behandlung psychisch reaktiver Traumafolgen bei traumatisierten Flüchtlingen entwickelt und zur Schulung von niedergelassenen ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen eingesetzt. In jedem Bundesland wurde je eine Fortbildungsveranstaltung für ÄrztInnen und eine für PsychotherapeutInnen durchgeführt. ÄrztInnen wurden hier v.a. in die besonderen Rahmenbedingungen der interdisziplinären Behandlung von Flüchtlingen und Folteropfern eingeführt: Es wurde auf die Wechselwirkungen psychisch reaktiver Traumafolgen mit körperlichen Beschwerden wie bspw. psychosomatischen Schmerzen, Herzrasen oder erhöhten Blutdruck eingegangen, ebenso wie auf Möglichkeiten und Grenzen pharmakotherapeutischer Interventionen bei psychischen Traumafolgestörungen. Die modular aufgebauten Fortbildungsveranstaltungen für PsychotherapeutInnen fokussierten v.a. traumaspezifische Beziehungsaspekte und Besonderheiten der transkulturellen Beratung (Auftaktveranstaltung in Leipzig), Möglichkeiten und Grenzen bei der Diagnostik und Behandlung traumatisierter

Flüchtlingen im interkulturellen Setting (Fortbildung in Jena) sowie die Zusammenarbeit mit DolmetscherInnen in Psychotherapie, psychologischer und psychosozialer Beratung von Flüchtlingen (Fortbildung in Halle).

Beide Berufsgruppen wurden darüber hinaus über asylrechtliche Rahmenbedingungen ebenso wie Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme informiert und erhielten entsprechende Handlungsempfehlungen zur Überwindung typischer Probleme. Außerdem wurde auf allen Fortbildungsveranstaltungen eine Diskussion über die Möglichkeiten und Voraussetzungen der Zusammenarbeit zwischen ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und (psychosozialen) Beratungsstellen initiiert und Raum für die Reflexion von Vorbehalten und Berührungsängsten gegeben.

3. Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit zur Sensibilisierung lokaler Leistungs- und Entscheidungsträger

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

Den Abschluss des Projektes bildete ein überregionales Colloquium, auf dem die Projekterfahrungen aus Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen als Modell für Strukturverbesserungen in strukturschwachen Regionen mit einem bundesweiten Publikum diskutiert wurden. Im Rahmen der Diskussion mit AkteurInnen der Flüchtlingsarbeit, Verantwortlichen aus Gesundheits- und Sozialpolitik und den Wohlfahrtsverbänden sollen dabei Impulse für entsprechende Aktivitäten in weiteren strukturschwachen Regionen der BRD gesetzt werden.

Ausblick

Die im Pilotprojekt gewonnenen Daten, Kontakte und Kooperationen sowie die gemeinsam entwickelten Handlungsstrategien werden wir weitflächig kommunizieren, um sie für alle in Ostdeutschland mit der Behandlung von Flüchtlingen befassten Akteure nutzbar zu machen. Darauf aufbauend können die Erfahrungen mit der Weiterentwicklung von Versorgungsstrukturen im Pilotprojekt im Rahmen eines Folgeprojektes genutzt werden, das auf den Aufbau entsprechender Strukturen in ähnlich bzw. noch stärker unterversorgten Regionen (etwa in Mecklenburg-Vorpommern und Brandenburg) abzielt.

Alle ProjektpartnerInnen stehen Ihnen sehr gerne für Fragen zur Versorgungssituation von Flüchtlingen in den Bundesländern, für Kooperationsanfragen, Interviews und Medienbeiträge zur Verfügung.

AnsprechpartnerInnen:

Sachsen-Anhalt:

PSZ Sachsen-Anhalt
Kontakt: **Tobias Drehsen**
Tel.: 0391/63109807
E-Mail: drehsen@psz-sachsen-anhalt.de

Thüringen:

refugio thüringen e.V.
Kontakt: **Anne Tahirovic**
Tel.: 03641/22 62 81
E-Mail: koordination@refugio-thueringen.de

Sachsen:

Caktus e.V., Leipzig
Kontakt: **Katrin Tutar**
Tel.: 0341/ 225 45 44
E-Mail: tutar@caktus.de

bundesweit:

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.)
Kontakt: **Jenny Baron**
Tel.: 030/ 310 124 63
E-Mail: jenny.baron@baff-zentren.org

Das Pilotprojekt wurde gefördert durch die EU-Kommission
„Pilot Projects on Victims of Torture"