Traumatisierte **MigrantInnen**

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

1. Versorgungsbericht

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

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

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

Redaktion:
Hanna Schirovsky

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

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

Erscheinungsdatum:
September 2011

1. Versorgungsbericht

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

Baden-Württemberg 2011

Landesärztekammer
Baden-Württemberg

Landespsychotherapeutenkammer
Baden-Württemberg

Inhaltsverzeichnis

Einleitung 5

Hintergrundinformationen 7

Die häufigsten Ursachen und Folgen von Traumatisierungen 7

Grundprobleme der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von traumatisierten MigrantInnen im deutschen Gesundheitssystem 10

Gliederung der ambulanten Versorgung in Baden-Württemberg 14

Die Einrichtungen 14

Berichte aus den Zentren 34

Finanzierung 47

Reformbedarf 50

Fazit 54

Verwendete Literatur 57

1

Einleitung

Der Flüchtlingsstrom nach Europa reißt nicht ab. Nachdem die Asylbewerberzahlen im Jahr 2007 kurzfristig rückläufig waren, stiegen sie anschließend wieder an: so wurden 2010 41.332 Erstanträge gestellt, was im Vergleich zum Vorjahr (27.649) einen Zuwachs um fast 50% bedeutet[1]. 4.709 dieser Asylanträge wurden allein in Baden-Württemberg gestellt[2]. Studien namhafter europäischer Zentren für die Rehabilitation traumatisierter Flüchtlinge und Folteropfer zufolge sind 40% der in die EU einreisenden Flüchtlinge durch Krieg, Bürgerkrieg, Verfolgung, Folter und/ oder Flucht traumatisiert[3]. Dies entspricht der Zahl der nach Deutschland eingereisten Flüchtlinge: „Circa 40 Prozent der Asylbewerber und Flüchtlinge in Deutschland machten mehrfach traumatisierende Erfahrungen und durchlitten Folter“[4]. 50% der Opfer von Vergewaltigungen weisen Traumafolgestörungen auf, bei Folteropfern sind es fast 90%[5].

Traumatisierte MigrantInnen[6], die vor Bürgerkrieg, politischer oder ethnischer Verfolgung geflo-

1 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2011): „Das Bundesamt in Zahlen 2010“, S.10. URL: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2010.html?nn=1366152, Zugriff am 29.07.2011.

2 Ebenda, S.16.

3 Vgl. Fries, E.: Interner Bericht von refugio stuttgart e.v.

4 Wirtgen, W. (2009): „Traumatisierte Flüchtlinge. Psychische Probleme bleiben meist unerkannt“, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg.106, Heft 49, S. 2463.

5 Ebenda.

6 Der im Folgetext häufiger verwendete Begriff „traumatisierte MigrantInnen“ nimmt Bezug auf die Definition im Flyer des Behandlungszentrums für Folteropfer Ulm (BFU) und umfasst folgende Gruppen: Flüchtlinge und ihre Angehörigen, die Folter, Kriegsgewalt oder ethnisch bedingte Gewalt (z.B. Vertreibungen) überlebt sowie MigrantInnen, die sonstige körperliche oder seelische Gewalt erlitten haben (siehe auch: Straub/ Maier (2007): Therapieerwartungen und Krankseinskonzepte bei traumatisierten Migranten und Migrantinnen. Eine qualitative Studie. Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer (afk) Zürich & Bundesamt für Migration, S.6: Hier wird traumatisierte MigrantInnen als „ein etwas neutralerer Begriff für „Folter- und Kriegsopfer“ verwendet.

hen sind, die teilweise Folter, psychischer oder körperlicher, oft auch sexueller Gewalt ausgesetzt waren, leiden lebenslänglich unter den seelischen und körperlichen Verletzungen, die ihnen zugefügt wurden. Um die traumatischen Erfahrungen verarbeiten zu können und den Anforderungen des Alltags gewachsen zu sein, benötigen sie professionelle Hilfe. Neben den Finanzierungsschwierigkeiten stellen jedoch vor allem die administrativen Vorgaben und die Verständigungsproblematik große Hindernisse für eine angemessene Versorgung der Betroffenen dar. So werden im Asylverfahren nur selten psychische Erkrankungen in Folge erlittener Traumata in Betracht gezogen. Eine medizinische oder psychiatrische Versorgung kommt in erster Linie für akute Fälle in Frage, obwohl die rechtlichen Grundlagen für eine Behandlung von anderweitig erkrankten traumatisierten MigrantInnen inzwischen geschaffen wurden. Das Hauptproblem liegt jedoch in der mangelnden Finanzierung der Einrichtungen, die eine professionelle ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Behandlung und Beratung durchführen könn(t)en, sowie in administrativen Hürden, mit denen diese Einrichtungen in der täglichen Arbeit konfrontiert werden. Wenn die Finanzierung der ambulanten Behandlung nicht gesichert ist oder die Notwendigkeit einer Behandlung nicht erkannt wird, beispielsweise weil die Betroffenen sich dem behandelnden Fachpersonal oder den zuständigen Behörden gegenüber nicht erklären können, so bleiben die Folgen des Traumas oft über lange Zeit unbehandelt. Die Vermittlung der Betroffenen an eine entsprechende Einrichtung geschieht daher häufig mit großer zeitlicher Verzögerung, was wiederum das Risiko einer Chronifizierung der traumabedingten Beschwerden vergrößert. Die Sicherstellung einer zeitnahen professionellen Versorgung der Betroffenen und die Schaffung der Voraussetzungen für eine Verständigung zwischen dem behandelnden Fachpersonal und den Betroffenen sind für die Behandlung von Traumafolgestörungen unerlässlich. In Baden-Württemberg haben sich deshalb einige Behandlungszentren auf die ärztliche und psychologische dolmetschergestützte Psychotherapie von traumatisierten MigrantInnen spezialisiert. Die Arbeit dieser Zentren, die in einem Gesprächskreis um die Menschenrechtsbeauftragte der Landesärztekammer Baden-Württemberg regelmäßig ihre Erfahrungen austauschen, soll im Folgenden[7] vorgestellt werden.

7 In diesem Gesprächskreis sind derzeit noch nicht alle Zentren in Baden-Württemberg vertreten.

2

Hintergrundinformationen

2.1. Die häufigsten Ursachen und Folgen von Traumatisierungen

Dem Diagnosesystem der WHO ICD 10 zufolge kann jeder Mensch durch ein traumatisches Erlebnis traumatisiert werden. Das traumatische Erlebnis wird hier definiert als eine Situation außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigen Ausmaßes, die bei fast jedem Menschen eine tiefe Verzweiflung hervorrufen würde und die normalen Anpassungsstrategien des Menschen überfordert. Die Situation stellt eine tatsächliche oder subjektiv erlebte Bedrohung für das Leben oder die körperliche Unversehrtheit dar, wie durch die unmittelbare Begegnung mit Gewalt und Tod für die eigene oder für andere Personen, verbunden mit einer Reaktion von extremer Angst, Hilflosigkeit, Kontrollverlust und Furcht vor drohender Vernichtung[8]. Man unterscheidet hier zwischen traumatischen Ereignissen durch höhere Gewalt wie z.B. Naturkatastrophen, Verkehrs- und Arbeitsunfällen, und sogenannten “man-made disasters”. Dies sind Gewalttaten, die durch andere Personen wie Polizei, Soldaten, Paramilitärs etc. verübt wurden. Zu den am häufigsten von Flüchtlingen erlebten Traumata, ausgelöst durch “man-made disasters” zählen[9]:

8 s. Homepage des BFU, URL: http://www.bfu-ulm.de/, Zugriff am 25.07.2011

9 s. Interner Bericht der Psychologischen Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (PBV), Stuttgart.

- Beschuss durch Handfeuerwaffen oder Granaten
- Hunger und Durst über eine längere Zeit (z.B. während der Haft)
- Inhaftierung in Arbeitslagern oder Konzentrationslagern (z.B. bei Kriegsflüchtlingen aus Bosnien)
- seelische und körperliche Gewalt wie Todesdrohungen, Scheinexekutionen, körperliche Folter, Nahrungsentzug, Stromschläge, systematische Schläge, sexuelle Erniedrigung, Vergewaltigung
- erzwungene oder unfreiwillige Beobachtung von Hinrichtungen, Vergewaltigungen etc.

Ziel der Gewaltanwendung ist häufig, die Persönlichkeit zu zerstören, das heißt, es handelt sich um einen kalkulierten Prozess. Menschen, die traumatische Erfahrungen dieser Art gemacht haben, sind auf bio-psychologischer Ebene gezeichnet, unabhängig davon, ob sie körperliche Verletzungen aufweisen. Die Erlebnisse hinterlassen zumindest für eine bestimmte Zeit bei allen Menschen psychische Folgen, die schwer belasten, wie:

- Der Verlust des Urvertrauens in die Welt. Die Betroffenen begegnen anderen Menschen (oft auch den nächsten Verwandten) mit extremem Misstrauen. Sie haben das Gefühl, die Kontrolle über alle sozialen Kontakte verloren zu haben.
- Der Verlust von Vorannahmen und Werten, Glauben, philosophischen und politischen Ansichten
- Scham und Schuldgefühle
- Hilflosigkeit
- anhaltende Trauer
- Hoffnungslosigkeit, Desorientierung
- sozialer Rückzug, Schweigen
- Gefühl, „anders als die andern“ und/ oder „verrückt“ zu sein
- suizidale Ruhewünsche bis hin zu Selbstmordgedanken
- Verlust der weiblichen/ männlichen Identität (bei sexueller Gewalt)

Zu den häufigsten psychischen und vegetativen Reaktionen in Form von klinisch auffälligen Symptomen und psychischen Krankheiten zählen:

- leichte bis schwere Depressionen
- Angststörungen

- dissoziative Syndrome
- akute vorübergehende psychotische Störungen
- chronifizierte posttraumatische Belastungsstörung
- multiple psychosomatische Begleiterkrankungen wie Magengeschwüre, chronische Migräne, Miktionsstörungen, Erkrankungen der Gebärmutter bei vergewaltigten Frauen
- andere klinische Bilder
- bei Kindern und Jugendlichen: Trennungsängste, Angst vor Dunkelheit oder Sterben, Sprachstörungen, Bettnässen, Esstörungen, Aggressivität im Umgang mit anderen Kindern, massive Konzentrationsstörungen, Lernstörungen, Angststörungen

Nicht jede Person, die ein traumatisches Ereignis durchlebt hat, entwickelt automatisch eine Traumafolgestörung. So ist bei entsprechender seelischer Widerstandskraft (Resilienz) und der Schaffung von günstigen Voraussetzungen wie dem Gefühl äußerer Sicherheit, insbesondere Sicherheit vor den Tätern, die Möglichkeit gegeben, dass die Betroffenen die traumatischen Erlebnisse eigenständig verarbeiten können. Die Chance auf eine Selbstheilung sinkt allerdings mit der Anhäufung bestimmter Risikofaktoren. So spielen Art, Intensität und Dauer des traumatischen Ereignisses ebenso eine Rolle wie das Ausbleiben fremder Hilfe und die fehlende Anerkennung des erlittenen Unrechts. Auch die ständige Erinnerung an das Erlebte, zum Beispiel durch den Lärm und die Enge in den Gemeinschaftsunterkünften und Flüchtlingsheimen, bestimmte Geräusche oder sonstige äußere Einflüsse, die mit dem traumatischen Erlebnis in Verbindung gebracht werden, verschlechtern die Aussicht auf eine Heilung ohne professionelle Hilfe. Durch das Hinzukommen anderer psychisch belastender Faktoren wie die Trennung von der Familie, Sprachprobleme, Gefühle der Isolation, langandauernde Arbeitslosigkeit und ein unsicherer Aufenthaltsstatus wird es immer unwahrscheinlicher, dass die betroffenen Personen das Erlebte selbständig verarbeiten können. Es entwickelt sich eine Traumafolgestörung.

Die bekannteste und gleichzeitig die spezifischste Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). Die einfache PTBS ist gekennzeichnet durch das ständige Wiedererleben des Traumas (Intrusionen, z.B. Flashbacks), das jederzeit auftreten kann, durch Vermeidungsverhalten (Konstriktionen) sowie durch anhaltende physiologische Übererregung (Hyperarousal) mit den typischen Symptomen wie Konzentrationsstörungen, Schreckhaftigkeit und Schlafstörungen. Die Symptome müssen länger als einen Monat andauern. Bei bis zu drei Monaten spricht man von

einem Akuttrauma, über den dritten Monat hinaus spricht man von einem chronischen Trauma.

Die Mehrheit der traumatisierten Personen (89%) entwickelt die Symptome unmittelbar nach dem traumatischen Ereignis. Doch immerhin 11% der Traumatisierten zeigen einen verzögerten Krankheitsbeginn[10]. Hier treten die Symptome erst nach 6 Monaten und später auf. Deshalb macht es für die Diagnostik und Behandlung von Traumafolgestörungen einen wesentlichen Unterschied, wie lange ein traumatisches Erlebnis zurück liegt. Ein möglichst rascher Therapiebeginn ist in jedem Fall entscheidend, um einer Chronifizierung der Beschwerden vorzubeugen und die Betroffenen baldmöglichst zu befähigen, ohne größere Einschränkungen ihren Alltag zu bewältigen.

Dass dies jedoch nicht die Regel ist, belegen die Berichte aus den ambulanten Einrichtungen. Der Psychologischen Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (PBV) Stuttgart zufolge begeben sich die Betroffenen in der Mehrheit der Fälle in hausärztliche Behandlung, um hier Hilfe für ihre Krankheitssymptome zu erhalten. Häufig berichten die betroffenen Personen dem Hausarzt jedoch nicht von ihren Gewalterlebnissen, teils aus Scham, teils aufgrund mangelnder Deutschkenntnisse. Im Ergebnis erhalten sie meist eine inadäquate medikamentöse Behandlung ohne Berücksichtigung der psychologischen Komponenten, was häufig zu einem ständigen Arztwechsel und nicht selten zur psychischen Dekompensation mit Einweisung in eine stationäre Einrichtung führt. So haben ca. 20% der Klienten vor der Kontaktaufnahme mit der PBV Stuttgart stationäre Aufenthalte in (meist) psychiatrischen Kliniken hinter sich.

2.2. Grundprobleme der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung von traumatisierten MigrantInnen im deutschen Gesundheitssystem

Das Haupthindernis für eine angemessene psychotherapeutische Behandlung von traumatisierten MigrantInnen im deutschen Gesundheitssystem ist im Bereich der mangelnden Kommunikation im Therapeutischen Setting wie auch in institutionell-politischen Restriktionen zu suchen.

Ein hoher Prozentsatz der behandlungsbedürftig erkrankten MigrantInnen ist darauf angewiesen, dass sie die Psychotherapie in ihrer Muttersprache durchführen können. Dazu bedarf es entweder einer ausreichenden Zahl von muttersprachlichen TherapeutInnen oder eines den TherapeutInnen

10 Siehe Homepage des BFU URL: http://www.bfu-ulm.de/, Zugriff am 25.07.2011.

allgemein zugänglichen Dolmetscherpools, damit die Psychotherapie unter Dolmetschervermittlung überhaupt vonstattengehen kann. Es gibt jedoch weder genügend muttersprachliche PsychotherapeutInnen in Deutschland, noch besteht ein öffentlich finanzierter Dolmetscherpool, auf den jene zugreifen könnten. Aufgrund dieser Problematik sowie der hohen Zahl von traumatisierten und behandlungsbedürftig erkrankten MigrantInnen wurden in Deutschland seit den frühen 1990er Jahren die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) gegründet. Jedoch verfügt keine der derzeit ca. 25 PSZ über eine Kassenzulassung. Daran konnten selbst zahlreiche Versuche – auch über den Klageweg – nichts ändern.

Die fehlende Kassenzulassung der PSZ hat zur Folge, dass traumatisierte MigrantInnen, solange sie sich im Erstverfahren/ Gestattungsverfahren befinden und über das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) krankenversichert sind, zwar mittlerweile nach § 6 Abs. 2 AsylbLG eine Psychotherapie in den PSZ finanziert bekommen. Dies ist möglich, weil die als Kostenträger zuständigen Landratsämter das Vorliegen einer Kassenzulassung eines PSZ nicht zur Grundlage einer Genehmigung für eine psychotherapeutische Behandlung nehmen, sondern allein die medizinische Notwendigkeit einer Behandlung und die Trauma-Expertise eines PSZ bei der Behandlung einer PTBS beurteilen und in der Regel Anträge der PSZ auf Übernahme der Behandlungskosten nach § 6 Abs. 2 AsylbLG genehmigen[11]. Die gesetzlichen Krankenkassen hingegen – als die nach Erteilung einer Aufenthaltserlaubnis für den Flüchtling (§§ 60 Abs. 1-7. AufenthG) zuständigen Kostenträger - gewähren eine Kostenzusage nur dann, wenn die Therapieeinrichtung Vertragspartner der Krankenkasse ist, d.h. wenn diese über eine Kassenzulassung verfügt[12]. Erschwerend kommt hinzu, dass die deutschen Krankenkassen grundsätzlich keine Dolmetscherkosten übernehmen. Das bedeutet:

1. Obwohl mit der Richtlinie 2003/9/EG vom 27. Januar 2003[13] die Grundlage für eine angemessene Versorgung traumatisierter MigrantInnen, unabhängig von deren Aufenthaltsstatus[14], auf europäischer Ebene geschaffen wurde, knüpft das deutsche Asylbewerberleistungsge-

11 § 6 Abs. 2 AsylbLG besagt: „Personen, die eine Aufenthaltserlaubnis gemäß § 24 Abs. 1 des Aufenthaltsgesetzes besitzen und die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, wird die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt“. Siehe hierzu Bundesministerium der Justiz, URL: http://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/__6.html, Zugriff am 29.07.2011

12 Vgl. Schreiben der AOK Hauptverwaltung vom 08.11.2005 an das Sozialministerium Baden-Württemberg.

13 Die genannte Richtlinie befasst sich mit Rahmensetzungen für Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedsstaaten. Siehe hierzu den „Vorschlag der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) e.V. zur Umsetzung der Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedsstaaten“ vom 30. Oktober 2006. URL: http://www.behandeln-statt-verwalten.de/hintergrundinformationen.html, Zugriff am 25.07.2011.

14 In Art. 20 der genannten Richtlinie heißt es: „Die Mitgliedsstaaten tragen dafür Sorge, dass Personen, die Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten erlitten haben, im Bedarfsfall die Behandlung erhalten, die für Schäden, welche ihnen durch die genannten Handlungen zugefügt wurden, erforderlich ist“. Siehe Ebenda.

setz diese Gesundheitsleistungen weiterhin an einen Aufenthaltstitel (§ 24 Abs.1 AufenthG). Traumatisierten Personen, die diesen Aufenthaltstitel (noch) nicht haben, wird eine Gesundheitsversorgung in Notfällen gewährt. Die Kostenübernahme für eine ambulante oder stationäre Notfallversorgung in einer Klinik ist über das AsylbLG geregelt. Eine medizinische, pflegerische oder psychosoziale Versorgung im Anschluss an die Notfallversorgung wird jedoch nicht finanziert.

2. Solange sich traumatisierte MigrantInnen aufenthaltsrechtlich in einem unsicheren Stadium befinden (d. h. sie haben einen Aufenthaltstitel nach § 24 Abs.1 AufenthG, aber über ihren Asylantrag ist noch nicht entschieden), besteht seit der Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes (Aufnahme des Absatz 2 im § 6 AsylbLG) am 19.08.2007[15] zwar die Möglichkeit einer dolmetschergestützten Psychotherapie in den PSZ, allerdings unter den Bedingungen eines therapeutisch problematischen unsicheren Aufenthaltsstatus.
3. Mit der Asylanerkennung bzw. der Erteilung eines subsidiären Flüchtlingsschutzes (nach §§ 60 Abs. 1-7 AufenthG) werden die traumatisierten MigrantInnen seit dem Gesundheitsmodernisierungsgesetz 2004[16] automatisch gesetzlich krankenversichert. Sie haben dann zwar stabilere aufenthaltsrechtliche Rahmenbedingungen für eine Trauma-aufdeckende Psychotherapie. Dies nützt ihnen aber nichts, wenn die einzigen psychotherapeutischen Einrichtungen, die entweder muttersprachliche PsychotherapeutInnen haben oder mit professionellen DolmetscherInnen arbeiten, wegen fehlender Kassenzulassung ihre Leistungen nicht mit den Krankenkassen abrechnen können. Die Folge ist, dass diese Einrichtungen ihre Leistungen gerade jenen versagen müssen, bei denen aufenthaltsrechtlich die notwendigen Rahmenbedingungen für eine Traumaaufdeckende Psychotherapie und somit gute Heilungschancen, bestehen.
4. Da Dolmetscherkosten von den Krankenkassen grundsätzlich nicht bezahlt werden, können anerkannte traumatisierte MigrantInnen, die gesetzlich krankenversichert sind, auch nicht bei kassenzugelassenen PsychotherapeutInnen aufgenommen werden – wegen der Sprachproblematik.
5. Bestehende Ausnahmeregelungen für die Bezahlung von professioneller Psychotherapie bei Nichtvertragspartnern der Gesetzlichen Krankenkassen - etwa im Wege des § 13,2 SGB V, werden von den gesetzlichen Krankenkassen in der Regel sehr restriktiv gehandhabt.

15 Vgl. Gesetzessammlung Ausländerrecht 2008, von Loeper Literaturverlag, S.283f.
16 Vgl. hierzu URL: http://www.aok-bv.de/politik/reformaktuell/geschichte/index_00595.html, Zugriff am 29.07.2011

Im Ergebnis besteht die paradoxe Situation, dass in Deutschland für traumatisierte MigrantInnen im Erstverfahren/ Gestattungsverfahren mittlerweile die rechtlichen und institutionellen Möglichkeiten für eine ambulante Trauma-aufdeckende Psychotherapie bestehen, deren Aussichten auf einen therapeutischen Erfolg aber, aufgrund der unsicheren aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen die Psychotherapie stattfindet, relativ gering sind. Andererseits gibt es derzeit keine angemessenen rechtlichen und institutionellen Rahmensetzungen für eine ambulante dolmetschergestützte Psychotherapie von traumatisierten MigrantInnen, denen ein - wenn auch nur vorübergehender - Flüchtlingsschutz gewährt, und für die ein unter therapeutischen Gesichtspunkten sehr viel besserer aufenthaltsrechtlicher Rahmen gesetzt wurde. Dies führt dazu, dass traumatisierte MigrantInnen, die in Deutschland bleiben können und hier ihre Zukunft aufbauen wollen, wegen fehlender Psychotherapieeinrichtungen krank bleiben und die Gesellschaft auf lange Sicht für diese Kranken aufkommen muss. Die Mehrheit der Betroffenen wird unter diesen Umständen dauerhaft chronisch krank und arbeitslos sein. Dies ist aus humanitären, gesundheitspolitischen und volkswirtschaftlichen Gründen inakzeptabel, zumal die KlientInnen der PSZ im Durchschnitt gerade einmal 30 Jahre alt sind. Im Vergleich hierzu beträgt das Durchschnittsalter der Deutschen 44,2 Jahre.[17]

17 Vgl. Europäisches Statistikamt (2011): Demography Report 2010, März 2011, S. 120ff.

3

Gliederung der ambulanten Versorgung in Baden-Württemberg

Die medizinische und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen gliedert sich in die ambulante und die stationäre Betreuung. Die ambulante Betreuung erfolgt durch niedergelassene Hausärzte, Fachärzte sowie durch das medizinisch-therapeutische Fachpersonal in den darauf spezialisierten PSZ, die hier im Folgenden vorgestellt werden[18]. Eine stationäre Versorgung erfolgt in der Regel nur in medizinischen Notfällen sowie bei akuter Eigen- und Fremdgefährdung.

3.1 Die Einrichtungen

3.1.1. Aufnahmegruppe für junge Migranten (AJUMI)

Die Zahl der in Deutschland Asyl suchenden minderjährigen Flüchtlinge, die ohne Begleitung von Familienangehörigen reisen, nimmt stetig zu. Bereits 2008 machten Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren weltweit 44% aller Flüchtlinge aus[19]. Schätzungen des Bundesfachverbandes Unbegleitete

18 vgl. Fußnote 7

19 vgl. „Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung der Aufnahmegruppe für junge Migranten (AJUMI) und der Aufnahmegruppe für Kinder und Jugendliche (AKJ) des Kinder- und Jugendhilfezentrums der Heimstiftung Karlsruhe“, S.3. URL: http://heimstiftung.karlsruhe.de/downloads, Zugriff am 29.07.2011.

Minderjährige Flüchtlinge zufolge sind im Jahr 2010 über 4.200 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (UMF) in Deutschland von Jugendämtern erstversorgt worden[20]. Dies stellt eine deutliche Zunahme zu den Zahlen der neueingereisten jungen Flüchtlinge aus den Vorjahren dar (3.015 UMF in 2009). Da jedoch noch nicht aus allen Kommunen Rückmeldungen vorliegen, liegt die tatsächliche Zahl der Kontakte mit UMF aller Wahrscheinlichkeit nach deutlich höher. Die Zahl bezieht sich auf die Anzahl der Inobhutnahmen durch Jugendämter. Dies geschieht allerdings nur, wenn die Jugendlichen nicht in die Obhut von Verwandten kommen können oder die Jugendlichen dies verweigern. Viele fallen schon allein deshalb aus der Statistik heraus, weil sie entgegen eigener Angaben im Rahmen einer Altersfestsetzung als Volljährig eingeschätzt werden. Wie viele der Jugendlichen bereits an den Landesgrenzen abgewiesen werden oder sich illegal in Deutschland aufhalten, ist ebenso nicht bekannt.

Bis 2010 bestand das Problem, dass die UN-Kinderrechtskonvention von Deutschland unter ausländerrechtlichem Vorbehalt unterzeichnet worden war. So konnten ausländische Jugendliche in Abschiebehaft genommen werden. Die Novellierung des SGB VIII und die Einführung des Kinder- und Jugendhilfeweiterentwicklungsgesetzes (KICK) zum 01. Oktober 2005 brachte schließlich eine verpflichtende jugendhilferechtliche Neuregelung in Bezug auf ausländische Kinder und Jugendliche. Nach § 42 Abs.1, Satz 1, Nr. 3 KICK ist das Jugendamt nun nicht nur berechtigt, sondern auch verpflichtet, ein Kind oder einen Jugendlichen in seine Obhut zu nehmen, wenn es unbegleitet nach Deutschland kommt und sich weder Personensorge- noch Erziehungsberechtigte im Inland aufhalten[21].

---

20 Vgl. Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V. „Auswertung 2010“.
URL: http://www.bumf.de/index.php?/Startseite/ueber-4000-inobhutnahmen-von-umf-im-jahr-2010.html, Zugriff am 29.07.2011.

21 Hierdurch entfällt der bisher geltende Ermessensspielraum der Behörden bezüglich der Inobhutnahme. Diese ist nunmehr verpflichtend. Siehe Neuregelung Diakonie Schleswig-Holstein 2008, S.2f in „Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung der Aufnahmegruppe für junge Migranten (AJUMI) und der Aufnahmegruppe für Kinder und Jugendliche (AKJ) des Kinder- und Jugendhilfezentrums der Heimstiftung Karlsruhe“, S.2.
URL: http://heimstiftung.karlsruhe.de/downloads, Zugriff am 29.07.2011.

Am 3. Mai 2010 wurden die Vorbehalte zur UN-Kinderrechtskonvention durch Beschluss des Bundeskabinetts zurück genommen. Seiher gilt: Kinderrechte haben Vorrang vor dem Ausländerrecht und die Konvention gilt für alle in Deutschland lebenden Kinder unabhängig von ihrer Staatsangehörigkeit und ihrem Aufenthaltsstatus.

Die Landesaufnahmestelle (LASt) in Karlsruhe muss sich als einzige Erstaufnahme-einrichtung für Asylbewerber und sonstige Flüchtlinge in Baden-Württemberg auch mit der wachsenden Zahl an UMF befassen. Als Reaktion auf die jugendhilferechtliche Neuregelung beschloss die Stadt Karlsruhe deshalb bereits 2007 die zunächst auf zwei Jahre befristete Einrichtung einer besonderen Aufnahmegruppe für junge Migranten – die AJUMI. In Baden-Württemberg waren es allein 230 UMF, die 2010 in Obhut genommen wurden[22]. 2009 lag ihre Zahl noch bei 152. Ein Großteil der Jugendlichen wurde durch die Heimstiftung Karlsruhe erstversorgt.

Die KlientInnen

Die KlientInnen in der AJUMI sind männliche UMF, die zwischen 16 und 18 Jahren alt sind, nur in seltenen Fällen werden allein reisende Kinder aufgenommen. Weibliche sowie jüngere männliche UMF werden in die Aufnahmegruppe für Kinder und Jugendliche (AKJ) vermittelt. Träger beider Gruppen ist das Kinder- und Jugendhilfezentrum der Heimstiftung Karlsruhe. Die Altersfeststellung erfolgt durch das Jugendamt in der LASt.

Das Team

Es gibt einen Bereichsleiter sowie jeweils einen Gruppenleiter für die drei Aufnahme-gruppen.

Die Arbeit von AJUMI

Zweck der AJUMI ist es, alleinstehenden ausländischen Kindern und Jugendlichen, die nach Karlsruhe kommen, als erste Anlaufstelle zu dienen. Neben der Inobhutnahme und der Versorgung mit den notwendigsten Dingen (Erstaufnahme) steht die Klärung der Lebensumstände und Lebensperspektiven im Vordergrund der Arbeit. Hierbei wird in Gesprächen versucht, die Hoffnungen, Wünsche und Vorstellungen der Betreuten zu erfahren und ebenso wie die Beobachtungen der MitarbeiterInnen, in die weitere Jugendhilfeplanung einfließen zu lassen. Die pädagogische Arbeit in der AJUMI zeichnet sich durch den ständigen Wechsel der Betreuten und die Probleme

22 Ebenda

aufgrund der vielen verschiedenen Sprachen aus. In den wenigen Monaten, in denen die Kinder und Jugendlichen in der Einrichtung untergebracht sind, wird versucht, ein Vertrauensverhältnis zu ihnen aufzubauen und sie auf ihr weiteres Leben in Deutschland vorzubereiten. Neben der täglichen Betreuung im Haus und der grundlegenden Versorgung steht deshalb die Vorbereitung für den Schulbesuch und freizeitpädagogische und integrative Aktivitäten im Vordergrund. Auch die gesundheitliche Betreuung wird sichergestellt. Ein weiterer wichtiger Arbeitsbereich ist der Kontakt mit den Vormündern, Jugendämtern und Nachfolgeeinrichtungen und die gemeinsame Planung der weiteren Unterbringung.

Die Aufnahmegruppe wurde von Beginn an wissenschaftlich begleitet, um systematisch Daten zu ermitteln und auf dieser Grundlage fundierte Aussagen zu ermöglichen. Daten von weiblichen UMF wurden dabei mit einbezogen, obwohl diese Gruppe sehr stark unterrepräsentiert ist. Die Überrepräsentanz der männlichen UMF in der Aufnahmegruppe spiegelt sich in der allgemeinen Flüchtlingsstatistik wider, wonach deutlich mehr junge Männer als Frauen allein auf der Flucht sind. Dies ist damit zu erklären, dass Eltern in Krisen- und Kriegsgebieten vor allem die Söhne aus bewaffneten Konflikten heraushalten wollen. Sie schicken diese in eine (zumindest vermeintlich) bessere Zukunft im Ausland und um die Jungen vor der Rekrutierung durch das Militär oder Rebellengruppen zu schützen. Des Weiteren stehen vor allem die jungen Männer in vielen traditionellen Gesellschaften in der Pflicht, die Familie durch bessere Verdienstmöglichkeiten im Ausland finanziell zu unterstützen. Ebenfalls aus kulturellen Gründen werden die jungen Frauen in vielen Gesellschaften stärker vom Elternhaus behütet und dürfen nicht ohne Familienangehörige reisen[23].

3.1.2. Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU)

Das BFU besteht seit dem Jahr 1995. Es wurde auf Initiative von amnesty international und Ulmer Bürgern gegründet. Träger ist der REHA Verein für soziale Psychiatrie Donau-Alb e.V. Das BFU ist Gründungsmitglied der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) und eines von vier Behandlungszentren in Baden-Württemberg, die sich um traumatisierte Flüchtlinge und MigrantInnen kümmern. Seit der Gründung des BFU wurden rund 1850 KlientInnen vor allem therapeutisch und psychosozial betreut, pro Jahr sind es zur Zeit rund 150 Überlebende von Folter, Krieg, Flucht oder anderer Traumata. Zum Gründungsteam des BFU

23 Vgl. Jordan 2000 in „Abschlussbericht der wissenschaftlichen Begleitung der Aufnahmegruppe für junge Migranten (AJUMI) und der Aufnahmegruppe für Kinder und Jugendliche (AKJ) des Kinder- und Jugendhilfezentrums der Heimstiftung Karlsruhe“, S.6. URL: http://heimstiftung.karlsruhe.de/downloads, Zugriff am 29.07.2011.

gehörten mehrere Ärzte, die betroffene Personen medizinisch betreut haben. Inzwischen hat sich der Schwerpunkt auf die psychotherapeutische Behandlung verlagert.

Das BFU wurde gegründet, um die Versorgungslücke bei traumatisierten Flüchtlingen und MigrantInnen zu schließen. In Ulm und der Region (im Raum zwischen Augsburg und Reutlingen sowie zwischen Würzburg und Friedrichshafen) existiert im Rahmen des regulären Gesundheitssystems kein Angebot an ambulanter dolmetschergestützter Psychotherapie für traumatisierte Flüchtlinge und MigrantInnen. Die Deutschkenntnisse der KlientInnen reichen in den meisten Fällen für die Durchführung einer Psychotherapie nicht aus. Der Einsatz von DolmetscherInnen allerdings verkompliziert den therapeutischen Prozess schon allein dadurch, dass das Doppelte an Zeit für die Therapie benötigt wird und die zusätzlichen Kosten für die Dolmetscher von keiner Krankenkasse übernommen werden, weshalb eine derart aufwendige psychotherapeutische Betreuung im „regulären“ Gesundheitssystem nicht zu leisten ist. Das BFU hingegen ist spezialisiert auf die Behandlung dieser KlientInnen. Ihm steht ein Pool von derzeit 20 geschulten DolmetscherInnen für 22 Sprachen zur Verfügung. Mit diesen ist in langjähriger Kooperation eine vertrauensvolle und professionelle Zusammenarbeit entstanden. Die DolmetscherInnen arbeiten für das BFU zu einem Stundensatz von 25 €, was im Vergleich zum Honorar für andere professionelle Dolmetscher ein großes Entgegenkommen darstellt. Diese DolmetscherInnen haben sich außerdem bereit erklärt, zu den genannten Konditionen auch für das Kooperationsprojekt mit der Trauma-Ambulanz Ulm zu arbeiten.

Die KlientInnen

Das BFU ist spezialisiert auf die Versorgung folgender Personengruppen:

- Flüchtlinge mit Gewalterfahrungen durch Krieg, Folter, Vertreibungen
- MigrantInnen, die sonstige körperliche oder seelische Gewalt erfahren haben
- Kinder von MigrantInnen, die entweder direkt oder indirekt (durch die schlimmen Erfahrungen ihrer Eltern) traumatisiert sind
- deutsche traumatisierte Kinder
- Menschen, die durch Unfälle, Gewalttaten, Todesfälle, Naturkatastrophen o.ä. ein akutes Trauma erlitten haben

Das Team

Momentan arbeiten im BFU vier hauptamtliche Kräfte: eine Psychologische Psychotherapeutin, EMDR[24] - und Traumatherapeutin (80%), eine Soziologin und EMDR-Therapeutin (50%), ein Verwaltungsleiter für den Bereich Finanzen, Projektarbeit, Care-net Administration und Soziale Beratung (100%) sowie eine Verwaltungskraft (25%). Weiter sind im BFU beschäftigt: zwei PsychologInnen sowie zwei KunsttherapeutInnen auf Honorarbasis, dazu kommen sieben ehrenamtliche MitarbeiterInnen, davon fünf in der Nebenstelle in Ludwigsburg.

Die Angebote

- Traumadiagnostik bei akuten und chronischen Traumata
- Akuttraumabehandlung
- Psychotherapie unter besonderer Beachtung traumabezogener Aspekte
- Psychosoziale Begleitung
- Fort- und Weiterbildung für Fachpersonal im Bereich Trauma- und Flüchtlingsarbeit
- Zusammenarbeit mit und ggfs. Beratung von Haus- und Fachärzten
- Kunsttherapeutische Gruppen für deutsche und ausländische traumatisierte Kinder im Alter zwischen 6 und 18 Jahren

Bisher einmalig in der Region ist die seit 2005 angebotene Psychotherapie für akut Traumatisierte (sowohl für MigrantInnen als auch für deutsche Akuttraumaopfer). Durch einen zeitnahen Beginn

24 Eye Movement Desensitization and Reprocessing

der diagnostisch/ therapeutischen Sitzungen soll insbesondere einer Chronifizierung der Beschwerden vorgebeugt und die Möglichkeit einer schneller Rückkehr ins Alltagsleben sowie die Aufnahme einer Erwerbsarbeit gewährleistet werden. Zudem bietet das BFU seit 2008 Kunsttherapie für traumatisierte Kinder und Jugendliche im Alter von 6-18 Jahren im Raum Ulm an. Sowohl traumatisierte Kinder von Folteropfern, MigrantInnen mit sonstigen Gewalterfahrungen und deutsche Kinder mit familiären oder außerfamiliären Gewalterfahrungen sollen eine kindgerechte Ergänzung zur einzelfallbezogenen Psychotherapie bei einem niedergelassenen Kinder- und Jugendpsychotherapeuten bzw. –psychiater erhalten. Die Kunsttherapie stellt ein niederschwelliges Angebot für Kinder dar, für die sich eine nonverbale Therapiemethode in Kleingruppen als sinnvoll erweist.

Das Kooperationsprojekt BFU und Trauma-Ambulanz Ulm

2007 wurde in Zusammenarbeit mit internationalen Kooperationspartnern und den Entwicklern der Traumafokussierten Kognitivien Verhaltenstherapie (Tf-KVT) die Trauma-Ambulanz Ulm in die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/-psychotherapie Ulm implementiert. Das Ziel ist, sowohl die Versorgung der Inanspruchnahme-Population der Klinik, als auch von Hochrisiko-Populationen wie Heim- und Pflegekindern zu verbessern. Das Angebot richtet sich an Kinder und Jugendliche im Alter von 4 bis 18 Jahren und deren Bezugspersonen. Das BFU sorgt seinerseits für die notwendige Finanzierung.

Die Arbeit außerhalb des therapeutischen Spektrums

Das BFU leistet über die therapeutische Hilfe hinaus professionelle Unterstützung bei der Anerkennung als politisch Verfolgte/r. Außerhalb der BAfF-Zentren gibt es keine spezialisierten Einrichtungen, die eine dolmetschergestützte Dokumentation von erlittener Folter sowie von staatlicher und parastaatlicher Verfolgung und Misshandlung einerseits und dem Vorliegen einer Traumafolgestörung (insbesondere PTBS) andererseits vornehmen. Gleichzeitig kann aus den jahrelangen Erfahrung in der Arbeit mit Folteropfern gefolgert werden, dass gerade diese Dokumentation der erlittenen Gewalt, die Benennung des zugefügten Unrechts und die Anerkennung als Folteropfer wichtig sind für den Prozess der psychischen Verarbeitung des Erlebten bei den Betroffenen.

3.1.3. Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (PBV) Stuttgart

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

Die KlientInnen

Die Beratungs- und Behandlungsangebote der PBV Stuttgart richten sich an alle KlientInnen, die potentiell traumatisierende Gewalterfahrungen überlebt haben. Hierzu zählen Flüchtlinge, Opfer von Menschenhandel (Zwangsprostituierte), Einwanderer, EU-Bürger, Deutsche (auch ehemalige DDR-Bürger, die Opfer der Staatssicherheit wurden) und Personen, die entführt, überfallen oder durch einen Unfall traumatisiert wurden. Das Zentrum ist insbesondere spezialisiert auf die Risikogruppe der Flüchtlinge und Vertriebenen aus Krisen- und Kriegsgebieten. Diese gehören im Exilland zu den marginalisierten Personen der Gesellschaft und haben tendenziell ein größeres Risiko, psychische und somatische Auffälligkeiten bis hin zu klinisch relevanten psychischen oder psychiatrischen Störungen zu entwickeln. Insbesondere die Gruppe der Flüchtlinge und Flüchtlingsfamilien, die extreme Gewalterfahrungen hinter sich haben, sollte hierbei hervorgehoben werden.

Das Team

Das Team der PBV Stuttgart besteht aus insgesamt acht PsychologInnen, Psycho-therapeutInnen und SozialpädagogInnen. Des Weiteren arbeiten hier zwei Fachärzte für Allgemeinmedizin, Psychiatrie und Psychotherapie, vier TrainerInnen für die Theater- und Kunsthandwerk-Gruppen sowie drei SupervisorInnen. Durch das internationale Team (Deutschland, Rumänien, Argentinien, Russland, Mexiko, Spanien, Griechenland, Türkei und Kosovo) sind Behandlungen in insgesamt sieben Muttersprachen möglich. Mit speziell von der PBV Stuttgart und dem Institut für systemische und Traumatherapie geschulten DolmetscherInnen werden sämtliche wichtigen Sprachen der KlientInnen abgedeckt, wozu u. A. türkisch, kurdische Dialekte, albanisch und iranisch gehören.

Die Angebote

- Psychosoziale Beratung und Begleitung (ressourcenzentriert)
- Psychologische Beratung
- Psychodiagnostik und Indikation
- Psychologische und psychiatrische Begutachtung
- Spezielle traumafokussierte Psychotherapie (verhaltenstherapeutisch orientiert) entsprechend dem Richtlinienverfahren
- Notfallpsychologische Behandlung für Betroffene von Unfällen, Banküberfällen, Körperverletzung, Vergewaltigung und Betriebsunfällen
- Traumaspezifische psychologische Begleitung von Zwangsprostituierten (Opferzeuginnen)
- Ergänzende Rehabilitationsangebote: Tanz- und Theatergruppe, Malgruppe, Schneiderwerkstätte und Computerkurse für Jugendliche
- Vermittlung von medizinischer Behandlung durch kooperierende Fachärzte
- Vermittlung von sozialer Begleitung an Sozialdienste der Wohlfahrtsverbände und Städte sowie Gemeinden und an kirchliche Kreise
- Organisation von Fortbildungskursen und Fallsupervisionen in „Psychotraumatologie“ für PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, ehrenamtliche Helfer aller Berufsgruppen und DolmetscherInnen

Das Netzwerk

Die PBV Stuttgart arbeitet im „Projektverbund psychosoziale und psychologische Hilfen für traumatisierte Flüchtlinge in Nord- und Südwürttemberg“ eng mit dem Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU) zusammen. Weitere Kooperationen bestehen unter anderem mit folgenden Einrichtungen:

- Institut für systemische Therapie und Traumatherapie, Stuttgart
- Gesundheitsamt Stuttgart
- Sozialamt Stuttgart
- Robert-Bosch Krankenhaus, Stuttgart
- Zentrum für Psychiatrie Winnenden

- Diakonisches Werk Württemberg
- Institut für Psychotrauma Schweiz
- Weißer Ring Stuttgart
- Fraueninformationszentrum Stuttgart (FIZ)
- Gesellschaft für Sozialpädagogische Hilfen, Schwäbisch Gmünd
- Evangelische Hochschule für Sozialwesen Ludwigsburg
- Universität Koblenz-Landau (Kooperationsvertrag im Weiterbildungsstudiengang „Psychologische Psychotherapie“ mit dem Schwerpunkt Verhaltenstherapie)

Die Projekte im Jahr 2011

1. Ressourcenaufbauende psychologische Begleitung für Aussiedler aus der ehemaligen Sowjetunion - Biographische Arbeit als Prävention von bleibenden psychischen Schäden (Verletzungen) in russischer Sprache

Seit Anfang 2009 kommen vermehrt Spätaussiedler aus dem Großraum Württemberg und Nordbaden zur PBV Stuttgart und bitten selbst um psychologische Hilfe oder werden von gemeindepsychiatrischen Diensten und Hausärzten an das Zentrum überwiesen mit der Indikation ambulanter psychologischer Begleitung in deutscher und russischer Sprache. Die KlientInnen kommen aus Kasachstan und Russland und weisen ähnliche psychische Auffälligkeiten auf wie beispielsweise Heimweh bei gleichzeitiger völliger Ablehnung des Herkunftslandes und Tabuisierung von extrem negativen Familienerlebnissen wie Deportation, Zwangsarbeit, Diskriminierung oder Entwurzelung. Diese Leiden führen häufig zu einer Einschränkung der Arbeitsfähigkeit und zu familiären Konflikten. Zudem besteht die Gefahr einer transgenerativen Weitergabe von belastenden Symptomen. Durch Psychoedukation, biographische Arbeit angelehnt an die Narrative Expositionstherapie (NET) und einer Abschlussphase, jeweils in deutscher und (auf Wunsch auch) in russischer Sprache sollen persönliche und familiäre biographische Ressourcen reaktiviert, die Erwerbsfähigkeit wieder hergestellt und der Chronifizierung von psychosomatischen und/ oder psychischen Störungen vorgebeugt werden. Die Betroffenen sollen so die Möglichkeit erhalten, am sozialen Leben in der neuen Heimat teilnehmen zu können.

2. Gruppentherapie für jugendliche Trauma-PatientInnen (UMF)

Das Projekt richtet sich an Jugendliche zwischen 16 und 21 Jahren, die durch die Erlebnisse im Heimatland in der Regel schwer traumatisiert sind. Dazu kommen Gefühle wie Angst, Wut und

Rebellion. Durch Rollenspiele, Diskussionen, Techniken der systemischen Therapie, Paradoxe Intervention, Rollenwechsel u. A. soll ein Erfahrungsaustausch unter den Jugendlichen angeregt werden, durch den neue Perspektiven des Einzelnen auf die individuelle Situation möglich werden. Dadurch werden die Handlungsoptionen in den konkreten Problemsituationen verändert. Das Ziel dessen ist eine Verhaltensänderung und daraus resultierend schließlich die Öffnung der KlientInnen für die separate individuelle Traumatherapie.

Weitere Projekte

- Psychosoziale Begleitung und psychologische Traumatherapie für Flüchtlinge (EFF-Projekt im Verbund mit dem BFU Ulm)
- Ressourcenaufbauende psychologische Behandlung für jüdische Kontigentflüchtlinge aus der ehemaligen Sowjetunion in russischer und hebräischer Sprache
- EU-Projekt „FOR 4 für traumatisierte Flüchtlinge - Psychotherapie und begleitende Reha-Interventionen: Tanztheater, Schneiderwerkstatt, Malkurs, Gymnastik für Frauen“ (das Projekt lief nach vier Jahren im April 2011 aus)

3.1.4. refugio stuttgart e.v.

2001 wurde durch den unabhängigen und gemeinnützigen Verein refugio stuttgart e.v. das Psychosoziale Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge gegründet und eine Kontakt- und Beratungsstelle

im Haus der Migrationsdienste der Caritas Stuttgart eingerichtet. Ziel ist die medizinische und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen. Im Vordergrund steht ein niedrigschwelliges Beratungs- und Gesprächsangebot, wobei die KlientInnen jederzeit die Kontrolle über die eigene Biographie beibehalten und über die Weitergabe von Details an Dritte wie beispielsweise einen Anwalt für die Aufnahme eines Verfahrens entscheiden. Neben der psychotherapeutischen traumabezogenen Behandlung stellt die Vertretung der Flüchtlinge im Asylverfahren, Lobby- und Advocacy-Arbeit eine weitere wichtige Säule der Arbeit von refugio stuttgart e.v. dar. Ziel der Arbeit ist es vor allen Dingen, Sprachlosigkeit angesichts des Erlebten zu überwinden und den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, sich auszudrücken. Die Übersetzung durch unabhängige Dolmetscher ist wichtig, weshalb refugio stuttgart e.v. allein hierfür jährlich 25.000 Euro aufwendet.

Die KlientInnen

refugio stuttgart e.v. berät und behandelt jährlich etwa 300 Flüchtlinge aus über 30 Herkunftsländern. Die größte Gruppe stellen die Kurden aus der Türkei, gefolgt von Afghanen und Iranern. 75% der KlientInnen befinden sich noch im Asylverfahren oder sind geduldet, d.h. sie leben mit der Unsicherheit des Aufenthalts und der Angst vor einer zwangsweisen Rückkehr. Die KlientInnen aus der Region Stuttgart und den umliegenden Landkreisen in einem Umkreis von ca. 100 km werden über Sozialdienste, Anwälte, Asylfreundeskreise, Bekannte oder Familienangehörige an refugio vermittelt. Ihre Anliegen reichen von der Bitte um soziale Beratung über therapeutische Hilfe bis hin zu ärztlichen bzw. psychologischen Stellungnahmen für das Asylverfahren.

Das Team

Bei refugio stuttgart e.v. arbeiten derzeit sieben Hauptamtliche in Teilzeit: eine Stellenleitung (50%), eine ärztliche Leitung (60%), zwei Diplompädagoginnen und zwei Diplomsozialpädagoginnen (zusammen 155%) sowie eine Verwaltungskraft (50%). Daneben arbeiten in der Kontakt- und Beratungsstelle sechs Ärzte und Therapeutinnen auf ehrenamtlicher, sowie zwei Therapeutinnen auf Honorarbasis. Über 20 DolmetscherInnen für 15 Sprachen werden regelmäßig dazu gezogen, wobei refugio stuttgart e.v. um weitere TherapeutInnen und DolmetscherInnen wirbt. Bedarf besteht darüber hinaus in der Verwaltung und in der Öffentlichkeits- und Advocacyarbeit.

Die Angebote

Aufgrund der Erfahrung spezifischer Traumatisierungen bei einigen Personengruppen bietet refugio stuttgart e.v. eine ressourcenorientierte Gruppe für kurdische Frauen, die alle als Angehörige primär frauenspezifisch traumatisiert sind. Diese lernen unter systemtherapeutischer Leitung in Kunst- und Musiktherapie sowie durch Entspannungsübungen, Eigenwahrnehmung, Selbstvertrauen und gegenseitige Zuwendung erneut. Weiter gibt es ein Gruppenangebot für parentifizierte Mädchen und junge Frauen zwischen 14 und 21 Jahren. Durch die Traumafolgestörungen der Eltern waren die Mädchen gezwungen, die Rolle der Eltern zu übernehmen und wurden der Chance beraubt, ihrem Alter entsprechend aufzuwachsen und eigene Erfahrungen zu machen. In der Gruppensystemtherapie von refugio stuttgart e.v. haben sie nun die Möglichkeit, dies nachzuholen und mit einer erwachsenen Person, die ihnen Aufmerksamkeit schenkt, die für sie wichtigen Fragen zu besprechen und gemeinsam an altersgemäßen Aktivitäten teilzunehmen.

Neben der psychosozialen und therapeutischen Betreuung von traumatisierten KlientInnen bietet refugio stuttgart e.v. in Zusammenarbeit mit der Akademie für Tiefenpsychologie und Psychoanalyse Stuttgart e.V. zweimal jährlich Fallsupervisionsseminare durch renommierte PsychotraumatologInnen an. Diese richten sich an Ärzte/ Ärztinnen und TherapeutInnen im Netzwerk, die sich in diesem Bereich weiterbilden möchten. Für die vielen ehrenamtlichen BetreuerInnen bietet das Zentrum Schulungskurse von jeweils 10 Abenden an, um diese auf ihre verantwortungsvolle Tätigkeit vorzubereiten. Des Weiteren werden Einführungen für neue DolmetscherInnen alljährlich angeboten.

Das Netzwerk

refugio stuttgart e.v. ist Mitglied der Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) und in der Landesarbeitsgemeinschaft Folterüberlebende Baden-Württemberg (LAG) aktiv. Auf lokaler Ebene ist refugio stuttgart e.v. außerdem in das Netzwerk „stuttgart sozial“ eingebunden. Weiter bestehen neben der Caritas Stuttgart Kooperationen mit einer Reihe von Organisationen, Kliniken und Beratungsstellen.

Die Kooperation refugio stuttgart e.v. und Trauma-Ambulanz Stuttgart

refugio stuttgart e.v. überweist KlientInnen an die Trauma-Ambulanz der Akademie für Tiefenpsychologie und Psychoanalyse Stuttgart e.V. überwiegend zur Diagnostik, insbesondere für Gutach-

ten. Die Trauma-Ambulanz vermittelt ihrerseits KlientInnen zur Beratung und ehrenamtlichen Begleitung an refugio stuttgart e.v. Des Weiteren behandelt die Trauma-Ambulanz bzw. vermittelt in Therapie. Der Leiter der Trauma-Ambulanz Stuttgart, Dr. Thomas Soeder, ist im Vorstand von refugio stuttgart e.v. und Mitglied des Arbeitskreises Menschenrechte in der Landesärztekammer.

Aufgrund der realen Anforderungen beschäftigt sich die Trauma-Ambulanz Stuttgart vor allem mit der Diagnostik schwerer Traumatisierungen, dabei zu circa 90 % bei MigrantInnen. Die ursprünglich vorgesehene therapeutische Ausrichtung scheitert bislang am Fehlen der entsprechenden finanziellen und personellen Kapazitäten. Nach Möglichkeit versucht die Trauma-Ambulanz, im Anschluss an die vorgenommene Diagnostik an niedergelassene TherapeutInnen weiter zu vermitteln. Es werden momentan ca. 40 KlientInnen pro Jahr behandelt. Aufgrund der fehlenden Kostenübernahme wird ein Großteil der Arbeit ehrenamtlich geleistet. Es ist außerdem geplant, das Fortbildungsangebot für niedergelassene KollegInnen auszuweiten um diese zu motivieren und ihnen die nötigen Qualifikationen an die Hand zu geben.

3.1.5. Refugio Villingen-Schwenningen e.V.

Vorläufer der Arbeit von Refugio VS war eine jahrelange ehrenamtliche Beratungsarbeit mit Flüchtlingen durch Pro Asyl in Villingen–Schwenningen. Auf dem Höhepunkt der Balkankriege in den neunziger Jahren kamen zunehmend auch Flüchtlinge aus Bosnien und dem Kosovo in den Landkreis Schwarzwald–Baar. In Schwenningen wurde deshalb ein spezielles Beratungsbüro für diese Gruppe eröffnet. 1998 von engagierten MedizinerInnen, PsychologInnen, PsychotherapeutInnen, SozialpädagogInnen, HeilpraktikerInnen, PhysiotherapeutInnen, LehrerInnen, RechtsanwältInnen und Wirtschaftsfachleuten gegründet widmet sich Refugio VS der ärztlichen und psychologischen Psychotherapie

traumatisierter Menschen. Der Träger ist ein eingetragener Verein mit insgesamt 85 Mitgliedern, der gemeinnützig tätig ist. Besonders Wert wird dabei auf die Interdisziplinarität der Arbeit gelegt. Ziel der Arbeit des Vereins ist es, die Belange traumatisierter MigrantInnen in die allgemeinen Versorgungs- und Angebotsstrukturen zu integrieren. Obwohl der Verein an die 150 traumatisierte Personen pro Jahr, darunter circa 30 Neuaufnahmen, betreuen kann, sind Wartelisten von 3- 6 Monaten an der Tagesordnung, wodurch das bereits erwähnte Problem der Chronifizierung der durch die traumatischen Erfahrungen hervorgerufenen Beschwerden verschlimmert wird. Da der Schwerpunkt auf der Betreuung von Familien liegt, kommt die Arbeit insgesamt über 300 Personen zu Gute.

Die KlientInnen

Die Kontaktstelle Refugio VS behandelt und berät traumatisierte MigrantInnen und ihre Angehörigen. Auch wenden sich viele UMF an die Kontaktstelle.

Das Team

In der Kontaktstelle arbeiten derzeit zwei hauptamtliche Mitarbeiter, darunter ein Arzt und eine Sozialpädagogin. Des Weiteren sind sieben TherapeutInnen bei Refugio VS tätig, darunter zwei Ärzte, ein Heilpraktiker und Logotherapeut, eine Gestalttherapeutin, zwei PsychologInnen und eine Psychotherapeutin/ Ärztin. Fünf MitarbeiterInnen übernehmen die Hausaufgabenbetreuung, weitere vier Personen engagieren sich ehrenamtlich in der Einzelnachhilfe und im Deutschkurs. Für Dolmetschertätigkeiten stehen 11 ÜbersetzerInnen zur Verfügung. Büroarbeiten, Archivierung, EDV, Publi-

kationen, Supervision und Vorstandstätigkeiten werden von weiteren sechs Personen im Ehrenamt ausgeübt sowie von Prof. Dr. Kizilhan von der Michael-Balint-Klinik in Königsfeld. Eine Schülerin hilft zudem bei kleineren Tätigkeiten.

Die Angebote

Die Angebote im Bereich der psychologischen und psychotherapeutischen Beratung und Begleitung umfassen:

- Psychoedukation
- Gesprächstherapie
- Gestalttherapie
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie
- Ressourcenarbeit
- Krisenintervention
- Stabilisierungsübungen nach Reddemann
- Spezielle Traumabearbeitung (PITT, NET, EMDR, Logotherapie, Verhaltenstherapie)
- Maltherapie und Körpertherapeutische Verfahren

Im medizinischen Bereich kommen hinzu:

- Erst- und Aufnahmegespräche
- Diagnostik
- Ärztliche Stellungnahmen
- Therapieplanung
- Weitervermittlung an Fachärzte und Kliniken
- Medizinische Beratung bei speziellen Fragen und Problemen
- Homöopathische Behandlung

Ein weiterer Schwerpunkt der Arbeit von Refugio VS liegt auf der sozialen und rechtlichen Beratung und Betreuung. Hierzu gehören:

- Verfahrensberatung
- Kontakte zu Rechtsanwälten, Behörden und Beratungsstellen
- Beratung in sozialen und finanziellen Fragen
- Schuldnerberatung bei Flüchtlingen

- Beratung bei Straffälligkeit
- Kontakte zu Lehrern und Schulen
- Unterstützung bei administrativen Dinge wie Formularen und Anträgen
- Hausbesuche
- Paargespräche
- Alphabetisierungskurse
- Stütz- und Förderunterricht für Schulkinder
- Telefonberatungen für andere Institutionen
- Leseförderprojekte und Kooperationsprojekte

Außerdem legt refugio villingen-schwenningen e.v. großen Wert auf die Dolmetscherarbeit in Form von:

- Rekrutierung geeigneter DolmetscherInnen
- Dolmetscherschulungen in Kooperation mit der Universität Freiburg
- Dolmetschersupervision
- Vermittlung von Dolmetschern an andere Institutionen wie Gesundheitsämter und an niedergelassene Ärzte
- Fortbildungen für externe Psychotherapeuten in der Arbeit mit Dolmetschern im Bereich Advocacy und der Beteiligung an themenbezogenen Kampagnen.

Zusätzlich leistet Refugio VS Unterstützung bei Diplom- und Doktorarbeiten, beispielsweise in Form von Interviews. Zuletzt werden PraktikantInnen ausgebildet und Veranstaltungen und Öffentlichkeitsaktionen in Kooperation mit anderen Nicht-Regierungsorganisationen (NGO) organisiert um eine breite Öffentlichkeit zu erreichen und über die Belange von traumatisierten MigrantInnen in Deutschland aufzuklären.

Das Netzwerk

Refugio VS ist Mitglied in mehreren Organisationen und Arbeitsgruppen, die auf nationaler, regionaler und lokaler Ebene tätig sind. Dazu gehören:

- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF)
- Mitarbeit im Vorstand und Arbeitsgruppe Flüchtlingskinder
- Aktionsnetz Heilberufe in AI

- Arbeitskreis Flucht und Asyl in der IPPNW
- Mitglied im Diakonischen Werk Baden
- Mitglied in der Landesarbeitsgemeinschaft für Flüchtlinge und Folteropfer (LAG)
- TriRegio Psychotraumatologie
- Mitarbeit im Vorstand, Koordination Arbeitskreis Flüchtlinge
- Diakonische Gemeinschaft
- Arbeitskreis Sexuelle Gewalt
- Runder Tisch Migration
- Pro Asyl Villingen-Schwenningen
- Mitglied im Steuerungskreis des Integrationsrates der Stadt Villingen-Schwenningen, Arbeitsgruppen: Gesundheit und psychosoziale Versorgung, Bildung

Die Projekte

1. Sozialpädagogische Betreuung

Da die politische Situation sich mittlerweile sehr in Richtung Integration entwickelt hat, wird auch immer mehr für Migranten- und Flüchtlingskinder in den Schulen angeboten. So gibt es an vielen Schulen auch die Möglichkeit an einer Hausaufgabenbetreuung teilzunehmen. Allerdings muss ein Beitrag gezahlt werden, den sich nicht alle Eltern leisten können. Die älteren Kinder erhalten Einzelunterricht von Refugio VS. Zurzeit gibt es eine kleine Gruppe Grundschulkinder, die regelmäßig die Hausaufgabenbetreuung besucht. Die Hausaufgabenbetreuung ist für Kinder zwischen 10 und 12 Jahren gedacht. Diese Kinder sind schon seit einigen Jahren bei Refugio VS und benötigen auch weiterhin die Unterstützung der SozialpädagogInnen. Außerdem besuchen die Kinder einmal im Monat ein Leseprojekt in Kooperation mit der Stadtbücherei.

2. Kinderreporter 2010

Eine Attraktion 2010 war das Projekt Kinderreporter in Kooperation mit der Städtischen Galerie und der Klasse 4b der Erbsenlachenschule. Wendelin Renn, Leiter der Städtischen Galerie, war der Initiator des Projektes. Die Kinder wurden vorher angeleitet. Das Projekt mit den jungen Journalisten wurde in der Landesgartenschau durchgeführt. Anfangs war es für die Kinder nicht einfach die Gartenschaubesucher anzusprechen. Sie verloren allerdings ihre Scheu und es machte den Kindern ersichtlich viel Spaß, die Besucher der Landesgartenschau zu interviewen.

3.1.6. Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. Karlsruhe

Die Gründung im Jahr 2005 unter dem Dach des bereits seit 1996 bestehenden Menschenrechtszentrums Karlsruhe e.V. erfolgte mit dem Ziel, die medizinische und psychiatrisch-psychosoziale Versorgung traumatisierter MigrantInnen und Flüchtlinge zu fördern. Der Verein arbeitet dabei im Sinne einer Netzwerkbildung mit TherapeutInnen und therapeutischen Einrichtungen, sozialen Diensten, RechtsanwältInnen und anderen Vereinen zusammen. Ganz bewusst wird hierbei der Weg in die medizinische Regelversorgung beschritten, einerseits um den Betroffenen die Zugangswege in das deutsche Gesundheitssystem zu weisen und ihnen das hierfür notwendige Wissen zu vermitteln. Andererseits sollen die im Gesundheitssystem Beschäftigten zunehmend mit der Personengruppe traumatisierter MigrantInnen und Flüchtlinge vertraut gemacht werden, eventuelle Vorbehalte sollen abgebaut und spezielle Behandlungsangebote in allen dafür in Betracht kommenden Bereichen etabliert, verbessert und gefördert werden.

Deshalb liegt seit einigen Jahren neben der auf Traumatisierung ausgerichteten Arbeit des Vereins ein weiterer Schwerpunkt auf der Unterstützung jener MigrantInnen, die sich schon länger in Deutschland befinden, denen aber bislang keine Hilfe zu Teil wurde. Eines der Hauptziele des Vereins ist es, innovative Zugangswege zu den Angeboten des deutschen Gesundheitswesens für Menschen mit Migrationshintergrund zu schaffen. Dies wurde bereits mehrfach gefordert, beispielsweise im Rahmen der Konferenz der Gesundheitsminister der Länder. Denn selbst seit längerem in Deutschland lebende Flüchtlinge und MigrantInnen verfügen oftmals nicht über ausreichende Kenntnisse und Kompetenzen, um sich im deutschen Gesundheitssystem zurecht zu finden und für sich selbst oder für ihre Angehörigen Unterstützung im Bereich der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung in Anspruch nehmen zu können.

Die KlientInnen

Traumatisierte und anderweitig erkrankte Flüchtlinge und MigrantInnen in Karlsruhe und der unmittelbaren Umgebung.

Das Team

Momentan hält eine Ärztin auf Honorarbasis einmal wöchentlich (mittwochs 10 – 12 Uhr) Sprechstunden ab.

Die Angebote

- Förderung der ärztlichen und psychosozialen Versorgung traumatisierter und anderweitig erkrankter Flüchtlinge und MigrantInnen
- Organisation der Diagnostik, Behandlung und Beratung von Flüchtlingen und MigrantInnen und deren Angehörigen im Rahmen der medizinischen und psychosozialen Regelversorgung, Übernahme einer Lotsenfunktion
- Organisation und Kostensicherung sowie Kostenübernahme von Dolmetscherdiensten
- Information der Öffentlichkeit und Fortbildung im KollegInnenkreis über die Situation traumatisierter und psychisch sowie körperlich erkrankter Flüchtlinge und MigrantInnen
- Regelmäßige muttersprachliche Informationsveranstaltungen in verschiedenen MigrantInnenverbänden und ausländischen Kulturvereinen sowie in „Müttercafés“ und an drei Karlsruher Grundschulen über medizinische und pädagogische Themen

Das Projekt MUIMI

Das Projekt MUIMI (Muttersprachliche Information von MigrantInnen) wurde 2007 von Frau Dr. med. Maria Rave-Schwank ins Leben gerufen und versucht seither MigrantInnen in Gesundheitsfragen Orientierung zu geben. Dies geschieht durch Informationsveranstaltungen an bereits etablierten Treffpunkten für MigrantInnen wie Kulturcafés oder MigrantInnenvereine. Es werden deutsche Fachärzte und Lehrer eingeladen, unterstützt durch 5 muttersprachliche ÜbersetzerInnen, die über ca. 2 Stunden zu Themen aus dem allgemein-gesundheitlichen und psychiatrischen Bereich wie z.B. Impfen, Brustkrebsvorsorge, Menopause, Pubertät oder weiterführende Bildung referieren. Die Hälfte der Zeit ist für Fragen und Gespräche reserviert, wobei in Kleingruppen zumeist Satz für Satz übersetzt wird. Teilnehmen können 7-20 Personen, im Durschnitt sind 13 Frauen anwesend, dazu kommen Kinder und Säuglinge. Dabei werden auf die Vorschläge und Anliegen der Teilnehmerinnen eingegangen und gemeinsam mit diesen die Themen für die bevorstehenden Treffen ausgewählt. Planung, Vorbereitung und Organisation der Informationsveranstaltungen werden ehrenamtlich geleistet. Die ÜbersetzerInnen und ReferentInnen erhalten eine Aufwandsentschädigung vom Verein. Das

Projekt wurde so gut angenommen, dass es im Jahr 2009 mit dem Integrationspreis der Stadt Karlsruhe ausgezeichnet wurde. Daraufhin haben sich für das Jahr 2010 drei neue Gruppen „beworben“, zwei neue vorwiegend türkischsprachige Müttergruppen an Schulen sowie eine chinesische Krabbelgruppe. Neben professioneller Hilfe bei der Gesundheitsberatung von MigrantInnen will MUIMI außerdem Raum geben für die gegenseitige Unterstützung durch die Gruppenmitglieder aus dem eigenen Kulturraum. Der Verein will ausdrücklich die Selbsthilfekräfte der Gruppe im Sinne eines „Empowerment“ fördern und unterstreicht die Bedeutung der Treffen bei der Vorbeugung und Bewältigung von Krisen.

3.2. Berichte aus den Zentren

3.2.1. AJUMI

Die Jugendlichen bleiben, bei der AJUMI angekommen, zwischen wenigen Tagen und sieben Monaten in den Aufnahmegruppen. Der Durchschnitt liegt bei ca. 3 Monaten für männliche und knapp 2 Monaten für weibliche UMF und entspricht damit dem auch von anderen Stellen berichteten Zeitraum für das Clearingverfahren. Im Anschluss an die Inobhutnahme werden die meisten Jugendlichen in Jugendhilfemaßnahmen vermittelt – in Betreutes Wohnen, zu Pflegeeltern oder in stationäre Gruppen.

Die Verteilung der UMF in Baden-Württemberg bezüglich der Hilfen nach SGB II auf die Stadt- und Landkreise erfolgt nach Vorgabe durch das Regierungspräsidium. Hier greift wiederum das Asyl- und Ausländerrecht. Dennoch war es nicht immer möglich, Jugendliche in diesen Schlüssel zu vermitteln – teils aus Gründen fehlender Angebote, teils weil die Städte und Landkreise die Aufnahme verweigerten. Eine Verteilung ist im Falle von UMF außerdem grundsätzlich zu hinterfragen. Die Jugendlichen haben sich während der Zeit in der AJUMI in Gruppe integriert, in der sie sich mit anderen Jugendlichen in einer ähnlichen Situation austauschen und gegenseitig Unterstützung geben können. Durch die Verteilung der Jugendlichen auf die verschiedenen Stadt- und Landkreise werden sie nicht nur aus der vertrauten Umgebung, sondern auch aus ihrer Gruppe herausgerissen und gelangen in eine Einrichtung, in der sie mitunter keine Landsleute antreffen, mit denen sie sich austauschen und ihre Traditionen pflegen können. Die MitarbeiterInnen in den neuen Einrichtungen sind oftmals nicht mit der besonderen Situation von UMF vertraut. Deshalb ist bei der Vermittlung der Jugendlichen in eine neue Einrichtung insbesondere auf eine gut vorbereitete Übergabe und eine entsprechend kompetente und an den Bedürfnissen der Jugendlichen orientierte Betreuung zu achten.

Bei Jugendlichen mit Verwandten in Deutschland gestaltet sich die Situation anders. Ihnen fällt der Abschied aus der AJUMI oder AKJ leicht. In der Vergangenheit gelang es in vielen Fällen, Kontakte zu Verwandten herzustellen. Allerdings wollten diese nicht immer auch die Vormundschaft für den jeweiligen Jugendlichen übernehmen. Dies gilt insbesondere für männliche UMF: zwar haben gut 40% von ihnen Kontakt zu Verwandten und Bekannten, aber nur in knapp der Hälfte dieser Fälle wird eine Vormundschaft übernommen. Der zahlenmäßig kleinere Teil an weiblichen UMF hat seltener Kontakte zu Verwandten, aber in all diesen Fällen wurde auch die Vormundschaft für die Mädchen übernommen.

KlientInnen-Statistik 2010

2010 wurden 142 UMF von der Einrichtung in Obhut genommen. Die Aufnahmegruppen verfügen derzeit über insgesamt 24 Plätze, es gibt momentan 3 Aufnahmegruppen von Ajumi in Karlsruhe. Eine Gruppe (Ajumi 3) befindet sich im Haupthaus in der Sybelstr. 11 und die beiden anderen Gruppen (Ajumi 1 und 2) befinden sich in einem zentral in Karlsruhe gelegenen Gebäude, ganz in der Nähe des Haupthauses und nicht weit von der Landesaufnahmestelle (LASt) entfernt.

Ein Blick auf die Herkunftsländer der Jugendlichen macht deutlich: Sie flüchten aus Krisenregi-

onen, in denen bewaffnete Auseinandersetzungen dominieren, Minderheiten verfolgt werden und große Not herrscht. Viele der Jugendlichen haben ein Elternteil, manche beide Eltern sowie Geschwister und andere Verwandte verloren. Oft wurden Familienmitglieder ermordet oder Opfer von Krieg und Terror. Die Jugendlichen kommen meist nicht aus eigenem Antrieb, sondern weil die Familie dies für das Beste hält: In einem Fünftel der Fälle möchten die Eltern oder andere Verwandte (insbesondere Onkel) die Kinder in Sicherheit bringen und ihnen eine (bessere) Zukunft sichern. Die Jugendlichen kommen aus den bekannten Krisengebieten der Welt- vor allem aus dem nahen und mittleren Osten (Irak, Afghanistan), Asien (Indien und Sri Lanka) und Afrika (Gambia, Nigeria, Sierra Leone und Algerien). Die größte nationale Gruppe stellen Jugendliche aus dem Irak (29 männliche und 6 weibliche UMF 2009) dar. Dies entspricht den Zahlen der AsylerstantragstellerInnen in Deutschland insgesamt. Dagegen weicht die weitere Zusammensetzung der Herkunftsländer von den Gesamtdaten ab. Besonders auffällig sind dabei zum einen die wenigen UMF aus Afghanistan und der Türkei, zum anderen der relativ hohe Anteil afrikanischer Jugendlicher. Dieser Befund kann ein Hinweis auf die spezifische Wahl einzelner Bundesländer als Fluchtziel sein, weil sich hier besondere Unterstützungsstrukturen befinden. Er verweist aber auch auf kinder- und jugendspezifische Fluchtgründe in einzelnen Ländern, die Eltern dazu veranlassen, ihre Kinder allein auf die Flucht zu schicken.

3.2.2. BFU

Eine kreative Reise

Nach einem Originalbericht von Karsten Kretschmer

Ein Sozialarbeiter der Migrationsberatung meldete Ercan (Name geändert) im Februar 2008 im BFU an. Ercan war mit 6 Jahren das zweitälteste von 5 Kindern. Seine Eltern sind Roma aus dem Kosovo und kamen noch vor dem Kosovo-Krieg nach Deutschland. Bei einem Klinikaufenthalt 2006 wurde bei Ercan oppositionelles Verhalten, Störung des Sozialverhaltens sowie eine expressive Sprachstörung diagnostiziert. Die Eltern züchtigten ihren Sohn und konnten sein Verhalten nur unzureichend steuern. Ercans autoaggressives Verhalten sowie die Aggressivität den Eltern, Geschwistern und Mitschülern gegenüber wurde zum Problem.

Bei mir in der Kunsttherapie zeigt sich der Junge anfangs eher schüchtern, signalisierte aber Interesse und Aufnahmebereitschaft und wollte gerne malen. Auch am Spielen mit Ton zeigte er große Freude. Beim Malen wie beim Modellieren mit Ton zeigte sich deutlich Ercans (Auto-) Aggression. Allerdings entwickelte sich aus den ersten aggressiven Gesten durchgehend ein konstruktives Endergebnis, eine gemalte Sonne mit Wolken und Regentropfen oder eine Tonkugel.

Schnell stellte sich heraus, dass Ercan große Freude am Spielen hatte, besonders Memory hatte es ihm angetan. Ebenfalls großen Spaß hatte er an der haptischen Erfahrung mit Fingermalerei. Die größte Freude machte ihm jedoch das Spielen mit den Plüschtieren mit den Figuren aus „Pu der Bär“ gerade auch im Rollenspiel mit mir als Therapeuten. Über die Plüschtiere und im Spiel mit mir zeigte sich, dass Ercan besonders gut seine Gefühlszustände und Erlebnisse ausdrücken und Verhaltensweisen

korrigieren konnte. Er wählte für sich immer den wilden Tiger „Tigger“, während mir die Rolle des Esels „I-Ah“ zukam. Die Figur des „Tigger“ verletzte sich und andere Tiere andauernd durch sein ungestümes Verhalten. „I-Ah“ kümmerte sich dann um ihn, indem er zum Beispiel „Tiggers“ verletzte Pfote mit Kreppband „verarztete“.

Meine Hilfe und die Zuwendung im Rollenspiel schien Ercan sehr zu genießen. Er baute zum Spielen mit meiner Hilfe drei Häuser aus Schachteln und Pappkarton. Das erste Haus nahm er mit nach Hause. Das zweite war das Haus des „Tiggers“ (Ercans Haus), das er in den Farben des Tigers bemalte. Das dritte Haus wurde „I-Ahs“ Haus und war gleichzeitig Spiel- und Versammlungshaus aller Tiere mit einem Regendach zum Schutz. Anschließend baute Ercan in einem siebenstündigen Projekt, bei dem er eine schnelle Auffassungsgabe und großes Durchhaltevermögen bewies, aus Maschendraht und Gips ein Boot. Mit Hingabe und Freude bemalte er das Boot in den Farben rot, blau, schwarz und silbern. Nun konnten „Tigger“ und seine Freunde endlich auf Reisen gehen und Abenteuer erleben. Wie Ercan sagte, mussten sie lange darauf warten.

Hatte Ercan vor Beginn der Kunsttherapie ein geringes Selbstwertgefühl sowie aggressives Verhalten gezeigt, so hatte sich die Situation bald deutlich geändert. Nach der 13. Kunsttherapiestunde fand ein Elterngespräch statt. Ercans Vater sagte, das Verhalten Ercans hätte sich sehr zum Positiven verändert, vor allem gegenüber den Mitschülern. In der Schule laufe es auch insgesamt besser und die Situation zu Hause hätte sich auch entspannt.

Wenn die Schatten näher kommen

Nach einem Originalbericht von Gerlinde Dötsch

Schweißgebadet wacht Herr N. auf. Sein Herz rast, er bekommt kaum noch Luft und ist unfähig, sich zu bewegen. Er weiß nicht, wo er sich befindet, er ist orientierungslos. Es dauert eine Weile, bis er in der Lage ist, tief durchzuatmen. Im BFU hat er eine Atemtechnik für solche Situationen gelernt. Herr N. macht das Licht an, um sich zu orientieren. Er sagt zu sich selbst, was er als real wahrnimmt: „Ich liege in meinem Bett, die Bettdecke ist blau gemustert. Ich bin in meinem Zimmer im Asylbewerberheim und höre den Atem meiner schlafenden Mitbewohner, einer von ihnen schnarcht. Ich bin mir sicher, dass mir hier und jetzt nichts passiert. Es gibt niemanden, der mich hier gefangen nimmt und foltert – ich bin sicher. Es ist vorbei, ich habe überlebt.“

Der Albtraum von Herr N. ist immer derselbe. Er wird verfolgt von Männern in Uniformen, deren Gesichter aus schwarzen Schatten bestehen. Männer mit Gewehren und Messern, die ihn verfolgen. Er läuft durch Straßen, Felder, durch den Wald, er läuft immer schneller, keucht, stolpert, fällt hin, rappelt sich auf und läuft weiter. Doch die Verfolger kommen immer näher. Er weiß: wenn sie ihn erreichen, geschieht Fürchterliches. Er hat es erlebt. Er wurde schon einmal gefangen genommen, er kennt die Folter in allen Variationen. Die Angst vor dem Erlebten treibt ihn an. Kurz bevor sie ihn erreichen, wacht N. auf.

Herr N. leidet unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung aufgrund eines Gefängnisaufenthalts während eines Bürgerkriegs in seinem Heimatland. Diese für Folteropfer typische psychische Störung wird durch extrem leidvolle Lebensereignisse ausgelöst, welche die Betroffenen nicht allein verarbeiten können. Die Betroffenen sind unfähig, ihren Alltag zu bewältigen. Ihre Lebensqualität ist massiv herabgesetzt. Typisch für die Posttraumatische Belastungsstörung sind besonders Albträume. Alben sind dem Volksglauben nach Menschen oder tierähnliche Wesen, die nächtliche Beklemmungszustände hervorrufen. Der Alb sitzt auf den Menschen und verursacht unterschiedliche Symptome der Atemnot, Herzrasen, Schwitzen oder ein Gefühl der grenzenlosen Angst. Im Falle von KlientInnen mit einer Posttraumatischen Belastungsstörung treten Albträume bei rund 60% der Betroffenen auf.

Ein neunjähriges Mädchen berichtet davon, dass sie träumt, die ganze Familie befinde sich im Heimatland. Plötzlich sehen sie ein Feuer und der Vater ruft: „ Es gibt Krieg!“ und er beauftragt seinen Bruder, die Familie durch den Wald in Sicherheit zu bringen. Der Vater bleibt zurück. Der Onkel flieht mit der Familie. Als sie im Wald sind, stellt das Mädchen auf einmal fest, dass ihr jüngerer Bruder fehlt. Sie rufen nach ihm und er antwortet. Das hören die Feinde. Das Mädchen hat große Angst um den Bruder. Die Feinde packen ihn und sägen ihm eine Hand ab. Sie wollen ihm auch noch die andere Hand und den Kopf absägen. Da schreien alle und das Mädchen wacht auf. In diesem Beispiel mischen sich verschiedene Arten von Albträumen: Der eine wiederholt das Vergangene, der andere zeigt die Angst vor der Zukunft. Seit dieser Zeit ist der Vater des Mädchens verschwunden. Dem Onkel hingegen ist die Flucht gelungen, dem Bruder nichts passiert.

Die therapeutische Behandlung von Albträumen ist schwierig. Sie ist meist eingebunden in die allgemeine Traumatherapie. Zunächst werden die Betroffenen angehalten, sich mit ihren Träumen am Spätnachmittag oder frühen Abend noch einen Spaziergang an der frischen Luft zu machen und vor dem Schlafengehen auf keinen Fall TV-Nachrichten aus dem Heimatland anzuschauen. Vor allem werden die Betroffenen angeregt, sich aktiv mit ihren Träumen auseinanderzusetzen, während sie wach sind. Dabei wird für den Albtraum ein positives Ende erarbeitet, diese Bilder einstudiert und dies vor dem Schlafengehen geübt. So könnte das neunjährige Mädchen seinen Albtraum zum Beispiel in folgender Weise positiv umformulieren: „Die Feinde packen den Bruder. Da kommt der Onkel und befreit den Bruder aus den Händen der Feinde. Alle drei können fliehen und einen sicheren Ort erreichen.“ Diese neuen Bilder werden einstudiert und vor dem Schlafengehen in Erinnerung gerufen. Dieser Prozess ist langwierig und schwierig.

Je weiter die Traumatherapie fortgeschritten ist und je sicherer sich die Betroffenen sind, dass ihnen das Geschehene nicht mehr passieren wird, desto weniger häufig und intensiv sind die Albträume. Sollte der Albtraum trotzdem wiederkehren, können eine Atemtechnik, die Entspannungstechniken und die beschriebene Hier-und-Jetzt-Technik angewendet werden, um eine Erleichterung zu erreichen.

KlientInnen-Statistik 2010

Im Jahr 2010 wurden insgesamt 126 KlientInnen im BFU behandelt, 106 davon waren Folteropfer. In 112 Fällen wurde eine Diagnostik vorgenommen, 15 waren Akutfälle, 10 KlientInnen wurden an Ärzte oder Kliniken überwiesen, 1 Person wurde an eine andere Beratungsstelle überwiesen. Des Weiteren wurden 28 Befunddokumentationen angefertigt.

Behandlung und Beratung 2010: 121 KlientInnen befanden sich in längerfristiger Behandlung, davon erhielten 87 Personen Verhaltens-, Trauma- oder Familientherapie. 9 Personen wurden medizinisch behandelt, 24 KlientInnen nahmen an der Kunsttherapie teil. Weiter erhielten 57 Personen Sozialbegleitung, 19 KlientInnen wurden in Ausbildung oder in einen Beruf vermittelt, 9 Personen wurde bei der Suche nach einer Wohnung geholfen und es fanden 5 Familienzusammenführungen statt. In 18 Fällen wurde eine stützende Begleitung vorgenommen, in weiteren 16 Fällen wurde Integrationsarbeit geleistet, 5 Beratungen vor der Anhörung beim Bundesamt wurden vorgenommen und 35 Mal bei den Behörden unterstützt.

Die meisten (30%) der KlientInnen kamen über Ärzte, Kliniken und Gesundheitsämter ins BFU.

Weitere wurden von Bekannten und Verwandten oder von Beratungsstellen vermittelt (23,8 bzw. 20,6 %). Alle anderen gelangten über Rechtsanwälte, Flüchtlingsorganisationen oder Kommunalbehörden ins Behandlungszentrum.

Was die Aufenthaltssituation der KlientInnen betrifft, so befinden sich die meisten im laufenden Asylverfahren (24,6%), 22,2% sind geduldet, 12% sind Inländer und 12,7% haben eine Aufenthaltserlaubnis. Unter ihnen sind auch Kontingentflüchtlinge (6,3%), weitere 6,3% stehen vor der Abschiebung.

Die KlientInnen des BFU stammen aus 26 Ländern, die Mehrheit davon sind Kurden aus der Türkei (18,3%) oder aus dem Kosovo (18,3%), gefolgt von Deutschland, dem Irak, Nigeria, Kamerun, Algerien, Sierra Leone, Pakistan, Afghanistan, Eritrea, Albanien, Gambia, Italien, Togo und anderen. Das Durchschnittsalter der KlientInnen liegt bei 33, 2 Jahren, es sind mehrheitlich Männer. Zu den wichtigsten Dolmetschersprachen gehören Türkisch, Albanisch, Kurdisch, Arabisch, Französisch und Englisch.

Zu den häufigsten Beschwerden gehören PTBS, Depression, Phobien, Schlafstörungen, Albträume, Rückzug, Konzentrationslosigkeit, Gedächtnisprobleme, Desorientierung, Wahnvorstellungen, Verfolgungsgedanken, Nervosität und Suizidgedanken.

3.2.3. PBV Stuttgart

Jelena aus Bosnien-Herzegowina

Für Jelena beginnt die Angst im Sommer 1992. Sie lebt mit ihrer Familie in ihrem Elternhaus im Bergland der Herzegowina, als sie mitten in der Nacht von serbischen Soldaten aus dem Schlaf gerissen wird, die ihren Mann auffordern, auf die Straße hinunter zu kommen. Jelena geht selbst zu den Soldaten und sagt, ihr Mann wäre nicht zu Hause. Innerhalb weniger Tage spitzt sich die Situation zu, Männer werden in eine Halle getrieben, es gibt Erschießungen, der erste Konvoi mit Flüchtlingen fährt ab. Doch Jelenas Schwiegervater weigert sich, sein Haus zu verlassen und zu fliehen. Die Familie beschließt, zusammen zu bleiben und sich im Keller zu verstecken. Die Übergriffe gegen nahe Verwandte gehen weiter bis die schwangere Jelena und ihr Mann schließlich doch bereit sind, zu fliehen. Auf der Flucht müssen sie Furchtbares erleben. Sie werden unmittelbare Zeugen von Erschießungen und werden selbst mehrmals mit dem Tode bedroht. An der Grenze zu Kroatien werden sie aus dem Bus gejagt und mit Gewehrsalven vorwärts getrieben. Jelena bricht in Folge der Erlebnisse mehrmals ohnmächtig zusammen, blutet aus dem Unterleib. Sie hat ein schweres Trauma, halluziniert, bringt aber dennoch wie durch ein Wunder auf der Flucht ein gesundes Kind zur Welt.

In Stuttgart erhält Jelena nach einem Jahr eine Aufenthaltsbefugnis, ihr Zustand verbessert sich zusehends. Im März 1997 jedoch verschärft die deutsche Innenministerkonferenz das Abschiebungsgesetz, zum Entsetzen vieler Politiker, des UN-Flüchtlingskommissariats und sogar der US-Regierung. Jelena fürchtet die Abschiebung, was ihr Trauma endgültig zum Ausbruch bringt. Dieter David, Diplom-Psychologe und Leiter der PBV Stuttgart, rät Jelena dennoch davon ab, die Einreise in die USA zu beantragen, da er befürchtet, dies könnte zu viel für die traumatisierte Frau sein. Er versichert ihr stattdessen, darauf zu vertrauen, in einer derartigen Situation wie der ihren nicht abgeschoben zu werden. Ihr Zustand verschlechtert sich stetig, sie bricht regelmäßig zusammen und

wacht im Krankenhaus wieder auf. Sie hört auf zu essen und nimmt nur noch Tabletten ein. Im Jahr 2000 erhält die Familie endlich eine feste Aufenthaltsgenehmigung. Sie wird weiterhin psychologisch betreut, auch der älteste Sohn geht lange in therapeutische Behandlung, um seine traumatischen Kindheitserinnerungen zu verarbeiten. Langsam geht es auch Jelena besser, dennoch erträgt sie vieles nicht mehr. Sie kann keine Nachrichten mehr sehen, kann keine Berichterstattung über Krieg oder Kindesentführung ertragen, ohne dass die alten Symptome zurück kehren, die Hände zittern und sie irgendwann ohnmächtig wird. Der Krieg ist für sie noch lange nicht vorbei.

Florije – die Frau und ihr Schatz

Florije lebt mit ihrem Mann und der Tochter im Kosovo, als die jugoslawisch-serbische Zentralregierung beginnt, die albanische Mehrheit zu unterdrücken und zu drangsalieren. Ihr erstes traumatisches Erlebnis erlebte Florije bereits in ihrer Kindheit. 1993 ist sie mit der Tochter und den Schwiegereltern zu Hause, als Soldaten das Haus nach Waffen durchsuchen und die hochschwangere Frau schlagen. Sie begibt sich Hals über Kopf auf die Flucht, trifft ihren Mann durch glückliche Umstände unterwegs wieder. Gemeinsam reisen sie eine Woche lang quer durch Europa, in ständiger Sorge um das ungeborene Kind. Wenige Tage nach der Ankunft in Karlsruhe bringt Florije einen Sohn auf die Welt. Nach mehreren Sammelunterkünften und Heime landet die Familie schließlich in Ludwigsburg. Florije hält acht Jahre lang durch, lebt weiter, bekommt noch ein Kind, erzählt niemandem von ihren Erlebnissen, macht einfach weiter, als wäre nichts gewesen, bis sie irgendwann nicht mehr kann. Es sind schließlich nicht die eigenen Schmerzen, die eigenen Albträume, die sie dazu bewegen, sich in therapeutische Behandlung zu begeben, es ist die Sorge um die Kinder und was sie an diese weitergeben könnte.

Dieter David vom PBV Stuttgart bestätigt dieses Muster. Die meisten traumatisierten Frauen verdrängen das Erlebte, ertragen ihr Leid stillschweigend. Wenn sie jedoch befürchten, sie könnten damit der eigenen Familie schaden, dann reagieren sie und begeben sich in Behandlung, zum Wohle der Familie, weniger zum eigenen Wohle. Florije organisiert zuerst einen Therapieplatz für den Sohn, dann sucht sie zwei Jahre vergeblich nach einem niedergelassenen Psychologen oder Psychotherapeuten für sich selbst. Über eine Sozialarbeiterin kommt sie Anfang 2003 zur PBV Stuttgart. Hier erhält sie psychotherapeutische Behandlung und den Rat, die guten Erinnerungen zurück zu holen, die eigenen Schätze zu entdecken und sich kreativ mit dem Erlebten auseinander zu setzen. Florije, deren Name übersetzt Schatz, Kostbarkeit, bedeutet, fängt an zu schreiben, wie sie es schon als Journalistin in früheren Jahren getan hat. Was ihr jedoch große Sorge bereitet ist ihre Aufenthaltssituation. Bereits Mitte der 90er Jahre wird der Asylantrag abgelehnt, Florije und ihre Familie sind in Deutschland lediglich geduldet. Bei jedem Auto, das vor der Tür hält, hat Florije anfangs Angst, es könnte die Polizei sein, die sie und ihre Familie abholen kommt. Außerdem stellt die Tatsache, dass sie und ihr Mann keine Arbeit aufnehmen dürfen, eine große Belastung dar. Endlich im Besitz des neuen Bleiberechts können sich die Eheleute etwas sicher fühlen und sind nicht mehr auf die Unterstützung durch das Sozialamt angewiesen, lange eine große Demütigung für die beiden. Obwohl die Frau studierte Medienwissenschaftlerin ist und in ihrer früheren Heimat als Journalistin gearbeitet hat, ist sie froh, einen Minijob als Putzfrau gefunden zu haben. Die sinnvolle Beschäftigung und die Therapie, während der sie sich Methoden angeeignet hat, um mit den Traumafolgen umgehen zu lernen, helfen Florije, ihr weiteres Leben in Deutschland zu meistern. Wenn ihre Familie dann noch eine uneingeschränkte Aufenthaltsgenehmigung erhält, könnte sie sich endlich wirklich sicher fühlen.

KlientInnen-Statistik 2010

Im Jahr 2010 hatte die PBV Stuttgart 154 neue Anmeldungen und Überweisungen zu verzeichnen. 65% der Neuzugänge waren Flüchtlinge, Aussiedler und jüdische Kontingentflüchtlinge. Zwangsprostituierte machten 5% aus, 15% MigrantInnen (inklusive EU-Bürger) und weitere 15% waren Deutsche, die zum überwiegenden Teil Opfer von Überfällen, Vergewaltigungen, Verkehrsunfällen oder schweren Körperverletzungen waren. 15% der Betroffenen waren Minderjährige. In 116 Fäl-

len wurde eine laufende psychologische Traumatherapie durchgeführt, davon 104 Einzeltherapien und 12 Gruppentherapien für Jugendliche. Die Kosten von 35 Therapien wurden von Sozialämtern, Krankenkassen und Unfallkassen übernommen.

3.2.4. refugio stuttgart e.v.

Unsere Mutter kann wieder lachen

Gruppenpsychotherapie mit einer kurdischen Frauengruppe - Nach einem Originalbericht von Erika Fischer

Schwer traumatisierte Kurdinnen machen bei refugio stuttgart e.v. einen großen Teil der Klientinnen aus. Einzeltherapien erweisen sich aus verschiedenen Gründen nicht immer als hilfreich. Wegen der notwendigen Übersetzung musste die Gruppe leider auf eine Sprachgruppe begrenzt werden. Die Frauen waren zu Opfern staatlicher Verfolgung geworden, weil ihre Männer sich politisch für die Belange der Kurden engagiert oder die kurdische Arbeiterpartei PKK unterstützt hatten. Alle Frauen sind schon seit Jahren Klientinnen bei refugio. Die Kontakt- und Beratungsstelle hat ihr Verfolgungsschicksal in Stellungnahmen dokumentiert und eine Diagnose ihrer seelischen und körperlichen Störungen erstellt. Trotz aller Bemühungen haben die Frauen keinen gesicherten Aufenthalt; damit bestimmt die ständige Angst vor Abschiebung ihr Leben. Oft leiden sie unter einer PTBS, die zum Teil bereits chronifiziert ist, unter Ängsten und reaktiven Depressionen. Traumatisierte Menschen brauchen viel Sicherheit. Deshalb entwickelten wir für die Gruppentreffen eine feste Struktur, so dass die Frauen in jedem Moment die Kontrolle über die Situation behalten konnten. Nach und nach wurde die Isolation durchbrochen. Die Frauen lernten einander zuzuhören, sich gegenseitig Mut und Trost zu spenden und sich an Problemlösungsstrategien zu beteiligen. War am Anfang des Nachmittags die Stimmung der Frauen zunächst depressiv, so konnte die Sitzung doch in befreiendem Lachen enden. Aber es gehörte Mut dazu, sich gegenseitig einzugestehen, dass sie trotz allen Schmerzes und aller Scham auch lachen konnten und durften. Bildergeschichten, in denen symbolisch ein Weg aufgezeigt wurde, wie auch mit Leiderfahrungen und Ängsten eine hoffnungsvolle Bewältigung möglich ist, waren hier hilfreiche Arbeitsmaterialien.

Bilder aus einer Serie zeigen, wie ressourcenorientiert gearbeitet wurde. Eine Palme hat einen Stein umwachsen und die Zweige wieder aufgerichtet. Der Stein ist noch da, aber er ist integriert. Im Schatten der Palme können sich Menschen wieder nieder lassen. Wertvoll war die Anwesenheit der Dolmetscherin, nicht nur als Sprach-, sondern auch als Kulturvermittlerin. Sie machte Therapeutinnen und Therapierten verständlich, wie sehr die Begrenzung durch die kurdische Kultur ein Hemmnis bei der Verarbeitung des Traumas sein kann. Schweigen zum Beispiel kann sich lähmend auf die Atmosphäre in den Familien auswirken, das Vertrauen untergraben und die Familienmitglieder entfremden. Andererseits bewahrt es die Männer davor, durch destruktive Aktionen ihre „Ehre“ wieder herstellen zu müssen.

Selbstständigkeit und Entscheidungskompetenz der Frauen zu fördern, erforderte Mühe, Geduld und Phantasie. Sie sind gewöhnt zu akzeptieren, dass „Autoritäten“ wie der Ehemann, die Eltern, ältere Verwandte oder andere Respektspersonen für sie Entscheidungen treffen. Inzwischen wurde das Gruppensetting entsprechend der gewachsenen Autonomie verändert: Jetzt treffen sich die Frauen einmal im Monat mit einer Sozialpädagogin. Zunächst werden soziale und aufenthaltsrechtliche Probleme besprochen, danach gibt es ein selbst organisiertes Programm. Alternierend wird musiktherapeutisch das Erreichte gesichert und weiter geführt. Die neue Form der Gruppentreffen hat sich inzwischen bewährt und zeigt uns, dass die Frauen weiter auf dem begonnenen Weg vorangehen.

refugio stuttgart e.v. berät und behandelt jährlich ca. 300 Flüchtlinge aus über 30 Ländern. Die größte Gruppe stellen Kurden aus der Türkei, gefolgt von Afghanen und Iranern. 75% der KlientInnen befinden sich noch im Asylverfahren oder sind geduldet, d.h. sie leben mit der Unsicherheit des Aufenthalts und der Angst vor einer zwangsweisen Rückkehr. Entsprechend groß ist der Bedarf an Beratung und therapeutischer Hilfe. Angeboten werden soziale Beratung und Psychoedukation für Indexklienten und Familienangehörige (40% aller KlientInnen), ärztliche und Psychodiagnostik mit Stellungnahmen (35% der KlientInnen) und therapeutische Interventionen in der Kontaktstelle und im ärztlich-therapeutischen Netzwerk (Krisenintervention und Stabilisierung, Einzel- oder Gruppentherapie für insgesamt 60% der KlientInnen). Die ehrenamtliche Betreuung erfolgt schwerpunktmäßig zur Begleitung von Kindern und Jugendlichen bzw. ihren Familien.

3.2.5. Refugio Villingen-Schwenningen e.V.

Resilienz bei traumatisierten Flüchtlingen

Nach einem Originalbericht im Jahresbericht 2011

In den letzten Jahren wird zunehmend der Begriff der „Resilienz“[25] in der Traumabehandlung diskutiert. Beobachtungen zeigten, dass manche Menschen scheinbar ohne psychische Schäden, manchmal sogar gestärkt aus belastenden und traumatischen Ereignissen hervorgehen, während andere daran zerbrechen, was sie erleben mussten. Auch die MitarbeiterInnen von Refugio VS können solche Phänomene in ihrer täglichen Arbeit beobachten.

Ein 17 –jähriger aus einem ostafrikanischen Land stellt sich als UMF bei Refugio VS vor. Er sieht fröhlich aus, lacht und sagt, es gehe ihm gut. Er zeigte zunächst keine Angst oder Zurückhaltung. Er könne schlafen und fühle sich gesund. Er habe keine Schmerzen. Äußerlich macht er einen gesunden Eindruck und wirkt nicht wie viele andere angespannt, müde, innerlich erstarrt, aufgeregt, zittrig und unkonzentriert. Über seine Vergangenheit berichtete er folgendes: Er ist in einem kleinen afrikanischen Dorf nahe einer größeren Stadt aufgewachsen. Er habe die ersten Jahre ein unbeschwertes Leben gehabt und war von seiner unmittelbaren Umgebung akzeptiert. Bei einem Überfall durch Rebellen auf das Dorf wurden beide Eltern getötet, das Haus zerstört und er selbst gefangen genommen. Er sollte für die Rebellen kämpfen. Damals sei er 11 Jahre alt gewesen. Er konnte allerdings aus dem Lager der Rebellen flüchten, dabei sei jemand von seinen Bewachern umgekommen. Er sei in die Hände von UN–Soldaten gelaufen, die ihn in ein Flüchtlingslager ins Nachbarland gebracht hätten. Dort habe er unter widrigen Umständen sein Leben fristen müssen. Mit 15 Jahren sei er mit einem etwas älteren Freund von diesem Flüchtlingslager aufgebrochen und sie hätten die gefährliche Reise quer durch die Sahara nach Libyen angetreten. In Libyen hätten sie sehr vorsichtig sein müssen und seien öfters knapp rassistischen Anfeindungen und gewalttätigen Überfällen entkommen. Nach einem Jahr hätten sie das Geld für die gefährliche Überfahrt über das Mittelmeer zusammengearbeitet gehabt. Bei dieser Überfahrt sei sein Freund vor seinen Augen über Bord gegangen und ertrunken. In Lampedusa habe er sich nicht lange aufgehalten und habe sich in

25 Siehe hierzu Welter-Enderling sowie Enderling/ Hildebrand (2006), S.13:„Unter Resilienz wird die Fähigkeit von Menschen verstanden, Krisen im Lebenszyklus unter Rückgriff auf persönliche und sozial vermittelte Ressourcen zu meistern und als Anlass für Entwicklung zu nutzen.“

Süditalien auf der Straße durchgeschlagen. Schließlich sei er in Richtung Norden aufgebrochen, sei in der Schweiz aufgegriffen worden. Als die dortigen Behörden ihn nach Italien zurückschicken wollten, sei er weiter nach Deutschland gezogen, wo er in einer Jugendeinrichtung ein neues Zuhause gefunden habe.

Als ich diese Geschichte mit vielen weiteren kleinen und mittleren Katastrophen aus seinem Leben hörte, fragte ich mich, wo dieser junge Mann mit noch nicht einmal 18 Jahren die Kraft hernimmt, nicht zu resignieren und aufzugeben, sondern unbedingt ein neues Leben in Deutschland selbst unter schwierigen und unsicheren Bedingungen anzufangen sich vorgenommen hatte. Mindestens drei schwerwiegende Traumata mit Todesangst hatte er in seinem kurzen Leben schon erfahren, dazu dauerhafte Verluste seiner wichtigsten Bezugspersonen. Welche inneren Ressourcen er dabei mobilisieren konnte, ist erst in Ansätzen zu erfahren, es spielen wohl der Einfluss seines Vaters, seine Religion, gute Freunde und die soziale Fähigkeit, sich anzupassen, aber gleichzeitig auch vertrauensvolle Beziehungen einzugehen, eine wichtige Rolle. Er hat ein gut ausgeprägtes massives Vermeidungsverhalten, das ihm hilft, die Erinnerungen soweit abzuspalten, dass er im Alltag nicht überwältigt wird. Nach seinen Worten leidet er nicht an intrusiven Erinnerungen und nur ganz selten an Albträumen.

Resilienz ist nicht naturgegeben oder in den Genen verankert. Sie ist in erster Linie erlernt und gespeichert. Ständige Angriffe auf sie können sie schwächen, meist nachhaltiger als ein großes schreckliches Ereignis. Diese Tatsache wird durch die neuesten Erkenntnisse der Neurobiologie bestätigt. Ständige Kränkungen führen zum Abbau der neuronalen Verschaltungen, die für Kooperation, Mitgefühl und Vertrauen aufgebaut worden sind. Was Flüchtlinge tagtäglich an Demütigungen, Herabsetzungen, kleinen Angriffen auf ihre Persönlichkeiten erfahren müssen, ist für die meisten Menschen nur schwer vorstellbar:

- Kontrollen im Zug oder an sonstigen öffentlichen Orten
- Benachteiligung bei der Arbeitsplatzvergabe
- Zugewiesene Wohnunterkünfte mit einer extrem belastenden Umgebung
- Der Zwang, ständig bei den Behörden um Erlaubnis zu fragen, für jeden Besuch eines Freundes oder beim Überschreiten der Kreisgrenze

Diese und weitere herabsetzende Angriffe auf die Würde der Flüchtlinge im Alltag, rauben ihnen die inneren Widerstandskräfte, machen sie mürbe, lassen sie resignieren, machen sie hoffnungs- und hilflos. So erleben wir bei Refugio VS Menschen, die unter widrigsten Umständen nach Deutschland geflohen sind und die besten Absichten hatten, hier ein neues Leben zu beginnen. Noch nach Jahren zittern sie, bevor sie zur Behörde gehen, um ein Papier abzuholen, sie können nächtelang nicht schlafen, wenn sie ihre Duldung verlängern müssen. Die Ängste haben irgendwann angefangen, den Beginn können die meisten gar nicht mehr festlegen, sie wissen nur, dass es nach ihrer Ankunft in Deutschland war.

KlientInnen-Statistik 2010

Im Jahr 2010 (in Klammern: Zahlen 2009) wurden 170 (166) KlientInnen im Refugio VS versorgt. Mit 48 (41) Neuanmeldungen wurde ein neuer Höchststand erreicht wodurch Refugio VS an seine Kapazitätsgrenzen stieß. 14 Personen stellten sich nach teilweise mehrjähriger Pause erneut vor. In 38 Fällen wurden gleich mehrere Familienmitglieder betreut.

Bei 42 Personen wurde eine umfangreiche Diagnostik (einschließlich Lebensgeschichte) durchgeführt. Diese umfasste in der Regel 8 -10 Stunden. Bei 68 Personen kamen zum Teil umfangreiche Stabilisierungsgespräche hinzu. In die fortlaufende, psycho-therapeutische Langzeitbehandlung (einschließlich Traumatherapie) wurden 43 Personen aufgenommen. Die Beratungsgespräche (etwa 200) führte in der Regel die Sozialpädagogin Frau von Mirbach durch. 54 Personen haben davon profitiert. Zusätzlich durchgeführt wurden 30 Gespräche mit Angehörigen, ein Paargespräch und 2 Familiengespräche. 21 Personen wurden insgesamt 56 mal zu Hause besucht, bei 13 Personen konnte die Therapie beendet werden, 14 Weitere konnten zu anderen Fachärzten vermittelt werden, davon 3 Personen in eine stationäre Behandlung.

Unter den KlientInnen befanden sich 5 traumatisierte UMF, die einen besonderen Mehraufwand bedeuteten. Von den angebotenen Programmen und Aktivitäten profitierten insgesamt 53 Kinder. 7 Frauen lernten in Gruppen- oder Einzelstunden Deutsch. Für 11 Kinder führten MitarbeiterInnen Gespräche mit LehrerInnen, davon 43 direkte Gespräche sowie unzählige Telefongespräche. Es wurden außerdem 3 Gespräche mit dem Jugendamt geführt und in 6 Fällen beim Arbeitsamt interveniert. Es wurden hierbei insgesamt 1.500 bezahlte Stunden mit DolmetscherInnen bestritten.

Traditionell ist die Türkei mit 39 KlientInnen nach wie vor das wichtigste Herkunftsland, inzwischen allerdings rückläufig. Dagegen haben KlientInnen mit syrischer Herkunft (33) zugenommen. Aus dem übrigen Nahen Osten (Iran/Irak) kamen 23 KlientInnen. Der Trend geht zu den afrikanischen Ländern südlich der Sahara (26 KlientInnen), aus Nordafrika bisher 4. Ein weiterer Schwerpunkt ist der Kosovo mit 27 KlientInnen, während aus Serbien 4 KlientInnen kommen. In der Regel sind es Roma, Albaner dagegen immer weniger. Aus Asien (Tschetschenien, Afghanistan, Mongolei, Aserbaitschan, Armenien) kommen 13 KlientInnen. Insgesamt lassen sich noch die alten Schwerpunktländer erkennen, aber KlientInnen aus neuen Konfliktherden nehmen zu. Neu ist die hohe Zahl von Menschen aus dem Irak und aus Syrien, die in der Regel schon lange in Deutschland leben und hier wegen der schwierigen Lebensbedingungen erkrankt sind. Der Trend zu Männern, meist jung

und alleinstehend, hat mit 114 weiter zugenommen. Frauen kamen nur 56. Allerdings waren auch 12 Minderjährige dabei, 4 Mädchen und 8 Jungen.

3.2.6. Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. Karlsruhe

Aus der Sprechstunde

Nach einem Originalbericht von Dr. Karin Ehle

Neulich erreichte mich ein Anruf, der mich sehr freute. Herr D. spricht ein wunderbares Oxford Englisch und ist Kurde aus der Türkei. Er bekam Asyl in Deutschland! Im Verlauf des Gesprächs sagte er, dass er sich nun erstmals wieder eine Zukunft vorstellen kann. Herr D. wurde vor etwa einem Jahr in Istanbul verhaftet, ohne Verhandlung für etwa 10 Tage inhaftiert und schwer gefoltert. Er kam Mitte Mai in unsere Sprechstunde. Eine erste Stabilisierung war möglich, er fand einige Momente der inneren Ruhe und Entlastung. In Zusammenarbeit mit der Landesaufnahmestelle konnte er einen Transfer nach Konstanz bekommen. Schließlich konnten wir ihn an die universitäre psychologische Modell-ambulanz für Flüchtlinge vermitteln, wo er nun in Behandlung ist. Wir freuen uns außerdem mit der afghanischen Arztfamilie und ihren sieben Kindern. Sie haben Asyl erhalten und leben in Köln in der Nähe ihrer Verwandten. Ebenso bekam ein Afghane, von Beruf Ingenieur, Asyl und lebt mittlerweile in München. Als Asylbewerber im Erstverfahren anerkannt zu werden, löst erstmalig eine große Erleichterung aus. Einer der vielen Vorteile ist die mögliche Inanspruchnahme einer deutlich besseren medizinisch/ psychotherapeutischen Versorgung. Doch das ist nur die positivste Seite eines breiten Spektrums.

Ein weiterer Patient, auch für Laien offensichtlich krank, bekam erst nach vielen Jahren einen Aufenthaltstitel. Die dringend notwendige medizinische Versorgung war über Jahre nicht erfolgt und schließlich mit Mühe zu organisieren. Am anderen Ende des Spektrums sind die KlientInnen, die jahrelang eine „Duldung“ haben. Sie kommen zum Teil einigermaßen gesund bis ziemlich krank nach Deutschland, zu Beginn noch voller Hoffnung und vielleicht mit einem Gefühl von Sicherheit. Viele haben allerdings auch hier Angst vor den Behörden, aufgrund der schlechten Vorerfahrungen in ihrem Heimatland. Manche geben einen falschen Namen an aus Sorge, entdeckt zu werden, oder dass der Familie zuhause etwas passiere, wenn es dort bekannt würde, dass sie hier her geflohen sind. Nach Jahren entwickeln die meisten eine depressive Störung. Sie geben sich auf. In der Sprechstunde nach den schönsten und den schlimmsten Erlebnissen in seinem Leben befragt war die Antwort eines 45-jährigen Irakers, der 2002 nach Deutschland flüchtete: „Jetzt ohne Zukunft sein, ist schlimmer als Gefängnis und Krieg.“ Ein vierzigjähriger Afrikaner, der seit sieben Jahren in Deutschland lebt, sagt: „Ich bin wie dieses Glas Wasser auf dem Tisch, es gibt kein vor und kein zurück.“

Die Situation, dass es weder vorwärts noch rückwärts geht und keine Möglichkeiten bestehen, dies selbst zu verändern, erinnert mich an ein Experiment. Seeligmann, ein US-amerikanischer Psychologe, hat im Rahmen seiner Forschung zum Phänomen der „erlernten Hilflosigkeit“ diversen Hunden mit Elektroschocks erhebliche Schmerzen zugefügt, um die Auswirkung aversiver Reize auf Psyche und Verhalten dieser Tiere zu untersuchen. Hierbei zeigte sich, dass Tiere, die aversive Reize NICHT kontrollieren konnten - d.h. egal wie sie sich verhielten, sie bekamen einen Elektroschock/ einen aversiven Reiz/eine Ablehnung – in späteren Situationen Passivität und Hilflosigkeit zeigten. Engel und Schmale (1972) beschreiben ein Selbstbild des Depressiven nach dem Muster „ich kann wichtige Ereignisse, die mich zentral betreffen, nicht aktiv beeinflussen.“ Manche Flüchtlinge werden genau in diese Situation real gebracht. Der Depressive verzweifelt über den Verlust seiner eigenen Fähigkeiten und Funktionen und generalisiert diesen Verlust. Um nicht mit diesem düsteren Bild aufzuhören: Nach drei Wünschen befragt, erzählte ein 16-jähriger Waisenjunge, der die Ermordung seiner Mutter sah: 1. länger leben 2. Aufwachsen 3. und eine Familie gründen, um die eigene zu ersetzen.

Es zeigt, dass die Arbeit sich lohnt. Es gibt kaum ein schöneres Dankeschön als diese einfachen Sätze: „Ich wusste, da ist jemand in Karlsruhe, das beruhigte mich.“ „Das ist das erste Mal hier, dass mir jemand zuhört und sich für mich interessiert.“ „Es ist, als ob ich nun mit jemandem teile.“ Geteiltes Leid ist halbes Leid - in diesem Sinne möchte ich mich bei Ihnen bedanken, dass sie mit Ihrer Unterstützung diese Arbeit möglich machen.

Eine neue Brille

Nach einem Originalbericht von Christa Schiek

Mittwochvormittag ein Anruf von Frau Dr. Ehle: Ein Inder, ca. 20 Jahre alt, ohne deutsche Sprachkenntnisse und mit schlechtem Englisch, aber sehr kurzsichtig, sei bei ihr in der Sprechstunde, mit der Idee, vielleicht könnte man ihm wenigstens etwas bessere Sicht verschaffen. Die Sekretärin hat ihn mit der Straßenbahn zu mir ins Geschäft am Mühlburger Tor begleitet. Dank Autorefraktor, Mimik und Gestik, konnten wir die exakte Glasstärke von 10 Dioptrien ermitteln, dafür eine schöne Brille aussuchen, die in drei Tagen abzuholen sei. Der indische Herr hatte aber ein Problem, wie er ans Mühlburger Tor kommen solle, ohne Straßenbahnfahrkarte? Ich war überzeugt, wenn ich ihm eine Brille anfertigen kann, kann er von der LASt (Landesaufnahmestelle) immer geradeaus zu Fuß ans Mühlburger Tor laufen. Tatsächlich stand er am vereinbarten Tag wartend vor der Tür, hat die Brille in Empfang genommen, genau betrachtet, aufgesetzt, sich wohlwollend umgeschaut und schnell dankend das Geschäft verlassen.

KlientInnen-Statistik 2010

Im Jahr 2010 wurden 41 KlientInnen durch den Verein betreut. Die häufigsten Herkunftsländer sind Afghanistan, Iran, Türkei (Kurden), Kosovo (Roma), Syrien, Togo, Indien, Kamerun und Sri Lanka. Davon waren 64% Männer und 36% Frauen. Von den 41 KlientInnen wohnten 16 in der Landesaufnahmestelle (LASt) und 25 in Gemeinschaftsunterkünften bzw. waren privat untergebracht. 22 der Betreuten konnten über ein Projekt des Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF) abgerechnet werden. Die Zugangswege zur Sprechstunde sind sehr unterschiedlich. Die Situation in Karlsruhe ist durch die Besonderheit der Landesaufnahmestelle für Asylbewerber geprägt, die in unmittelbarer Nachbarschaft des Menschenrechtszentrums, in dem das Büro des Vereins untergebracht ist, liegt. Durch eine verbesserte ärztliche Präsenz in der Landesaufnahmestelle nimmt aktuell der Zustrom aus dieser Einrichtung in unsere Sprechstunde zu. Die KlientInnen werden mit Hilfe von Dolmetschern durch die Ärztin des Vereins untersucht und meist nach 2-3 Terminen in die entsprechenden Einrichtungen der gesundheitlichen Regelversorgung vermittelt.

4

Finanzierung

Die hier vorgestellten Einrichtungen für die ambulante medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung traumatisierter MigrantInnen beklagen allesamt die massiven Finanzierungsschwierigkeiten bei gleichzeitig wachsenden Wartelisten an traumatisierten Personen, die dringend eine ambulante Psychotherapie benötigen würden.

Dr. Aspacher, Vorsitzender des Vereins zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. Karlsruhe und Leiter der allgemeininternistischen Abteilung eines Karlsruher Krankenhauses, das sich in unmittelbarer Nähe zur Landesaufnahmestelle für Asylbewerber befindet, fasst die Problematik der ambulanten Versorgung traumatisierter MigrantInnen, die nicht als akute Fälle aufgenommen werden müssen, aber dennoch dringend psychologischer Hilfe bedürfen, folgendermaßen zusammen: Nahezu täglich und vor allem nächtlich werden Bewohner der Einrichtung in der Notfallambulanz versorgt. Für diese Notfälle in der Klinik ist die Finanzierung über das Asylbewerberleistungsgesetz sowohl im ambulanten als auch im stationären Bereich geregelt und die Kosten werden in fast allen Fällen erstattet. Schwierig wird die Situation, wenn schwerst körperlich Erkrankte im Anschluss an einen stationären Aufenthalt weiter medizinisch, pflegerisch und psychosozial versorgt werden müssen. Fortgeschrittene Tumorleiden, chronische, dekompensierte Lebererkrankungen, HIV und AIDS oder Tropenkrankheiten und ihre Folgen seien hier beispielsweise genannt. Die Organisation einer angemessenen weiteren Betreuung ist meist mit einem großen Aufwand der Klinikärzte und Sozialarbeiter verbunden und oft können administrative Hürden nicht oder nur sehr mühsam überwunden

werden. Diese Situation ist dringend verbesserungswürdig. Die Zahl dieser besonderen KlientInnen ist nicht hoch, so dass die vorhandenen Ressourcen nicht über Gebühr belastet würden.

Die PBV Stuttgart stellt zudem ein zunehmend restriktives Vorgehen bei der Bewilligung von ambulanten Psychotherapien fest. Die Kosten der ambulanten Traumatherapie, die im Durchschnitt eineinhalb Jahre dauert mit einem anschließenden halben Jahr der Möglichkeit unterstützender Gespräche im Bedarfsfall, übernimmt entweder die Krankenkasse, das Sozialamt oder das Jugendamt. Doch kommt es inzwischen in einigen Stadt- und Landkreisen vermehrt vor, dass die Anträge auf Behandlung nicht bewilligt werden. Dieter David von der PBV Stuttgart zufolge wurde im Jahr 2006 in Stuttgart kein einziger Antrag genehmigt. Die angrenzenden Landkreise hingegen verhalten sich sehr viel kooperativer, hier wurden bisher etwa 90% der Anträge bewilligt[26]. Die Kostenübernahme ist aber nach wie vor ein großes Problem: Im Jahr 2010 hatte die PBV Stuttgart 154 neue Anmeldungen und Überweisungen zu verzeichnen. In 116 Fällen wurde eine laufende psychologische Traumatherapie durchgeführt, davon 104 Einzeltherapien und 12 Gruppentherapien für Jugendliche. In lediglich 35 Fällen wurden die Therapiekosten von den zuständigen Sozialämtern, Krankenkassen und Unfallkassen übernommen[27].

Die PSZ sind deshalb weiterhin darauf angewiesen, die Finanzierung ihrer Arbeit über andere Quellen sicher zu stellen. So wird die Arbeit des BFU neben Geldern des Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF), Landratsämtern, Kommunen, Berufsgenossen-schaften und Krankenkassen auch über Stiftungen und Menschenrechtsorganisationen wie amnesty international und Kollekten von Kirchen finanziert. Ein wesentlicher Beitrag jedoch kommt als Spenden aus der Bevölkerung sowie über Beiträge von Förderern. Im Falle des Vereins zur Unterstützung traumatisierter Migranten e.V. Karlsruhe geschieht die Finanzierung zum größten Teil über einen Zuschuss der Stadt Karlsruhe und zu einem kleineren Teil über Spenden und Mitgliedsbeiträge. Außerdem nimmt der Verein an einem Projekt des Diakonischen Werkes Mittelbaden zur Allgemeinen Verfahrensberatung für neu ankommende AsylbewerberInnen in Baden-Württemberg und Stärkung des Flüchtlingsschutzes in Mittelbaden teil, welches vom EFF finanziell unterstützt wird.

Die Arbeit von refugio stuttgart e.v. wird ebenfalls über private Spenden, Mitgliedsbeiträge, den EFF, Kollekten, Zuwendungen von Kirche, Caritas und Diakonie finanziert. Dazu kommen Einnahmen aus Benefizveranstaltungen und dem Verkauf von CDs, die namhafte Künstler refugio stuttgart e.v. gewidmet haben. Ein Charakteristikum des Zentrums ist insbesondere der hohe Anteil an pro-

26 Vgl. Kötting, Dagmar „Eigene Stärken und Schätze entdecken“ in: Konsequenzen, Nr. 3/ 2007, S.8.
27 Vgl. Interner Bericht PBV Stuttgart.

fessionellem ehrenamtlichem Engagement und zwar sowohl im Vorstand und Verwaltung als auch in der Öffentlichkeitsarbeit und der KlientInnenversorgung, wodurch viele Leistungen unentgeltlich erbracht werden.

Auch Refugio VS wird zum Teil durch den EFF, die UNO-Flüchtlingshilfe, Terre des Hommes, dem Schwarzwald-Baar-Kreis, der EU-Kommission und Children for better World e.V. unterstützt. Der Schwarzwald-Baar-Kreis hat die Unterstützung von EURO 5.000 in den regulären Haushalt aufgenommen. Damit ist seit 2010 die Arbeit von Refugio zum ersten Mal in einem öffentlichen Haushalt verankert. Den größten Teil der Finanzierung bringen private Spenderinnen und Spender auf, die mit größeren und kleineren Beträgen die Arbeit von Refugio oft schon lange und regelmäßig unterstützen. Ohne diese Spender würde es Refugio nicht geben. Den weitaus größten Teil seines Budgets gibt Refugio-VS für die Mitarbeiter und damit für die direkte Betreuung der Flüchtlinge aus. Die PBV Stuttgart finanziert sich durch kirchliche Eigenmittel, Spenden, EU-Projekte sowie durch Einnahmen aus genehmigten Einzeltherapien nach dem Richtlinienverfahren.

5

Reformbedarf

Die ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg wird insbesondere durch zwei entscheidende Punkte erschwert: zum Einen durch die fehlende Kassenzulassung der PSZ, zum Andern durch den Mangel an muttersprachlichen ÄrztInnen und TherapeutInnen, deren Ersatz durch das Hinzuziehen von DolmetscherInnen über die deutschen Krankenkassen nicht abgerechnet werden kann. Die Arbeit von professionellen und unabhängigen Dolmetschern im therapeutischen Setting ist aber entscheidend für den Therapieerfolg, da ohne Dolmetschereinsatz die Traumaopfer auf das Dolmetschen durch Angehörige, womöglich sogar durch die eigenen Kinder angewiesen sind. Um vor allem Angehörige im Ausland zu schützen, aus Scham- oder Schuldgefühlen, sprechen die Betroffenen oftmals nicht oder nur andeutungsweise über das Erlittene, beispielsweise im Rahmen der Erstversorgung. Dadurch wird die Dringlichkeit der ambulanten psychotherapeutischen Behandlung nicht wahrgenommen. Ähnliches passiert bei der Anhörung durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge bzw. das zuständigen Verwaltungsgericht, weshalb der Erstantrag auf Asyl oftmals scheitert.

Eine weitere entscheidende Grundvoraussetzung für den therapeutischen Erfolg stellt die Herstellung eines Minimums an Sicherheit für die traumatisierten MigrantInnen dar. Neben einem sicheren Aufenthaltsstatus brauchen die Betroffenen eine Erlaubnis, sich einen Platz in der Gesellschaft zu erarbeiten, sprich eine Arbeitserlaubnis. Das Zugestehen einer Zukunftsperspektive stellt eine essentielle Voraussetzung für jede Traumabehandlung dar. Doch ist die Gewährleistung von Grund-

rechten für die Sicherstellung eines menschenwürdigen Existenzminimums, auf die alle Personen, unabhängig von Staatsangehörigkeit oder Aufenthaltsstatus, ein Anrecht haben[28], im Falle von AsylbewerberInnen deutlich eingeschränkt. Das Deutsche Institut für Menschenrechte kommt in einer Stellungnahme vom Juni 2011 zu dem Schluss, dass die Regelungen des AsylbLG nicht mit dem Deutschen Grundgesetz vereinbar sind:

Insbesondere das durch den Asylkompromiss 1993 eingeführte AsylbLG als „Sondersozialhilferecht“[29] für AsylbewerberInnen, Geduldete (nach § 60 a AufenthG) und Personen, deren Aufenthalt aus humanitären und politischen Gründen erlaubt ist (§ 1 Abs. 1 Nr. 3 AsylbLG) stellt eine deutliche Benachteiligung dieser Gruppen gegenüber ihren MitbürgerInnen dar: „Ziel der Einführung war es, vom Sozialhilfesystem in Deutschland ausgehende Zuwanderungsanreize zu verringern und Einsparungen zu erzielen“[30]. Und weiter: „Die nach dem AsylbLG gewährten Leistungen liegen erheblich unter den Grundsicherungsleistungen des SGB II/ XII. Die Unterschreitung wurde mit mindestens 31%[31] berechnet“. Diese Unterschreitung lässt sich damit erklären, dass im Falle der Höhe geldwerter Leistungen des AsylbLG keine Bedarfsermittlung vorgenommen, sondern diese auf der Grundlage von Schätzungen festgelegt wurde[32]. Die Bedarfe wurden „abstrakt“ bemessen. „Die Bundesregierung hat mittlerweile eingeräumt, dass dies den vom Bundesverfassungsgericht aufgestellten Anforderungen an eine Bemessung des Bedarfs in einem transparenten und sachgerechten Verfahren sowie an die Beobachtungs- und Anpassungspflicht des Gesetzgebers nicht genügt“[33].

Da die Menschenrechte nicht nur im Deutschen Grundgesetz, sondern auch in den menschenrechtlichen Garantien des Völkerrechts verankert sind, greifen diese auch durch die UN-Kinderrechtskonvention, die seit Juni 2010 uneingeschränkt für alle in Deutschland lebenden Kinder gilt. Das Bundesverfassungsgericht befand, dass Kinder keine kleinen Erwachsenen sind und deshalb in ihrem Falle eine abstrakte Schätzung der Geldleistungen anstatt einer konkreten Bedarfsermittlung ganz besonders unvereinbar mit dem Grundgesetz ist. Die besonderen Bedarfe von Kindern für eine gesunde Entwicklung zeigen sich angesichts der Bedeutung angemessener Wohnverhältnisse

28 Vgl. Hohm; Janda/Wilksch, in: Follmar-Otto/ Mahler (2011): Stellungnahme des Deutschen Instituts für Menschenrechte gem. § 27a BVerfGG im Verfahren 1 BvL 2/11 (Juni 2011), Deutsches Institut für Menschenrechte, S.3. URL: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/index.php?id=1516#c7898, Zugriff am 28.07.2011.

29 Hohm (Hg.) in: Follmar-Otto/ Mahler (2011): Stellungnahme des Deutschen Instituts für Menschenrechte gem. § 27a BVerfGG im Verfahren 1 BvL 2/11 (Juni 2011), Deutsches Institut für Menschenrechte, S.7.

30 Janda/Wilksch in: Follmar-Otto/ Mahler (2011): Stellungnahme des Deutschen Instituts für Menschenrechte gem. § 27a BVerfGG im Verfahren 1 BvL 2/11 (Juni 2011), Deutsches Institut für Menschenrechte, S.7.

31 Follmar-Otto/ Mahler (2011): Stellungnahme des Deutschen Instituts für Menschenrechte gem. § 27a BVerfGG im Verfahren 1 BvL 2/11 (Juni 2011), Deutsches Institut für Menschenrechte, S.7.

32 Follmar-Otto/ Mahler (2011): Stellungnahme des Deutschen Instituts für Menschenrechte gem. § 27a BVerfGG im Verfahren 1 BvL 2/11 (Juni 2011), Deutsches Institut für Menschenrechte, S.8.

33 Ebenda

und deren Nichterfüllung durch die Unterbringung in Aufnahmeeinrichtungen und Gemeinschaftsunterkünften für Asylsuchende: „Die oft sehr beengten Räumlichkeiten können dazu führen, dass sich Kinder nicht altersgerecht entwickeln können. Insbesondere leiden unter der Wohnsituation die Pflege ihrer sozialen Kontakte und ihre Gesundheit“[34]. „Insofern kann durch die Art der Unterbringung auf das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit (Art. 24) gefährdet sein“[35].

Aus den oben benannten Mängeln in der Versorgung von traumatisierten MigrantInnen und UMF lassen sich die wichtigsten Reformpunkte ableiten und ergänzen. Ziel muss dabei sein, die Lebenssituation von traumatisierten MigrantInnen soweit zu verbessern, dass die Betroffenen die Chance auf eine möglichst rasche Genesung und die Wiederaufnahme ihrer Lebenspläne, inklusive der Aufnahme einer Erwerbstätigkeit, haben. Durch die Verbesserung der Lebensbedingungen der Betroffenen würde diesen viel unnötige Leidenszeit erspart bleiben. Nicht zuletzt würden dadurch auch die durch eine Chronifizierung von Folgeerkrankungen anfallenden Langzeitkosten für das Gesundheitssystem, wie auch für das soziale System in Deutschland, insbesondere bei der zweiten Generation von MigrantInnen, eingespart werden.

Der im Folgenden formulierte Forderungskatalog im Hinblick auf den Reformbedarf der bislang gängigen ambulanten medizinischen, psychosozialen und psychotherapeutischen Versorgung traumatisierter MigrantInnen in Baden-Württemberg wurde von den hier vorgestellten Einrichtungen für die ambulante Versorgung von traumatisierten MigrantInnen gemeinsam aufgestellt:

Die Forderungen sind daher:

1. Umsetzung der Neufassung der EU-Aufnahmerichtlinie 2003/9/EG vom 27. Januar 2003 für die Versorgung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge gemäß dem Vorschlag der EU-Kommission für eine Neufassung der Aufnahmerichtlinie vom 01.06.2011[36] in Deutschland

34 Ebenda.S. 12

35 Ebenda.

36 EU-Kommission (2011): Geänderter Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Asylbewerbern. KOM (2011) 320 endgültig. 2008/0244 (COD) Hierin u.A. das Recht auf Erwerbstätigkeit (S.4) : „Dieser Vorschlag steht in Bezug auf die Schaffung des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems in vollem Einklang mit den Schlussfolgerungen des Europäischen Rates von Tampere aus dem Jahr 1999, dem Haager Programm von 2004, dem Europäischen Pakt zu Einwanderung und Asyl von 2008 und dem Stockholmer Programm von 2009. Mit den Zielen der Strategie Europa 2020 ist er ebenfalls vereinbar, da er Asylbewerbern einen angemessenen Zugang zur Beschäftigung gewährleistet“.
URL: http://www.asyl.net/index.php?id=199, Zugriff am 30.07.2011.

2. Änderung der § 6 Abs. 2 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) gemäß dem Vorschlag der BAfF vom Oktober 2006[37], so dass alle Anspruchsberechtigten des AsylbLG Anspruch auf Leistungen im deutschen Gesundheitswesen haben, nicht nur jene mit einem bestimmten Aufenthaltstitel (§ 24 Abs.1 AufenthG)
3. Einführung einer Basisfinanzierung für die Sicherstellung der zukünftigen Arbeit der Behandlungszentren für die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg
4. Einrichtung von jeweils einer regionalen Anlaufstelle für die medizinische und psychotherapeutische Versorgung von UMF pro Regierungspräsidium in Baden-Württemberg
5. Einsatz von qualifizierten und unabhängigen Dolmetschern als integraler Bestandteil der Gesundheitsversorgung von Personen, die der deutschen Sprache nicht mächtig sind
6. Aufnahme von Diagnostik und Therapie der einschlägigen Störungsbilder als integraler Bestandteil der Weiterbildung von Ärzten und psychologischen Psychotherapeuten
7. Ermöglichung einer sinnvollen Beschäftigung für traumatisierte MigrantInnen im Rahmen eines psychosozialen Therapiekonzeptes
8. Anhebung der Sozialleistungen auf ALG II (Hartz IV) – Niveau und Aufhebung des Sachleistungsprinzips zur Vermeidung zusätzlicher pathogener Mechanismen.
9. Adäquate Unterbringung von seelisch und körperlich schwerstkranker Personen und deren Angehörigen unter Beachtung ärztlich-therapeutischer Gesichtspunkte
10. Umsetzung der Garantien des Sozialpakts für UMF und Kinder von traumatisierten MigrantInnen gemäß der Kinderrechtskonvention

37 Die BAfF schlägt folgende Änderung von § 6 Abs. 2 AsylbLG vor: „Personen, die besondere Bedürfnisse haben, wie beispielsweise unbegleitete Minderjährige oder Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben, soll die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe gewährt werden“. Siehe hierzu URL: http://www.behandeln-statt-verwalten.de/hintergrundinformationen.html, Zugriff am 28.07.2011.

6

Fazit

Die Zahl an traumatisierten MigrantInnen, die vor Kriegsgewalt, Folter, Vertreibung oder anderen psychisch und physisch schwer belastenden Situation nach Deutschland geflohen sind und hier dringend professionelle Hilfe benötigen, wächst stetig. Doch die bestehenden Zentren für eine ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg sehen sich in ihrer täglichen Arbeit mit vielerlei Hindernissen konfrontiert, während die Wartelisten der behandlungsbedürftigen MigrantInnen wachsen.

Die geltenden gesetzlichen Bestimmungen erschweren die Versorgung der betroffenen Personen. Während auf EU-Ebene bereits seit 2003 die rechtlichen Grundlagen für eine umfassende Versorgung aller Personen, die von Krieg, Folter und Flucht gezeichnet sind, geschaffen wurden, grenzt das Asylbewerberleistungsgesetz den Personenkreis derer, die diese Leistungen in Anspruch nehmen können, stark ein. Hierdurch wird nur jenen Traumatisierten fachliche Hilfe zu Teil, die einen entsprechenden Aufenthaltstitel vorweisen können. In diesen Fällen werden die Kosten für eine ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Behandlung zwar von den Kostenträgern erstattet, die Therapie aber gleichzeitig dadurch verkompliziert, dass weder das behandelnde Fachpersonal noch der/die Betroffene wissen, ob die Therapie abgeschlossen werden kann. Der Therapieerfolg wird durch diese Bedingungen extrem geschmälert.

Für traumatisierte MigrantInnen, denen Asyl bereits gewährt wurde und die dadurch potentiell sehr viel bessere Aussichten auf eine erfolgreiche Bewältigung der psychischen und physischen

Beschwerden hätten, stellt sich ein anderes Problem. Da die Zentren, die eine professionelle Betreuung und Beratung von traumatisierten MigrantInnen leisten können, keine Kassenzulassung haben, können sie die Leistungen nicht mit den Krankenkassen abrechnen. Obwohl die KlientInnen durch ihre Asylanerkennung automatisch gesetzlich krankenversichert sind, können sie die Möglichkeit, von den vorhandenen Angeboten im Gesundheitsbereich Gebrauch zu machen, nicht nutzen. Die Therapie bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten steht ihnen zwar offen, jedoch zeigt sich hier ein neues Hindernis: das Sprachproblem.

So gibt es in Deutschland nicht genügend muttersprachliche TherapeutInnen, um die Zahl an behandlungsbedürftigen MigrantInnen zu behandeln. Dennoch können die hier vorgestellten Einrichtungen, die mit DolmetscherInnen im therapeutischen Setting arbeiten, diese nicht über die Krankenkassen abrechnen – die deutschen Krankenkassen übernehmen generell keine Dolmetscherkosten. Mit Genehmigung des Antrags auf Kostenübernahme für die Behandlung von Personen, die des Deutschen nicht mächtig sind, sollte daher automatisch die Möglichkeit der Finanzierung von Dolmetscherdiensten gegeben sein, um überhaupt die Grundvoraussetzungen für eine erfolgreiche Therapie dieser Personen herzustellen. Es ist nicht ersichtlich, dass Dolmetscherkosten in absehbarer Zeit von den Krankenkassen in den Leistungskatalog aufgenommen und über diese abgerechnet werden können, weshalb die behandelnden Einrichtungen für diese und weitere Kosten selbst aufkommen müssen.

Das geschieht bereits durch den hohen Anteil an ehrenamtlicher Arbeit in den behandelnden Zentren. Hier werden von der Verwaltung über die Öffentlichkeitsarbeit bis zur therapeutischen Behandlung viele Leistungen unentgeltlich erbracht. Das große Engagement vieler Personen, die ihre Arbeitskraft tagtäglich in den Dienst an der betroffenen MigrantInnen stellen, die zum Teil gegen eine Aufwandsentschädigung, zum Teil ohne jede finanzielle Entlohnung traumatisierte MigrantInnen versorgen, ersetzt jedoch nicht den notwendigen Wandel in der Politik sowie in der Gesellschaft im Ganzen. Statt die traumatisierten MitbürgerInnen als Last und Kostenpunkte wahrzunehmen, sollte ihnen die Möglichkeit der Teilhabe am sozialen Leben und die Wahrnehmung von Aufgaben, auch durch Erwerbsarbeit ermöglicht werden. Die Versorgung traumatisierter MigrantInnen muss künftig stärker in das allgemeine Gesundheitswesen aufgenommen werden. Zudem müssen die auf diese Klientel spezialisierten Zentren in ihrer Arbeit sowohl finanziell durch die Bereitstellung öffentlicher Gelder wie auch institutionell durch das Abbauen von Barrieren unterstützt werden.

Nicht zuletzt würde eine Verbesserung der Lebensbedingungen in Bezug auf Unterbringung, Erwerbstätigkeit und sozialer Absicherung von traumatisierten MigrantInnen die Aussichten auf eine zeitnahe erfolgreiche Verarbeitung der Traumata und die Rückkehr in den Alltag mit einer raschen Wiederaufnahme der alltäglichen Aufgaben sowie einer Erwerbsarbeit durch die betroffenen Personen allen zu Gute kommen. Damit würden die Grundvoraussetzungen für eine möglichst kurze Therapiedauer mit einer Vermeidung der Langzeitkosten durch eine Chronifizierung der Beschwerden und deren Folgen in Form von Arbeitslosigkeit geschaffen werden.

7

Verwendete Literatur

- amnesty international, Sektion der Bundesrepublik Deutschland e.V., Stellungnahme von amnesty International gem. § 27a BVerfGG im Verfahren 1 BvL 10/10, URL: https://www.amnesty.de/downloads/download-stellungnahme-ein-menschenwuerdiges-existenzminimum-fuer-asylbewerber
- BAfF (2006): Vorschlag der BAfF zur Umsetzung der Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedsstaaten URL: http://www.behandeln-statt-verwalten.de/hintergrundinformationen.html
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2011): Das Bundesamt in Zahlen 2010. URL:http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2010.html?nn=1366152
- Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V. (2011): Im Jahr 2010 erreichten über 4.200 UMF das Bundesgebiet. Eine Auswertung des bundesweiten Zugangs von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. (19.04.2011) URL: http://www.b-umf.de/index.php?/Datenbanken-und-Material/paper-des-b-umf.html
- Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge e.V. (2010): Vorrang für Kinderrechte nach 18 Jahren des Wartens. (04.05.2010) URL: http://www.b-umf.de/index.php?/Startseite/vorrang-fuer-kinderrechte-nach-18-jahren-des-wartens.html
- Bundesministerium der Justiz. § 6 Abs. 2 AsylbLG. URL: http://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/__6.html
- Buchmeier/ Szuttor (2011): „Die Angst will nicht vergehen“, in: Stuttgarter Zeitung, Nr. 140, 20.06.2011.
- EU-Kommission (Juni 2011): Geänderter Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Asylbewerbern. KOM (2011) 320 endgültig. 2008/0244 (COD) URL: http://www.asyl.net/index.php?id=199
- EU-Kommission (Juni 2011): Geänderter Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Asylbewerbern. KOM (2011) 319 endgültig. 2009/0165 (COD)
- Europäisches Statistikamt (Eurostat) (2011): Demography Report 2010. März 2011.
- Follmar-Otto/ Mahler (2011): Stellungnahme des Deutschen Instituts für Menschenrechte gem. § 27a BVerfGG im Verfahren 1 BvL 2/11 (Juni 2011). Deutsches Institut für Menschenrechte URL: http://www.institut-fuer-menschenrechte.de/index.php?id=1516#c7898
- Gesetzessammlung (3. Aufl. 2008): Ausländerrecht 2008, von Loeper Literaturverlag, Karlsruhe, S.279ff.
- Hohm (Hg.), Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) Kommentar, Neuwied 2010, Vorbem., Rn 4
- Hohm, Menschenwürdiges Existenzminimum für Leistungsberechtigte nach dem Asylbewerberleistungsgesetz, ZFSH SGB 5/2010, S.269-277.
- Janda/Wilksch, Das Asylbewerberleistungsgesetz nach dem Regelsatzurteil des BVerfG, SGb 10/10, S.565-574.
- Kötting, D. (2007): „Eigene Stärken und Schätze entdecken“, in: Konsequenzen, Nr. 3/ 2007, S.6-8.
- ProAsyl (2010): Rücknahme der Vorbehalte zur UN-Kinderrechtskonvention. URL: http://www.proasyl.de/de/themen/asylrecht/detail/news/ruecknahme_der_vorbehalte_zur_un_kinderrechtskonvention_nun_offiziell/
- Straub/ Maier (2007): Therapieerwartungen und Krankheitskonzepte bei traumatisierten Migranten und Migrantinnen. Eine qualitative Studie. Ambulatorium für Folter- und Kriegsopfer (afk) Zürich & Bundesamt für Migration.

- Welter-Enderling/ Hildebrand (Hg.) (2006): Resilienz. Gedeihen trotz widriger Umstände. Carl-Auer-Verlag, Heidelberg.
- Wirtgen, W. (2009): „Traumatisierte Flüchtlinge - Psychische Probleme bleiben meist unerkannt“, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 106, Heft 49. S.2463 – 2465.

Weitere Literaturempfehlungen

- Abdullah-Steinkopff, B. (1999): „Psychotherapie bei Posttraumatischer Belastungsstörung unter Mitwirkung von Dolmetschern“, in: Verhaltenstherapie, Nr. 9, S. 211-220.
- Adler, U.: „Medizinische Flüchtlingshilfe - Zwischen Lückenbüßer und politischem Anspruch“. http://www.contrast.org/borders/kein/handbuch/medizin.html
- BAfF (2002): Richtlinien für die psychologische und medizinische Untersuchung von traumatisierten Flüchtlingen und Folteropfern. 3. überarbeitete Auflage. Deutscher Psychologen Verlag GmbH, Bonn.
- BAfF (2006): Begutachtung Traumatisierter Flüchtlinge. Eine kritische Reflexion der Praxis. von Loeper Literaturverlag, Karlsruhe.
- BAfF (2010): Good Practice in the Care of Victims of Torture. Von Loeper Literaturverlag, Karlsruhe.
- BAfF (2010): Traumatherapie und gesellschaftliches Umfeld. Evangelische Akademie, Bad Boll.
- Bahar, A.(2009): Folter im 21. Jahrhundert: Auf dem Weg in ein neues Mittelalter? Dtv.
- Bautz, W. (Hrsg.) (2009): Entwurzelt, ausgegrenzt, erkrankt – Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden. Frank & Timme Verlag, Berlin.
- Becker, D. (1995): „Psychotherapie bei Extremtraumatisierten“, in: Peltzer/ Aycha/ Bittenbinder (Hg.): Gewalt und Trauma. Psychopathologie und Behandlung im Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt. IKO- Verlag für Interkulturelle Kommunikation, Frankfurt/ Main.
- Becker, D. (2001): Dealing with the Consequences of Organized Violence in Trauma Work. Berghof Handbook for Conflikt Transformation. Verlag Berghof Research Center for Constructive Conflict Management, Berlin.
- Becker, D. (2002): „Flüchtlinge und Trauma. Interview mit David Becker“, in: Projekttutorium Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin & Behörden und Migration (Hrsg.): Verwaltet, entrechtet, abgestempelt- wo bleiben die Menschen? Einblicke in das Leben von Flüchtlingen. Internetressource: www.userpage.fu-berlin.de/wolfseif/verwaltet-entrechtet-abgestempelt/htm
- Beestermöller, B. (Hg.) (2006): Rückkehr der Folter – Der Rechtsstaat im Zwielicht? Verlag C.H.Beck.
- Berufsverb. d. Kinder- u. JugendlichenpsychotherapeutInnen (Hrsg): Viele Seelen wohnen doch in meiner Brust. Identitätsarbeit in der Psychotherapie mit Jugendlichen. Verlag für Psychotherapie, Münster, S.181-194.
- Birck, A. (2002): Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen? Asanger Verlag, Heidelberg.
- Birck, A. (2003a): „Zusammenhang zwischen Trauma, Aussageverhalten und Gedächtnisleistung“, in: Refugio Schleswig- Holstein (Hg.): Seminar- Dokumentation der Fachtagung „Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?“ vom 13.12.2002. Selbstverlag.
- Birck, A. (2003b): „Krankheit, Glaubwürdgkeit und Missbrauch im klinischen vs. Juristischen Kontext“, in: Refugio Schleswig- Holstein (Hg.) Seminar- Dokumentation der Fachtagung „Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?“ vom 13.12.2002. Selbstverlag.
- Bittenbinder, E. (1992): „Krieg, Verfolgung und Folter überleben“, in: Systhema, Zeitschrift für Familientherapie, Weinheim.
- Bittenbinder, E. (1995): „Überleben zwischen Liebe und Gewalt“, in: Gewalt und Trauma. Psychopathologie und Behandlung in Kontext von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt. Peltzer/ Bittenbinder/ Aycha (Hg.), IKO, Frankfurt/ Main.
- Bittenbinder, E. (2000): „Trauma und extreme Gewalt: Systemische Psychotherapie mit Überlebenden von Folter und die Bedeutung „innerer Bilder““, in: Zeitschrift Psychotherapie im Dialog, Nummer 1/2000, S.38-44.
- Fiechtner, U.M. (2008): Folter: Angriff auf die Menschenwürde. Horlemann, Bad Honnef.
- Graessner/ Gurris/ Pross (Eds.) (2001): At the side of torture survivors. Treating a terrible assault on human dignity. Johns Hopkins UP, Baltimore.
- Haenel/ Wenk-Ansohn (Hg.) (2005): Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Beltz, Weinheim.
- Iskenius, E.: Traumatherapie mit Dolmetschern - geht das überhaupt? Jahresbericht 2009, Refugio VS
- Iskenius, E.: Besonderheiten von Kindern aus traumatisierten Flüchtlingsfamilien. Jahresbericht 2009, Refugio VS
- Rosen, G.M. (Ed.) (2004): Posttraumatic Stress Disorder. Issues and controversies. John Wiley & Sons, Chichester.
- Rössel- Cunovic (1999): „Kurz- Therapien für Flüchtlinge mit befristeter Duldung? Probleme und ausländerrechtliche Restriktionen der psychotherapeutischen Grundversorgung traumatisierter Flüchtlinge: Erfahrungen mit bosnischen Flüchtlingen“, in: Zeitschrift für Politische Psychologie, Jg. 7, 1999, Nummer 1+2, S.143- 150.
- Rothschild, B. et al. (2004). Der Körper erinnert sich. Die Psychophysiologie des Trauma und der Traumabehand-

lung. Dtv.
- Ruf/ Schauer/ Neuner/ Catani/ Elbert (2006). „KIDNET- Narrative Expositionstherapie für Kinder“, in: Landold/ Hensel (Hg.): Traumatherapie mit Kindern. Hogrefe, Göttingen.
- Saakvitne/ Pearlman (1996): Transforming The Pain. A Workbook on Vicarious Traumatization. Norten & Company, New York.
- Schauer/ Elbert/ Gotthardt/ Rockstroh/ Odenwald/ Neuner (2006): „Wiedererfahrung durch Psychotherapie modifiziert Geist und Gehirn“, in: Verhaltenstherapie 16, S.96-103.
- Schauer/ Neuner/ Elbert (2005): Narrative Exposure Therapy (NET): A Short-Term Intervention for Traumatic Stress Disorders after War, Terror, or Torture. Hogrefe & Huber Publishers, Cambridge/ Göttingen.
- Schenk, D. (2008): BKA – Polizeihilfe für Folterregime. Verlag J.H.W. Dietz.
- Sautter, C. (2007): Wenn die Seele verletzt ist: Trauma – Ursachen und Auswirkungen. Verlag für Systemische Konzepte.
- Schodder, M. (2005): „Neue EU-Richtlinien zur Behandlung von Folteropfern“, in: AI-Journal (02/2005). EU-Richtlinien zur Behandlung von Folteropfern (23.21 kB)
- Schreiber/ Iskenius/ Bittenbinder/ Brünner/ Regner (2006): „In meiner Heimat haben sie mich mit Stöcken geschlagen, hier schlagen sie mich mit Watte“, in: Zeitschrift für Politische Psychologie, Jg. 14, 2006, Nr. 1+2, S.273-293.
- Seidler/ Hofmann/ Rost (2002): „Der psychisch traumatisierte Patient in der ärztlichen Praxis“, in: Deutsches Ärzteblatt, Heft 99: S.234-238.
- Seidler/ Laszig/ Micka/ Nolting (Hg.) (2003): Aktuelle Entwicklungen in der Psychotraumatologie. Psychosozial-Verlag, Gießen.
- Soeder, T (2011): Männer als Objekt sexualisierter Gewalt. ZPPM 1/2011, S. 47 - 58.
- Traue/ Johler/ Gavrilovic (Eds.) (2010): „Traumatization as a Consequence of Displacement and Migration“, in: Migration, Integration and Health, Lengerich, S. 339 – 355.
- Ulsamer, B. (2006): Lebenswunden. Hilfen zur Traumabewältigung. Münsterschwarzach.
- van der Kolk/ Bessel/ McFarlane (2000): „Trauma- Ein schwarzes Loch“, in: van der Kolk/ Bessel/ McFarlane/ Weisaeth (Hg.): Traumatic Stress. Grundlagen und Behandlungsansätze. Theorie, Praxis und Forschung zu posttraumatischem Stress sowie Traumatherapie. Junkfermannsche Verlagsbuchhandlung, Paderborn.
- Von der Stein, B. (2006): „Kinder und Enkel von Flüchtlingen aus den ehemaligen deutschen Ostgebieten“, in: Psychoanalyse und Psychotherapie. Spätfolgen des zweiten Weltkrieges aus transgenerationaler Perspektive. In: J. Junglas
- von Hinckeldey/ Fischer (2002): Psychotraumatologie der Gedächtnisleistung. Diagnostik, Begutachtung und Therapie traumatischer Erinnerungen. UTB, Ernst Reinhard Verlag, München.
- von Wogau-Eimmermacher-Lanfranchi, R. (2004): Therapie und Beratung von Migranten - Systemisch-interkulturell denken und handeln. Beltz, Weinheim.
- Weber, R. (1998): Extremtraumatisierte Flüchtlinge in Deutschland. Asylrecht und Asylverfahren. Campus Verlag, Frankfurt/ Main.
- Wehner, T. (2003): „Glaubwürdigkeitsfragen in der Praxis des Bundesamtes für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge“, in: Refugio Schleswig- Holstein (Hrsg.): Seminar- Dokumentation der Fachtagung „Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?“ vom 13.12.2002. Selbstverlag.
- Weilnböck, H. (2007): „Das Trauma muss dem Gedächtnis unverfügbar bleiben“. Trauma-Ontologie und anderer Miss-/Brauch von Traumkonzepten in geisteswissenschaftlichen Exkursen“, in: Mittelweg 26, Jg. 16, S. 2-64.
- Wenk-Ansohn, M. (1999): „Psychische Folterfolgen und deren Begutachtung - unter spezieller Berücksichtigung von durch sexuelle Folter traumatisierte Frauen“, in: Projekt Rechtliche Hilfe für Frauen, die von staatlichen Sicherheitskräften vergewaltigt oder auf andere Weise sexuell misshandelt wurden (Hrsg.). Texte zum internationalen Seminar in Istanbul: Staatlich verübte sexuelle Gewalt an Frauen. Verlag Doz Basim Yayin Ltd., Istanbul.
- Wilke, R. (2003): „Fachgerechte Möglichkeiten und Grenzen der kooperativen Überwindung von traumabedingten Fragen der Glaubwürdigkeit und Glaubhaftigkeit. Plenardiskussion“, in Refugio Schleswig- Holstein (Hrsg.) Seminar- Dokumentation der Fachtagung „Traumatisierte Flüchtlinge. Wie glaubhaft sind ihre Aussagen?“ vom 13.12.2002. Selbstverlag.
- Wilson, J.P. & Drozdek, B. (2004): Broken Spirits The Treatment of Traumatized Asylum Seekers, Refugees, War and Torture Victims. Brunner-Routledge, NY.
- Wirtgen/ Iskenius/ Eisenberg (2010): „Wunden, die nicht verheilen- Kinderflüchtlinge in Deutschland –Leben unter Vorbehalt“, in: Heiko Kaufmann, Albert Riedelsheimer: Flüchtlingskinder in Deutschland. v.Loeper Literaturverlag, Karlsruhe.
- Zenker, H-J. (2001): „Psychotherapie und Medizin im Rahmen des Ausländerrechts“, in: BAFl., Dr. Roland Koch (Hrsg.): Traumatisierte Flüchtlinge. Dokumentation der Fachtagung vom 26.04.2001 im Bundesamt für die Anerkennung ausländischer Flüchtlinge (BAFl.). Schriftenreihe des BAFl. Band 9, Nürnberg.
- Zielke, M. et al. (Hrsg.) (2003): Das Ende der Geborgenheit? Die Bedeutung von traumatischen Erfahrungen in verschiedenen Lebens- und Ereignisbereichen: Epidemiologie, Prävention, Behandlungskonzepte und klinische Erfahrungen. Lengerich Verlag, Köln.
- Zobel, M. (2006): Traumatherapie: Eine Einführung. Psychiatrie Verlag.

Traumatisierte MigrantInnen, die vor Bürgerkrieg, politischer oder ethnischer Verfolgung geflohen sind, die teilweise Folter, psychischer oder körperlicher, oft auch sexueller Gewalt ausgesetzt waren, leiden lebenslänglich unter den seelischen und körperlichen Verletzungen, die ihnen zugefügt wurden. Um die traumatischen Erfahrungen verarbeiten zu können und den Anforderungen des Alltags gewachsen zu sein, benötigen sie professionelle Hilfe.

In Baden-Württemberg haben sich deshalb einige Behandlungszentren auf die ärztliche und psychologische dolmetschergestützte Psychotherapie von traumatisierten MigrantInnen spezialisiert. Die Arbeit der Zentren, die in einem Gesprächskreis um die Menschenrechtsbeauftragte der Landesärztekammer Baden-Württemberg regelmäßig ihre Erfahrungen austauschen, wird in diesem Versorgungsbericht vorgestellt.