



**Evangelische Hochschule  
Ludwigsburg**



## **Bedarfsanalyse und konzeptionelle Empfehlungen für ein Angebot zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge**

Ludwigsburg, Juni 2016



# Impressum

## **Projektleitung**

Institut für angewandte Forschung (IAF):

Prof. Dr. Peter Höfflin

Institut für Antidiskriminierungs- und Diversityfragen (IAD):

Prof. Dr. Beate Aschenbrenner-Wellmann

## **Projektkoordination**

Angelina Bartz M.A.

Sandra Fietkau MBA

Regina Ehrismann M.A.

## **Projektberatung**

*Psychologische Beratung:*

Prof. Dr. Heike Stammer

Prof. Dr. Elisabeth Nicolai

*Juristische Beratung:*

Prof. Dr. Annette Rabe

## **Studentische Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter**

Dipl. oec. Moira Denkmann

Juliane Duhm

Inka Edelmann

Marlen Gasper B.A.

Lisa Harscher

Peter Kaltschnee B.A.

Nicole Kranz B.A.

Helena Kunz

Cindy Mehring

Sophia Neuschwander

Lara Vetter

Britta Wiebe

Franziska Zisler

**Kontakt:**

Evangelische Hochschule Ludwigsburg

Institut für Angewandte Forschung (IAF)

Paulusweg 6, 71638 Ludwigsburg

Tel. 07141 9745-239 / Fax 07141 2996-160

[iaf@eh-ludwigsburg.de](mailto:iaf@eh-ludwigsburg.de)

[www.eh-ludwigsburg.de/iaf](http://www.eh-ludwigsburg.de/iaf)



# Inhalt

<b>1</b>	<b>Einleitung</b>	<b>9</b>
<b>2</b>	<b>Methodik und Aufbau des Gutachtens</b>	<b>13</b>
2.1	Literaturreview und Recherche	14
2.2	Feldrecherchen und empirische Erhebungen	15
2.3	Konzeptentwicklung	23
2.4	Aufbau des Gutachtens	24
<b>3</b>	<b>Die zentralen Ergebnisse im Überblick</b>	<b>26</b>
<b>4</b>	<b>Die quantitative Entwicklung der Flüchtlingszahlen</b>	<b>37</b>
4.1	Bundesweite Entwicklung	37
4.2	Die Entwicklung in Baden-Württemberg	38
4.2.1	Sonderkontingent für traumatisierte Jesidinnen	41
4.2.2	Entwicklung der Flüchtlingsunterbringung in Freiburg	42
4.3	Soziodemografie der Flüchtlinge	43
<b>5</b>	<b>Die rechtlichen Rahmenbedingungen</b>	<b>48</b>
<b>6</b>	<b>Trauma</b>	<b>53</b>
6.1	Fachlicher Überblick zu Traumadiagnostik und Traumatherapie	53
6.1.1	Ursachen und Erkennung traumatischer Störungen	53
6.1.2	Traumafolgen – Hilfe und Behandlungsmöglichkeiten	59
6.2	Aussagen aus den Experteninterviews	64
<b>7</b>	<b>Psychosoziale Versorgung der Geflüchteten</b>	<b>76</b>
7.1	Arbeits- und Angebotsformen für Geflüchtete	76
7.2	Die Psychosozialen Zentren	78
7.3	Standardisierte Befragung der Psychosozialen Zentren	86
7.4	Vertiefende Analysen dreier Zentren und Einrichtungen	94
7.5	Versorgungsangebote in Freiburg	118
7.5.1	Unterbringung der Geflüchteten	118
7.5.2	Beratungsangebote für Geflüchtete	119
7.5.3	Medizinische Betreuung und Versorgung von Geflüchteten	120

7.5.4	Unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMA)	126
<b>8</b>	<b>Vorschläge für Freiburg</b>	<b>130</b>
8.1	Zentrale Aspekte einer Anlaufstelle: Aussagen der Experten	130
8.2	Kostenrahmen und Kalkulationseckwerte	144
8.3	Dimensionen und Varianten einer Anlaufstelle	150
<b>9</b>	<b>Literatur- und Quellenverzeichnis</b>	<b>157</b>
<b>10</b>	<b>Anhang</b>	<b>166</b>

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Feldbericht der standardisierten Befragung .....	18
Tabelle 2: Befragte Expertinnen und Experten .....	20
Tabelle 3: Interview-Leitfaden der Expertinnen- und Experteninterviews .....	22
Tabelle 4: Einwohner nach Nationalität und Jahr in Freiburg .....	47
Tabelle 5: Items zur Messung posttraumatischer Belastungsstörungen .....	66
Tabelle 6: Verlauf der Re-Organisation nach Trauma .....	69
Tabelle 7: Professionen und Interventionen .....	76
Tabelle 8: Finanzierungsbasis der Psychosozialen Zentren .....	80
Tabelle 9: Offene Angaben zur Einrichtung einer Anlaufstelle .....	87
Tabelle 10: Tabellarische Übersicht über Zentren und Einrichtungen .....	95
Tabelle 11: Wohnheime und Träger der Sozialbetreuung in Freiburg .....	118
Tabelle 12: Mietkosten für die Modelle einer Anlaufstelle .....	146
Tabelle 13: Jährliche Sachkostenpauschale eines Büroarbeitsplatzes .....	146
Tabelle 14: Berechnung von Jahres- und Stundenwerten .....	148
Tabelle 15: Kostenkalkulation für Modell 1 einer Anlaufstelle .....	149
Tabelle 16: Kostenkalkulation für Modell 2 einer Anlaufstelle .....	149
Tabelle 17: Kostenkalkulation für Modell 3 einer Anlaufstelle .....	150
Tabelle 18: Mitgliedszentren und Fördermitglieder der BAfF e. V. ....	167

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Methodenbausteine der Expertise .....	14
Abbildung 2: Analysemethoden: Angebotsstrukturen und Bedarfssituationen	17
Abbildung 3: Asyl-Erstanträge in Deutschland 2010 – 2015 .....	38
Abbildung 4: Verteilungsquoten nach dem Königsteiner-Schlüssel 2016 .....	39
Abbildung 5: Asyl-Erstanträge in Baden-Württemberg 2010 – 2015 .....	40
Abbildung 6: Asyl-Erstanträge in Baden-Württemberg 3/2015 – 3/2016 .....	41
Abbildung 7: Flüchtlingsunterbringungsentwicklung in Freiburg 2010 – 2016	42
Abbildung 8: Herkunftsländer der Flüchtlinge in Freiburg (März 2016) .....	44
Abbildung 9: Asylbewerber in BW nach Altersgruppe und Geschlecht .....	45
Abbildung 10: Altersstruktur der in Freiburg untergebrachten Flüchtlinge .....	46
Abbildung 11: Empfohlene Aufteilung der Qualifikationsprofile .....	89
Abbildung 12: Empfohlene Aufteilung von Arbeitsformen .....	90
Abbildung 13: Bewertung der Anteile von Arbeitsfeldern .....	92
Abbildung 14: Aussagen zu Arbeits- und Organisationsformen .....	93
Abbildung 15: Stellschrauben einer Anlaufstelle .....	151



# 1 Einleitung

Weltweit sind laut UNO ca. 60 Millionen Menschen, innerhalb oder außerhalb ihres Landes, auf der Flucht vor Kriegen, Bürgerkrieg oder Maßnahmen autoritärer politischer Systeme.<sup>1</sup> Dies ist die höchste Zahl, die jemals vom UN-Flüchtlingshochkommissar (UNHCR) verzeichnet wurde und sie wächst rasant, wie der statistische UNHCR-Halbjahresbericht Mid-Year Trends 2015 belegt.<sup>2</sup> Dennoch ist die Flüchtlingsbewegung kein neues Phänomen. In der Vergangenheit bildeten vor allem der Erste und der Zweite Weltkrieg Höhepunkte der Fluchtbewegungen und Vertreibungen. Zentrale Folgen für die Flüchtlingsentwicklung hatte darüber hinaus die „Balkankrise“ als Serie von Kriegen auf dem Gebiet des ehemaligen Jugoslawien gegen Ende des 20. Jahrhunderts.

Der Ursprung der aktuellen Entwicklung liegt im Ausbruch des Krieges in Syrien im Jahr 2011, der mittlerweile weltweit die größten Fluchtbewegungen verursacht hat. Doch auch zahlreiche weitere ausgebrochene oder wieder aufgeflammete Konflikte sowie politische und wirtschaftliche Instabilität zwingen Menschen, vor allem aus Syrien, Afghanistan und dem Irak, aber auch zahlreicher weiterer Länder in Afrika, im Nahen Osten, in Asien und Europa zur Flucht. Im vergangenen Jahr registrierte der UNHCR mehr als 20 Millionen Flüchtlinge, womit beinahe der Höchststand des vergangenen Vierteljahrhunderts erreicht worden ist (im Zuge der Balkankrise 1992 waren es rund 21 Millionen). Hinzu traten insgesamt 38 Millionen "Binnenvertriebene", die vor Gewalt und Verfolgung innerhalb eines Staates ausgewichen waren.<sup>3</sup>

Statistisch betrachtet ist damit von 122 Menschen weltweit aktuell eine Person entweder ein Flüchtling, binnenvertrieben oder asylsuchend. UN-Flüchtlingskommissar António Guterres sieht in dieser Entwicklung einen entscheidenden Paradigmenwechsel: „Wir geraten in eine Epoche, in der das Ausmaß der globalen Flucht und Vertreibung sowie die zu deren Bewältigung notwendigen Reaktionen alles davor Gewesene in den Schatten stellen“.<sup>4</sup>

Dies spiegelt sich auch in der Entwicklung der Flüchtlingszahlen in Deutschland wider. Im vergangenen Jahr 2015 reisten ca. 1,1 Millionen Menschen nach Deutschland ein, um hier Asyl zu beantragen. Damit erreichte die Fluchtzuwanderung auch in der Geschichte der Bundesrepublik ein nie dagewesenes Ausmaß und stellt Städ-

---

<sup>1</sup> UNHCR, 2015a.

<sup>2</sup> UNHCR, 2015b.

<sup>3</sup> UHHCR, 2015c.

<sup>4</sup> Ebd.

te und Gemeinden vor eine große Herausforderung.<sup>5</sup> „In einer Zeit der beispiellosen Massenflucht und -vertreibung brauchen wir eine ebenso beispiellose humanitäre Unterstützung und ein erneuertes globales Bekenntnis zu Toleranz und Schutz für Menschen auf der Flucht vor Krieg und Verfolgung“, so Guterres.<sup>6</sup>

Dies betrifft in erster Linie die notwendigsten Lebensbedürfnisse, wie die Gewährleistung einer Unterkunft und die Aufrechterhaltung und Verbesserung der Gesundheit. Denn nicht nur die physische, sondern auch die psychische Gesundheit von Flüchtlingen ist vor, während und nach der Flucht besonderen Belastungen ausgesetzt, denen man sich aktuell und zukünftig annehmen muss. Geschieht dies nicht, kann das Ausbleiben einer psychosozialen Versorgung nicht nur für die Flüchtlinge, sondern auch für das Aufnahmeland schwerwiegende Konsequenzen haben. Dies beschreibt der Präsident der Landesärztekammer Baden-Württemberg Dr. Clever: „Unnötig chronifizierte, psychische Erkrankungen und unbehandelte Traumatisierungen belasten nicht nur das Leben der Betroffenen, sondern bringen dem Aufnahmeland (und damit allen Steuerzahlern) und den unnötig lange Wartenden (den Aufzunehmenden selbst) hohe Folgekosten. Jeden Cent, den wir hier heute sparen, zahlen die Betroffenen mit vielen Jahren Leid und wir verlieren, was uns diese Menschen geben könnten. Jeder Flüchtling, der in Deutschland seine neue Heimat findet, muss als Bereicherung und nicht als Belastung begriffen werden“.<sup>7</sup>

Derzeit existiert im gesamten südbadischen Raum jedoch kein entsprechendes Angebot zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen. Daraus wird der dringende Bedarf ersichtlich, ein entsprechendes Angebot zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge einzurichten. Dies wird aktuell auch in Fachkreisen der Flüchtlingsarbeit und in der kommunalpolitischen Debatte der Stadt Freiburg diskutiert. Der von der Freiburger Vereinigung zur Hilfe für psychisch kranke Kinder und Jugendliche e. V. koordinierte Initiativkreis zur Einrichtung einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge, der bereits im September 2014 gegründet wurde, setzte im Mai 2015 den Impuls zur Erstellung einer Expertise zur grundlegenden Betrachtung der Möglichkeiten einer (psycho-)sozialen Versorgung von Flüchtlingen.

In diesem Zusammenhang wurde die Evangelische Hochschule Ludwigsburg von der Stiftungsverwaltung Freiburg mit der Erstellung einer Expertise zur Einrichtung einer „Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge“ beauftragt.

---

<sup>5</sup> bpb, 2016a.

<sup>6</sup> UNHCR, 2015c.

<sup>7</sup> Landesärztekammer Baden-Württemberg/Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2015, S. 8.

Die Erarbeitung einer solchen Expertise stellt insofern besondere Anforderungen, da die Entwicklungen im Feld der Versorgung und Integration von Flüchtlingen sehr schnelllebig sind. Sie sind darüber hinaus abhängig von sozialen und rechtlichen Rahmenbedingungen, die sich ständig im Wandel befinden und laufend aktualisiert werden müssen. Dazu gehören insbesondere Gesetzesänderungen und lokale Besonderheiten.

Diese Heterogenität zeigt sich auch in der aktuellen wissenschaftlichen Literatur zum Thema Trauma. Zwar existieren viele Stellungnahmen und Positionierungen zur Frage der Prävalenz und Diagnostik, jedoch verfolgen diese unterschiedliche Ansätze und bedienen sich einer Vielzahl von Methoden. Auch die empirischen Erkenntnisse zu den Möglichkeiten und der Realisierung einer adäquaten Versorgungsstruktur in Deutschland sind noch sehr dürftig. So ist und bleibt es schwierig, den Bereich „Flucht und Trauma“ in Breite und Tiefe empirisch zu erfassen und abzubilden.

Eine weitere Herausforderung stellte die kurze Bearbeitungszeit dar, in der das Feld intensiv recherchiert und verschiedene Perspektiven trianguliert werden mussten (z. B. Bedarfsdefinitionen, Praxis der Leistungsgewährung etc.). Aufgrund der aktuellen Flüchtlingsentwicklung gestaltete sich zum einen die Kontaktaufnahme und Informationsbeschaffung teilweise schwierig, da die mit der Flüchtlingsarbeit befassten Akteure derzeit unter einem hohen zeitlichen Druck stehen. Zum anderen wurden im Laufe der Feldphase auf Empfehlung immer weitere Experten hinzugezogen, um ein möglichst breites Spektrum an interdisziplinären Perspektiven einzubeziehen und durch eine breite Daten- und Informationsbasis umfassende Wissensbestände zu schaffen.

Die Inhalte dieses Berichtes beruhen auf vielfältigen Expertisen, Erhebungen und Recherchen, die ohne die bereitwillige Unterstützung und Mitarbeit zahlreicher Personen nicht möglich gewesen wären. Dafür möchten wir uns an dieser Stelle besonders bedanken. Unser besonderer Dank gilt den aktiven ehrenamtlichen und beruflichen Helferinnen und Helfern in der Flüchtlingsarbeit, den Psychosozialen Zentren, der öffentlichen Verwaltung und den Sozialdiensten für die Teilnahme an Interviews, die Bereitstellung von Materialien und die bereitwillige Beantwortung unserer Fragen. Herrn Dr. Sieber, als Vorsitzender der „Freiburger Vereinigung zur Hilfe für psychisch kranke Kinder- und Jugendliche e.V.“, gilt der besondere Dank für die Leitung und Koordination der Initiativgruppe zur Einrichtung einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge. Die Beratungen in der Initiativgruppe und die Gespräche mit den Mitgliedern waren für uns sehr wichtig, um einen guten Praxiszugang

und die Perspektive auf die aktuellen Problemlagen in einem sich schnell verändernden Arbeitsfeld zu erhalten. Herrn Roemer als Ansprechpartner der Stiftungsverwaltung danken wir ebenfalls für die Koordinationsaufgaben, das Brückenbauen in die Arbeitsfelder und vielfältige Anregungen.

Der Dank gilt aber auch den vielen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die an der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg einen Beitrag zu dieser Expertise geleistet haben. Der Auftrag war in vielerlei Hinsicht ungewöhnlich. Forschungs- und Entwicklungsprojekte sind meistens eng fokussiert und thematisch fest umrissen. Werden Primärerhebungen durchgeführt, so stehen für Entwicklung der Erhebungsinstrumente, die sogenannte Feldarbeit und die Analysen in der Regel wesentlich mehr Zeit zur Verfügung, als dies hier der Fall war. Die Recherchen für ein Angebot zur Versorgung traumatisierter Flüchtlinge standen zudem vor der Herausforderung, in kurzer Zeit ein breites Arbeitsfeld unter verschiedenen fachlichen Blickwinkel mit einer konkreten sozialplanerischen Perspektive generalistisch aufzuarbeiten. Unser Dank gilt deshalb den hauptberuflich Lehrenden, die sich bereit erklärt haben mit fachlichen Beiträgen das Projekt zu begleiten und zu unterstützen:

- Frau Prof. Dr. Beate Aschenbrenner-Wellmann  
(Institut für Antidiskriminierungs- und Diversityfragen)
- Frau Prof. Dr. Elisabeth Nicolai, Psychologie
- Frau Prof. Dr. Heike Stammer, Psychologie
- Frau Prof. Dr. Annette Rabe, Recht der Sozialen Arbeit

Die Durchführung dieser Studie wäre ohne den engagierten Einsatz von Frau Angelina Bartz, Frau Sandra Fietkau und Frau Regina Ehrismann nicht möglich gewesen. Sie haben als wissenschaftliche Mitarbeiterinnen an den Instituten der Hochschule die Erhebungen und Recherchen praktisch durchgeführt, analysiert und in die Berichtsform gebracht. Ihnen sei ebenso wie den studentischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern gedankt, die uns bei der Führung der Interviews, der Transkription, der Datenanalyse oder auch der Berichterstellung tatkräftig unterstützt haben.

## 2 Methodik und Aufbau des Gutachtens

In diesem Kapitel möchten wir zunächst die Methodik und den Aufbau des Gutachtens darstellen. Ziel dieser Expertise ist es, einen Überblick zu geben – zum einen über die Entwicklung der Flüchtlingszahlen in Deutschland und in der Region Freiburg sowie der Versorgung und Unterbringung von Flüchtlingen in der Stadt Freiburg, zum anderen bezüglich bestehender Angebote zur Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen. Unter Einbezug der Meinungen und Empfehlungen relevanter Akteure vor Ort und der Expertise von Personen aus dem Feld wurde die Ist-Situation erfasst und eine mögliche Entwicklung skizziert. Damit soll aufgezeigt werden, welche Möglichkeiten es für die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge geben und was sich in welcher Form eignen könnte.

Dabei kann beziehungsweise möchte die Expertise keinesfalls konkrete Planungen aufzeigen oder detaillierte Schritte benennen. Sie kann im Rahmen der Bedarfsanalyse höchstens Ansatzpunkte und Empfehlungen geben und durch ihre konzeptionellen Überlegungen und Vorschläge zu einer Bedarfsabklärung und Bedarfspräzisierung beitragen. Ebenfalls kann sie der Stadtverwaltung dazu dienen, eine entsprechende Ausschreibung und Kalkulation der Finanzmittel möglich zu machen.

Bei der Erstellung der Expertise haben verschiedene Stellen und Professionen zusammengewirkt, um einen möglichst fundierten und umfassenden Überblick geben zu können. Seitens der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg waren Vertreterinnen und Vertreter des Instituts für Antidiskriminierung und Diversity (IAD), des Instituts für Angewandte Forschung (IAF), zwei Psychologinnen sowie eine Juristin eingebunden. Auf Seiten der Stadt Freiburg wurden verschiedene Akteure in mehreren Gesprächsrunden und Sitzungen befragt beziehungsweise informiert:

- Zunächst gab es ein Auftakttreffen mit Vertreterinnen und Vertretern der beteiligten Ämter der Stadt Freiburg (Amt für Soziales und Senioren, Büro für Migration und Integration, Amt für Wohnungsversorgung).
- Der in Freiburg existierende Initiativkreis, bestehend aus lokalen Akteuren zum Thema geflüchtete Menschen in Freiburg, wurde zwei Mal begleitend sowie im Rahmen einer ausführlichen Feedbackrunde am 02. Mai 2016 in die Erstellung der Expertise mit einbezogen.

Die Ergebnisse und Überlegungen früherer Sitzungen des Initiativkreises wurden mittels Dokumentenanalyse der zur Verfügung gestellten Protokolle ebenfalls mit berücksichtigt.

Im Folgenden wird ein Überblick über die eingesetzten Methoden und Arbeitsphasen gegeben, um dann auf die einzelnen Verfahren detaillierter einzugehen. Wesentliche Säulen der Expertise sind das Literaturreview und die Recherche, die Feldrecherche und empirischen Erhebungen sowie die Konzeptentwicklung. Der Einsatz unterschiedlicher Methodenbausteine ermöglicht es, die verschiedenen theoretischen Perspektiven im Hinblick auf die Schnittstellen des Themas Trauma mit sozialen, rechtlichen und medizinisch-therapeutischen Bereichen darzustellen. Dabei werden objektive Aspekte bezüglich vorhandener Strukturen und Fakten und subjektive Meinungen und Einstellungen berücksichtigt. Einen Überblick über die Methoden und Arbeitsphasen gibt Abbildung 1:

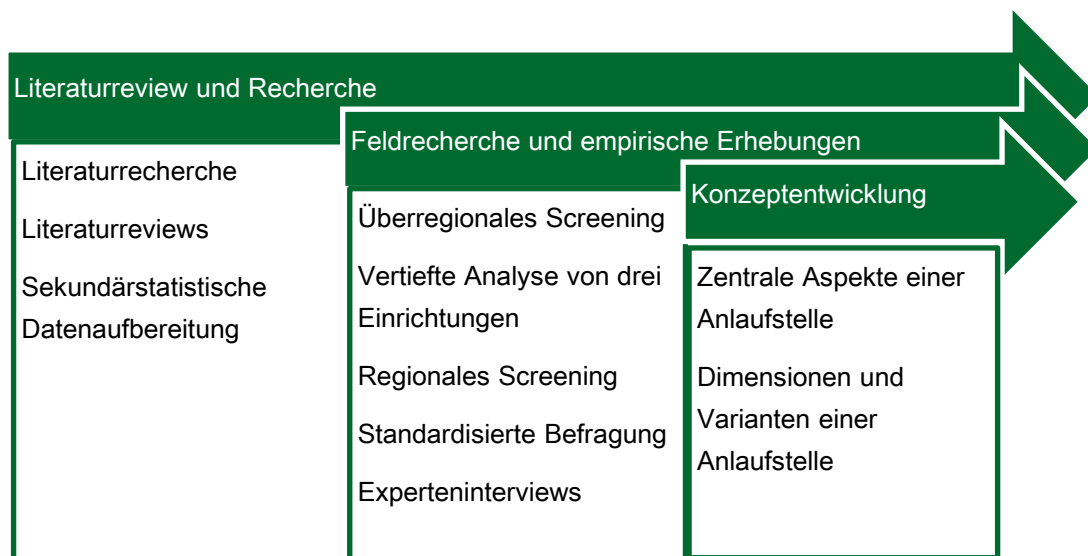


Abbildung 1: Methodenbausteine der Expertise

## 2.1 Literaturreview und Recherche

In einem ersten Schritt wurden die vorhandene Literatur und der aktuelle Forschungsstand in einem interdisziplinären Team der Evangelischen Hochschule umfassend und systematisch recherchiert und in Form von thematisch fokussierten Literaturreviews aufbereitet. Hierfür wurden folgende Informationsquellen herangezogen:

- Psychologische Fachliteratur zu traumatischen Belastungen und Therapieformen bei Flüchtlingen
- Fachliteratur aus dem Bereich Recht zu aktuellen Gesetzeslagen und Rahmenbedingungen der Versorgung von Flüchtlingen
- Studien, insbesondere zu den Themenbereichen Trauma und Therapie

- Zeitschriften und Publikationen aus den relevanten Praxisfeldern (Soziale Arbeit, Migration, Therapie und Beratung etc.)
- Statistiken, z. B. zu Flüchtlingszahlen oder Bevölkerungsdaten
- „Graue Literatur“ zur Thematik, z. B. Tagungsberichte, Gutachten, parlamentarische Berichte und Statistiken etc.

Hohe Relevanz hatten dabei auch die beiden Versorgungsberichte:

- Der von der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF) veröffentlichte „Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland“<sup>8</sup> und
- der von der Landesärztekammer Baden-Württemberg und der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg Ende 2015 herausgegebene „2. Versorgungsbericht ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten Migranten und Migrantinnen in Baden-Württemberg“.<sup>9</sup>

Die in der Literatur recherchierten Fakten und Erkenntnisse bilden eine wichtige Grundlage für die vorliegende Expertise. Gerade die Frage, wie sozialpädagogische Angebote einen Beitrag zur Stabilisierung und Normalisierung im Lebensalltag traumatisierter Menschen leisten können, wird fachlich zurzeit intensiv diskutiert. Zudem sind die Zahlen der Flüchtlingsunterbringung, deren Entwicklung und Verteilung zu beachten. Die theoretische Herangehensweise innerhalb des ersten Bausteins wird deshalb ergänzt durch eine Recherche statistischer Kennwerte zur Flüchtlingsentwicklung auf Bundes- und Länderebene und einer sekundärstatistischen Aufbereitung und Analyse der Daten zur Flüchtlingsunterbringung in der Stadt Freiburg.

## 2.2 Feldrecherchen und empirische Erhebungen

Den zweiten wesentlichen Teil der Expertise bildet eine umfassende Feldrecherche der bestehenden Angebotsstrukturen auf regionaler und überregionaler Ebene. Erst wenn eine differenzierte und klare Aufstellung der spezifischen Rahmenbedingungen, Konzepte und organisatorischen Aspekte der bestehenden Angebotstypen hergestellt ist, kann der Bedarf gegenübergestellt werden und somit sinnvolle Orga-

---

<sup>8</sup> BAfF, 2015b.

<sup>9</sup> Landesärztekammer Baden-Württemberg/Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2015.

nisations- und Angebotsalternativen für die in Freiburg geplante Anlaufstelle erschlossen werden.

In diesem Zusammenhang wurden auf überregionaler Ebene die Eckdaten der Mitgliedszentren und Fördermitglieder der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF) zusammengestellt. In einem nächsten Schritt wurde das bestehende Hilfesystem in Freiburg erfasst, um die vorhandenen Akteure und Angebote im Hinblick auf eine Vernetzung und die Passung der Anlaufstelle zu möglichen Angebots- und Trägerstrukturen zu untersuchen.

Für eine umfassende Beschreibung und Identifikation der aktuellen Angebotsstrukturen und Bedarfssituationen sowie zukünftiger konzeptioneller Entwicklungsansätze, sind weiter die Erfassung und Analyse von Einschätzungen, Meinungen und Empfehlungen der Psychosozialen Zentren und mit der Flüchtlingsarbeit befassten Einrichtungen in qualitativer und quantitativer Hinsicht notwendig. Hierzu wurde eine standardisierte Befragung, der in einer bundesweiten Arbeitsgemeinschaft zusammengeschlossenen Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge in Deutschland durchgeführt. Zusätzlich wurden, um die gewonnenen Informationen zu vertiefen und die damit verbundenen Chancen und Stolpersteine aus der Sicht der Akteure zu erfassen, einzelne Zentren und Einrichtungen vertieft analysiert, sowie qualitative Interviews mit Expertinnen und Experten durchgeführt. Dabei wird der Variationsbereich möglicher Organisations- und Arbeitsformen detailliert aufgezeigt.



(Teil-)standardisierte Online-Befragung	Vertiefende Analyse einzelner Zentren und Einrichtungen	Expertinnen- und Experteninterviews
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Frageprogramm:</li> <li>• Anregungen</li> <li>• Qualifikationsprofil</li> <li>• Arbeitsformen</li> <li>• Gewichtung von Arbeitsfeldern</li> <li>• Einschätzungen</li> <li>• Gesamtprobe: 36 Zentren (Brutto), 14 vollständig beendete Interviews (Rücklaufquote 39 %)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Refugio Stuttgart</li> <li>• Zentrum für Trauma- und Konfliktmanagement (ZTK) in Köln</li> <li>• Xenion Berlin</li> <li>• Telefonisches Experteninterview mit Refugio Villingen-Schwenningen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Niedergelassene Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten</li> <li>• Medizinische / therapeutische Einrichtung</li> <li>• Stadtverwaltung Freiburg</li> <li>• Wohlfahrtsverband</li> <li>• Psychosoziale Zentren und Zusammenschlüsse psychosozialer Berufsgruppen</li> <li>• Flüchtlingsunterbringung und -betreuung</li> <li>• Hochschulen und Forschungseinrichtungen</li> <li>• Ehrenamtlich / freiwillig Tätige</li> </ul>

Abbildung 2: Analysemethoden: Angebotsstrukturen und Bedarfssituationen

*Standardisierte Befragung der Mitgliedszentren und Fördermitglieder der BAfF e. V.*

Mit dem Ziel, die Erfahrungen der unterschiedlichen regional tätigen Beratungsstellen zu bündeln und Synergieeffekte zu nutzen, wurde eine teil-standardisierte Befragung der 36 Mitgliedszentren und Fördermitglieder der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF) durchgeführt.<sup>10</sup>

Die Einrichtungen wurden per E-Mail zur Teilnahme an der Befragung eingeladen und konnten sich im Zeitraum vom 11.03.2016 bis zum 20.03.2016 mit einem individuellen Link in den Online-Fragebogen einloggen. Alternativ bestand auch die Möglichkeit, den Fragebogen auszudrucken und manuell auszufüllen. Innerhalb des Befragungszeitraums fanden zwei Erinnerungsaktionen statt. Von den 36 Mitgliedszentren und Fördermitgliedern der BAfF. e. V. haben 14 an der Befragung teilgenommen. Die Rücklaufquote liegt bei 39 Prozent.

<sup>10</sup> Siehe Übersicht aller angeschlossenen Psychosozialen Zentren und Fördermitglieder in Anlage A1.

Tabelle 1: Feldbericht der standardisierten Befragung

	Absolute Zahlen	Prozent
Gesamtsample (Brutto)	36	100
Nettobeteiligung (Umfrage unterbrochen)	26	72
Rücklaufquote (Beendigungsquote)	14	<b>39</b>

Inhaltliche Schwerpunkte der Befragung waren Empfehlungen der Befragten zum Aufbau, den Personalstrukturen und Arbeitsfeldern einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge. Ebenfalls wurden sie um eine Bewertung verschiedener Aussagen zur Konzipierung einer Anlaufstelle gebeten. Konkret wurde gefragt nach:

- Anregungen für die Konzipierung einer Anlaufstelle
- Empfehlung der Aufteilung der Qualifikationsprofile
- Empfehlung der Anteile verschiedener Arbeitsformen
- Empfehlung der Anteile verschiedener Arbeitsfelder
- Bewertung von Aussagen zu Arbeits- und Organisationsformen

Einige Befragte stellten zudem weiterführende Informationen über die Arbeit ihrer Einrichtung, wie beispielsweise Konzeptionen, Berichte oder andere Dokumente zur Verfügung oder erklärten sich zu einem telefonischen Experteninterview bereit. Die detaillierten Ergebnisse der Befragung sind in Kapitel 7.3 dargestellt.

#### *Vertiefende Analyse einzelner Zentren und Einrichtungen*

Zu drei Zentren und Einrichtungen wurden ausführliche Analysen durchgeführt. Hierfür wurden „refugio stuttgart e. V.“, das „Zentrum für Trauma- und Konfliktmanagement (ZTK)“ in Köln sowie „XENION Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e. V.“ in Berlin ausgewählt. Die Auswahl erfolgte kontrastierend, d. h. es wurden unterschiedliche Angebotstypen ausgewählt. Während die Einrichtungen in Stuttgart und Berlin eingetragene Vereine sind, handelt es sich bei der Kölner Anlaufstelle um eine GmbH. Die Auswahl der Zentren erfolgte anhand verschiedener Kriterien:

Da das Institut für Antidiskriminierungs- und Diversityfragen (IAD) der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg unabhängig von der vorliegenden Expertise schon im Vorfeld mit der Evaluation des Beratungsangebotes von refugio stuttgart e. V. beauftragt wurde und somit bereits enge Beziehungen bestanden, schien die Auswahl dieser Einrichtung naheliegend. Für die Stadt Freiburg kann dieses Zentrum

von besonderem Interesse sein, da es ebenfalls in Baden-Württemberg arbeitet und somit eventuell ähnlichen Rahmenbedingungen unterliegt. Der Kontakt zum ZTK in Köln wurde über die Stiftungsverwaltung der Stadt Freiburg hergestellt. Das Zentrum ist zwar nicht unmittelbar selbst mit der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge befasst, verfügt aber über eine umfassende Expertise im Bereich der Psychotraumatologie und des Krisen- und Konfliktmanagements. Die Einrichtung XENION in Berlin fiel in Vorrecherchen zu Psychosozialen Zentren in Deutschland durch ihren breiten Ansatz und die Methodenvielfalt auf, weshalb sie für eine vertiefende Recherche ausgewählt wurde. Zudem wurde ein Experteninterview mit Refugio Villingen-Schwenningen durchgeführt, das vor allem im Hinblick auf die regionale Nachbarschaft von besonderem Interesse ist.

Allgemein war der Zugang zu den Einrichtungen schwierig. Interviewtermine konnten oft nur durch Vermittlung und bestehende Arbeitsbeziehungen angebahnt werden. Aufgrund der unterschiedlichen Zugangsmöglichkeiten gestaltet sich auch die Datenlage in Bezug auf die einzelnen Einrichtungen sehr unterschiedlich. Grundlage bei refugio stuttgart e. V. waren die Homepage sowie Jahresberichte und Interviews mit zwei Mitarbeitenden. Die Analyse des ZTK stützt sich auf ein telefonisches Experteninterview und ebenfalls die Homepage. Zur Untersuchung von XENION wurde auf den Internetauftritt des Zentrums zurückgegriffen, der jedoch sehr detaillierte Angaben enthält.

Welche Gemeinsamkeiten und Unterschiede die drei Zentren und Einrichtungen aufweisen und welche Qualitätsstandards und Empfehlungen, sowie ethische Richtlinien sich aus ihnen ableiten lassen, ist in Kapitel 7.4 beschrieben.

### *Expertinnen- und Experteninterviews*

Neben der Befragung und Analyse der Psychosozialen Zentren und Einrichtungen wurden 27 Expertinnen- und Experteninterviews durchgeführt. Bei der Auswahl wurde versucht, die Breite des Arbeitsfeldes und der Akteure abzudecken. Die Expertinnen und Experten verfügen über unterschiedliche Qualifikationen und berufliche Hintergründe, die sich acht verschiedenen Berufsgruppen zuordnen lassen:

Tabelle 2: Befragte Expertinnen und Experten

Berufsgruppe	Interview Nr.	Institution der Expertin / des Experten
Niedergelassene Psychotherapeutinnen / Psychotherapeuten	1	Psychotherapeutische Anlaufstelle für MigrantInnen Freiburg (PAMF)
	27	Vereinigung zur Hilfe für psychisch kranke Kinder und Jugendliche e. V.
Medizinisch- / therapeutische Einrichtungen	2	REFUDOCS Verein medizinischer Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und deren Kinder e. V.
	3	REHA SÜD GmbH Zentrum für ambulante Rehabilitation, Physiotherapie und Ergotherapie
	19	Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter
	20	Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychotraumatologische Ambulanz
	21	Universitätsklinikum Freiburg, Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Stadtverwaltung Freiburg	4	Stadt Freiburg, Amt für Soziales und Senioren
	9	Stadt Freiburg, Amt für Wohnraumversorgung
	10	Stadt Freiburg, Büro für Migration und Integration
	15	Stadt Freiburg, Kompetenzzentrum Frühe Hilfen
	17	Stadt Freiburg, Amt für Kinder, Jugend und Familie
Wohlfahrtsverbände	5	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Freiburg e. V., Zentraler Dolmetscherpool
	6	Diakonisches Werk Freiburg
	8	Caritasverband Freiburg-Stadt e. V.
	16	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Freiburg e. V., Soziale Dienste
	24	Deutsches Rotes Kreuz Kreisverband Freiburg e. V., Soziale Dienste
Psychosoziale Zentren und Zusammenschlüsse psychosozialer Berufsgruppen	11	refugio stuttgart e. V.
	12	refugio stuttgart e. V.
	13	Zentrum für Trauma- und Konfliktmanagement (ZTK), Köln
	22	Refugio Villingen-Schwenningen e. V.

Berufsgruppe	Interview Nr.	Institution der Expertin / des Experten
Flüchtlingsunterbringung und -betreuung	18	Christophorus Jugendwerk Freiburg, Fachdienst "Inobhutnahme Psychologie"
	25	Erstaufnahmeeinrichtung Stuttgart
	26	Erstaufnahmeeinrichtung Stuttgart
Hochschulen und Forschungseinrichtungen	7	DHBW Villingen-Schwenningen
	23	Prof. em. Dr. Kury, Universität Freiburg / Max-Planck-Institut
Ehrenamtlich / freiwillig Tätige	14	Ehrenamtliche(r)

Die Expertinnen- und Experteninterviews wurden mündlich durchgeführt, wobei aus zeit- und untersuchungsökonomischen Gründen hauptsächlich auf telefonische Gespräche zurückgegriffen wurde. Dabei konnte eine sehr gute Informationsbasis geschaffen werden. Eine Befragung von betroffenen Flüchtlingen war aus zeitlichen Gründen leider nicht möglich, jedoch wurden deren Bedarfe und Problemlagen durch stellvertretende Äußerungen von Personen, die unmittelbar in der Lebenswelt der Flüchtlinge tätig sind (z. B. Refudocs, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter) soweit wie möglich einbezogen. Es ist zukünftig zu empfehlen, die Geflüchteten auch selbst als Subjekte einzubeziehen, was aber ein entsprechendes Untersuchungsdesign mit Sprachmittlern und mehrsprachigen Erhebungsinstrumenten voraussetzt. Aktuell wird eine solche Untersuchung zur Prävalenz posttraumatischer Belastungsstörungen von Herrn Prof. Dr. Kury in verschiedenen Flüchtlingsunterkünften in Deutschland durchgeführt.<sup>11</sup>

Die Expertinnen- und Experteninterviews wurden in Form offener Leitfadengespräche geführt. Durch die Leitfragen, welche die zentralen Fragen und Themenkomplexe der Untersuchung umfassen, erhielten die Gespräche eine Grundstruktur. Gleichzeitig wurde gewährleistet, dass wichtige Themenbereiche angesprochen und die Inhalte vergleichbar wurden. Dabei behielt das Gespräch eine ausreichende Offenheit, um auch weitere Themenbereiche zu diskutieren und individuelle Wahrnehmungen und Deutungen der Befragten einfließen zu lassen. Die Leitfragen wurden zunächst anhand theoretischer Vorüberlegungen formuliert. Aus der Fülle der während der systematischen Literaturrecherche gewonnenen Informationen ließen

---

<sup>11</sup> Vgl. Kapitel 6.2.

sich Themen mit den jeweils zugehörigen Unterfragen bilden, die in vier verschiedenen, inhaltlich jedoch aufeinander abgestimmten Themenbereichen des Leitfadens zusammengefasst wurden.

Tabelle 3: Interview-Leitfaden der Expertinnen- und Experteninterviews

Themenbereich	Hauptfragen	Detailfragen
Berufliche Tätigkeit	Beschreibung der beruflichen Tätigkeit	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Inhalt</li> </ul>
Versorgung von Flüchtlingen	Beschreibung der medizinischen / therapeutischen Versorgungssituation von Flüchtlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ bundesweit</li> <li>■ in Freiburg</li> <li>■ im Rahmen der beruflichen Tätigkeit</li> </ul>
	Beschreibung des Zugangs zur medizinischen / therapeutischen Versorgungssituation von Flüchtlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ organisatorischer Ablauf</li> <li>■ Barrieren</li> <li>■ Finanzierung</li> </ul>
	Beschreibung der Zielgruppen der medizinischen / therapeutischen Versorgungssituation von Flüchtlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Differenzierung nach Status</li> </ul>
	Beurteilung der medizinischen / therapeutischen Versorgungssituation von Flüchtlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ aktuell</li> <li>■ zukünftig</li> </ul>
Trauma	Diagnose und Methoden	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Diagnostik</li> <li>■ Behandlungsmethoden</li> </ul>
	Betroffenheitsstatistik	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ allgemein</li> <li>■ im Rahmen der beruflichen Tätigkeit</li> </ul>
	Umgang mit psychischen Belastungen bei Flüchtlingen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Aus- und Weiterbildung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter</li> </ul>
Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge	Bedarflagen und Erwartungen an eine Anlaufstelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ der Fachleute</li> <li>■ der Betroffenen</li> </ul>
	Personalstruktur einer Anlaufstelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Fachkompetenzen</li> </ul>

Themenbereich	Hauptfragen	Detailfragen
	Angebotsstruktur einer Anlaufstelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Art der Angebote</li> <li>■ Qualität der Angebote</li> <li>■ Quantität der Angebote</li> <li>■ Priorisierung der Angebote</li> </ul>
	Vernetzung und Kooperation einer Anlaufstelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ bestehende Netzwerke</li> <li>■ weitere Kooperationspartner</li> </ul>
	Hinweise für die Einrichtung einer Anlaufstelle	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Erfolgsfaktoren</li> <li>■ Stolpersteine</li> </ul>

Eine detaillierte und systematische Analyse der Interviews erfordert eine Verschriftlichung der Gespräche. Die Grundlage der Auswertungen bildet eine vollständige Dokumentation des gesamten Interviewmaterials, wobei der Fokus der Analyse vorwiegend auf dem Inhalt der Interviews liegt. Die Transkription erfolgte Wort für Wort mit leichter Sprachglättung. Dies bedeutet, dass dialektische Färbungen, Gesprächslautstärke und -geschwindigkeit sowie non-verbale Äußerungen nicht festgehalten und grammatikalische Korrekturen vorgenommen wurden, um die Lesbarkeit der Interviews zu vereinfachen.

Um eine Zuordnung der Interviewaussagen zu Themenbereichen zu ermöglichen, sind die Interviews gemäß ihrer Durchführungsabfolge nummeriert und jedem Sprecherwechsel ist eine eindeutige Bezeichnung gegeben. Alle Interviews wurden anonymisiert, indem Namen und weitere Angaben, die eine Zuordnung eines Interviews zu einer der interviewten Personen ermöglicht hätten, entfernt wurden.

Einen umfassenden Überblick über die Inhalte der Expertinnen- und Expertenbefragungen in Bezug auf die Anlaufstelle gibt Kapitel 8.1. Jedoch werden auch in weiteren Kapiteln thematisch passende Aussagen der Expertinnen und Experten in Beziehung gesetzt (vgl. Kapitel 6.2; Kapitel 7.5).<sup>12</sup>

## 2.3 Konzeptentwicklung

Die Konzeptentwicklung als dritter Baustein bildet eine Synthese der Recherche und Analysen und überführt diese in mögliche Dimensionen und Varianten einer Anlauf-

<sup>12</sup> Die Aussagen der Expertinnen und Experten sind jeweils als Zitat gekennzeichnet.

stelle für traumatisierte Flüchtlinge. Dabei werden die Interviewaussagen der Expertinnen und Experten kontrastierend gegenübergestellt und Argumentationsmuster, Meinungen und Einstellungen miteinander in Beziehung gesetzt. Zudem werden Kostenrahmen und Kalkulationseckwerte drei verschiedener Modelle einer Anlaufstelle abgeschätzt. Vor diesem Hintergrund werden Hinweise abgeleitet, die in den kommunalen Diskussions- und Entscheidungsprozess eingehen können. Die Expertise beruht somit wesentlich auf einer Synthese der Rechercheergebnisse, der Ergebnisse der quantitativen und qualitativen Datenerhebungen und -auswertungen und unter Berücksichtigung der konkreten Bedingungen und Anforderungen vor Ort.

## 2.4 Aufbau des Gutachtens

Der vorliegende Bericht ist folgendermaßen gegliedert:

- Zunächst folgt eine kurze Zusammenfassung der wesentlichen Ergebnisse in Kapitel 3, die der Leserin beziehungsweise dem Leser einen Überblick geben sollen.
- Details beziehungsweise der Ist-Stand zur Flüchtlingsentwicklung und die Betrachtung sowohl bundesweiter als auch Entwicklungen in Baden-Württemberg und Freiburg werden in Kapitel 4 in den Blick genommen.
- Allgemeine Fragen der Versorgung und Unterbringung von Flüchtlingen und (sozial-)rechtliche Rahmenbedingungen werden in Kapitel 5 geklärt. Dazu gehören auch Themen der Jugendhilfe, insbesondere im Bereich der unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden und Zuständigkeitsfragen im Bereich der Kostenträgerschaft für eine Anlaufstelle.
- Kapitel 6 umfasst eine Beschreibung allgemeiner theoretischer Erkenntnisse zum Thema Trauma und Traumadiagnostik sowie eine Einschätzung zur Anzahl an geflüchteten Menschen, die ein Trauma haben. Ebenfalls werden mögliche Therapieangebote beziehungsweise -formen für traumatisierte Menschen dargestellt und beschrieben. Welche Voraussetzungen daran gebunden sind und welche Aspekte dabei unbedingt zu beachten sind, wird ebenfalls thematisiert. Auch die bestehenden Angebote zur psychosozialen Versorgung werden ausführlich beschrieben.
- In Kapitel 7 erfolgt eine Betrachtung der bestehenden Arbeits- und Angebotsformen für Flüchtlinge und eine Analyse der Psychosozialen Zentren. Weiterhin werden die Versorgungsangebote in Freiburg in den Blick genommen.



- Vor dem Hintergrund der bisherigen Ausführungen werden konkrete Vorschläge für Freiburg abgeleitet, die in Kapitel 8 dargestellt sind. Hierfür werden die Aussagen der Expertinnen und Experten zur Anlaufstelle zusammengefasst, die Kosten abgeschätzt und verschiedene Dimensionen und Varianten einer Anlaufstelle aufgezeigt.

### 3 Die zentralen Ergebnisse im Überblick

Im letzten Kapitel wurde die Breite der thematischen Aspekte dargestellt, die mit einem Mix an unterschiedlichen Recherche- und Erhebungsmethoden zu bearbeiten war. Die sozialplanerischen Fragen, die im Hinblick auf ein Angebot für traumatisierte Flüchtlinge zu beantworten sind, richten sich an unterschiedlichste Fachgebiete und Organisationsbereiche: die Flüchtlingssozialdienste, den ambulanten und klinischen Therapiebereich, die Sozialverwaltung und schließlich auch an alle gesellschaftlichen Bereiche, in denen die Geflüchteten integriert werden sollen. Das Thema „Traumatisierung von Flüchtlingen“ wird in allen Alltagsbereichen vom Kindergarten über die Schule bis in die Arbeitswelt relevant. Es wird von einem therapeutisch-fachlichen Thema zu einer Querschnittsangelegenheit der Integration. Eine zusätzliche Komplexität ergibt sich auch aus der Verschiedenheit der Handlungsebenen. Die politische und gesellschaftliche Entwicklung auf Landes- und Bundesebene hat eine erhebliche Auswirkung auf das zu planende Angebot und besitzt gleichzeitig eine erhebliche Dynamik. Die internationale Politik verändert im Hinblick auf die Flüchtlingszahlen ebenso die Rahmenbedingungen für ein Versorgungsangebot, wie die Landespolitik mit den für unser Thema relevanten Passagen des grün-schwarzen Koalitionsvertrages. Für das Freiburger Planungsvorhaben ergibt sich daraus eine hohe Komplexität, die sich auch in diesem Gutachten im Hinblick auf die Zugänge und Ergebnisse widerspiegelt.

Nicht jede Leserin und jeder Leser hat die Zeit, sich zunächst ausführlich mit allen Facetten unserer Recherchen und Erhebungen zu beschäftigen. Wir haben deshalb versucht, die wesentlichen Ergebnisse, Empfehlungen und ggf. auch die zur Entscheidung anstehenden Fragen, in diesem Kapitel fokussiert darzustellen.

#### *Bedarfsdeterminante I: Die Entwicklung der Flüchtlingszahlen*

Für Bedarfsabschätzungen im Bereich der Sozialplanung ist die Anzahl der Bedarfsträger eine zentrale Ausgangsgröße. Daraus ergibt sich die Frage nach der Anzahl der in Freiburg zu versorgenden Flüchtlinge und dem Ausmaß traumatischer Belastungen. Beide Fragen sind alles andere als einfach zu beantworten. Am 31. März 2016 waren in Freiburg 3 735 Flüchtlinge untergebracht. Dabei ist mit 42 Prozent ein hoher Anteil an Kindern und Jugendlichen festzustellen. Dies sind 1 580 Minderjährige. Fast 2 000 dieser Flüchtlinge stammen aus den drei Bürgerkriegsländern Syrien (1 041), Irak (707) und Afghanistan (333).

Die weitere Entwicklung der Flüchtlingszahlen ist schwer abzuschätzen, da sie ganz wesentlich von politischen Entscheidungen abhängig ist. Die Stadtverwaltung stellt sich planerisch auf 350 Flüchtlinge / Monat im Jahr 2016 ein. Für 2017 plant sie dann mit 120 Flüchtlingen / Monat und für 2018 mit 60 Flüchtlingen / Monat.

Planerisch bedeutsam ist, dass es sich um eine Querschnittsbetrachtung handelt. Wie in einer fotografischen Aufnahme werden die Flüchtlingszahlen für den Monat März 2016 betrachtet. Im Längsschnitt wären aber zusätzlich die kumulierten Zahlen und die Zu- und Abgänge zu berücksichtigen. Es reicht nicht aus, den Blick auf die Geflüchteten zu richten, die aktuell in den Unterkünften versorgt werden. Auch nach dem Übergang in andere Wohnformen oder der erfolgten Anerkennung als Asylberechtigte oder einer Duldung bleibt ein etwaiger Versorgungsbedarf traumatischer Belastungsstörungen bestehen. Die psychosoziale Versorgung und die Integration sind eine langfristige Aufgabe. Die kumulierten Zahlen lassen sich aber nur grob abschätzen, da die notwendigen Statistiken nicht in ausreichender Zeitnähe vorhanden sind. Hier kann davon ausgegangen werden, dass die kumulierten Längsschnittzahlen bis zu einem Drittel über den Querschnittszahlen liegen.

*Fazit: Im Zuge der europäischen Flüchtlingskrise hat sich die Zahl der in Freiburg untergebrachten Geflüchteten gegenüber 2014 etwa verdreifacht. Am 31. März 2016 waren 3 735 Flüchtlinge untergebracht. Da als Bedarfsträger auch die in Freiburg lebenden Flüchtlinge aus früheren Zeitperioden einzubeziehen sind, muss von einer noch höheren Zahl ausgegangen werden, die allerdings aktuell nur geschätzt werden kann. Wir gehen von einer Bandbreite von 4 000 bis 5 000 Menschen aus, die als potenzielle Bedarfsträger in Frage kommen.*

#### *Traumabegriff und Traumadiagnostik*

Für eine Bedarfsabschätzung ist im nächsten Schritt zu klären, wie hoch der Anteil der traumatisierten Personen in dieser Gruppe ist, wie sich die traumatischen Folgestörungen darstellen und welcher Behandlungs- und Versorgungsbedarf sich daraus ergibt. Auch diese Frage ist alles andere als trivial und hat mit einigen Besonderheiten der psychischen und sozialen Verarbeitung traumatischer Folgen zu tun. Während bei körperlichen Verletzungen die Anzahl an notwendigen Rettungskräften und Krankbetten recht genau berechnet werden kann, stellen sich die Bedarfsfragen hier sehr viel komplexer dar.

Unter Traumatisierung wird eine psychische Verletzung durch eine Extremsituation verstanden. Nach dem medizinischen Klassifikationssystem ICD entsteht eine posttraumatische Belastungsstörung als „Reaktion auf ein belastendes Ereignis oder eine Situation kürzerer oder längerer Dauer, mit außergewöhnlicher Bedrohung oder katastrophenartigem Ausmaß, die bei fast jedem eine tiefe Verzweiflung hervorrufen

würde“. Eine von mehreren Folgereaktionen auf traumatische Ereignisse stellt die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) dar, die u. a. geprägt sein kann durch sich aufdrängende Erinnerungen, Alpträume, Flashbacks, Übererregungssymptome, Vermeidungsverhalten oder auch emotionale Taubheit. Die Symptomatik kann sich unmittelbar oder auch mit langer Verzögerung einstellen. Sehr häufig treten neben der PTBS weitere komorbide Störungen auf (z. B. Angststörungen, Depressionen, dissoziative Störungen, Suchterkrankungen). Es besteht eine hohe Chronifizierungsgefahr.

Die Behandlungsleitlinien sehen eine frühzeitige diagnostische Abklärung vor, die von ärztlich-psychiatrischem bzw. psychotherapeutischem Fachpersonal durchgeführt werden muss. Die Hinweisaufnahme und Einschätzung der Bedarfe müssen im Rahmen eines persönlichen Gespräches erfolgen, welches dem Gegenüber im Hinblick auf Kultur, Sprache, Bildung und Geschlecht angepasst ist. Es bedarf einer geeigneten Sprachmittlung. Es stehen verschiedene diagnostische Instrumente und Screeningmethoden zur Verfügung.

*Fazit: Bei traumatischen Folgestörungen handelt es sich um ein komplexes Krankheitsbild. Die Diagnostik muss dem medizinisch-therapeutischen Fachpersonal vorbehalten sein. Einem Versorgungsangebot könnte die Aufgabe einer Clearingfunktion und einer Erstabklärung zukommen, wie sie üblicherweise von psychotherapeutischen Beratungsstellen vorgenommen wird, wobei hier die kultur- und sprachspezifischen Kompetenzen und Ressourcen vorgehalten werden könnten. Eine Anlaufstelle könnte zudem die in Flüchtlingseinrichtungen, Kindergärten, Schulen und anderen Bereichen Tätigen für die Wahrnehmung von Traumatisierungsfolgen sensibilisieren und aufklären. Aber auch im Therapiebereich könnte eine wichtige Unterstützung durch Vernetzung, Organisation von Fortbildungsangeboten und durch die Qualifizierung und Vermittlung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern geleistet werden.*

#### *Abschätzung der Prävalenzen*

In der Literatur und den Expertengesprächen sind wir auf eine große Bandbreite an Einschätzungen von Prävalenzraten gestoßen. Diese Bandbreite liegt zum einen an der oben beschriebenen Komplexität der Traumadiagnostik. Zum anderen ist sie darin begründet, dass die Studien sich auf unterschiedliche Beobachtungsgruppen beziehen. Je nach Fluchtursache, Verfolgungsschicksal und biografischer Lage können sich die Prävalenzen stark unterscheiden. Auch bei den Freiburger Flüchtlingen sind je nach Fluchtursache, Fluchtverlauf und -route Unterschiede zu erwarten. Die höchste Belastung werden sicher die jesidischen Frauen haben, die von Baden-Württemberg in einem Sonderprogramm aufgenommen wurden, nachdem sie von den Mitgliedern des Islamischen Staates (IS) entführt und vergewaltigt worden sind.

In der Literatur und den Freiburger Expertinnen- und Experteninterviews bewegen sich die Schätzungen schwerpunktmäßig zwischen 30 und 40 Prozent. Diese Einschätzung wird durch eine aktuelle Untersuchung von Herrn Prof. Dr. Kury gestützt, der mit einem arabisch und englisch übersetzten Fragebogen eine Messung post-traumatischer Belastungen bei Geflüchteten in verschiedenen Städten Deutschlands durchgeführt hat. Dazu gehören auch Flüchtlingsunterkünfte in Freiburg. Die Kontakte im Rahmen unserer Recherchen haben dazu geführt, dass die Freiburger Stichprobe erhöht werden konnte und wir in Kürze validere Werte zur Verfügung haben werden.

*Fazit: Bei einer Anzahl von ca. 4 000 bis 5 000 Flüchtlingen und einer geschätzten Prävalenz von 30 bis 40 Prozent ist von etwa 1 200 bis 2 000 Flüchtlingen mit post-traumatischen Folgestörungen in Freiburg auszugehen.*

### *Regionales Einzugsgebiet*

Die oben genannten Zahlen beziehen sich auf den Stadtkreis Freiburg. Nicht berücksichtigt sind bislang die Versorgungsbedarfe in der Region und den angrenzenden Landkreisen. Die hier vorgelegte Planung konzentriert sich zunächst auf das Stadtgebiet Freiburg. Natürlich könnten viele Leistungen der Anlaufstelle auf die Versorgung der Freiburger Flüchtlinge begrenzt oder für Flüchtlinge aus den Landkreisen gegen Kostenerstattung erbracht werden. Dies ist aber nur möglich, sofern individuell zurechenbare Leistungen erbracht werden. Wenn die Anlaufstelle strukturbezogene Angebote macht, gibt es hier praktische Grenzen. Die Kliniken haben in Freiburg ihren Sitz und sind auf die Versorgung der Region ausgerichtet. Menschen aus dem Umland haben ihre Arbeits- und Schulplätze in Freiburg und umgekehrt. Verwaltungsgrenzen und lebensweltliche Räume sind nicht deckungsgleich. Das nächstliegende Psychosoziale Zentrum, Refugio Villingen-Schwenningen, berichtet von einem breiten Einzugsgebiet über die Landkreisgrenzen hinweg, teilweise bis zum Hochrhein und Bodensee. Auch in der Region Freiburg dürfte ein überregionales Angebot sinnvoll sein. Der grün-schwarze Koalitionsvertrag hat die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge auf die Agenda genommen. Es ist damit zu rechnen, dass sich hier die Finanzierungsbedingungen durch das Land verbessern werden. Auch wenn die konkreten Dinge noch offen sind, könnte es sein, dass sich zukünftige Finanzierungsprogramme auf vorhandene Strukturen beziehen werden. Hier könnte es nachteilig sein, dass in der südwestlichen Region Baden-Württembergs kein Psychosoziales Zentrum vorhanden ist.

*Fazit: Auch wenn ein Versorgungsangebot zunächst bezogen auf den Stadtkreis Freiburg entwickelt wird, sollte doch die Option eines regionalen Angebots geprüft werden. Gegebenenfalls könnte dies in einem zweiten Ausbauschnitt erfolgen. Ein*

*überregionales Angebot würde Abgrenzungsprobleme vor allem bei den nicht-individuellen Leistungen vermeiden und könnte auch Perspektiven für die Stärkung des Hilfeangebots in der Region durch bessere Finanzierungsmöglichkeiten und Skaleneffekte eröffnen.*

#### *Besondere Versorgungssettings: Jesidische Frauen und unbegleitete minderjährige Asylbewerber*

Im Versorgungskontext werden zwei Personengruppen häufig erwähnt. Dies sind einerseits die unbegleiteten minderjährigen Asylbewerber, für die eine besondere Schutzbedürftigkeit gegeben ist und deren Versorgung über das System der Jugendhilfe erfolgt. Zudem hat das Land Baden-Württemberg im Rahmen eines Sonderprogramms 1 000 traumatisierte Frauen und Kinder der religiösen Minderheit der Jesiden aus dem Nordirak und Syrien aufgenommen. Für diese Gruppe mit ihrem besonders schweren Schicksal wurde ebenfalls eine eigene Versorgungsstruktur geschaffen.

*Fazit: In der hier erstellten Expertise wird auf die Gruppe der jesidischen Frauen und der unbegleiteten minderjährigen Asylbewerber nicht vertieft eingegangen, da für sie eigenständige Strukturen und Betreuungssettings bestehen.*

#### *Psychosoziale Versorgung*

Nicht alle Menschen, die traumatisiert sind, entwickeln eine chronische Traumafolgestörung oder benötigen unmittelbar eine Therapie. Aus der Anzahl der traumatisch belasteten Personen lässt sich nicht direkt auf den Bedarf an Therapieplätzen schließen. Eine psychotherapeutische Behandlung kann, abgesehen von einer psychiatrischen Akutversorgung in Notfallsituationen, erst dann wirksam erfolgen, wenn stabile Rahmenbedingungen geschaffen wurden. Vor allem wenn traumakonfrontative Methoden angewendet werden, kann ein zu frühzeitiger Therapiebeginn zu einer Retraumatisierung führen. Die Behandlungsleitlinie der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) sieht die Herstellung einer sicheren Umgebung und den Schutz vor weiterer Traumaeinwirkung als eine wichtige Erstmaßnahme vor. Gerade bei Geflüchteten besteht das traumatisierende Erlebnis noch fort, wenn die Sicherheit des Aufenthalts und die Verlässlichkeit des Alltagslebens nicht gewährleistet sind. Es muss deshalb sorgfältig analysiert werden, wie Traumafolgestörungen abgewendet werden können.

Eine besondere Bedeutung hat hier die Stärkung von Resilienz durch familiäre und soziale Beziehungen, soziale Unterstützung, äußere Sicherheit, einen festen Aufenthaltsstatus und gesellschaftliche Teilhabe. Für die Stabilisierung wesentlich sind das Erleben von Selbstwirksamkeit, sozial erwünschte Aktionen in Gemeinschaften

und angenehme körperliche Erfahrungen. Gemeinschaftliches Tun wirkt dem vorherigen Erleben von „Alleinsein“ und „Verlorenheit“ entgegen. Das Trauma aktivierte Reflexe und Instinkte, die zu Erstarrung und Unterwerfung führten. Menschen geht es besser, wenn sie sich als handlungsfähig und selbstwirksam erleben. Sportliche Aktivitäten, Musik und Tanz ermöglichen in der kraftvollen Auseinandersetzung mit körperlichen Reizen das Leben im „Hier und Jetzt“.

Zentral ist deshalb eine berufsgruppenübergreifende Vernetzung. Die Psychotherapie allein ist überfordert, wenn es um die Lebenssituation von Geflüchteten geht (Asylverfahren, Wohnung, Arbeit etc.). Die Möglichkeit therapeutischer Maßnahmen und ihre Wirksamkeit hängen wesentlich von den Rahmenbedingungen ab. Die tägliche Lebenswirklichkeit hat maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheit. Sicherheit, Akzeptanz und Geborgenheit sind Grundvoraussetzungen für die Wiederherstellung psychischer Stabilität nach traumatischen Erlebnissen.

*Fazit: Traumatherapie kann nicht ohne eine ausreichende soziale Versorgung und Stabilisierung erfolgen. Die Schaffung von Alltagsnormalität ist eine zentrale Aufgabe. Handlungsfähigkeit wird vor allem auch durch Sport, Musik, Tanz und andere ästhetisch-kulturelle Formen erlebt und wiederhergestellt. Beratungs- und Fortbildungsangebote sind für eine traumasensible Pädagogik in der Schule und anderen Bildungseinrichtungen von wesentlicher Bedeutung. Für ein zu schaffendes Versorgungsangebot ist eine Verbindung der verschiedenen Ebenen wichtig. Sozialplanerisch muss die Balance zwischen Fall- und Feldorientierung geklärt werden.*

### *Rechtliche Rahmenbedingungen*

Die Versorgung der Geflüchteten findet in einem komplexen rechtlichen Spannungsfeld zwischen Asyl- und Aufenthaltsrecht und Sozialgesetzgebung statt. In den ersten 15 Monaten des Aufenthalts sind die Leistungen des Asylbewerberleistungsgesetzes im Vergleich zu den Leistungen nach Sozialgesetzbuch (SGB) eingeschränkt. Der notwendige Bedarf (Essen, Kleidung, Unterkunft) wird durch Geld- oder Sachleistungen gedeckt. Im Gesundheitsbereich beschränken sich die Leistungen auf eine akutmedizinische Versorgung, die ambulant oder stationär erfolgen kann. Für unbegleitete minderjährige Asylbewerberinnen und Asylbewerber gelten besondere Regelungen des Kinder- und Jugendhilferechtes. Das Jugendamt hat eine Inobhutnahme zu veranlassen. Die Versorgung findet nach den Regeln und Standards der Jugendhilfe statt. Die Beantragung von Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) erfolgt beim Sozialamt, das auch die Entscheidungen zur Kostenübernahme im Bereich der medizinisch-therapeutischen Versorgung trifft. Auch wenn das besondere Antragsverfahren von den Praxen und Therapiestellen oft als bürokratischer Zusatzaufwand kritisiert wird, stellt das Bewilligungsverfahren kein wesentliches Zugangshemmnis dar. Der Grund für eine feh-

lende therapeutische Versorgung wird eher in fehlenden Therapieplätzen gesehen. Nach Einschätzung der befragten Expertinnen und Experten orientiert sich die Bewilligungspraxis eng an der festgestellten Indikation. Auch werden im Bereich des Asylbewerberleistungsgesetzes die Kosten für Dolmetscherinnen und Dolmetscher und teilweise die Fahrtkosten übernommen. Der Übergang in das System der gesetzlichen Krankenversicherung kann hier sogar zu Problemen führen.

*Fazit: In Freiburg stellen die rechtlichen Rahmenbedingungen für den Zugang der Geflüchteten zum therapeutischen Versorgungssystem kein grundsätzliches Hindernis dar. Dieses wird in der Praxis eher im Fehlen geeigneter Therapieplätze gesehen. Eine weitere Problematik besteht in der fehlenden Kostenübernahme von Dolmetscherkosten durch die gesetzliche Krankenversicherung.*

### *Versorgungssituation in Freiburg*

In Freiburg gibt es eine breit ausgebaute soziale und medizinische Infrastruktur. Neben den Universitätskliniken und Krankenhäusern ist auch im ambulanten Bereich eine sehr hohe Therapeutinnen- und Therapeutendichte vorhanden. Eine Vielzahl an Personen, Organisationen und Gruppierungen engagiert sich beruflich und ehrenamtlich für die Geflüchteten. Die freien Träger bieten zahlreiche spezielle Dienste, Beratung und Sozialbetreuung für Migrantinnen und Migranten an. Aber auch in den allgemeinen Sozialdiensten und Beratungsstellen erhalten Geflüchtete Rat, Hilfe und Unterstützung. Freiburg hat hier einen Vorteil gegenüber Regionen mit einer weniger dichten sozialen Infrastruktur. Bemerkenswert ist das ehrenamtliche Engagement der Bürgerinnen und Bürger. Auch im professionellen Bereich gibt es vor allem bei Medizinerinnen und Medizinern eine Vielfalt gemeinnütziger und ehrenamtlicher Tätigkeiten und Vernetzungen (Refudocs, Medinetz, Freiburger Vereinigung zur Hilfe für psychisch kranke Kinder- und Jugendliche u. a.).

Richtet man den Blick auf die Entwicklungsbedarfe, so wurden in den Recherchen und Experteninnen- und Experteninterviews verschiedene Aspekte thematisiert. Im Hinblick auf Traumatisierungsfolgen ist die aktuelle Notunterbringung in den Unterkünften problematisch. Die Unterkünfte sind kein geeigneter Ort, um nach schwierigen Bedingungen zur Ruhe zu kommen. Die Sozialbetreuung kommt mit ihrem Betreuungsschlüssel (1:100) bei traumatisierten Flüchtlingen an ihre Grenzen.

Ein Handlungsbedarf wird vor allem im Bereich der Vernetzung gesehen: „Kompetenzen gibt es in Freiburg viele, man muss sie nur bündeln“ (13:97). In den Expertinnen- und Expertengesprächen wurde sehr oft die Notwendigkeit einer besseren Vernetzung und Koordinierung angesprochen, bei der die Stadt mit im Boot sein sollte. Um ein gutes Angebot zu schaffen, komme es auf die richtigen Schnittstellen



und auch auf eine überregionale Vernetzung an. Eine gute Vernetzung und die Schaffung von Traumasensibilität und Kompetenz in der Arbeit mit Geflüchteten werden vor allem wichtig, wenn deren Integration in das allgemeine Sozialsystem erfolgt. Während die Flüchtlingsarbeit momentan noch schwerpunktmäßig von den spezialisierten Sozialdiensten geleistet wird, werden sich mittelfristig weite Bereiche auf die entsprechenden Anforderungen einzustellen haben: die Sozialdienste, Einrichtungen, Beratungsstellen, Schulen, Kindergärten, die Arbeitsagentur etc. Hier sind vor allem traumaspezifische Fortbildungen und Schulungen und Informationsangebote notwendig.

Häufig wurde in den Interviews auf die ehemalige Anlaufstelle des Deutschen Roten Kreuzes hingewiesen, die im Jahr 1987 als Anlauf- und Beratungsstelle für traumatisierte Flüchtlinge eingerichtet wurde und dann im Jahr 2006 aus finanziellen Gründen zunächst verkleinert und dann geschlossen werden musste. Damit fehlt nicht nur in Freiburg, sondern in der gesamten südlichen Rheinschiene von Lörrach bis Karlsruhe, ein integriertes Angebot. Ein solches Zentrum könnte auch für die zukünftige finanzielle Förderung durch das Land Baden-Württemberg von Bedeutung sein. So erhält jedes der fünf psychosozialen Zentren in Baden-Württemberg im Doppelhaushalt 2015 / 2016 einen Zuschuss von 100 000 Euro. Aus versorgungspolitischen Gründen unabhängig von der Größe des Zentrums.

*Fazit: Freiburg verfügt durch die gut ausgebaute medizinische und soziale Infrastruktur und ein hohes ehrenamtliches Engagement über sehr gute Ausgangsbedingungen. Eine wichtige Aufgabe ist die Vernetzung und Koordination, um eine gute Wirksamkeit des Hilfesystems zu erreichen. Der Übergang der Flüchtlingsarbeit von den Fachdiensten in das allgemeine Sozialsystem stellt eine besondere Herausforderung dar. Nachdem die Anlaufstelle des DRK aus finanziellen Gründen vor einigen Jahren geschlossen werden musste, fehlt ein Kompetenzzentrum mit integrierten Handlungsansätzen für Freiburg und die Region.*

### *Psychosoziale Zentren I – Aufgaben und Angebote*

Für diesen Bericht wurde eine bundesweite Recherche bei den „Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer“ durchgeführt. Diese beruht auf einer Aufbereitung schriftlicher Materialien (Versorgungsberichte, Internet), einer teilstandardisierten kurzen Online-Befragung und einer vertieften Analyse dreier Zentren. Die Zielsetzung war eine Bestandsaufnahme der Angebots- und Organisationsformen und das Einholen von Ratschlägen und Hinweisen für ein neu zu schaffendes Angebot in Freiburg.

Auch wenn unterschiedliche Schwerpunkte feststellbar sind, sind die Zentren in ihrer Arbeitsweise sehr ähnlich. Das hauptsächliche Angebot besteht einerseits in der psychotherapeutischen Erstversorgung, die sich auf Erstgespräche und Clearing,

psychoedukative Angebote, sowie Stabilisierung und Krisenintervention bezieht. Diesen Aufgabenbereich empfehlen über 80 Prozent der Zentren als wichtiges Arbeitsfeld für eine neu zu schaffende Einrichtung. Es geht vor allem auch um Überbrückung und Vermittlung, während ein eigenes längerfristiges Therapieangebot nicht angestrebt wird. Wichtig sind niederschwellige Angebote bis eine Regelversorgung bzw. Therapie beginnen kann. Die zweite Hauptsäule der Zentren bildet die psychosoziale Beratung mit einem Schwerpunkt auf Alltagsstabilisierung und Klärung sozial- und aufenthaltsrechtlicher Probleme. Hier findet sich auch ein breites Spektrum weiterer Angebote, etwa für Kinder, Frauen und Familien oder die Organisation von ehrenamtlicher Begleitung und Dolmetscherdiensten.

*Fazit: Für die Zentren ist die enge Verbindung von psychotherapeutischer Erstversorgung und psychosozialer Beratung und Unterstützung ein kennzeichnendes Merkmal.*

#### *Psychosoziale Zentren II – Finanzen, Organisation, Personal*

Die Größe und die Budgets der Zentren haben eine große Spannweite. Kleine Zentren wirtschaften mit 80 000 bis 180 000 Euro pro Jahr. Wenige große Zentren haben ein Budget im sechsstelligen Bereich mit bis zu 2,1 Millionen Euro. Ein typisches Zentrum versorgt etwa 325 Klienten im Jahr und arbeitet mit einem Budget von etwa 227 000 Euro / Jahr. Die Mittel kommen vor allem aus dem Europäischen Flüchtlingsfond, Mitteln des Bundes und der Länder, UN-Flüchtlingshilfe, Spenden, Stiftungsgeldern, kommunalen Zuschüssen und Mitgliedsbeiträgen.

Im Personalbereich werden die Bereiche Geschäftsleitung, Psychotherapie, Sozialarbeit und Verwaltung abgedeckt. Häufig sind freiberufliche Mitarbeitende für Dolmetscheraufgaben. Öffentlichkeitsarbeit etc. eingebunden.

Die Warteliste der Zentren reicht von 30 bis 163 Personen. Im Durchschnitt stehen 40 Geflüchtete auf der Warteliste mit einer durchschnittlichen Wartezeit von einem Vierteljahr und bei 25 Prozent der Zentren von über einem Jahr.

*Fazit: Ein Zentrum muss unterschiedliche Qualifikationsanforderungen im Bereich der therapeutischen und psychosozialen Versorgung abdecken. Das durchschnittliche Budget der Zentren beläuft sich auf 227 000 Euro. Die erheblichen Wartelisten zeigen einerseits den Bedarf, aber andererseits auch das Risiko einer Engpassbildung auf.*

#### *Fokussierung eines Angebots*

In den Expertinnen- und Experteninterviews und den Recherchen wurde ein breites Spektrum an Anforderungen und Wünschen formuliert, die im Gutachten auch dargestellt sind. Die sozialplanerische Aufgabe der Stadt Freiburg wird darin bestehen,

hier eine Priorisierung im Hinblick auf die verfügbaren Finanzmittel vorzunehmen und dabei ein möglichst optimales Versorgungssystem durch die Klärung von Schnittstellen und die Vermeidung von Doppelzuständigkeiten zu schaffen. Zu Beginn der Recherchen lautete der Arbeitstitel „Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge“, was sich mit Fortschritt der Recherchen als zu eng erwies. Ein Angebot richtet sich an folgende drei Gruppen:

1. Direkt an die Geflüchteten: Durch psychotherapeutische Beratung, Erstversorgung, Diagnostik, Vermittlung etc. Hier arbeitet die Einrichtung ähnlich wie andere psychotherapeutische Beratungsstellen, wobei zusätzlich die migrations- und fluchtspezifischen Aspekte abgedeckt werden (Sprachproblematik, Kultursensibilität) und für eine Alltagsstabilisierung durch eine psychosoziale Beratung und Unterstützung erfolgt.
2. An die therapeutisch Tätigen: Nicht jeder Therapeut bzw. jede Therapeutin ist auch in der Lage, mit Geflüchteten zu arbeiten. Eine Anlaufstelle kann hier Transparenz über verfügbare Plätze schaffen, sich um die Qualifizierung und Verfügbarkeit von Dolmetscherinnen und Dolmetschern kümmern und auch einen fachlichen Austausch und Fortbildung zu Methoden organisieren.
3. An die sozialen Arbeitsfelder und gesellschaftlichen Bereiche: Die Flüchtlingsarbeit wird sich von einem eher spezialisierten Arbeitsgebiet zu einer Querschnittsaufgabe wandeln. Ähnlich wie im Inklusionsbereich wird es hier darauf ankommen, die Kindertageseinrichtungen, Schulen, die sozialen Dienste und Einrichtungen zu befähigen und die notwendige Traumasensibilität zu vermitteln. Fortbildungsangebote, Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit und die Schulung von Multiplikatorinnen und Multiplikatoren sind hier wichtige Aufgabenbereiche.

*Fazit: Eine Anlaufstelle kann sich eng ausgerichtet und einzelfallorientiert direkt auf die Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten konzentrieren. In einer breiteren Ausrichtung wirkt sie in das gesellschaftliche Feld und stärkt unterstützende Strukturen. Die Schwerpunktsetzung liegt bei der kommunalen Sozialplanung.*

### *Trägerstruktur*

Im Hinblick auf die Trägerstruktur kommen zwei Varianten in Frage. Die Einrichtung kann an eine bestehende Schlüsselorganisation angesiedelt werden. Dies könnte ein Träger sein, der im Arbeitsfeld aktiv ist und Erfahrungen hat und über eine entsprechende Leistungsfähigkeit verfügt.

In den Expertinnen- und Experteninterviews wurde häufig auf die Problematik der Vernetzung und der trotz guter Kooperationsbeziehungen durchaus vorhandenen

Trägerkonkurrenzen hingewiesen. Wenn die Traumaversorgung nicht funktional spezialisiert ist, sondern als Querschnittsaufgabe an der Integration von Geflüchteten ausgerichtet wird, sollte intensiv über die Möglichkeit eines Trägerverbundes nachgedacht werden. Diese könnte in Form einer gemeinnützigen Gesellschaftsform oder über einen Trägerverein erfolgen. Eine solche Struktur ist zwar im ersten Schritt schwerer zu implementieren, brächte aber einige Vorteile. Das Angebot könnte eine Plattform für die zukünftige Integration der Geflüchteten und eine Zusammenarbeit der Akteure bieten. Es wäre auch leichter möglich, weitere Träger in Freiburg und vor allem auch regional in weiteren Schritten einzubeziehen und zusätzliche Fördermittel zu akquirieren.

*Fazit: Die Aufgabe sollte von einem Träger mit Erfahrung und Leistungsfähigkeit in der lokalen Flüchtlingsarbeit übernommen werden. Wir empfehlen dringend die Möglichkeit eines Trägerverbundes zu prüfen um die notwendige Querschnittsvernetzung und einen dynamischen weiteren Ausbau zu erleichtern.*

## 4 Die quantitative Entwicklung der Flüchtlingszahlen

Im Zusammenhang mit der Anzahl der gestellten Asylanträge beziehungsweise dem Zuzug von Flüchtlingen sowie weiteren soziodemografischen Daten gibt es eine Fülle verschiedenerer Angaben. Wie viele Asylbewerber und Flüchtlinge sich derzeit in Deutschland aufhalten, lässt sich nicht exakt, sondern nur in Größenordnungen sagen. Von ihrer Ankunft in Deutschland über die Verteilung in Erstaufnahmeeinrichtungen der Bundesländer bis zum Stellen des Asylantrags können Tage, manchmal auch Wochen oder Monate vergehen. Zentral erhoben werden nur die Zahlen der gestellten Asylanträge beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). Diese Zahlen sowie weitere Daten zu Herkunftsländern, Altersgruppen und Entscheidungsquoten veröffentlicht das BAMF monatlich in seinen »Asylgeschäftsstatistiken«.<sup>13</sup> Herangezogene Quellen für die Betrachtung der Flüchtlingsentwicklung in Baden-Württemberg sind das Ministerium für Integration Baden-Württemberg sowie der Flüchtlingsrat Baden-Württemberg, die teilweise monatlich aktualisierte Zahlen auf ihren Webseiten zur Verfügung stellen. In den nachfolgenden Darstellungen auf Bundes- und Länderebene werden lediglich die Erstanträge auf Asyl berücksichtigt, da Folgeanträge nicht kontinuierlich und von allen Quellen erfasst worden sind.

### 4.1 Bundesweite Entwicklung

Nach der Balkankrise im Jahr 1992 (438 191 gestellte Asylanträge) ging die Zahl der in Deutschland gestellten Asylanträge ab Mitte der 1990er Jahre zunächst stetig zurück, bis sie dann in den Jahren 2007 / 2008 wieder leicht anstieg. Diese Entwicklung verstärkte sich ab dem Jahr 2010. Seitdem steigen die Zahlen kontinuierlich an.

Im Jahr 2015 erreichte die Anzahl der Asylanträge einen Höchststand. Rund 450 000 Menschen beantragten 2015 in Deutschland Asyl, das sind 268 827 mehr als im Vorjahr. Damit hat sich die Zahl der Erstanträge auf Asyl im Vergleich zu 2014 fast verdreifacht.<sup>14</sup>

---

<sup>13</sup> Vgl. BAMF, 2016f.

<sup>14</sup> bpb, 2016c.

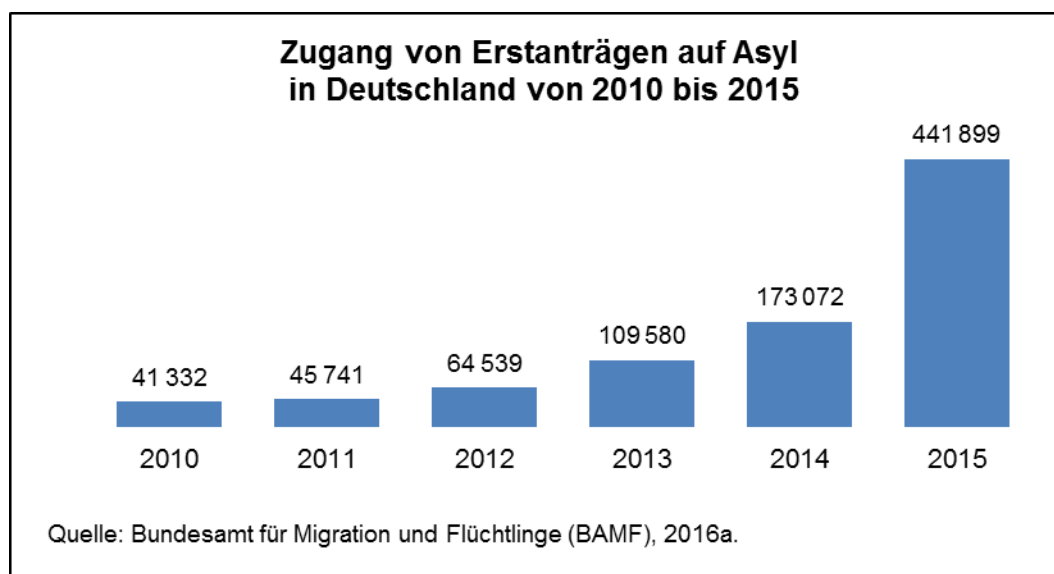


Abbildung 3: Asyl-Erstanträge in Deutschland 2010 – 2015

Im Jahr 2016 nahmen die Flüchtlingszahlen durch die Schließung der Balkanroute zwar deutlich ab, die Zahl der gestellten Asylanträge bleibt jedoch hoch. Da zwischen der Ankunft der Asylsuchenden in Deutschland und dem Stellen des Asylantrags Wochen oder Monate vergehen können, entspricht die Zahl der gestellten Asylanträge nicht zwingend den tatsächlich in Deutschland ankommenden Asylsuchenden. Im Zeitraum Januar bis April 2016 wurden bundesweit nach Angaben des BAMF 240 126 Erstanträge vom Bundesamt entgegen genommen.<sup>15</sup>

## 4.2 Die Entwicklung in Baden-Württemberg

Die Flüchtlingsentwicklung in Baden-Württemberg kann nicht isoliert betrachtet werden, sondern wird im Vergleich zu den anderen Bundesländern beschrieben. Der Ablauf des deutschen Asylverfahrens und die Zuteilung zu den Erstaufnahmeeinrichtungen ist für alle Bundesländer einheitlich geregelt: Sobald sich Personen nach ihrer Ankunft in Deutschland beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge als asylsuchend melden, werden sie mit Hilfe des Computersystems EASY auf die Bundesländer verteilt.<sup>16</sup> Dies geschieht nicht zufällig, sondern die Verteilung der Asylbegehrenden auf die Bundesländer ist abhängig von mehreren Faktoren: Zum einen spielen die aktuellen Kapazitäten in den Erstaufnahme-Einrichtungen eine Rolle. Daneben ist auch von Bedeutung, in welcher Außenstelle des Bundesamtes das Heimatland des Asylsuchenden bearbeitet wird, denn nicht jede Außenstelle bearbeitet jedes Herkunftsland. Zudem bestehen Aufnahmequoten für die einzelnen Bundes-

<sup>15</sup> BAMF, 2016a, S. 2.

<sup>16</sup> Vgl. BAMF, 2014.

länder. Diese legen fest, welchen Anteil der Asylbewerber jedes Bundesland aufnehmen muss und werden nach dem sogenannten "Königsteiner Schlüssel" festgesetzt. Danach wird festgelegt, wie viele Asylsuchende ein Bundesland aufnehmen muss. Er wird für jedes Jahr entsprechend der Steuereinnahmen und der Bevölkerungszahl der Länder berechnet. Die Verteilungsquote für die Anwendung des Königsteiner Schlüssels in Baden-Württemberg liegt für 2016 bei rund 13 Prozent. Damit ist Baden-Württemberg das drittstärkste Aufnahmeland. Insgesamt kommt etwa die Hälfte aller Asylbewerber in Nordrhein-Westfalen, Bayern und Baden-Württemberg unter.<sup>17</sup>



Abbildung 4: Verteilungsquoten nach dem Königsteiner-Schlüssel 2016

<sup>17</sup> BAMF, 2016b.

In Zahlen ausgedrückt bedeutet dies, dass im vergangenen Jahr 2015 in Baden-Württemberg rund 100 000 Menschen einen Antrag auf Asyl gestellt haben. Dies bedeutet auf Landesebene sogar eine Vervielfachung der Zahlen im Vergleich zum Vorjahr.

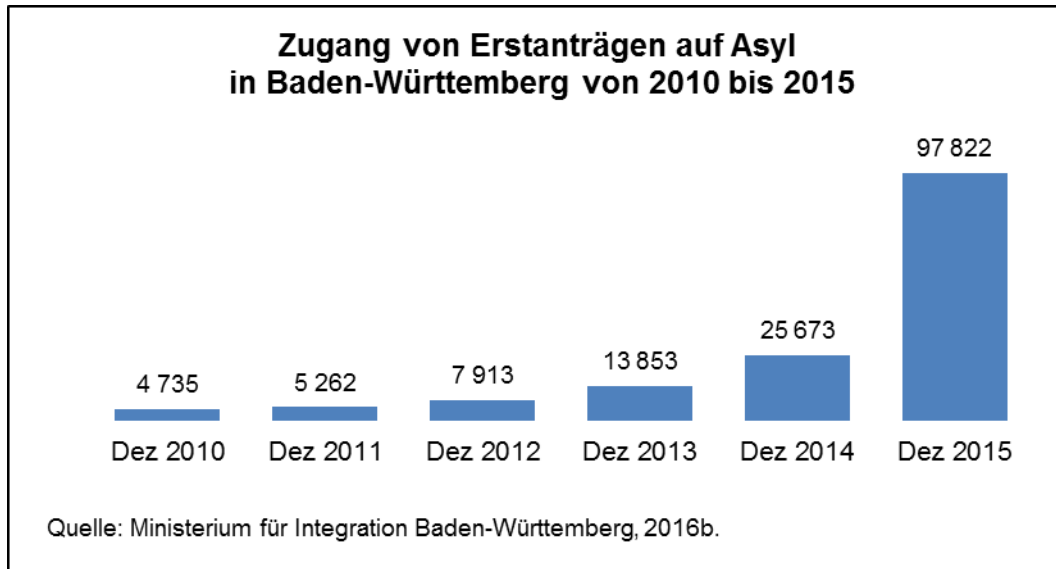


Abbildung 5: Asyl-Erstanträge in Baden-Württemberg 2010 – 2015

Laut Bundesministerium des Innern lag die Zahl der tatsächlichen Einreisen von Asylsuchenden noch weitaus höher. Nicht nur, weil die formale Asylantragstellung teilweise erst zeitlich verzögert möglich ist, sondern auch weil etliche Geflüchtete, die nach Deutschland eingereist und auf die Bundesländer verteilt worden sind, in andere Bundesländer oder EU-Staaten weiterreisen. Zum Vergleich: auf dem Höhepunkt der Balkankrise im Jahr 1992 kamen 52 000 Menschen in den Südwesten Deutschlands.<sup>18</sup>

Die nachstehende Grafik zeigt den Zugang von Asylbegehrenden für Erstanträge mit Verbleib in Baden-Württemberg von März 2015 bis März 2016.<sup>19</sup>

<sup>18</sup> Ministerium für Integration Baden-Württemberg, 2016b.

<sup>19</sup> Ministerium für Integration Baden-Württemberg, 2016a. Erfasst ist die Zahl derjenigen Personen, die sich entweder an der Pforte der baden-württembergischen Landeserstaufnahmeeinrichtungen melden oder Personen, die kurz nach Grenzübertritt - derzeit v. a. von Österreich nach Bayern - in den Südwesten verteilt werden.



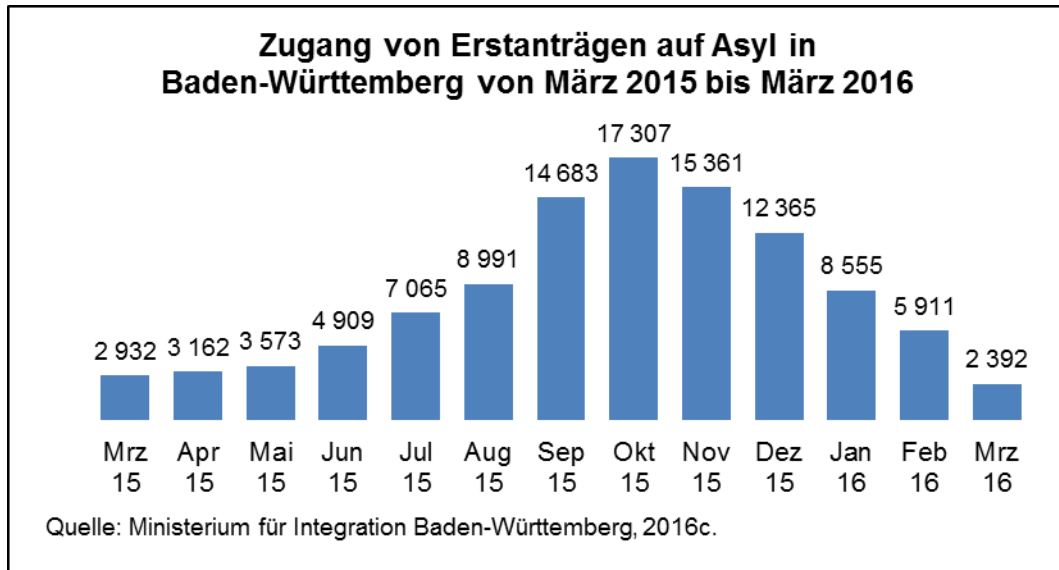


Abbildung 6: Asyl-Erstanträge in Baden-Württemberg 3/2015 – 3/2016

Das Asylbegehren erreichte in Baden-Württemberg seinen Höhepunkt im Oktober 2015 (17 307 Erstanträge). Die Zahlen des monatlichen Zugangs von Asylbewerbern in Baden-Württemberg deuten seither einen deutlichen Rückgang des Flüchtlingsstroms an, der sich auch im Jahr 2016 fortsetzt: 2 392 Personen haben im März 2016 einen Antrag auf Asyl gestellt - nach Februar mit 5 911 und Januar mit 8 555 Anträgen ein weiterer Rückgang. Diese Entwicklung ist nach Angaben eines Sprechers des Integrationsministeriums im gesamten Südwesten Baden-Württembergs beobachtbar. Grund ist die Schließung der Balkanroute in Slowenien, Kroatien, Serbien und Mazedonien, wodurch deutlich weniger Flüchtlinge nach Deutschland kommen. In die Stadt- und Landkreise sollen ebenfalls deutlich weniger Flüchtlinge zugewiesen werden. Allerdings kann zum jetzigen Zeitpunkt nicht von einer Entspannung der Lage ausgegangen werden. Die Entwicklung der Flüchtlingszahlen ist weiterhin von einer großen Unsicherheit geprägt, da sie von übergeordneten politischen Entscheidungen und gesellschaftlichen Entwicklungen abhängig ist. Der Krieg in Syrien und die Konflikte in anderen Ländern, aus denen die Menschen fliehen, dauern an. Daher ist zu erwarten, dass künftig weiterhin Flüchtlinge nach Deutschland und Baden-Württemberg kommen, wenn auch verzögert und über andere Routen als bisher.

#### 4.2.1 Sonderkontingent für traumatisierte Jesidinnen

Deutschland hat in größerem Umfang humanitäre Aufnahmeprogramme initiiert, in deren Rahmen schutzbedürftige Personen aus Syrien und den Anrainerstaaten

Schutz in der Bundesrepublik erhalten können, ohne einen Asylantrag zu stellen.<sup>20</sup> Im Rahmen eines solchen Sonderprogramms hat das Land Baden-Württemberg über den üblichen Zuteilungsschlüssel hinaus rund 1 000 traumatisierte Frauen und Kinder der religiösen Minderheit der Jesiden aus dem Nordirak und Syrien aufgenommen. Das Programm richtet sich an sexuell missbrauchte Opfer der Terrormiliz Islamischer Staat (IS), die als besonders schutzbedürftig gelten.<sup>21</sup> In Baden-Württemberg werden die Frauen auf Kommunen im ganzen Land verteilt. Allein die Stadt Freiburg nimmt nach Angaben des Chefs der Staatskanzlei, Klaus-Peter Murawski (Grüne), rund 200 Frauen auf.<sup>22</sup>

#### 4.2.2 Entwicklung der Flüchtlingsunterbringung in Freiburg

Vom Amt für Wohnraumversorgung der Stadt Freiburg werden monatlich die aktuellen Zahlen der in Wohnheimen oder Wohnungen untergebrachten Flüchtlinge erfasst. Nachfolgend wird nicht die Zahl der Erstanträge, sondern der Flüchtlingsunterbringung dargestellt. Bei den meisten in Freiburg untergebrachten Flüchtlingen handelt es sich jedoch um Erstantragssteller, weshalb die Zahlen in Relation zu denen auf Bundes- und Länderebene stehen.

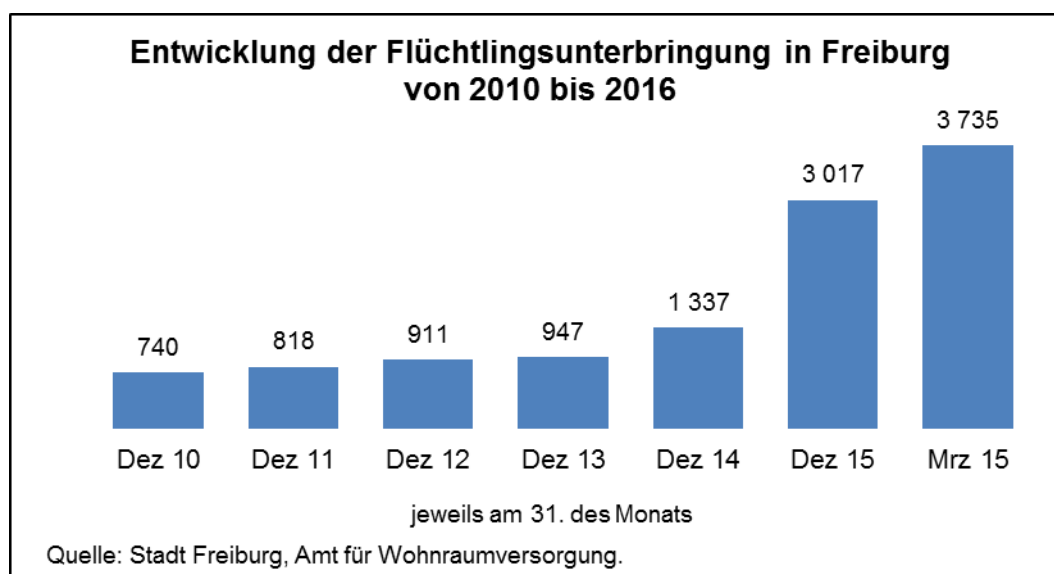


Abbildung 7: Flüchtlingsunterbringungsentwicklung in Freiburg 2010 – 2016

Bis heute steigen die Unterbringungszahlen auch in Freiburg kontinuierlich an, wobei im ersten Quartal 2016 nur noch ein verhältnismäßig geringer Anstieg zu ver-

<sup>20</sup> bpb, 2016b.

<sup>21</sup> Die Jesidinnen erhalten eine spezielle therapeutische und medizinische Betreuung und Versorgung, die in Kapitel 4.2.1 und Kapitel 7.5.2 beschrieben wird.

<sup>22</sup> SWR, 2015.

nehmen ist. Am 30.03.2016 sind in Freiburg 3 735 Flüchtlinge in Wohnheimen oder einer Anschlussunterbringung untergebracht.

Die Frage der künftigen Entwicklung kann auch auf kommunaler Ebene nicht abschließend beantworten. Nach dem geringen Anstieg der Zugangszahlen im ersten Quartal 2016 sind im April und Mai 2016 laut Auskunft des Büros für Migration und Integration zehn Flüchtlinge pro Monat in Freiburg untergebracht worden, im Juni werden es ebenfalls 10 Personen sein. Insgesamt werden für 2016 350 Personen erwartet. Für die kommenden Jahre geht die Stadt Freiburg von folgenden Prognosezahlen aus: 120 Flüchtlinge in 2017 und 60 Flüchtlinge in 2018.<sup>23</sup> Verlässliche Zahlen für die Zukunft gibt es allerdings nicht. Allen Prognosen, sowohl für Freiburg als auch Baden-Württemberg und Deutschland, liegen gewisse Szenarien zugrunde, die aufgrund sozialer und politischer Entwicklungen oder anderen Unsicherheitsfaktoren nicht präzise vorhergesagt werden können.

### 4.3 Soziodemografie der Flüchtlinge

#### *Herkunftsländer*

Die Hauptherkunftsländer von Asylbewerbern (bezogen auf Erstanträge) in Deutschland im März 2016 sind Syrien, Irak und Afghanistan. Fast die Hälfte aller Asylbegehrenden in Deutschland sind Syrer (50 Prozent). Iraker und Afghanen machen zusammen 26 Prozent aus. Damit kommen mehr als drei Viertel (76 Prozent) aller Erstantragssteller in Deutschland aus diesen drei Herkunftsländern.<sup>24</sup>

Auch in Baden-Württemberg steht im März 2016 Syrien mit 24 Prozent an der Spitze der Herkunftsländer von Flüchtlingen. Den zweithöchsten Anteil machen aktuell Personen aus Gambia aus (12 Prozent), den dritten Platz nehmen die Afghanen (12 Prozent) ein. Iraker kommen an vierter Stelle (11 Prozent).<sup>25</sup> Auf Landesebene stammt aber nur die Hälfte der Asylantragsteller aus den Top 3 Ländern. Dies zeigt, dass andere Herkunftsländer prozentual stärker vertreten sind als im Bundesgebiet, was gleichzeitig auch ein Mehr an kultureller Vielfalt bedeutet. In Freiburg kommen im März 2016 die meisten Antragssteller aktuell aus Syrien (28 Prozent), dem Irak (19 Prozent) und dem Kosovo (16 Prozent).<sup>26</sup>

---

<sup>23</sup> Stadt Freiburg, Büro für Migration und Integration.

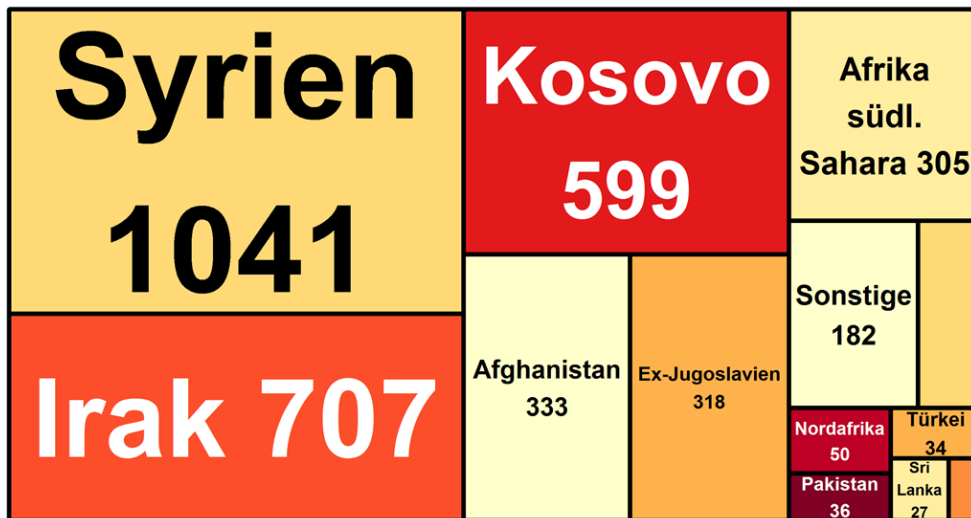
<sup>24</sup> BAMF, 2016c.

<sup>25</sup> Ministerium für Integration Baden-Württemberg, 2016b.

<sup>26</sup> Stadt Freiburg, Amt für Wohnraumversorgung, Projektgruppe Flüchtlingsunterbringung, 2016.

## Herkunftsländer der Flüchtlinge

3 735 Flüchtlinge am 31. März 2016



Quelle: Stadt Freiburg

Abbildung 8: Herkunftsländer der Flüchtlinge in Freiburg (März 2016)

### *Altersklassen und Geschlecht*

Unter den Flüchtlingen, die zwischen Januar und März 2016 einen Asylantrag gestellt haben, waren rund zwei Drittel Männer und ein Drittel Frauen. Über die Hälfte der Asylbewerber in Deutschland waren jünger als 25 Jahre. Jugendliche unter 18 Jahren machten fast ein Drittel der Asylbewerber aus. Nur knapp 7 Prozent der Bewerber waren über 45 Jahre alt.<sup>27</sup>

Im gleichen Verhältnis steht die Geschlechterzusammensetzung der Asylbegehrenden für Erstanträge, die im ersten Quartal des Jahres 2016 in Baden-Württemberg aufgenommen wurden (66 Prozent männlich, 34 Prozent weiblich). Die folgende Grafik zeigt die Eckdaten zur Zusammensetzung der Asylbegehrenden auf Landesebene nach Alter und Geschlecht.

<sup>27</sup> Bundesregierung, 2016.

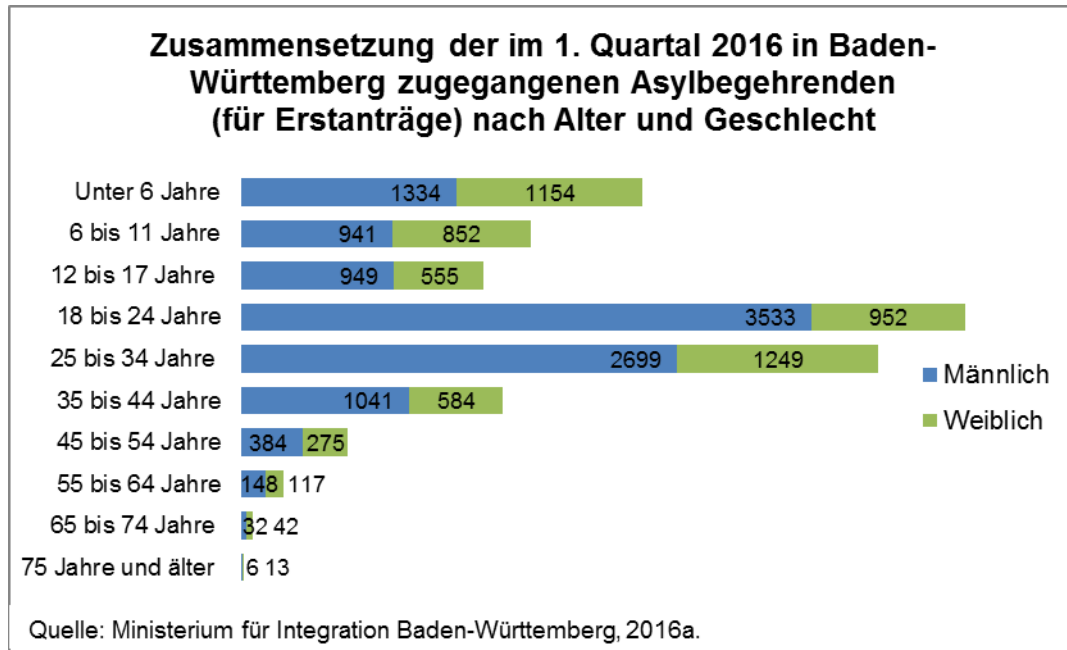


Abbildung 9: Asylbewerber in BW nach Altersgruppe und Geschlecht

Die Hälfte der Flüchtlinge insgesamt war zwischen 18 und 34 Jahre alt. Unter den Männern lag dieser Anteil mit 56 Prozent deutlich höher als unter den Frauen (38 Prozent). Nur rund ein Prozent der Flüchtlinge war älter als 65 Jahre. Der Anteil der minderjährigen Flüchtlinge liegt auch in Baden-Württemberg bei rund einem Drittel (34 Prozent). Zum Vergleich: Das Durchschnittsalter der Bevölkerung Baden-Württembergs beträgt 43,2 Jahre und liegt damit etwa 20 Jahre höher als bei den hier ankommenden Flüchtlingen.<sup>28</sup>

Von den in Freiburg untergebrachten Flüchtlingen sind rund 56 Prozent der Flüchtlinge Männer, 44 Prozent Frauen. Im Vergleich auf Landesebene ist der Frauenanteil unter den Flüchtlingen in Freiburg deutlich höher.

Die Altersstruktur zeichnet sich hier durch einen vergleichsweise hohen Anteil an Kindern und Jugendlichen (1 580 Minderjährige am 31.03.2016 = 42 Prozent) aus.

<sup>28</sup> Ministerium für Integration Baden-Württemberg, 2016a.

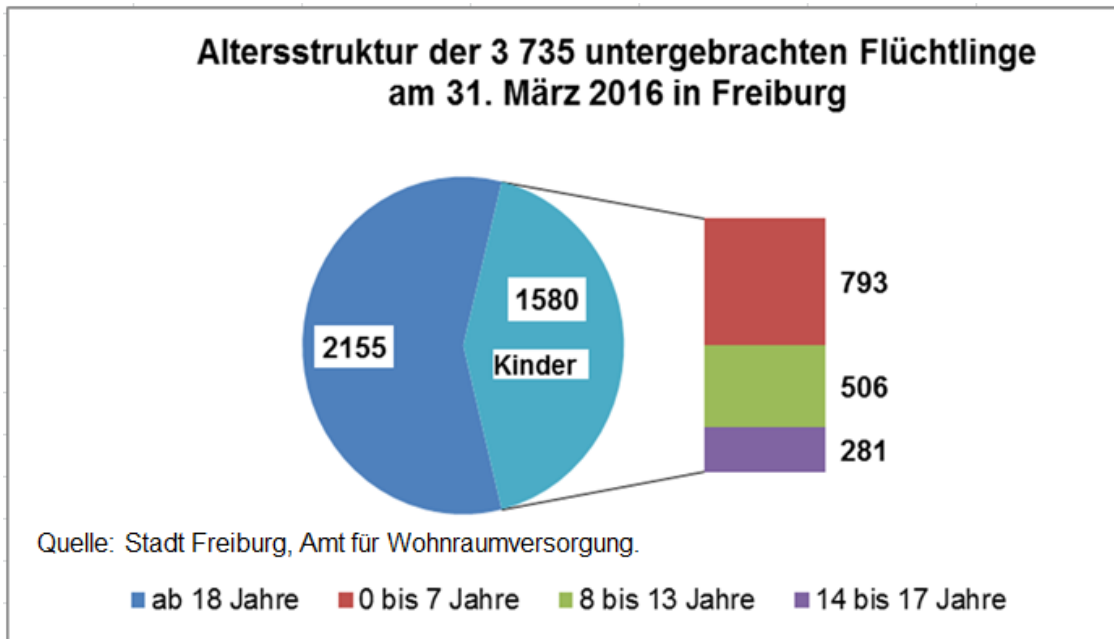


Abbildung 10: Altersstruktur der in Freiburg untergebrachten Flüchtlinge

Was die Statistik zur Flüchtlingsunterbringung jedoch nicht enthält, ist die Zahl der anerkannten Flüchtlinge. Neben den dargestellten Querschnittszahlen zur Soziodemografie ist jedoch, gerade im Hinblick auf die Konzipierung einer Anlaufstelle, aber auch für weitere Bedarfsschätzungen für Freiburg, auch einer Betrachtung der kumulierten Zuwanderungszahlen wichtig.

Es wäre zu kurz gegriffen, nur auf die aktuell untergebrachten Flüchtlinge und den Zugang zu schauen ohne die kumulierten Zahlen zu berücksichtigen. Die psychosoziale Versorgung und die Integration ist eine langfristige Aufgabe, die auch Personen einbeziehen muss, die bereits einen Aufenthaltsstatus haben, da sie, genauso wie die Erstantragssteller, traumatisiert sein können und Hilfe benötigen. In Tabelle 4 sind die Einwohner nach Nationalität der drei Hauptherkunftsländer und Jahr in Freiburg dargestellt. Auch hier erkennt man einen deutlichen Zuwachs von Einwohnern aus Syrien, dem Irak und Afghanistan, die als ehemalige Bürgerkriegsflüchtlinge Schutz im Sinne der Genfer Flüchtlingskonvention erhalten.

Tabelle 4: Einwohner nach Nationalität und Jahr in Freiburg

Am 31.12.	Afghanistan	Irak	Syrien	Summe
2010	192	329	187	<b>708</b>
2011	216	350	185	<b>751</b>
2012	200	352	201	<b>753</b>
2013	201	358	241	<b>800</b>
2014	201	374	409	<b>984</b>
2015	603	926	1 382	<b>2 911</b>

Quelle: Onlinestatistik der Stadt Freiburg (FR.ITZ), eigene Berechnungen.

Die quantitative Entwicklung der Asylantragssteller in Deutschland und Baden-Württemberg sowie der Flüchtlingsunterbringung in Freiburg zeigt, dass die Zahlen der Asylantragssteller trotz der aktuell rückläufigen Zahl der Neuankömmlinge steigen. Als Folge der verstärkten Asylzuwanderung und der hohen Schutzquote für einige Herkunftsländer steigt auch der Familiennachzug an. Nach § 3 Asylverfahrensgesetz haben anerkannte Flüchtlinge das Recht, ihre Kernfamilie nachzuholen. Das bedeutet, dass – unter Berücksichtigung der Faktoren Alter, Kinderzahl und bereits mitgereiste Angehörige – auf Basis der Entscheidungen über Erstanträge in den ersten neun Monaten des Jahres 2015 laut BAMF damit zu rechnen ist, dass im Durchschnitt für jeden anerkannten syrischen Flüchtling ein Angehöriger dazu kommt.<sup>29</sup> Dementsprechend kämen in den kommenden Monaten oder Jahren um die 500 000 weitere Syrer über diesen Weg nach Deutschland.<sup>30</sup>

Welche rechtlichen Rahmenbedingungen für die in Deutschland ankommenden Geflüchteten gelten, wird im folgenden Kapitel erläutert.

<sup>29</sup> BAMF 2016e.

<sup>30</sup> Es ist zu beachten, dass die mit Asylpaket II (in Kraft getreten am 17. März 2016) geregelte Aussetzung des Familiennachzuges für subsidiär Schutzberechtigte für das Jahr 2015 keine Auswirkungen hat und somit nicht in diesen Zahlen abgebildet sein kann.

## 5 Die rechtlichen Rahmenbedingungen

Die rechtlichen Rahmenbedingungen werden bestimmt vom Spannungsverhältnis zwischen Ausländer- und Aufenthaltsrecht und der Sozialgesetzgebung. In diesem Kapitel wird ein Überblick über die rechtlichen Rahmenbedingungen der Unterbringung und Versorgung von Geflüchteten gegeben.<sup>31</sup> Dabei stehen die folgenden Kernfragen im Zentrum des Interesses:

- Welche Ansprüche haben Flüchtlinge nach dem Asylbewerberleistungsgesetz?
- Wie ist ihr Zugang zum Gesundheitssystem? Welche Problemfelder gibt es?
- Wie ist der aktuelle Stand zum Thema Gesundheitskarte? Welche Vor- und Nachteile hat sie in Bezug auf die medizinische Versorgung?
- Welche Fragen ergeben sich, vor allem im Bereich der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge, aus dem Recht der Jugendhilfe?

### *Leistungsansprüche nach dem Asylbewerberleistungsgesetz*

Anspruch auf Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) haben gemäß § 1 AsylbLG Asylsuchende, Bürgerkriegsflüchtlinge, Personen mit einer Duldung, vollziehbar ausreisepflichtige Personen sowie deren Familienangehörige.

Sie erhalten in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes im Bundesgebiet Leistungen nach den §§ 3 bis 7 AsylbLG. Auf Leistungsberechtigte, die sich seit 15 Monaten ohne wesentliche Unterbrechung im Bundesgebiet aufhalten und die Dauer ihres Aufenthalts nicht rechtsmissbräuchlich selbst beeinflusst haben, ist gemäß § 2 AsylbLG abweichend von den §§ 3 bis 7 AsylbLG das Sozialgesetzbuch Zwölftes Buch - Sozialhilfe (SGB XII) entsprechend anzuwenden. Durch die analoge Heranziehung der Vorschriften des SGB XII kommt es bei ihnen zu einer leistungsrechtlichen Privilegierung.<sup>32</sup>

#### a) Leistungen in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts

Leistungsberechtigte erhalten in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthaltes gemäß § 3 Abs. 1 beziehungsweise Abs. 2 AsylbLG Leistungen zur Deckung des sogenannten notwendigen Bedarfs. Dieser beinhaltet gemäß § 3 Abs. 1 S. 1 AsylbLG Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheitspflege sowie Gebrauchs- und Verbrauchsgüter des Haushalts. Bei einer Unterbringung in einer Aufnahmeein-

<sup>31</sup> Dieses Kapitel basiert auf einer Ausarbeitung von Frau Prof. Dr. Rabe, die an der Evangelischen Hochschule „Recht der Sozialen Arbeit“ lehrt.

<sup>32</sup> Grube/Wahrendorf, 2014, § 2 AsylbLG Rz. 1.



richtung wird der notwendige Bedarf gemäß § 3 Abs. 1 S. 2 AsylbLG grundsätzlich durch Sachleistungen gedeckt. Erfolgt die Unterbringung außerhalb einer Aufnahmeeinrichtung, wird gemäß § 3 Abs. 2 S. 1 und 4 AsylbLG der Bedarf für Unterkunft, Heizung und Hausrat als Geld- oder Sachleistung erbracht; im Übrigen wird der notwendige Bedarf vorrangig durch Geldleistungen gewährt.

Zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände sind gemäß § 4 Abs. 1 S. 1 AsylbLG die erforderliche ärztliche und zahnärztliche Behandlung einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln sowie sonstiger zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten oder Krankheitsfolgen erforderlichen Leistungen zu gewähren. Eine Erkrankung ist dann akut, „wenn sie sich als ein unvermutet auftretender, schnell und heftig verlaufender regelwidriger Körper- oder Geisteszustand, der aus medizinischen Gründen der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung bedarf, darstellt; unerheblich ist dabei, ob das akute Krankheitsbild ursächlich auf eine chronische Erkrankung zurückzuführen ist“.<sup>33</sup> Unter Schmerzzuständen wird ein mit einer aktuellen oder potenziellen Gewebeschädigung verknüpfter unangenehmer Sinnes- und Gefühlszustand, der aus medizinischen Gründen der ärztlichen oder zahnärztlichen Behandlung bedarf, verstanden.<sup>34</sup> Die Behandlung chronischer Erkrankungen ohne Schmerzzustände wird hingegen vom Regelungsbereich des § 4 Abs. 1 AsylbLG nicht erfasst.<sup>35</sup> Nach der Gesetzesbegründung<sup>36</sup> fällt unter den Begriff der ärztlichen Behandlung nicht nur die ambulante, sondern auch die stationäre Behandlung in einem Krankenhaus.

Gemäß § 6 Abs. 1 AsylbLG können den Berechtigten nach dem Asylbewerberleistungsgesetz sonstige Leistungen u. a. dann gewährt werden, wenn diese im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhaltes oder der Gesundheit unerlässlich sind.

#### b) Leistungen nach Ablauf von 15 Monaten

Im Falle eines Anspruchs auf Analogleistungen nach § 2 AsylbLG in Verbindung mit den Regelungen des SGB XII besteht Anspruch auf Krankenbehandlung nach § 264 Abs. 2 Sozialgesetzbuch Fünftes Buch - Gesetzliche Krankenversicherung - (SGB V) durch die zuständige Krankenkasse. Die Leistungsberechtigten erhalten eine Versichertenkarte einer gesetzlichen Krankenversicherung ihrer Wahl und können damit GKV-Leistungen im vollen Umfang, mit Ausnahme der Leistungen der

---

<sup>33</sup> SG Landshut, Urteil vom 24. November 2015 – S 11 AY 11/14 –, Rz. 34, juris; OVG Mecklenburg-Vorpommern, Beschluss vom 28. Januar 2004 - 1 O 5/04, Rz. 8, juris; Wahrendorf, in: Grube, Christian/Wahrendorf, Volker, 2014, § 4 AsylbLG Rz. 11 m.w.N.

<sup>34</sup> Ebd., § 4 AsylbLG Rz. 14 m.w.N.

<sup>35</sup> Landessozialgericht Hamburg, 2014.

<sup>36</sup> Deutscher Bundestag, 1993, S. 9.

Pflegeversicherung, beanspruchen. Das Sozialamt erstattet der Krankenkasse nach § 264 Abs. 7 SGB V die Behandlungskosten zuzüglich einer Verwaltungspauschale in Höhe von bis zu 5 v.H. der abgerechneten Leistungsaufwendungen.

### c) Europarechtliche Vorgaben

Die Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung) beinhaltet Schutznormen für geflüchtete Menschen, die besonders schutzbedürftig sind, wie (unbegleitete) Kinder und Jugendliche, Menschen mit Behinderung, schweren körperlichen oder psychischen Erkrankungen, ältere Menschen, schwangere Frauen, Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern, Menschen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben. In Art. 19 Abs. 2 („Medizinische Versorgung“) der Richtlinie wird folgende Regelung getroffen: „Die Mitgliedstaaten gewähren Antragstellern mit besonderen Bedürfnissen bei der Aufnahme die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung.“ Der deutsche Gesetzgeber hat diese EU-Richtlinien lediglich in sehr begrenztem Maße in § 6 Abs. 2 AsylbLG umgesetzt. Die Umsetzungsfrist ist im vergangenen Jahr am 20.07.2015 abgelaufen. Eine besondere Problematik besteht bei der Versorgung von Personen mit besonderen Bedürfnissen i.S.d. Art. 17 EGRL 2003/945 (beziehungsweise Art. 21ff. EURL 2013/3346). Bei einem auf die besonderen Bedürfnisse zurückzuführenden Hilfebedarf haben Asylbewerberinnen und Asylbewerber Anspruch auf erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe (Psychotherapie, Hilfsmittel etc.).<sup>37</sup>

### *Zugang zum Gesundheitssystem*

Die Kommunen sind für die medizinische Versorgung der Asylbewerberinnen und Asylbewerber zuständig. Das Verfahren des praktischen Zugangs zu medizinischen Leistungen für Asylbegehrende ist in den einzelnen Bundesländern unterschiedlich geregelt. In einigen Bundesländern werden Asylbewerberinnen und Asylbewerber aufgrund einer Vereinbarung mit einer oder mehreren Krankenkassen elektronische Gesundheitskarten zur Verfügung gestellt, mit denen ein einfacher Zugang zu medizinischen Leistungen gewährt wird, ohne dass die Beantragung von Krankenscheinen erforderlich ist. In allen anderen Bundesländern erfolgt die Not- beziehungsweise Akutversorgung über Krankenscheine, die fallspezifisch und in der Regel in je-

---

<sup>37</sup> Schlegel/Voelzke (Hrsg.), 2016, S. 8.

dem Fall erneut bei den Gesundheits- beziehungsweise Sozialämtern beantragt und durch die behandelnden Ärztinnen und Ärzte abgerechnet werden müssen.<sup>38</sup>

### *Elektronische Gesundheitskarte*

Eine elektronische Gesundheitskarte für Asylbegehrende wurde bisher nur in den Stadtstaaten Hamburg, Bremen und Berlin sowie in Schleswig-Holstein flächendeckend eingeführt. Weitere Bundesländer haben zwar die rechtlichen Rahmenbedingungen geschaffen, jedoch setzen nicht alle ihre Kommunen diese um. Als Hauptgrund wird die Befürchtung höherer Kosten genannt. In Baden-Württemberg steht das Projekt nach Angaben des Sozialministeriums nicht im Koalitionsvertrag der Regierungsparteien.<sup>39</sup>

Die Landesärztekammer Baden-Württemberg hat mit Pressemitteilung vom 11.3.2016 gefordert, die Ausgabe der Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge endlich in die Tat umzusetzen, um der Verschlimmerung von Krankheiten vorzubeugen. „Eine Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge ist nicht nur ein Gebot der Menschlichkeit. Die Ärzteschaft in Baden-Württemberg ist überzeugt, dass diese Menschen nach ihrer ärztlichen Erstuntersuchung eine Gesundheitskarte brauchen, damit sie in das Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung eingegliedert sind. Denn nur wenn die Hürden für eine Behandlung gering sind, kann der Verschlimmerung von Krankheiten sinnvoll entgegengewirkt werden. Hinzu kommt, dass sich damit am Ende auch die Kosten verringern lassen“.<sup>40</sup>

### Fragen der Jugendhilfe im Bereich der unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge

Für unbegleitete minderjährige Asylsuchende gelten Besonderheiten: Die Jugendämter sind gemäß § 42 Abs. 1 S. 3 SGB VIII verpflichtet, ausländische Kinder und Jugendliche in Obhut zu nehmen, wenn sie unbegleitet nach Deutschland kommen und sich weder Personensorge- noch Erziehungsberechtigte im Inland aufhalten. Das Jugendamt hat im Rahmen der Inobhutnahme gemäß § 42 Abs. 2 S. 3 SGB VIII den notwendigen Unterhalt und die Krankenhilfe sicherzustellen. Hierdurch sind sie deutlich besser gestellt als erwachsene Flüchtlinge, die Leistungen nach dem AsylbLG erhalten.<sup>41</sup> Der Schutz für unbegleitete minderjährige Asylsuchende besteht unabhängig davon, ob sie sich rechtmäßig in Deutschland aufhalten oder nicht.<sup>42</sup>

---

<sup>38</sup> Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik, 2016, S. 7.

<sup>39</sup> Zeit Online, 2016.

<sup>40</sup> Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016.

<sup>41</sup> Detemple, 2015, S. 36.

<sup>42</sup> Deutscher Caritasverband e. V./Referat Migration und Integration (Hrsg.), 2014, S. 57.

Im Rahmen der Gewährung von Hilfen zur Erziehung gemäß §§ 33 bis 35 SGB VIII oder Eingliederungshilfe für seelisch behinderte Kinder und Jugendliche nach § 35a Abs. 2 Nr. 3 oder 4 SGB VIII haben die Jugendämter Krankenhilfe nach Maßgabe des § 40 SGB VIII zu leisten. Gemäß § 40 S. 1 SGB VIII gelten für den Umfang der Hilfe die §§ 47 bis 52 SGB XII (Hilfen zur Gesundheit) entsprechend; die Krankenhilfe muss gemäß § 40 S. 2 SGB VIII den im Einzelfall notwendigen Bedarf in voller Höhe befriedigen. Zuzahlungen und Eigenbeteiligungen sind vom Jugendamt zu übernehmen. Das Jugendamt kann gemäß § 40 S. 4 SGB VIII in geeigneten Fällen die Beiträge für eine freiwillige Krankenversicherung übernehmen, soweit sie angemessen sind.

## 6 Trauma

Im Rahmen dieses Kapitels wird das Thema Trauma ausführlich betrachtet. Dabei sind Diagnostik und Therapie, Einschätzungen zu der Zahl an Betroffenen sowie mögliche und vorhandene Angebote für traumatisierte Menschen wichtige Inhalte der Darstellung. Für eine möglichst breite, umfassende Einschätzung bezüglich Traumata werden sowohl theoretische Inhalte, als auch durch die Befragung der Expertinnen und Experten gewonnene Aspekte mit einbezogen.

### 6.1 Fachlicher Überblick zu Traumadiagnostik und Traumatherapie

Der folgende fachliche Überblick wurde von den beiden an der Evangelischen Hochschule lehrenden Psychologinnen, Frau Prof. Dr. Stammer und Frau Prof. Dr. Nicolai verfasst. Er verfolgt das Ziel, die wesentlichen Aspekte der Forschungsergebnisse und Fachliteratur für die Einrichtung ein zu schaffendes Hilfe- und Versorgungsangebot fokussiert darzustellen.

#### 6.1.1 Ursachen und Erkennung traumatischer Störungen<sup>43</sup>

Eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) wird als eine mögliche Folgereaktion eines oder mehrerer traumatischer Ereignisse definiert, die an der eigenen Person, aber auch an fremden Personen erlebt werden können. Zu traumatischen Ereignissen zählen das Erleben von körperlicher und sexualisierter Gewalt, Vergewaltigung, gewalttätige Angriffe auf die eigene Person, Entführung, Geiselnahme, Terroranschlag, Krieg, Kriegsgefangenschaft, politische Haft, Folterung, Gefangenschaft in einem Konzentrationslager, Natur- oder durch Menschen verursachte Katastrophen, Unfälle oder die Diagnose einer lebensbedrohlichen Krankheit. Dabei kann es zu einem Gefühl von Hilflosigkeit und durch das traumatische Erleben zu einer Erschütterung des Selbst- und Weltverständnisses kommen.<sup>44</sup> Ein Großteil der Flüchtlinge aus Kriegsgebieten ist von solchen traumatischen Ereignissen betroffen. Das Krankheitsbild der PTBS ist geprägt durch:

- sich aufdrängende, belastende Gedanken und Erinnerungen an das Trauma sogenannte Intrusionen (Bilder, Alpträume, Flashbacks) oder Erinnerungslücken (partielle Amnesie)

---

<sup>43</sup> Dieses Kapitel basiert auf einer Ausarbeitung von Prof. Dr. Heike Stammer.

<sup>44</sup> Vgl. Flatten et al., 2011.

- Übererregungssymptome (Schlafstörungen, Schreckhaftigkeit, vermehrte Reizbarkeit, Affektintoleranz, Konzentrationsstörungen)
- Vermeidungsverhalten (Vermeidung traumaassoziierter Stimuli)
- emotionale Taubheit (allgemeiner Rückzug, Interesseverlust, innere Teilnahmslosigkeit)
- im Kindesalter teilweise veränderte Symptomausprägungen (z. B. wiederholtes Durchspielen des traumatischen Erlebens, Verhaltensauffälligkeiten, z. T. aggressive Verhaltensmuster)

Die Symptomatik kann unmittelbar oder auch mit (z. T. mehrjähriger) Verzögerung nach dem traumatischen Geschehen auftreten (verzögerte PTBS). Die Häufigkeit von PTBS ist abhängig von der Art des Traumas. So tritt diese Störung bei ca. der Hälfte der Opfer einer Vergewaltigung auf. Jedes vierte Opfer eines Gewaltverbrechens und jedes zweite Kriegs-, Vertreibungs- und Folteropfer erleidet eine PTBS. Es besteht eine hohe Chronifizierungsneigung.<sup>45</sup> Aus diesem Grunde scheint ein frühzeitiges niederschwelliges Behandlungsangebot eine wichtige präventive Funktion zu haben.

Die Leitlinienempfehlungen der medizinischen und psychologischen Fachgesellschaften (AWMF Fachgesellschaften) betonen, dass bei der Diagnostik beachtet werden muss, dass die Posttraumatische Belastungsstörung nur eine, wenngleich spezifische Form der Traumafolgeerkrankungen ist und dass komorbide Störungen (Angststörungen, Depression, somatoforme Störungen, dissoziative Störungen, Suchterkrankungen, Substanzmissbrauch, Organerkrankungen) bei der Posttraumatischen Belastungsstörung eher die Regel als die Ausnahme sind. Eine spezifische Diagnostik muss daher von ärztlich-psychiatrischem beziehungsweise psychotherapeutischem Fachpersonal durchgeführt werden.

Besonders schwierig ist die Diagnosestellung bei lange zurückliegender Traumatisierung (z. B. körperliche und sexualisierte Gewalt bei Kindern, früheren Kriegserfahrungen), bei klinisch auffälliger Komorbidität (Depression, Angst, Somatisierung, Sucht, Dissoziation), bei unklaren, therapieresistenten Schmerzsyndromen (z. B. somatoforme Schmerzstörung) und besonders bei misstrauischen, feindseligen und emotional-instabilen Verhaltensmustern (z. B. insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen).

Als Erstmaßnahmen werden im Rahmen der obengenannten Leitlinien das Herstellen einer sicheren Umgebung, die Organisation des psycho-sozialen Helfersystems,

---

<sup>45</sup> Vgl. ebd.

das frühe Hinzuziehen mit PTBS-Behandlung erfahrenen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sowie Psychoedukation und Informationsvermittlung bezüglich traumatypischer Symptome und Verläufe empfohlen.

Die Begleitung von traumatisierten Flüchtlingen sollte immer die Unterstützung der psychosozialen (Re-)Integration und der Neuorientierung im Fokus haben. Aspekte der psychosozialen (Re-)Integration sind soziale Unterstützung, Einbeziehung von Angehörigen, Kontakt zu Opferhilfsorganisationen sowie berufliche Rehabilitation. Aspekte der Neuorientierung bedeuten die Auseinandersetzung mit traumaspezifischen Verlusten und Einbußen, intrapsychische Neuorientierung, Rückfallprophylaxe (Erarbeitung von Hilfen bei erneuter schwerer Belastung) sowie Entwicklung von Zukunftsperspektiven.

Grundlage für das vorgeschlagene Vorgehen ist eine Adaptation des Konzeptes der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) für qualifizierte Verfahren zur Feststellung, fachspezifischen Bedarfsermittlung, Erstversorgung und Behandlung von besonders schutzbedürftigen Gruppen (den Personenkreis unter den Geflüchteten mit psychischen Störungen und Personen, die die Erfahrung von Folter oder Vergewaltigung gemacht haben oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben). Das Verfahren der BAfF zur Frühfeststellung und Versorgung folgt einem dreigliedrigen Prozess, bestehend aus:

1. Hinweisaufnahme, unabhängige Beratung und Information
2. Fachspezifische Bedarfsermittlung und Erstversorgung
3. Leistungsgewährung

Grundsätzlich soll bei diesem Vorgehen erreicht werden, die vorhandenen Ressourcen der Beteiligten zu berücksichtigen – aber auch neue Ressourcen zu erschließen und Leistungsträger einzubeziehen.

#### *Hinweisaufnahme, unabhängige Beratung und Information*

Die Aufnahme von Hinweisen auf eine besondere Schutzbedürftigkeit soll grundsätzlich so früh wie möglich erfolgen. Eine Anlaufstelle sollte dort lokalisiert sein, wo niedrigschwellig ein Kontakt organisiert werden kann und möglichst in räumlicher Nähe zu den Erstaufnahmeeinrichtungen sein beziehungsweise angegliedert an die Erstaufnahmeeinrichtungen.

Die Hinweisaufnahme und Einschätzung der besonderen Bedarfe müssen im Rahmen eines persönlichen Gesprächs erfolgen, welches an das Gegenüber angepasst

ist (in Bezug auf Kultur, persönliche Sprache, Bildungshintergrund, Geschlecht, Erfahrungshintergrund, etc.). Wichtig ist, dass Geflüchtete ein Gesprächsangebot erhalten, welches von einer verständnisvollen Haltung geprägt ist. Die Betroffenen müssen sich in einer ihnen angemessenen Form über ihr Befinden, ihre Bedürfnisse oder Ressourcen äußern können. Es sollte eine Atmosphäre der Sicherheit geschaffen werden, die einlädt, auch persönliche und politische Erlebnisse zu erzählen. Dabei müssen Standards der Gesprächsführung bei Traumatisierungsstörungen beachtet werden, unter anderem um eine Reaktivierung von traumatischen Erlebnissen zu vermeiden, indem zu direktive Fragen gestellt werden.

Zur Strukturierung des Gesprächs und um sicherzustellen, dass keine wesentlichen Aspekte übersehen werden, können unterstützend Fragebögen eingesetzt werden. Ziel ist neben der Hinweisaufnahme eine qualifizierte Information, Beratung und die Weitervermittlung an entsprechende Dienste nach freier Wahl. Die Beraterin beziehungsweise der Berater hat somit eine orientierende und koordinierende Rolle in dieser Phase.

Zur Durchführung der Gespräche bedarf es einer Sprachmittlung durch unabhängige, qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher, falls keine Beraterinnen und Berater mit entsprechenden Sprachkenntnissen zur Verfügung stehen.

Bewährt hat sich die Durchführung einer Basisdokumentation, wie dem Refugee Health Screener (RHS-15). Der RHS-15 ist ein empirisch entwickeltes Screening-Instrument um seelische Belastungen und übliche psychische Erkrankungen unter Flüchtlingen zu erkennen.

Der Refugee Health Screener enthält eine umfangreiche Liste von Elementen, welche Anzeichen von Angstzuständen, Depression und PTBS anhand einer Schwere-Skala voraussagen sollen. Darüber hinaus enthält der Screener Fragen zu familiären und persönlichen psychischen Geschichte, Stress-Reaktivität und Bewältigungskapazitäten. Das Instrument wurde bisher in vier Sprachen übersetzt und durch verschiedene Studien validiert.

Der Vorteil dieses Screening-Instruments ist insbesondere seine kulturelle Sensibilität. Der RHS-15 ist durch partizipative Forschung entstanden, an welcher Flüchtlinge aus verschiedenen Sprachgruppen aktiv teilgenommen haben, um sicherzustellen, dass Wörter und Phrasen nicht nur angemessen übersetzt, sondern auch an den kulturellen Kontext angepasst werden.



Als eine Alternative zu einem Screening Instrument oder auch zur Ergänzung wird ein Genogramminterview<sup>46</sup> empfohlen, das aufgrund einer bildhaften Darstellung bei Sprachproblemen gut geeignet ist, die aktuelle persönliche Situation der Flüchtlinge darzustellen. Da die meisten Flüchtlinge von ihren Familien getrennt sind und die Sorge um die Angehörigen oft eine höhere Priorität haben als das eigene Befinden, kann das Interesse an der Gesamtfamilie eine gute Möglichkeit sein eine tragfähige Beratungsbeziehung aufzubauen.

Die Erstellung eines Genogramms dient dazu, den Flüchtlingen und den Untersucherinnen und Untersuchern eine Übersicht über das Familiensystem zu geben und einen Einblick in die aktuelle Familiensituation zu erhalten. (Wer ist noch im Herkunftsland? Wer ist in Gefahr? Wer kann Hilfe anbieten? Wer ist verschwunden? Wer ist in Sicherheit?)

Das Genogramminterview findet bereits im Erstkontakt unter Berücksichtigung der Belastbarkeit und Bereitschaft der Geflüchteten beziehungsweise eventuell anwesenden Angehörigen statt. Die Fragen und das Vorgehen beim Genogramminterview sind im folgenden Überblick dargestellt:

*Fragen zum Kontext: Wer ist wer und was war wann?*

- Wer gehört zur Familie?
- Wie sind die Beziehungen der Familienmitglieder zueinander aus Sicht der Gesprächspartnerin oder des Gesprächspartners?
- Wie waren die Bedingungen, unter denen die Familie flüchten musste? Wer ist noch im Herkunftsland?
- Wer weiß von den psychischen Problemen der / des Ratsuchenden? Wer ist noch krank?

*Zirkuläre Fragen: Was läuft untereinander ab?*

- Wie ist zurzeit der Kontakt unter den Familienmitgliedern?
- Wie würden andere die aktuelle Situation beschreiben?
- Wie reagieren die Familienmitglieder wechselseitig aufeinander? Was vermuten die Einzelnen über die Motive, die Wünsche und Bedürfnisse der anderen und die Folgen ihres eigenen Handelns?
- Wie haben sich die Beziehungen in der Familie durch die Flucht verändert?

---

<sup>46</sup> Schweitzer/Nicolai, 2010.

*Ressourcenorientierte Fragen: Was kann man dieser Familie zutrauen?*

- Welche Eigenschaften und Ressourcen werden den Familienmitgliedern zugeschrieben?
- Wie hat es die Familie oder haben es einzelne Mitglieder geschafft, mit Krisen umzugehen?
- Welche Schätze hat der Geflüchtete / die Geflüchtete aus der Familie mitgebracht?
- Wer hat Sie unterstützt?

*Problem- und Lösungsfragen*

- Worin bestehen aus Sicht der Familienmitglieder das Problem / die Probleme des / der Geflüchteten?
- Wie reagieren die anderen Mitglieder auf die Probleme des / der Geflüchteten?
- Was würde sich in der Familie verändern, wenn diese Probleme gelöst wären?

Während des Genogramminterview sollte ein Genogramm aufgrund der Angaben des beziehungsweise der Interviewten gezeichnet werden.

*Fachspezifische Bedarfsermittlung und Erstversorgung*

Ergeben sich Hinweise auf das Vorliegen einer besonderen Schutzbedürftigkeit und damit weitergehender Bedarfe, wird eine Empfehlung für eine Erstversorgung abgegeben. Es sollte ein niederschwelliges Interventionsangebot vorgehalten werden, das sowohl ein qualifiziertes traumapädagogisches Angebot beziehungsweise gegebenenfalls entsprechende sozialarbeiterische Unterstützung beinhaltet.

Erscheint ein solches niederschwelliges Angebot als nicht ausreichend, muss eine weiterführende psychiatrische Diagnostik durch Ambulanzen oder Kliniken beziehungsweise Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sowie Ärztinnen und Ärzten in freier Praxis durchgeführt werden, die für die Feststellung der Bedarfe von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen qualifiziert und entsprechend ausgestattet sind.

*Leistungsgewährung und Versorgung*

Ziel bei der Leistungsgewährung ist es, möglichst schnell die nötige Hilfe oder Behandlung in die Wege zu leiten. Es bedarf hierfür unbürokratischer Regelungen

durch die zuständigen Behörden in der Antrags- und Bewilligungspraxis. Geltende Standards dürfen nicht unterschritten werden. Für den Bereich der Psychotherapie existiert beispielsweise eine von der BAfF entwickelte Musterverfahrensvorschrift.

Das Vorliegen eines Schutzbedarfs ist insbesondere auch bei der Entscheidung über Zuweisung, Wohnsitzauflage, Umverteilung und Zuweisung einer Unterkunft zu berücksichtigen. Sollen die Ansprüche auf Berücksichtigung der entsprechenden Bedürfnisse nicht ins Leere laufen, müssen entsprechende Versorgungsangebote, familiäre Unterstützung, unter anderem in der Praxis erreichbar sein.

### Versorgung

Die Anlaufstelle sollte eine zentrale Rolle bei der Versorgung von vulnerablen und traumatisierten Menschen spielen. Sie sollte Komplexleistungen vorhalten, um effektiv auf die Bedürfnisse dieser besonderen Personengruppe eingehen zu können. Dazu sollte sie ein umfassendes Angebot von ineinander greifenden Hilfen vorhalten, die neben psychosozialer Beratung und spezialisierter psychotherapeutischer Behandlung qualifizierte, niedrighschwellige Unterstützung beinhalten, um an der richtigen Stelle gezielt zu helfen. Zur Erweiterung der Behandlungskapazitäten bedarf es der Öffnung der Gesundheitsregelversorgung. Die Fachkräfte der ambulanten und stationären Versorgung müssen geschult werden für den Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen und der Arbeit mit qualifizierten Dolmetscherinnen und Dolmetscher.

#### 6.1.2 Traumafolgen – Hilfe und Behandlungsmöglichkeiten <sup>47</sup>

Der Anteil der Menschen, die in der Allgemeinbevölkerung Deutschlands an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden, liegt bei einer Prävalenz von 1,0 bis 3,5 Prozent.<sup>48</sup> Die Reaktionen der von traumatischen Erfahrungen Betroffenen sind sehr unterschiedlich und nicht jedes traumatische Ereignis führt mit gleicher Wahrscheinlichkeit zu einer Posttraumatischen Belastungsstörung.

Unterscheidet man die traumatischen Erfahrungen, so haben von Menschen verursachte Traumatisierungen wie Vergewaltigungen, Kriegshandlungen oder Folter schwerwiegendere Auswirkungen als traumatische Ereignisse, die als „höhere Gewalt“ erlebt werden, wie z. B. Verkehrsunfälle oder Naturkatastrophen.

Geflüchtete haben in der Regel viele verschiedene traumatisierende Ereignisse erlitten, hier sind nur einige Beispiele genannt:

---

<sup>47</sup> Dieses Kapitel basiert auf einer Ausarbeitung von Prof. Dr. Elisabeth Nicolai und Alexander Korittko.

<sup>48</sup> Maercker et al., 2008.

- Erfahrungen von politischer Verfolgung, Folter, Vergewaltigung
- lebensgefährliche Fluchterfahrungen - um Leib und Leben zu retten
- das Verlassen des sozialen Umfeldes, von Freunden und häufig der Familie, zum Teil überstürzt oder ohne Abschied nehmen zu können
- die Schwierigkeit, über die Rückkehr in die Heimat nicht selbst bestimmen zu können

Erwartungsgemäß zeigt sich für die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung bei Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung eine um etwa das Zehnfache erhöhte Prävalenz.<sup>49</sup> In einer Studie von Gäbel et al. (2005) in Kooperation mit dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge wurde bei 40 Prozent der nach dem Zufallsprinzip ausgewählten Asylantragstellenden eine Posttraumatische Belastungsstörung festgestellt. Eine neuere Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass neu aufgenommene Asylsuchende mit einer Prävalenz von 33,2 Prozent unter einer Posttraumatischen Belastungsstörung leiden.<sup>50</sup> Diese Zahlen gibt die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.) in ihrem Versorgungsbericht 2015 an.

Nicht alle Menschen, die traumatisiert sind, entwickeln zwangsläufig eine chronische Trauma-Folgestörung. Eine akute Belastungsreaktion kann unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis auftreten, oder ebenso nach Wochen oder Monaten, selbst wenn sich zuvor keine auffällige Symptomatik gezeigt hat. Andererseits kann auch nach schweren traumatischen Ereignissen die Belastungsreaktion (Angst, depressive Verstimmung, Schlafstörungen und verschiedene somatische Reaktionen) innerhalb von Wochen vorübergehend oder dauerhaft abklingen. Fest steht, dass stets eine Vielzahl von möglichen Erscheinungsformen von Belastungsreaktionen in Betracht gezogen werden muss. Das hängt zum einen – wie bereits erwähnt – mit der Art der traumatisierenden Erfahrungen zusammen, aber auch mit Alter, Geschlecht und der Gesamtsumme an Risikofaktoren einer Person.

Wenn wir von Traumatisierungsfolgen sprechen, müssen wir sorgfältig analysieren wie Risiken für komplexe oder chronische Traumafolgestörungen abgewendet werden können. Dazu gehört auch die Nutzung bereits vorhandener eigener Stärken und Ressourcen der geflüchteten Menschen. Das Konzept der Resilienz erklärt, wie es manchen Menschen trotz stark belastender Erfahrungen gelingen kann, die eigenen Kräfte zu mobilisieren und so in eine psychische Balance zurückzufinden, die den Aufbau eines positiven Lebens unter widrigen Umständen erlaubt.

---

<sup>49</sup> Fazel et al., 2005.

<sup>50</sup> Niklewski et al., 2012.

So lässt sich verstehen, dass nicht alle Geflüchteten, die traumatisierende Situationen erleben haben, eine Traumafolgestörung entwickeln. Ihre Resilienz kann durch Schutzfaktoren wie z. B. familiäre Beziehungen, vorhandene Bindungen und soziale Unterstützung gestärkt werden, aber auch durch äußere Sicherheit im Sinne eines festen Aufenthaltsstatus, oder weitere materielle und nicht-materielle Ressourcen, die die Teilhabe am gesellschaftlichen Leben ermöglichen oder zumindest begünstigen.

Solche Ressourcen können als Schutzfaktoren die Wirkung von Risikofaktoren ausgleichen und dazu verhelfen, der Erfahrung von Folter, Gewalt, Verlust und Zerstörung, des Ausgeliefertseins und der Ohnmacht etwas entgegen zu setzen und neue Lebens- und Zukunftsperspektiven zu entwickeln.

#### *Welche Unterstützung und Behandlung ist zu empfehlen?*

Die Empfehlung traumatische Erfahrungen möglichst bald in kontrollierter Form zu rekapitulieren und auf diese Weise in eine Verarbeitung zu überführen, hat sich bei Monotraumata (Zugunglück, Erdbeben, Überfall) in vielfacher Weise bestätigt.

Bei sequentiellen Traumata, wie sie Bürgerkriegs- und Fluchterlebnisse darstellen, gibt es unterschiedliche Erfahrungen.

Einige Fachleute empfehlen eine baldige Trauma-Exposition mithilfe kognitiver Narration oder Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR).

Andere Fachleute plädieren für eine intensive Stabilisierung als Teil einer Traumatherapie, die so lange andauern sollte, bis die Symptome an Heftigkeit verloren haben beziehungsweise eine Toleranz gegenüber Affekten besteht. Diese Symptomreduktion lässt sich beobachten im Ausbleiben von:

- selbstverletzendem Verhalten,
- lang anhaltenden Dissoziationen,
- Wutausbrüchen mit fremdverletzendem Verhalten,
- Flucht-Reaktionen bei Belastungen und im Ausbleiben körperlicher Erstarrung.

#### *Drei Grundsätze für intensive Stabilisierungsangebote*

Für den großen Bereich der traumasensiblen Unterstützung und Begleitung in pädagogischen Kontexten sind drei Grundsätze zu beachten:

- Sozial erwünschte Aktionen in Gemeinschaften
- Aktionen, in denen Selbstwirksamkeit erlebt werden kann oder zur Folge haben
- Aktionen, die eine angenehme körperliche Erfahrung ermöglichen

Mit den traumatischen Erfahrungen haben die Betroffenen abgespeichert, dass es niemand gab, der sie vor der existenziellen Bedrohung gerettet hat. Das Erleben in einem Flüchtlingsstreck oder auf einem Fluchtboot ist für viele für kurze oder längere Zeit von dem Gefühl von Alleinsein und Verlorenheit geprägt, selbst wenn sie sich faktisch unter vielen Menschen befinden.

Gemeinschaftliches Tun im Kontext der Aufnahmegesellschaft kann die Erfahrung von Vertrauen, positiven zwischenmenschlichen Erfahrungen, Loyalitäts- und Solidaritätserleben wieder herstellen und somit eine stabilisierende Wirkung zeigen.

Erfahrungen mit traumatischem Charakter bieten in der Regel geringe oder keine Möglichkeit, sich der Bedrohung zu entziehen oder gegen sie anzukämpfen. Traumata wirken deswegen so extrem auf die gedächtnisbildenden Areale des Gehirns, weil sie Erlebnisse darstellen, die nur mit den primitiveren Reaktionen des Menschen zu bewältigen sind: Reflexe und Instinkte, die zu Erstarrung oder Unterwerfung führen. In Situationen der Erinnerung (angetriggert sein), reagiert der Mensch erneut mit diesen Instinkten und Reflexen, je nachdem, wie intensiv diese Reaktionen gezwungenermaßen „eintrainiert“ wurden. Menschen geht es im Vergleich dazu besser, wenn sie sich als handlungsfähig und selbstwirksam erleben.

In Erfahrungen mit traumatischem Charakter wird auch der eigene Körper in der Erstarrung oder Unterwerfung als ohnmächtig und wenig lebendig erlebt. Ist jemand angetriggert, hat er sehr schnell wieder diese Körpergefühle von Erstarrung oder Leblosigkeit. Daher ist es für einen Genesungsprozess von Bedeutung, wenn der Körper wieder lebendig erlebt wird.

Wenn man sich fragt, wie diese drei Prinzipien am sinnvollsten miteinander in Aktionen verbunden werden können, kommt man auf Aktivitäten, die intuitiv häufig angeboten werden, wo eine differenzierte sprachliche Hilfeform nicht oder noch nicht greift. Als erstes bieten sich sportliche Aktivitäten an: Fußball, Handball, Wasserball, Hockey oder ähnliches. Der Körper wird als lebendig erlebt, Menschen sind selbstwirksam und es entsteht bei ihnen ein positives Gemeinschaftsgefühl.

Das gleiche lässt sich bei Musik und Tanz ermöglichen. Oder bei der gemeinschaftlichen Auseinandersetzung mit künstlerischen Ausdrucksformen (z. B. Skulpturen aus Ytong). Bei Menschen, die aus Kulturen kommen, in denen die Gemeinschaft

ohnehin als wichtiger eingeschätzt wird, als das Individuum, brauchen andere Menschen, um sich als Überlebende zu erleben. Wichtig ist dabei die kraftvolle Auseinandersetzung und durch körperliche Reize bedingtes Erleben in der Gegenwart (im „Hier und Jetzt“ bleiben).

### *Rahmenbedingungen der Behandlung*

Wichtige Voraussetzung für eine erfolgreiche Behandlung ist eine gute berufsgruppenübergreifende Vernetzung. Die Lebenssituation von Geflüchteten ist von vielen Herausforderungen und Schwierigkeiten geprägt, die die Kompetenzen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Regel überschreiten. So ist die Zusammenarbeit mit Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Beratungsstellen und Ehrenamtlichen in vielen Fällen unbedingt erforderlich, wenn es beispielsweise darum geht, die Anforderungen des Asylverfahrens zu bewältigen, einen Sprachkurs zu besuchen, angstbesetzte Behördenbesuche zu meistern, notwendige Sozialleistungen zu beantragen oder eine Wohnung zu finden.

Entscheidend für den Therapieerfolg ist weiterhin die Begleitung der Psychotherapien durch qualifizierte und geschulte Dolmetscherinnen und Dolmetscher. Die Sprache ist das wesentliche Therapiemittel, eine der Voraussetzungen für eine gelingende Psychotherapie ist also sprachliche Verständigung. Dennoch sind Dolmetscherleistungen keine Leistungen der Gesetzlichen Krankenkasse. Das ernüchternde Ergebnis einer Studie in 16 europäischen Ländern ergab, dass nur 35 Prozent der psychosozialen Dienste für Migrantinnen und Migranten in diesen Ländern einen direkten Dolmetscherservice anbieten.<sup>51</sup>

### *Lebensbedingungen und psychische Gesundheit*

In der Praxis zeigte sich, dass es bei den verschiedenen Konzepten Elemente gab, die in allen Modellen von Bedeutung waren und aus denen sich verallgemeinerbare Standards ableiten lassen, wie die Bedeutung geschulten Personals, qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie ein niedrigschwelliger Zugang.

Die Wirksamkeit therapeutischer Maßnahmen ist jedoch nicht nur abhängig von den Rahmenbedingungen innerhalb eines spezifischen Settings. Der Gesamtrahmen, der äußere Kontext und die Lebenswirklichkeit, die Geflüchtete täglich erleben, ist von maßgeblichem Einfluss auf den gesundheitlichen Zustand der Menschen.

---

<sup>51</sup> Kluge et al., 2012.

Gefühle von Sicherheit, Akzeptanz und Geborgenheit gelten als Grundvoraussetzung für die Wiederherstellung der psychischen Stabilität nach traumatischen Erlebnissen. Wird die Umwelt dagegen durch instabile Lebensbedingungen, einen Mangel an sozialer Unterstützung und zusätzlichen äußeren Stress als feindselig wahrgenommen, stellt dies ein ernsthaftes Krankheitsrisiko dar.<sup>52</sup>

## 6.2 Aussagen aus den Experteninterviews

Für eine umfassende Darstellung des Themas Traumas sind auch Erfahrungen und Einschätzungen aus der Praxis zu sammeln. Dies wurde im Rahmen der vorliegenden Expertise mittels Befragung von Expertinnen und Experten vorgenommen. Nun folgt eine Zusammenstellung der Ergebnisse dieser Gespräche bezogen auf Prävalenz und Therapie von Traumata.

### *Prävalenz*

In den für diese Expertise durchgeführten Interviews stellen die Befragten zum Teil ebenfalls infrage, wie und ob ein Trauma genau festgestellt werden kann. Nach Einschätzung einiger Befragten ist dies nur bedingt möglich beziehungsweise sinnvoll. Die geflüchteten Menschen seien vor, während und nach ihrer Flucht Belastungen ausgesetzt, wobei es sich nicht immer genau einschätzen ließe, ab wann ein Trauma vorliegt. Zum Teil zeigen sich Traumata auch erst dann, wenn sich Personen bereits einige Zeit im Zielland aufhalten. Erst dann merken sie, dass sie Probleme haben, am Anfang seien sie insgesamt „durch den Wind“ (9:60):

*„Also ich glaube, die haben jetzt eher existenzsichernde Sorgen. Ich denke, dass das erst im Nachhinein kommt, wenn mal einiges geregelt ist, wenn man sich Perspektiven aufbaut, dann werden eher solche Belastungen noch einmal kommen. Wenn man dann merkt, dass man nicht schläft und nicht so leistungsfähig ist, man kann sich nicht gut konzentrieren [...]. (8:368ff.)*

Viele der Befragten geben an, keine genauen Zahlen zu kennen, wie hoch der Anteil an Traumatisierten unter den geflüchteten Menschen ist beziehungsweise weisen ebenfalls darauf hin, dass es diesbezüglich keine verlässlichen Daten gibt. In einigen Interviews werden doch Einschätzungen bezüglich des Anteils Traumatisierter an der Gesamtzahl geflüchteter Menschen vorgenommen:

---

<sup>52</sup> Brewin et al., 2000.



- 70 Prozent, wobei jedoch nicht alle eine Therapie brauchen. Eine Verdrängung beziehungsweise Bewältigung des Traumas sei manchmal auch durch eine Stabilisierung der Lebensumstände möglich (1:290)
- 40 Prozent (2:40)
- 40-50 Prozent aller Traumatisierten entwickeln eine Posttraumatische Stressbelastung (3:211)
- In der Literatur gibt es verschiedene Angaben zwischen 20 und 50 Prozent; die realistische Einschätzung aus der Praxis liegt bei 20 bis 50 Prozent (7:49f.)
- 30 Prozent (9:88)
- 40 Prozent seien zu hoch, da tatsächlich weniger geflüchtete Menschen eine Therapie in Anspruch nehmen (13: 311ff.)
- Mindestens 25 Prozent (15:388f.)
- 10 Prozent der unbegleiteten minderjährigen Asylbewerberinnen und Asylbewerber (17:114)
- 37 Prozent (23:17)
- 42 Prozent (24:126)

Es zeigt sich eine große Bandbreite in der Schätzung, wobei aber alle in der Praxis mit der Thematik befassten Expertinnen und Experten von einem Anteil traumatisierten Personen ausgehen. Die Unsicherheit in der Schätzung und die Bandbreite haben ihre Gründe. Ein klinisch tätiger Psychologe beschreibt die Problematik der Diagnostik, die in der Prozesshaftigkeit traumatischer Folgestörungen liegt:

*„Ich glaube, es ist bis zum jetzigen Zeitpunkt ungeheuerlich schwierig, weil viele derjenigen, die jetzt gerade da sind, sozusagen von ihrem Erleben, von ihrem Denken, Fühlen so sehr mit anderen Themen befasst sind erstmal, wo sie untergebracht werden, ob sie mit ihren Familienangehörigen zusammenkommen können, wie sie in Deutschkurse kommen [...], sodass viele die psychischen Traumatisierungen, die sie erlebt haben im Heimatland, im Kriegszustand, während der Flucht und in dieser Gesamtsituation, noch gar nicht [...] im vollen Bewusstsein haben und sich schon voll manifestieren. Also da ist mit einer erheblichen Dunkelziffer zu rechnen, bei denen sozusagen prinzipiell mit psychischen Folgestörungen zu rechnen ist, die aber jetzt nicht im Mittelpunkt stehen oder die auch jetzt noch nicht so manifest sein müssen, dass sie für die Betroffenen und auch für die Betreuer, die mit ihnen zu tun haben, starken momentanen Handlungsdruck auslösen.“  
(20:143ff.)*

#### *Aktuelle Erhebung zu Posttraumatischen Belastungsstörungen*

Zur Einschätzung der Anzahl an traumatisierten geflüchteten Personen wird aktuell von Herrn Prof. Dr. Helmut Kury eine Erhebung bei Flüchtlingen in Freiburg und

anderen deutschen Städten durchgeführt. Prof. Dr. Helmut Kury ist Psychologe und emeritierter Professor für forensische Psychologie an der Universität Freiburg. Bis 2006 war er Senior Researcher des Max-Planck-Instituts für ausländisches und internationales Strafrecht. Derzeit befragt er Flüchtlinge in verschiedenen Städten in Deutschland hinsichtlich möglicher psychischer Belastungsstörungen aufgrund traumatischer Erlebnisse im Heimatland und auf der Flucht. Ziel der Befragung ist es, Hilfsprogramme für psychisch belastete Flüchtlinge zu entwickeln. Bisher wurden ca. 600 Flüchtlinge unter anderem in München, Freilassing, Berlin, Freiburg und Hannover befragt. Der Großteil der Befragten stammt aus Syrien, daneben haben vor allem auch Personen aus dem Irak oder aus Eritrea teilgenommen.

Der von ihm eingesetzte standardisierte Fragebogen stellt eine verkürzte Version der PTSD<sup>53</sup>-Checkliste dar, die speziell für Erhebungen im Rahmen der medizinischen Erstversorgung entwickelt wurde. Mit einem kurzen psychometrischen Test werden posttraumatische Belastungsstörungen, d. h. Probleme und Beschwerden als Reaktionen auf belastende Lebensereignisse gemessen.

Tabelle 5: Items zur Messung posttraumatischer Belastungsstörungen

Nr.	Item
1	Repeated, disturbing memories, thoughts, or images of a stressful experience from the past?
2	Repeated, disturbing dreams of a stressful experience from the past?
3	Suddenly acting or feeling as if a stressful experience from the past were happening again (as if you were reliving it)?
4	Feeling very upset when something reminded you of a stressful experience from the past?
5	Having physical reactions (e.g., heart pounding, trouble breathing, sweating) when something reminded you of a stressful experience from the past?
6	Avoiding thinking or talking about a stressful experience from the past or avoiding having feelings related to it?
7	Avoided activities or situations because they reminded you of a stressful experience from the past?
8	Having trouble remembering important parts of a stressful experience from the past?
9	Loss of interest in activities that you used to enjoy?
10	Feeling distant or cut off from other people?

<sup>53</sup> PTSD = Post Traumatic Stress Disorder = Posttraumatische Belastungsstörung.

Nr.	Item
11	Feeling emotionally numb or being unable to have loving feelings for those close to you?
12	Feeling as if your future somehow will be cut short?
13	Having trouble falling or staying asleep?
14	Feeling irritable or having angry outbursts?
15	Difficulty concentrating?
16	Being "superalert" or watchful or on guard?
17	Feeling jumpy or easily startled?

Die 17 Items können mit einer fünfstufigen Antwortskala von „trifft überhaupt nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ beantwortet werden. Zudem werden Fragen zum Herkunftsland, zum Alter und Geschlecht gestellt. Außerdem wird abgefragt, ob die Befragten allein oder mit anderen Bekannten / Verwandten in Deutschland sind und ob Deutschland das Zielland ist oder nicht.

Die vorläufigen Ergebnisse zeigen, dass etwa ein Drittel der Flüchtlinge signifikant erhöhte Werte in der Skala zur Erfassung posttraumatischer Belastungsstörungen haben. Die erwartete Prävalenzrate liegt daher bei ca. 30 bis 40 Prozent.

Im Hinblick auf die Anlaufstelle ist es sinnvoll, die Informationen zur Prävalenz traumatischer Belastungen aus dieser Untersuchung zu berücksichtigen. Die Ergebnisse könnten sehr hilfreich sein, da sie aktuell sind und sich unter anderem auch konkret auf Freiburger Flüchtlinge beziehen. Aufgrund dieser Zwischenergebnisse von Professor Kury und den Einschätzungen, die sowohl aus der Literatur als auch durch die Interviews gewonnen werden konnten, wird für diese Expertise die Zahl von etwa 30 bis 40 Prozent der geflüchteten Personen als Zielgruppe eines Angebots für traumatisierte Menschen als realistisch angenommen. Bei insgesamt etwa 4 000 geflüchteten Menschen und einer ebenfalls hohen Zahl an Migrantinnen und Migranten in Freiburg verdeutlicht dies den quantitativ hohen Bedarf eines solchen Angebots.

### *Therapie*

In den Interviews wird mehrfach darauf hingewiesen, dass nicht alle Traumatisierten eine Therapie wollen oder brauchen. Für manche Menschen sei es entscheidend, ihre Lebenssituation zu stabilisieren und in Sicherheit sein zu können, um das traumatische Ereignis zu bewältigen. Insgesamt wird dabei die Schaffung möglichst

sicherer, geregelter und „normaler“ Lebensumstände als grundlegende Voraussetzung für die Bewältigung von Traumata betont:

*„[...] dass wirklich ein Zulassen von dieser Traumaerfahrung, im Sinne von, sie wird kommunizierbar, sie wird ansprechbar, sie wird behandelbar, aus meiner Sicht immer erst dann gelingt, wenn sichere Lebens- und Rahmenbedingungen hergestellt sind. Das ist meines Erachtens in den Notunterkünften überhaupt nicht der Fall. In Wohnheimen wahrscheinlich auch nur bedingt. Das heißt, ich gehe wirklich davon aus, dass vieles, was die Menschen wirklich an traumatischen Erfahrungen mit sich tragen auch dann erst kommunizierbar wird, wenn ihre Lebensbedingungen stabilisiert haben und bis dahin unsere Sozialdienste und alles Kräfte, sag ich jetzt mal, die mit den Menschen arbeiten, auch ganz viel zum Thema Stabilisierung und Entlastung mit den Menschen arbeiten müssen und werden.“ (6:192ff.)*

Um diese Entlastung und Stabilisierung erreichen zu können, sind gemäß einer Interviewpartnerin beziehungsweise eines Interviewpartners eine gute Zusammenarbeit der beteiligten Fachkräfte sowie die Wohnumstände beziehungsweise die Unterbringung der geflüchteten Menschen von großer Bedeutung. Darüber hinaus braucht ein Großteil der betroffenen Personen neben der Stabilisierung ihrer Situation auch professionelle Unterstützung, um traumatische Erlebnisse verarbeiten und Traumata bewältigen zu können. Für sie sollte möglichst frühzeitig Unterstützung in Form geeigneter Therapieangebote zur Verfügung stehen:

*„Und das ist einfach die Erfahrung und das weiß man natürlich durchaus, dass wenn jetzt Trauma vorliegt, die Gefahr einer Chronifizierung da ist. Es braucht eigentlich schon auch relativ schnell eine Hilfe und eine Intervention.“ (16:355ff.)*

Das Ineinandergreifen unterschiedlicher Hilfen und die schrittweise Aufarbeitung traumatischer Erlebnisse verdeutlichen der nachfolgend dargestellte Verlauf der Reorganisation nach Traum nach Emminghaus et al (2003).

Tabelle 6: Verlauf der Re-Organisation nach Trauma

Verlauf der Re-Organisation nach Trauma			
	Traumatisierter Flüchtling	Sozialarbeit Äußerer Aspekt	Psychotherapie Innerer Aspekt
1. Schaffung von Sicherheit	Wiedergewinnung des Sicherheitsgefühls	Bleiberecht Obdach Versorgung	„sicherer Ort“ Verlässliche Beziehung
2. Auseinandersetzung mit den Belastungen	Erinnern Trauern Verarbeiten	Anteilnahme Realitätstherapie	Konfrontation mit dem Trauma
3. Rückkehr zum normalen Leben	Rückgewinnung der Handlungsfähigkeit	Integration in den Alltag (Arbeit, Nachbarschaft)	Biographische Traumaintegration

Quelle: Emminghaus et al. 2003, S. 13.

Danach verläuft die Bearbeitung eines Traumas in verschiedenen Stufen und benötigt ein Ineinandergreifen verschiedener Unterstützungsformen und förderlicher Bedingungen. Als Vorstufe zu diesen Therapieschritten wird in den Interviews auch auf die Bedeutung präventiver Angebote hingewiesen, um Chronifizierung und Folgeprobleme des Traumas verringern beziehungsweise verhindern zu können:

*„Was sicher wichtig ist für die Expertise ist, dass alle Experten sagen, passt auf, die werden so viele Sozialstörungen und so viel Sucht und sonstige chronifizierte Störungen entwickeln, das wird viel teurer, wenn man die dann in zehn Jahren behandeln muss. Im Vergleich zu dem was man jetzt investieren könnte mit einer guten präventiven Arbeit.“ (27:353ff.)*

Ebenso muss gesichert sein, dass die Person über einen gewissen Zeitraum am selben Ort bleibt, um eine Therapie überhaupt durchführen zu können:

*„Das Problem ist, dass wir ja in den Notunterkünften arbeiten und da kann man eigentlich im Moment keine Psychotherapie durchführen. Nicht, weil es der Ort nicht zulässt, sondern weil der Status nicht klar ist. Wie bald gehen die wieder weg? Also man kann nicht eine Traumatherapie beginnen und nach fünf Stunden sagen, also jetzt geht das nicht mehr. Oder, dass die halt an einen weiter entfernten Ort dann verlegt werden, das kann man nicht machen. Das ist kontraindiziert. Da kann man nur Krisenbewältigung machen, vor Ort ein bisschen, und muss dann, wenn der Status gesichert ist, müsste man dann entweder hier, wenn sie hier bleiben, oder in anderen Orten, müsste dann erst einmal eine Psychotherapie begonnen werden.“ (2:42ff.)*

Als mögliche Behandlungsmethoden werden in den Interviews einige Therapieformen genannt, die für eine Traumatherapie mit geflüchteten Menschen eingesetzt werden können:

- Gruppenangebote („...weil die lösen alle ihre Probleme letztendlich in der Gruppe.“ (16:487f.))
- Psychiatrische Behandlung mit Medikamenten (18:55ff.)
- Eine „Narrative Expositions Therapie“ (NET) und Kinder-NET (24:28ff.)
- Eye Movement Desensitization and Reprocessing (EMDR) (18:364ff.)
- kreative Ansätze (Musik, Farbe, Arbeit am Tonfeld) sowie Spiel und Bewegung für die Therapie von Kindern (3:150ff.)

Diese Behandlungsmethoden sind neben anderen möglichen Therapieformen auch in der Fachliteratur zu finden. Insgesamt ist es vermutlich abhängig von der Ausbildung beziehungsweise der Therapierichtung und der Neigung der Therapeutin beziehungsweise des Therapeuten, welche Form der Therapie angewendet und im direkten Kontakt mit der geflüchteten Person als sinnvoll erachtet wird. So gibt es Befragte, die sich eindeutig für die Narrative Expositions-Therapie (NET) aussprechen, wiederum andere schildern, gute Erfahrungen mit EMDR gemacht zu haben. Auf der anderen Seite gibt es aber auch unter den befragten Expertinnen und Experten und in der Fachliteratur kontroverse Standpunkte zu einzelnen Therapiemethoden (wie etwa EMDR). Bezüglich der Therapieform betont eine der befragten Personen, dass es gut sei, unterschiedliche therapeutische Ansätze zu haben, die individuell passend eingesetzt werden können. Im Interview wird dies verbunden mit der Idee, eine Stelle zu haben, die einen „fächerübergreifenden Blick“ (s. u.) einnimmt, um die jeweils passende Therapieform vermitteln zu können:

*„Es ist ja tatsächlich so, deswegen gibt es ja auch die unterschiedlichen therapeutischen Richtungen. Der eine kommt besser klar, wenn er wirklich versucht so verhaltenstherapeutisch an seinem Alltag zu arbeiten, Veränderungen so und mit viel Alltagsstabilisierung, da bringt es gar nicht viel und bei dem anderen braucht es vielleicht etwas anderes. Und diese Einschätzung, das finde ich auch nochmals so schwierig. Und da weiß ich nicht, ob und wie das so eine Stelle auch leisten könnte. Da bräuchte es zumindest jemand, der auch einen fächerübergreifenden Blick hat und auch offen für die unterschiedlichen Ansätze ist.“ (16:434ff.)*

Unabhängig davon empfiehlt die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF) die folgenden Aspekte für eine Traumatherapie:<sup>54</sup>

---

<sup>54</sup> BAfF, 2013, S. 76f.

- Familienangehörige und weitere soziale Netzwerke sollen von Anfang an aktiv in die Behandlung mit einbezogen werden.
- Für die Therapie braucht es neben dem direkten Kontakt zwischen Therapeutin beziehungsweise Therapeut und Klientel im Bedarfsfall die gezielte Weitervermittlung zu anderen Stellen. Dafür muss eine ständig aktualisierte Datenbank von Beratungsstellen, Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten, Therapeutinnen und Therapeuten etc. vorliegen.
- Neben der Fallarbeit sind Team- und Interventionsplanungen Teil der Kernarbeit, um Zuständigkeiten und Entscheidungsprozesse transparent zu kommunizieren.
- Für die Therapie beziehungsweise den Verlauf der Behandlung braucht es klare Strukturen. Die Versorgung sollte nach einem strukturierten, integrierten Behandlungsplan ablaufen.

Im Zusammenhang mit einer Therapie für geflüchtete Menschen wird in den Interviews noch auf die Problematik hingewiesen, dass Betroffene, in unten genanntem Beispiel Jugendliche, oft selbst nicht erkennen, dass sie traumatisiert sind:

*„[...] dass Jugendliche gar nicht in der Lage sind und dass aus diesen unterschiedlichen Kulturen kommend auch gar nicht gewohnt sind, psychisch krank zu sein. Ich sag das mal ganz platt, das ist, meine ich, außerhalb ihrer realen Erlebniswelt bisher gewesen. Deshalb muss man da sicher auch mit ganz anderen Methoden ran. [...] Aber das ist den Kulturen, die hier neu herkommen, völlig unvertraut. Im Gegenteil, ich glaube, es ist ja sogar etwas, was sehr lange geheim gehalten wird. Die gehen ja nicht damit hausieren, dass sie psychische Probleme haben. Die somatisieren vielleicht sehr stark, also daran kann man unter Umständen was erkennen, an Bauchschmerzen ‚ich kann heute nicht in die Schule gehen, weil ich Kopfschmerzen habe‘ oder ‚weil, weil, weil‘. Aber ich glaube, es ist dann immer noch ein ganz langer Weg, praktisch das Problem hinter dem Problem zu erkennen.“ (17:377ff.)*

Bezüglich einer möglichen Therapie beziehungsweise einem Zugang zu den traumatisierten Personen braucht es daher laut der befragten Expertinnen und Experten einen kultursensiblen, einfühlsamen und behutsamen Umgang. Nicht immer seien Flüchtlingen die im westlichen Kulturkreis angewandten Formen einer Traumatherapie bekannt, da in anderen Kulturkreisen Traumata nicht oder nicht in dieser Form bearbeitet werden. Auch in der Literatur wird dieser kultursensible Ansatz betont. Brandmaier beispielsweise spricht sich für einen breiten, interkulturellen und integrierten Behandlungsansatz aus und betont, dass eine interdisziplinäre Zusammenarbeit unbedingt notwendig sei.<sup>55</sup> Seiner Einschätzung nach braucht es eine gewis-

---

<sup>55</sup> Brandmaier, 2011, S. 138ff.

se Flexibilität der Angebote und Interventionen, um auf spezielle Bedürfnisse eingehen zu können.

Auch Ubben<sup>56</sup> schreibt, dass bei einer Traumatherapie mit geflüchteten Personen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden müssen, um professionellen Standards zu genügen. Neben einer Notwendigkeit spezieller therapeutischer Standards beziehungsweise Manuale für bestimmte Zielgruppen nennt er beispielsweise:

- das Einbeziehen der Angehörigen in den Therapieprozess
- ein ressourcenorientiertes Vorgehen
- die Berücksichtigung der Asyl- und aufenthaltsrechtlichen Rahmenbedingungen sowie des politischen Kontextes und andere Sinnkonstruktionen der Klientin beziehungsweise des Klienten
- die Entwicklung eines kulturspezifischen und traumatherapeutischen Vorgehens

Von hoher Bedeutung für die therapeutische Arbeit mit geflüchteten Menschen, die sich auf Deutsch nur schlecht ausdrücken können, ist immer auch die Sprache, in der die Therapie durchgeführt wird. Im Idealfall findet sich eine Therapeutin beziehungsweise ein Therapeut, die beziehungsweise der dieselbe Sprache spricht:

*„Das ist immer auch, wie gesagt, das Sprachproblem. Wenn sie die Sprache nicht sprechen. Aber es gibt ein paar hier in der Gegend, die auch türkischsprechende oder arabischsprechende Ärzte sind, und das ist ganz gut.“ (2:193ff.)*

Ansonsten braucht es Personen, die in beziehungsweise aus der Muttersprache der Klientinnen und Klienten übersetzen können. Zum Teil, so wurde es in den Interviews beschrieben, übernehmen diese Aufgabe Angehörige, die mit in die Therapiesitzungen kommen oder per Telefon beziehungsweise Skype hinzugeschaltet werden. Dies ist nicht immer einfach, da die übersetzenden Personen nicht geschult sind und eventuell auch eigene Betroffenheiten in die Therapiesitzung mitbringen.

Unter Umständen entsteht daher für alle Beteiligten eine schwierige Situation:

*„[...] da versuchen dann eben irgendwelche Nachbarn, Freunde, Bekannte, irgendwelche Leute, die die Sprache etwas sprechen miteinzubinden und zu beziehen, was natürlich nicht gut ist. Wenn wir mal das Thema Trauma nehmen und eine junge Frau ist vergewaltigt worden, dann wird sie nicht in Gegenwart eines Dolmetschers einfach so darüber sprechen, den sie nicht kennt oder auch kein Vertrauen hat oder vielleicht ein Verwandter von ihr ist. Und die Dolmetscher selber sind nicht zertifiziert, sie haben keine Schulung, indem sie wissen, wie sie in Gegenwart eines Arztes / Therapeuten, wie auch immer, richtig dolmetschen.“ (7:20ff.)*

---

<sup>56</sup> Ubben, 2001, S. 253.



Daher wird an vielen Stellen auf externe Personen zurückgegriffen, die beide Sprachen sprechen und als Dolmetscherinnen und Dolmetscher in der Therapie übersetzen. Dafür brauchen sie bestimmte Fertigkeiten und Kenntnisse, um den Therapieverlauf förderlich unterstützen zu können, das heißt, es sollten nur Personen eingesetzt werden, die entsprechend geschult und ausgebildet wurden:

*„Gut ausgebildete Dolmetscherinnen sind absolut oberwichtig. Weil sonst kommt es falsch an. Die lassen etwas weg, die sagen etwas dazu, die sagen ihre eigene Meinung und schon wird es katastrophal. Das geht gar nicht. Das ist eine von den wichtigsten Sachen. Weil wenn Sie das nicht rüberbringen, was Sie rüberbringen wollen, dann nützt doch die beste Therapeutin nichts.“ (24:278ff.)*

Die Bedeutung von gut geschulten und vorbereiteten Dolmetscherinnen und Dolmetschern wird in vielen Interviews betont. Zum einen wird wie oben genannt darauf hingewiesen, dass es eine Ausbildung für diese Personen braucht. Zum anderen wird berichtet, dass es zum Teil schwierig ist, diese Übersetzerinnen und Übersetzer zu finden, da der Bedarf sehr hoch ist:

*„Für manche Nationalitäten brauche ich erst mal zwei Wochen, bis ich einen Übersetzer gefunden habe, der dann auch Zeit hat.“ (16:111ff.)*

Zusätzlich gibt es Therapeutinnen und Therapeuten, die sich für ihre Arbeit nicht vorstellen können, mit einer zusätzlichen, übersetzenden Person zu arbeiten und sich in diese, ein klassisches Therapiesetting von zwei Personen verändernde Situation zu begeben:

*„Nicht alle möchten das, nicht alle möchten mit Dolmetschern arbeiten, das muss man auch respektieren, muss man auch einsehen. Das ist eine triadische Beziehung, das ist eine ganz andere als eine duale. Und da gibt es Kollegen, die das einfach nicht machen möchten.“ (3:297ff.)*

Auch von Seiten der Klientinnen und Klienten bestehen unter Umständen Vorbehalte, sich in diese Situation zu begeben. Daher ist das oben dargestellte kultursensible und rücksichtsvolle Vorgehen für alle Beteiligten so wichtig.

Bezüglich der Therapie für traumatisierte Flüchtlinge wurde vielfach auch die Finanzierung angesprochen. Diesbezüglich gibt es in den Interviews verschiedene Aussagen, die aber alle darauf hindeuten, dass es nicht immer einfach ist, Therapien bezahlt zu bekommen und die Suche nach Finanzierungsmöglichkeiten zum Teil mit einem hohen Aufwand verbunden ist. Allgemein sei zwischen den Angeboten niedergelassener Therapeutinnen und Therapeuten und den in Psychosozialen Zentren durchgeführten Therapien zu unterscheiden. Für niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten mit Kassenzulassung ist die Finanzierung einer Therapie durch die gesetzlichen Krankenkassen möglich, die für die Therapie von Flüchtlin-

gen und Migrantinnen beziehungsweise Migranten zuständig sind, die bereits 15 Monate oder länger in Deutschland leben:

*„Also bei ein paar [...] mit einem anerkannten Asylstatus, denen der Zugang zu dem System der gesetzlichen Krankenkassen gesichert wäre und diese ganzen besonderen Finanzierungen medizinischer Leistungen über Sozialamt über die Stadt damit ja entfällt. Das hat sicherlich eine Vereinfachung zur Folge. Weil viele Therapeuten, die können sich ja nicht, wenn sie jetzt sich bereits um Betreffende kümmern, intensiv kümmern, können ja nicht sicher sein, dass die Leistungen, die sie erbringen, auch eben erstattet werden und finanziert werden. Oder mit einer sehr starken Kontingentierung, dass man die drei Sitzungen [...] Interventionen finanziert werden. Aber alles, was darüber hinausgehend wäre, nicht mehr erstattungsfähig ist. Und das ist natürlich für die Betroffenen, die jetzt in freier Praxis arbeiten, ein erhebliches finanzielles Risiko, Leistungen zu erbringen, die dann nicht erstattungsfähig sind.“ (20:263ff.)*

Allerdings schildern die Befragten neben dem hohen finanziellen Risiko, das hier benannt wird, gleichzeitig noch den hohen Aufwand, der mit der Beantragung jedes einzelnen Therapieplatzes verbunden ist.

Für Therapien, die im Rahmen eines Psychosozialen Zentrums erbracht werden, wird hingegen das Finanzierungssystem durch die Sozialämter im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes als einfacher eingestuft. Diese finanzieren Therapien für traumatisierte Flüchtlinge, die weniger als 15 Monate in Deutschland leben und daher noch keine Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherungen in Anspruch nehmen dürfen. Gerade bei der Beantragung dieser Leistungen kommt es aus Sicht einer beziehungsweise eines Befragten zu datenschutzrechtlichen Schwierigkeiten, für die noch keine zufriedenstellende Lösung gefunden werden konnte:

*„[...] die im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes versichert sind, [...]da ist kein Datenschutz gesichert. Also dann wird ein Antrag gestellt an einen Sachbearbeiter, wir machen es schon in einem geschlossenen Briefumschlag zur Weiterleitung an den begutachtenden Arzt im Gesundheitsamt. Aber dieser begutachtende Arzt im Gesundheitsamt ist nicht unbedingt Psychotherapeut. [...] Da wird dann dieses Gutachten an einen Gutachter, einen psychiatrischen Gutachter weitergeleitet, der aber auch null Ahnung von Flüchtlingen und schon gar nicht von Traumata hat, der dann am Schluss alle Flüchtlinge für gesund erklärt und dann kann die Therapie nicht stattfinden. Also das ist ein ganz, ganz großes Problem, auch der Datenschutz ist nicht gewährleistet, weil die Flüchtlinge müssen sich dann vorstellen, dass geht eigentlich auch überhaupt nicht. (1:202ff.)*

Oft sei es auch so, dass eine Therapie und gerade auch die Erstellung eines Gutachtens, mit dem eine Therapeutin oder ein Therapeut der geflüchteten Person eine akute Selbstmordgefahr bescheinigt und somit eine drohende Abschiebung verhindern kann, stark gerechtfertigt werden müsse:

*„Eine Therapie wird schnell als Kostenfaktor gesehen. Großer Punkt ist das ‚Gefälligkeitsgutachten‘ (Selbstmordgefahr), als Abschiebehindernis. Der Therapeut gilt als letzter Rettungsanker, das wird kritisch gesehen und gilt als ‚Aufreger‘ im Asylverfahren.“ (10:48ff.)*

Parallel zu der Finanzierung von Therapien wird auch die Bezahlung der benötigten Dolmetscherinnen und Dolmetscher in den Interviews als Problem benannt. Bei Therapien, die im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes vom Sozialamt übernommen werden, gibt es Absprachen, dass diese Kosten ebenfalls bezahlt werden:

*„Sie müssen eine Rechnung stellen und dann gucken, ob sie bezahlt wird, wobei die Stadt da gut aufgestellt ist und da haben wir Absprachen mit den städtischen Ämtern, dass die auch die Dolmetscherkosten, dann wenn sie anfallen, quasi unmittelbar, dann erstatten. Das sind ja schon erhebliche Kosten, also wenn wir jemand, der nicht sonderlich qualifiziert ist, sind das irgendwo 20, 30 Euro die Stunde, wenn sie einen Gerichtsdolmetscher haben, der hat ja irgendwo einen Stundensatz von 60, 70 Euro die Stunde.“ (19:134ff.)*

Bei Therapien, die im Rahmen der Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherungen übernommen werden, sind Dolmetscherkosten in der Regel jedoch nicht Teil der Kostenübernahme und müssen aus anderen Töpfen bezahlt werden. Dies führt zu teils schwierigen Situationen, weil nicht immer, wenn Übersetzung benötigt wird, jemand bezahlt werden kann, der dann für die Therapiesitzungen zur Verfügung steht.

Hinsichtlich der Therapieangebote für geflüchtete Menschen allgemein wird in einigen Interviews zusätzlich betont:

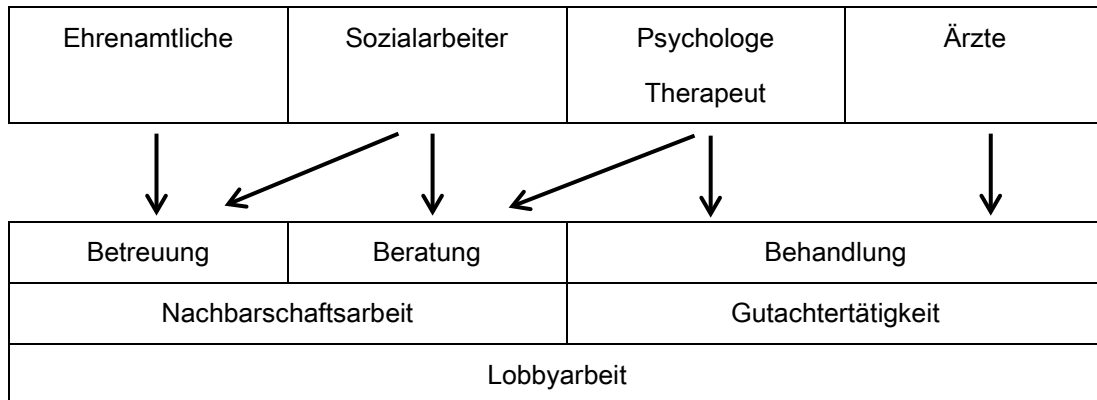
*„[...] dass es zu wenig Therapieplätze gibt. Das ist ein strukturelles Problem in Deutschland, das Zeit braucht. Es gibt auch einfach nicht genug Therapeuten und die fallen auch nicht vom Himmel. Das ist natürlich was, das nicht zufriedenstellend ist, aber das kann auch einfach nicht so schnell geändert werden.“ (25:209ff.)*

## 7 Psychosoziale Versorgung der Geflüchteten

### 7.1 Arbeits- und Angebotsformen für Geflüchtete

Hinsichtlich verschiedener Angebotsformen und für eine bestmögliche Versorgungsstruktur für geflüchtete Menschen braucht es eine Zusammenarbeit verschiedener Berufsgruppen unterschiedlicher Professionen, wie beispielsweise Ethnologie, Politologie, Kulturwissenschaften, Medizin, Recht, Sozialarbeit, und verschiedene Therapeutinnen und Therapeuten sowie Dolmetscherinnen und Dolmetscher. Sie alle arbeiten mit den geflüchteten Menschen und bringen ihre Expertise und Sichtweise in die Arbeit mit ein.<sup>57</sup>

Tabelle 7: Professionen und Interventionen



Quelle: Emminghaus et al. 2003, S. 16.

Die verschiedenen Gruppen übernehmen gemäß oben dargestellter Aufteilung verschiedene Aufgaben und Zuständigkeiten im gemeinsamen Unterstützungsprozess und tragen ihren Teil zur Hilfeleistung bei. Neben der Kooperation dieser verschiedenen Fachleute braucht es zur Versorgung geflüchteter Menschen auch eine Mischung unterschiedlicher Angebote:<sup>58</sup>

- aufsuchende und niedrigschwellige Angebote
- aktivierende und stützende Angebote
- Angebote zur Alltagsstrukturierung, Beschäftigung und Freizeitgestaltung
- psychotherapeutische Unterstützung

Allgemein gibt es eine Vielzahl an Angeboten und Einrichtungen für Geflüchtete in Deutschland, in denen diese Berufsgruppen zusammenarbeiten und sich um die

<sup>57</sup> Emminghaus et al., 2003, S. 12; Vgl. Brandmaier, 2001; Soyer, 2004; Ubben, 2001.

<sup>58</sup> Brandmaier 2011, S. 139.

Menschen kümmern. Neben verschiedenen Formen der Unterbringung, z. B. Landes- und bedarfsorientierten Erstaufnahmestellen, Notunterkünften, Asylbewerberheimen und diversen Formen der Anschlussunterbringungen gibt es Angebote zur Gesundheitsversorgung, therapeutische Einrichtungen sowie Angebote zur Freizeitgestaltung oder zur (Weiter-)Bildung. Insgesamt gibt es hinsichtlich der Angebotsstruktur regionale Unterschiede aufgrund des jeweiligen örtlichen Bedarfs, den Gegebenheiten und der Akteure vor Ort. Einige Angebote richten sich an bestimmte Zielgruppen, so gibt es z. B. Angebote für Kinder oder für (junge) Männer, Frauen- und Mädchengruppen und an vielen Stellen spezielle Angebote der Betreuung und Unterbringung von unbegleiteten, minderjährigen Asylsuchende (UMA). Neben Ministerien, Behörden und Verwaltungen, die sich sowohl auf Bundes-, Länder- sowie auf kommunaler Ebene für Flüchtlinge einsetzen, werden Angebote und Einrichtungen von verschiedenen privaten oder caritativen Trägern, Verbänden oder Organisationen erbracht. Zum Teil sind es auch ehrenamtliche Gruppen, die sich für Flüchtlinge einsetzen.

Eine bundesweite Übersicht zu Anlaufstellen und Einrichtungen der Gesundheitsversorgung findet sich auf der Homepage der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA). Dort sind auch die bestehenden therapeutischen Angebote für Flüchtlinge gelistet. Von den Psychosozialen Zentren, die in der Bundesarbeitsgemeinschaft für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF) organisiert sind, liegen vier in Baden-Württemberg:<sup>59</sup>

- Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm (BFU)
- Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene (PBV) in Stuttgart
- refugio stuttgart e. V.
- Refugio Villingen-Schwenningen e. V.

Neben flächendeckend in Baden-Württemberg eingerichteten Beratungsstellen und Migrationsdiensten für Flüchtlinge<sup>60</sup> existiert in Karlsruhe mit dem Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e. V. noch ein fünftes Psychosoziales Zentrum, das jedoch kein Mitglied in der BAfF ist.

---

<sup>59</sup> Landesärztekammer Baden-Württemberg/Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2015, S. 12.

<sup>60</sup> Zum Beispiel die Arbeitsgemeinschaft Dritte Welt e. V., den Migrationsdienst der Caritas in Mannheim, die Flüchtlingssozialarbeit des Evangelischen Diakonieverband Ulm/Alb-Donau oder den Migrationsdienst der AWO in Karlsruhe. Die Webseiten der genannten Einrichtungen und Vereine sind im Literatur- und Quellenverzeichnis (Kapitel 9) aufgeführt.

Bundesweit wurden ebenfalls Angebote für Flüchtlinge bereit gestellt, z. B. eine „Ankommen-App“<sup>61</sup> mit allen wichtigen Themen für die ersten Wochen in Deutschland, der Bürgerservice-Infotelefon und der Migrationsdienst des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge sowie ein „Hilfetelefon Gewalt gegen Frauen“,<sup>62</sup> welches auch in arabischer Sprache berät.

Sowohl auf Bundes-, als auch auf Landesebene gibt es verschiedene Gruppen und Verbände, die sich für die Interessen von Flüchtlingen einsetzen, beispielsweise:

- Bundesverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge
- Informationsverbund Asyl und Migration
- Flüchtlingsrat Baden-Württemberg
- Baden-württembergische Landesarbeitsgemeinschaft für Flüchtlinge und Folteropfer

Zusätzlich findet eine Abstimmung beziehungsweise eine Koordination von Angeboten und Dienstleistungen für Flüchtlinge durch die entsprechenden Organisationen und Kammern statt, z. B. durch die Landesärzte- und Landespsychotherapeutenkammer. In Bezug auf die Versorgung von Flüchtlingen äußerten eben diese beiden Kammern die Sorge, dass eine ungenügende sozialarbeiterische Betreuung in den Anschlussunterbringungen, zum Teil auch aufgrund eines sehr niedrigen Betreuungsschlüssels, zu einem erhöhten Bedarf an Begleitung und Betreuung für Flüchtlinge in den Psychosozialen Zentren führt.<sup>63</sup> Sie stellten darüber hinaus fest, dass aktuell die Wartezeit für eine Therapie im Durchschnitt sechs bis neun Monate beträgt.<sup>64</sup>

## 7.2 Die Psychosozialen Zentren

Noch immer ist die Versorgung traumatisierter Flüchtlinge fast ausschließlich außerhalb der gesundheitlichen Regelversorgung möglich. Dies wurde in der Beschreibung der rechtlichen Rahmenbedingungen in Kapitel 5 bereits erläutert. Daher findet die medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung und Rehabilitation von Opfern von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen maßgeblich in den inzwischen 36 spezialisierten Behandlungszentren der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und

---

<sup>61</sup> Vgl. Webseite Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF).

<sup>62</sup> Vgl. Webseite Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA).

<sup>63</sup> Landesärztekammer Baden-Württemberg/Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2015, S. 43.

<sup>64</sup> Ebd.

Folteropfer e. V. (BAfF) statt.<sup>65</sup> Diese Zentren, die sich in den 80er-Jahren in Deutschland entwickelt haben, zeichnen sich insbesondere durch ihre Interdisziplinarität und ihre Kultursensibilität aus. Hilfe erfolgt ohne ausländerrechtliche Beschränkungen und wird unabhängig von Nationalität oder anderen Zugehörigkeiten gewährt.

Grundlage der nachfolgenden Ausführungen ist der BAfF-Versorgungsbericht.<sup>66</sup> Dieser stellt eine erste bundesweite Dokumentation zur psychosozialen Versorgung Geflüchteter in Deutschland zur Verfügung. Anhand der Ergebnisse einer internen Datenerhebung wird im Versorgungsbericht unter anderem überprüft, inwiefern vorhandene Versorgungsangebote für Geflüchtete verfügbar, zugänglich und tatsächlich erreichbar sind. Im Folgenden werden zentrale Ergebnisse zusammengefasst und einzelne Aspekte der Arbeits- und Organisationsstruktur der Psychosozialen Zentren beschrieben, die für die Konzipierung einer Anlaufstelle für Freiburg relevant sind.

#### *Finanzierung der Psychosozialen Zentren*

Ein typisches Psychosoziales Zentrum muss mit einem jährlichen Budget von etwa 227 000 Euro haushalten. Jedoch variieren sowohl die Anteile verschiedener Förderer als auch die Höhe des jährlichen Budgets über die Psychosozialen Zentren hinweg enorm. Kleinere Zentren haushalten mit 80 000 bis 180 000 Euro pro Jahr. Wenige große Zentren wirtschaften mit Budgets im sechsstelligen Bereich mit bis zu 2,1 Millionen Euro. Dabei erhalten die Psychosozialen Zentren für ihre Versorgungsangebote keine strukturelle Finanzierung, sondern die Versorgungsangebote werden über eine äußerst instabile und aufwendige Mischfinanzierung getragen.<sup>67</sup> Tabelle 8 zeigt die Fragmentierung dieser Finanzierungsstrukturen.

---

<sup>65</sup> Vgl. Webseite BAfF. Siehe Übersicht aller angeschlossenen Psychosozialen Zentren und Fördermitglieder in Anlage A1.

<sup>66</sup> BAfF, 2015b.

<sup>67</sup> BAfF, 2015a, S. 2.

Tabelle 8: Finanzierungsbasis der Psychosozialen Zentren

Anteil	Finanzmittel
24%	Europäischer Flüchtlingsfond (EFF)
15%	Sonstige Gelder
11%	Stiftungsgelder
11%	Kommunale Mittel
11%	Landesmittel
8%	Bundesmittel
7%	Spenden, Mitgliedsbeiträge etc.
6%	Sonstige öffentliche Mittel
5%	Therapiefinanzierung

Quelle: BAfF 2015, S. 47.

Betrachtet man das gesamte Angebotsspektrum über die Psychosozialen Zentren hinweg, so muss der Großteil des Finanzierungsbedarfs durch Fördermittel abgedeckt werden. Allerdings haben nicht alle Zentren Zugang zu allen Förderquellen und auch kommunale Unterstützung ist nicht überall gegeben. In der Regel sind auch keine Bundesmittel abrufbar und nur in Ausnahmefällen besteht die Möglichkeit, Therapien über Krankenkassen oder Sozialämter abzurechnen.<sup>68</sup> Den größten Teil ihres Budgets haben daher bislang fast alle Einrichtungen über zeitlich begrenzte Projektgelder aus dem Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF) bezogen. Weitere Finanzmittel sind beispielsweise Stiftungs- und Spendengelder, die jedoch in ihrer Verfügbarkeit jährlich schwankend und zum Jahresbeginn nicht verfü- und planbar sind und einen hohen administrativen Aufwand erfordern. Dies macht die Finanzierung der Zentren zu einem großen Unsicherheitsfaktor.<sup>69</sup>

Diese Unsicherheit wird aktuell noch verstärkt: Der EFF wurde mit Beginn des Jahres 2015 durch den damals neu eingerichteten Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) ersetzt. AMIF ist ein europäischer Fond, der für Deutschland durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge als EU-zuständige Behörde verwaltet wird. Im Rahmen des AMIF gibt es Ausschreibungen mit verschiedenen thematischen Schwerpunkten, die in regelmäßigen Abständen ausgeschrieben werden. Mit der Umstrukturierung des Fonds gingen jedoch extreme zeitliche Verzögerungen in der Bearbeitung und Bewilligung der Projektgelder einher, die zu reduzierten Ver-

<sup>68</sup> BAfF, 2015b, S. 47.

<sup>69</sup> Ebd., S. 58.



sorgungskapazitäten führten und teilweise sogar den Bestand der Psychosozialen Zentren nach wie vor akut bedrohen.<sup>70</sup>

Mit der AMIF-Förderung sind auch eine ganze Reihe von Anforderungen verbunden, die zusätzlich zu Stolpersteinen werden können: Nach Veröffentlichung der AMIF-Ausschreibung sind Träger und Vereine zunächst aufgefordert, entsprechende Projektanträge einzusenden und sich um eine Förderung aus Mitteln des AMIF zu bewerben. Im Rahmen der Ausschreibung 2015 wurden insgesamt fast drei Millionen Euro an Fördermitteln bereitgestellt, welche an die bewilligten Projekte ausgeschüttet wurden. Da die Fördersumme pro Jahr mindestens 100 000 Euro pro Projekt betragen muss, was bei einer Förderung von maximal 75 Prozent der Projektkosten einem jährlichen Finanzvolumen von mindestens 133 333 Euro entspricht, sind es in der Regel recht große Projekte, die eine AMIF-Förderung erhalten.

Für die Ausschreibung im Jahr 2014 gingen über 400 Projektanträge beim Bundesministerium der Finanzen (BMF) ein, was ebenfalls zu sehr langen Bearbeitungszeiten und zum anderen zu einer hohen Anzahl abgelehnter Projekte geführt hat. Wie sich dies für aktuelle kommende Ausschreibungen verhält, ist nicht bekannt. Allerdings zeigen Berichte aus der Praxis, dass es nach wie vor nicht ganz einfach ist, ein Projekt im Rahmen der AMIF-Förderung bewilligt zu bekommen.

Die nächste Ausschreibung wird voraussichtlich Ende 2016 vom BMF herausgegeben und eröffnet dann die Möglichkeit, sich mit neuen Projekten zu bewerben. Zum aktuellen Zeitpunkt stehen jedoch die neuen Zielbereiche und Maßnahmen noch nicht fest, diese werden erst mit der Ausschreibung bekannt gegeben.<sup>71</sup>

Zudem besteht eine weitere generelle Hürde, die sich aus der Novellierung des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) ergibt, das am 1. März 2015 in Kraft getreten ist.<sup>72</sup> Mit der Asylanerkennung beziehungsweise der Erteilung eines subsidiären Flüchtlingsschutzes (nach §§ 60 Abs. 1-7 AufenthaltsG) werden die Betroffenen gesetzlich krankenversichert. Eine Fortsetzung der begonnenen Therapie, die vom Sozialamt als Kostenträger übernommen wurde, wird von den dann zuständigen Krankenkassen in der Regel verwehrt, da die Psychosozialen Zentren nicht als Vertragspartner der Krankenkassen anerkannt sind und ihre Leistungen daher nicht mit den Krankenkassen abrechnen können. Da Dolmetscherkosten von der gesetzli-

---

<sup>70</sup> BAfF, 2015a, S. 1.

<sup>71</sup> Über die Veröffentlichung der Ausschreibung informiert das Bundesamt zu gegebener Zeit in seinem regelmäßig herausgegeben Newsletter „EU-Fonds Infobriefe“, welcher auf der Seite des BAMF abonniert werden kann.

<sup>72</sup> Landesärztekammer Baden-Württemberg/Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2015, S. 59.

chen Krankenversicherung ebenfalls grundsätzlich nicht bezahlt werden, können auch diese – von den Sozialämtern in der Regel zugesagten Kosten – dann nicht mehr abgerechnet werden (vgl. Kapitel 5).

Vor diesem Hintergrund sind die Landesregierungen, aber auch der Bund und die Kommunen besonders gefragt. Das Land Baden-Württemberg hat ein spezielles Finanzierungsmodell entwickelt. Hier haben die Landespolitik, die Kirchen und großen Wohlfahrtsverbände, aber auch die Landesärztekammern und Landespsychotherapeutenkammern die Bedeutung der Psychosozialen Zentren für die Versorgung und die Inklusion Geflüchteter, auch für den breiteren gesellschaftlichen Zusammenhang, erkannt.<sup>73</sup> Im Doppelhaushalt 2015 / 2016 erhält jedes der fünf Psychosozialen Zentren in Baden-Württemberg (BFU Ulm, PBV Stuttgart, refugio stuttgart e. V. und Regionalstelle Tübingen, Refugio Villingen-Schwenningen) jährlich 100 000 Euro vom Land – aus versorgungspolitischen Gründen unabhängig von der Größe des Psychosozialen Zentrums, was je nach Größe des Zentrums bereits 20 bis 50 Prozent der Versorgungskosten sicherstellt. Ob und wie viel Zuschüsse die Psychosozialen Zentren auch in den Folgejahren bekommen, soll von der jeweiligen aktuellen Haushaltslage abhängig gemacht werden. Auch Mittel der Kirche entsprechen im Mittel etwa der Höhe der Landesmittel und stellen 20 bis 25 Prozent der Finanzierung. Jedoch kann der tatsächliche finanzielle Bedarf damit noch immer nicht gedeckt werden. Einen Teil des Leistungsspektrums finanziert auch in Baden-Württemberg der AMIF: „Würde dies wegfallen oder stark gekürzt werden, müssten wir unser Programm stark einschränken, was ein großer Verlust für unsere Klientinnen und Klienten und für den Verein ein herber Rückschlag wäre. Wir versuchen natürlich mit größter Anstrengung einen Ausgleich durch eine Mischfinanzierung zu schaffen. Dabei ist die Förderung, die wir durch das Land erhalten, eine große Unterstützung. Auch kirchliche Mittel und Privatspenden sind eine große Hilfe. Solange dies so funktioniert und weiter ausgebaut werden kann, haben wir Hoffnung. Aber von einer sicheren Lage kann dennoch noch nicht die Rede sein“.<sup>74</sup>

Daher schließen sich die Psychosozialen Zentren in Baden-Württemberg der Forderung der BAfF an: „Bund, Länder und Kommunen müssen ihren Versorgungsauftrag, den sie auch nach internationalen Konventionen wie der EU-Aufnahmerichtlinie und der UN-Antifolterkonvention haben, wahrnehmen: Es müssen dringend strukturell verlässliche und nachhaltige Ressourcen mobilisiert werden, um die bestehenden Behandlungsmöglichkeiten in den Psychosozialen Zentren zu erhalten und zu

---

<sup>73</sup> BAfF, 2015a, S. 4.

<sup>74</sup> BAfF, 2015a, S. 4.

konsolidieren beziehungsweise dort, wo es noch keine Angebote gibt, zu etablieren“.<sup>75</sup> Konkret muss laut der Psychosozialen Zentren in Baden-Württemberg daher vor allem an folgenden Punkten angesetzt werden:

- Erhöhung der öffentlichen Förderung von Psychosozialen Zentren und Einrichtungen durch die jeweils zuständigen Gebietskörperschaften
- Übernahme von Kosten für Dolmetscherinnen und Dolmetscher sowie Fahrtkosten durch die gesetzlichen Krankenkassen
- Kassenzulassung Psychosozialer Zentren und Einrichtungen
- Reduktion des administrativen Aufwands (z. B. Antragsstellung auf Therapie im Einzelfall)

Dies macht deutlich, wie anfällig die Finanzierungsbasis der Psychosozialen Zentren nach wie vor ist. Eine professionelle systemische Versorgung traumatisierter Flüchtlinge kann allerdings nur dann nachhaltig stattfinden, wenn deren Finanzierung gesichert ist. Dies gilt in besonderem Maße für die neue Einrichtung einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge in Freiburg. Die Erhöhung des Landeszuschusses in Baden-Württemberg ist ein bedeutender erster Schritt in diese Richtung. Eine Ausweitung der Strukturförderung auf ca. 70 Prozent des notwendigen Finanzierungsbedarfs der Psychosozialen Zentren durch Kommune, Bund und Land ist jedoch unausweichlich, sollen Qualität und Nachhaltigkeit der Versorgung traumatisierter Flüchtlinge gesichert sein.<sup>76</sup>

#### *Angebots- und Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren*

Die Psychosozialen Zentren setzen zwar unterschiedliche Schwerpunkte in ihrem Angebotsspektrum, inhaltlich sind sie sich jedoch ähnlich. Um jedoch überhaupt eine Beratung anbieten zu können, bedarf es der sprachlichen Vermittlung – 70 Prozent der Erstkontakte benötigen eine Dolmetscherin oder einen Dolmetscher, um eine Verständigung zwischen Klientinnen und Klienten mit den Mitarbeitenden zu ermöglichen. Das hauptsächliche Versorgungsangebot des Großteils der Zentren beinhaltet:<sup>77</sup>

---

<sup>75</sup> Ebd., S. 5.

<sup>76</sup> Landesärztekammer Baden-Württemberg/Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2015, S. 65.

<sup>77</sup> BAfF, 2015b, S. 29.

- Erstgespräche und Clearing
- Stabilisierung und Krisenintervention
- Psychosoziale Beratung und therapiebegleitende sozialarbeiterische und pädagogische Angebote
- Information zu allen Lebensbereichen des Asyl-, Aufenthalts-, Sozial-, Arbeitsrechts o. ä.
- Hilfen zur sozialen Integration und Rehabilitation – tätige und lebenspraktische Unterstützung
- Individuell abgestimmte Diagnostik und Therapie
- Medizinische und körpertherapeutische Methoden und Verfahren
- Stellungnahmen in aufenthaltsrechtlichen und sozialen Fragen
- Anleitung von thematischen Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen

Zusätzlich zu den psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten und sozialarbeiterischen Beratungsangeboten werden zahlreiche kultursensible Angebote gemacht, wie beispielsweise Deutsch- oder Computerkurse, Gruppentherapien, Krisenintervention oder spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche. Auch das Einbeziehen Freiwilliger (Mentorinnen- und Mentorenprojekte) sowie die Vermittlung von Vormundschaften für UMA werden von einigen Psychosozialen Zentren übernommen.<sup>78</sup>

Neben der direkten Arbeit mit Klientinnen und Klienten gehören auch die Erweiterung der Ressourcen für die Flüchtlingsarbeit sowie die Sensibilisierung der Öffentlichkeit zum Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren. Diese werden insbesondere durch Öffentlichkeits- und Lobbyarbeit, Informations- und Fortbildungsveranstaltungen sowie durch Multiplikatorinnen- und Multiplikatorenarbeit und Vernetzung erreicht.<sup>79</sup>

#### *Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterstruktur der Psychosozialen Zentren*

Das breite Angebots- und Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren zeigt die Notwendigkeit der Interdisziplinarität der Beschäftigten. Das fachliche Wissen in den Zentren umfasst daher zahlreiche Kompetenzen in unterschiedlichen Bereichen. Neben einer Einrichtungsleitung sind in den Psychosozialen Zentren in der Regel Sachbearbeiterinnen und Sachbearbeiter, Psychologinnen und Psychologen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter sowie Therapeutinnen und Therapeuten beschäf-

---

<sup>78</sup> Ebd., S. 31.

<sup>79</sup> Ebd., S. 29.

tigt.<sup>80</sup> Letztere übernehmen neben den klassischen psychotherapeutischen Aufgabenbereichen auch einen hohen Anteil der psychologischen Diagnostik und Begutachtung, des Clearings und der Krisenintervention. Dabei werden häufig auch Personen beraten oder betreut, die nicht beziehungsweise noch nicht in einer therapeutischen Behandlung sind. Da viele der Klientinnen und Klienten Dolmetschende benötigen, sind diese in den Psychosozialen Zentren in der Regel ebenfalls vertreten. Dolmetschende und Therapeutinnen und Therapeuten werden jedoch hauptsächlich auf Honorarbasis vergütet.<sup>81</sup>

Die medizinische Versorgung in den Zentren ist nebensächlicher – in nur rund der Hälfte der Psychosozialen Zentren sind Ärztinnen und Ärzte beschäftigt. Stattdessen sind Kooperationen mit niedergelassenem medizinischem Fachpersonal relevant.

Der BAFF-Versorgungsbericht kommt hinsichtlich Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterstruktur der Psychosozialen Zentren zu folgenden Kompetenzanteilen:

- 36 Prozent auf den Bereich Psychotherapie
- 20 Prozent auf die Sozial- und Asylberatung
- 16 Prozent auf Administration und Verwaltung
- 13 Prozent auf Kunst-, Musik- und Theatertherapien
- 12 Prozent auf Fundraising, Advocacy und sonstige Arbeitsbereiche sowie
- 4 Prozent auf medizinische Versorgung.<sup>82</sup>

Diese personellen Ressourcen sind durchschnittlich folgendermaßen verteilt:

- 31 Prozent Festangestellte, die 63 Prozent der Gesamtarbeitszeit leisten
- 61 Prozent freie Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die 14 Prozent der Gesamtarbeitszeit leisten
- 8 Prozent Praktikantinnen und Praktikanten sowie Minijoberinnen und Minijobber, die 23 Prozent der Gesamtarbeitszeit beitragen<sup>83</sup>

Ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum verfügt insgesamt über vier Vollzeitstellen.

---

<sup>80</sup> Ebd., S. 31.

<sup>81</sup> Ebd.

<sup>82</sup> Ebd., S. 32. Auf Basis dieser Ergebnisse wurde der Kostenrahmen und Kalkulationseckwerte für eine Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge in Freiburg vorgenommen. Vergleiche hierzu Kapitel 8.2.

<sup>83</sup> Ebd., S. 40.

### *Kapazität der Psychosozialen Zentren*

Die personellen Ressourcen genügen in der Regel nicht der Anzahl der Klientinnen und Klienten. Die Psychosozialen Zentren haben daher meist nicht die Zeit, ihr Klientel ausreichend zu versorgen. Stattdessen ergeben sich lange Wartezeiten von bis zu einem Jahr, bis die betroffene Person Angebote in Anspruch nehmen kann. In vielen der von der BAfF untersuchten Psychosozialen Zentren stehen weit mehr Personen auf den Wartelisten, als in der Regel pro Monat aufgenommen werden können. Dies hat zur Folge, dass viele Flüchtlinge, die psychosoziale Unterstützung dringend benötigen, unzureichend oder gar nicht versorgt werden.<sup>84</sup>

Diese und andere Herausforderungen, aber auch Erfolgsfaktoren, müssen im Hinblick auf die Anlaufstelle in Freiburg über die aggregierten Daten und Ergebnisse des Versorgungsberichtes hinaus detaillierter betrachtet werden. Zu diesem Zweck wurde von der Evangelischen Hochschule unter den Psychosozialen Zentren eine kurze standardisierte Befragung zu den individuellen Bewertungen, Einschätzungen und Erfahrungen aus fachlicher Perspektive durchgeführt, deren Ergebnisse im nächsten Kapitel dargestellt werden.

## **7.3 Standardisierte Befragung der Psychosozialen Zentren**

Welche Empfehlungen können für die Konzipierung einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge gegeben werden? Welche Aspekte sollten unbedingt berücksichtigt werden und wie sollte die Einrichtung arbeiten? Wo liegen Stolpersteine? Antworten auf diese Fragen liefert die unter den 36 Mitgliedszentren und Fördermitgliedern der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (BAfF) durchgeführte teilstandardisierte Befragung.<sup>85</sup>

Inhaltliche Schwerpunkte der Befragung waren Empfehlungen der Befragten zum Aufbau sowie den Arbeits- und Organisationsformen einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge.<sup>86</sup> Konkret wurde gefragt nach:

- Anregungen für die Konzipierung einer Anlaufstelle
- Empfehlung der Aufteilung von Qualifikationsprofilen
- Empfehlung der Anteile verschiedener Arbeitsformen

---

<sup>84</sup> Ebd., S. 41ff.

<sup>85</sup> Vgl. Kapitel 2.2.

<sup>86</sup> Siehe Fragebogen im Anhang A2.

- Empfehlung der Anteile verschiedener Arbeitsfelder
- Bewertung von Aussagen zu Arbeits- und Organisationsformen

Einige Befragte stellten zudem weiterführende Informationen über die Arbeit ihrer Einrichtung, wie beispielsweise Konzeptionen, Berichte oder andere Dokumente, zur Verfügung.

*Anregungen für die Konzipierung einer Anlaufstelle*

„Welche Anregungen können Sie uns für die Konzipierung einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge geben?“ Diese Einstiegsfrage führte die Teilnehmerinnen und Teilnehmer zu dem Befragungsthema hin und gab ihnen zunächst die Möglichkeit, ihre Vorstellungen, Erwartungen und Hinweise bezüglich einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge in einem offenen Antworttext zu formulieren. Von zehn Befragten wurden insgesamt 41 Aspekte zu Arbeitsformen, Angeboten, Personalstrukturen, Räumlichkeiten, Kooperationen und Stolpersteinen angeführt. Einige Aspekte wurden doppelt (2) oder dreifach (3) genannt. Tabelle 9 gibt die Antworten der Befragten je Themenbereich sinngemäß wieder.

Tabelle 9: Offene Angaben zur Einrichtung einer Anlaufstelle

Thema	Nennung
Arbeitsform	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Niedrigschwelliges Angebot</li> <li>■ Viele Kompetenzen unter einem Dach oder gute örtliche Vernetzung</li> <li>■ Orientierung an fachpsychiatrisch-psychotherapeutischen Ambulanzen beziehungsweise interkulturellen Ambulanzen</li> <li>■ Multidisziplinäres Arbeiten: Medizin, Psychotherapie, Sozialberatung, rechtliche Beratung</li> <li>■ Pädagogische Ausrichtung (Kinder- und Jugendarbeit)</li> </ul>
Angebote	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Netzwerkarbeit und Kooperation (3)</li> <li>■ Supervision (2)</li> <li>■ Verfahrens- / sonstige rechtliche Hilfen, z. B. Vertrauensanwalt mit telefonischer Beratung (2)</li> <li>■ Dolmetscherpool</li> <li>■ Schulung von Dolmetscherinnen und Dolmetschern Supervision</li> <li>■ Sozialarbeiterische Hilfen</li> <li>■ Notfallbehandlung</li> <li>■ Vermittlung an die stationären Aufnahmen</li> <li>■ Verwaltungs- und Öffentlichkeitsarbeit</li> </ul>

Personal – Kompetenzen	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Interkulturelles Team (2)</li> <li>■ Interdisziplinäres und multiprofessionales Team</li> <li>■ Klinische Ausbildung</li> <li>■ Kompetenzen in humanitärer Hilfe beziehungsweise Regionalwissenschaften / Ethnologie</li> <li>■ Wissenschaftlich anerkannte Qualifikation in Psychotraumatologie und / oder Traumapädagogik der Psychologen und Sozialarbeiter</li> <li>■ BAfF-Qualitätsanforderungen</li> </ul>
Personal – Berufe	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Dolmetscherinnen und Dolmetscher (3)</li> <li>■ Kunst- / Musiktherapeutinnen und -therapeuten (2)</li> <li>■ Sprach- / Integrationsmittlerinnen und -mittler</li> <li>■ Psychotherapeutinnen und -therapeuten</li> <li>■ Psychologinnen und Psychologen</li> <li>■ Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter</li> <li>■ Juristinnen und Juristen</li> <li>■ Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker</li> <li>■ Ergotherapeutinnen und Ergotherapeuten</li> <li>■ Yogalehrerinnen und -lehrer</li> <li>■ Pädagoginnen und Pädagogen, Sportlehrerinnen und Sportlehrer</li> <li>■ Bürofachkräfte</li> <li>■ Öffentlichkeitsreferentinnen und Öffentlichkeitsreferenten</li> </ul>
Räumlichkeiten	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Räumlichkeiten gut auswählen (möglichst zentral, mit Wartebereich)</li> <li>■ Angenehme Räumlichkeiten mit einer Teeküche und auch Aufenthaltsmöglichkeiten (Klientel kommt aus kollektiven Gesellschaften)</li> </ul>
Kooperation	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Kooperation mit einer Flüchtlingsberatungsstelle, die aufenthalts- und sozialrechtliche Beratung anbietet</li> </ul>
Stolpersteine	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Zeit für formale Anforderungen von Geldgebern einplanen (Dokumentation, Berichte, Anträge etc.)</li> <li>■ Einplanung eines angemessenen Budgets für die Sprachmittlerinnen und Sprachmittler (keine Kostenübernahmen)</li> <li>■ Schaffung von unbefristeten Arbeitsplätzen und ausreichend Mittel für die Supervision und Fortbildung des Fachpersonals</li> <li>■ Keine Beratung von sich in elementarer Unsicherheit befindenden Personen durch solche, deren Situation ebenfalls durch finanzielle Unsicherheit gekennzeichnet ist</li> </ul>



### Qualifikationsprofile

Eine Anlaufstelle kann unterschiedliche Qualifikationsprofile aufweisen. Welche Aufteilung an Qualifikationsprofilen die Befragten in einer neu einzurichtenden Anlaufstelle empfehlen, zeigt Abbildung 11:



Abbildung 11: Empfohlene Aufteilung der Qualifikationsprofile

Den größten Anteil (45 Prozent) sollte nach Meinung der Befragten die psychologische beziehungsweise psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen einnehmen, wobei die Beurteilungen der Befragten stark divergieren. Die Spannweite der Antworten liegt hier bei 35 Prozent, d. h. der geringste empfohlene Anteil lag bei 25 Prozent und der höchste bei 60 Prozent. Weitere 30 Prozent Anteil räumen die Expertinnen und Experten psychosozialen Beratungsangeboten ein, die beispielsweise von den Berufsgruppen Soziale Arbeit, Recht oder Medizin gemacht werden können. Für Administration und Verwaltung werden 15 Prozent vorgesehen, weitere zehn Prozent sollten sonstigen Angeboten vorbehalten sein. In diesem Zusammenhang werden in erster Linie Gremien- und Öffentlichkeitsarbeit, Multiplikatoren- und Netzwerkarbeit sowie Fortbildungsangebote genannt. Zudem nennen die Befragten auch den Einbezug weiterer Berufsgruppen (z. B. Medizinerinnen und Mediziner, Krankengymnastinnen und Krankengymnasten, Heilpraktikerinnen und Heilpraktiker, Sprach- / Kulturmittlerinnen und -mittler) sowie Ehrenamtlicher. Auch zusätzliche Gruppenangebote in den Bereichen Kunst, Musik, Kochen, Sport etc. werden empfohlen.

### *Arbeitsformen einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge*

Auch der mögliche Anteil an verschiedenen Arbeitsformen wird von den Befragten differenziert beurteilt.

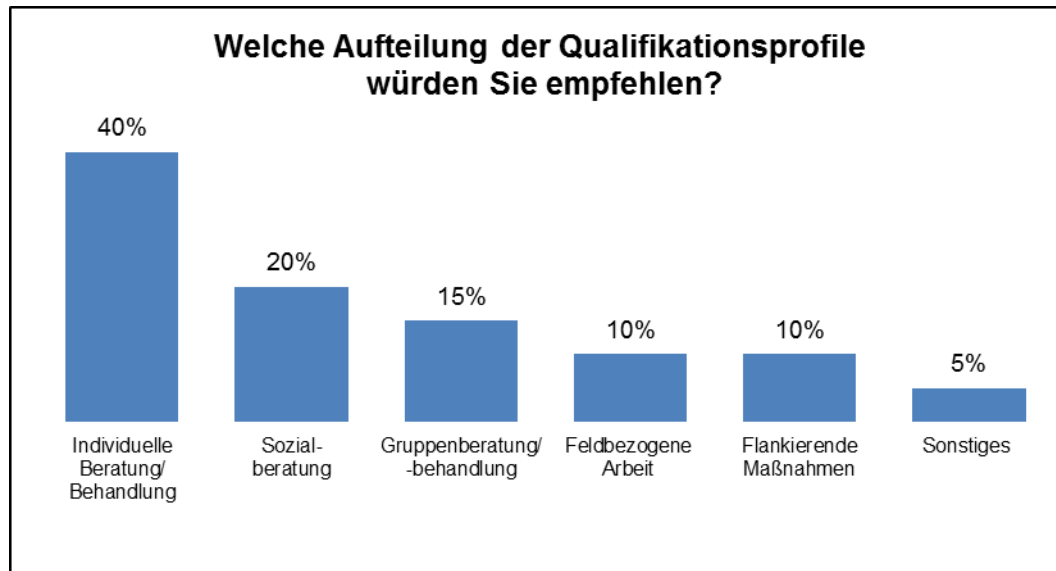


Abbildung 12: Empfohlene Aufteilung von Arbeitsformen

Der Schwerpunkt der Arbeitsformen wird auf die individuelle Beratung und Behandlung gelegt (40 Prozent). Der Anteil an Sozialberatung (z. B. Asylantrag, Wohnungssuche, Arbeits- / Ausbildungsvermittlung) sollte nach Meinung der Befragten ein Fünftel (20 Prozent) betragen und der Gruppenberatung / -behandlung werden 15 Prozent eingeräumt. Diese beiden Items weisen mit je 35 Prozentpunkten die größte Spannweite auf. Für die feldbezogene Arbeit mit Fokus auf die örtliche Hilfestruktur für die in der Flüchtlingsarbeit tätigen Fachkräfte (z. B. Fortbildung, Beratung, Vernetzung, Vermittlung) und flankierende Maßnahmen (z. B. Kinderbetreuung, bildungsorientierte Angebote, freizeitorientierte Angebote) empfehlen die Befragten jeweils zehn Prozent. Weitere fünf Prozent halten sie sonstigen Arbeitsformen vor. Genannt werden in diesem Zusammenhang medizinische Untersuchungen, Netzwerk- sowie administrative Tätigkeiten.

### *Arbeitsfelder einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge*

Eine Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge kann verschiedene Arbeitsfelder mit unterschiedlicher Gewichtung abdecken. Psychologische Beratung ist nach den Befragten ein Arbeitsfeld, das zumindest einen mittleren bis sehr hohem Anteil innerhalb einer Anlaufstelle einnehmen sollte. Rund vier von fünf Expertinnen und Experten (81 Prozent) geben einen hohen oder sehr hohen Anteil an. Auch den

psychoedukativen Angeboten zur Stabilisierung und Traumabewältigung wird ein hoher Stellenwert eingeräumt. Diese sollten laut 72 Prozent der Befragten einen eher oder sehr hohen Anteil einnehmen. Ähnlich wird der Anteil Psychosozialer Beratung bewertet, wobei hier mehr als die Hälfte aller Befragten (55 Prozent) einen „eher hohen Anteil“ angibt und weitere 18 Prozent der Meinung sind, die psychosoziale Beratung sollte einen sehr hohen Anteil einnehmen. Bezüglich eines Clearing-Angebotes gehen die Meinungen auseinander: 45 Prozent räumen diesem einen hohen Anteil ein, genauso viele halten einen mittleren Anteil für ausreichend. Genauso verhält es sich mit der Bewertung der Vermittlung von therapeutischer / medizinischer Behandlung: die Hälfte der Befragten gibt an, diese sollte einen eher hohen oder sehr hohen Anteil einnehmen, die andere Hälfte spricht sich für einen mittleren Anteil aus. Der geringste Anteil im Vergleich zu den anderen Arbeitsfeldern wird der Lobby-, Öffentlichkeits- und Bildungsarbeit eingeräumt, wobei auch dieser Bereich keineswegs zu vernachlässigen ist: Fast drei Viertel der Befragten (73 Prozent) geben zumindest einen mittleren Anteil an, einen sehr geringen Anteil wird von neun Prozent genannt.

Sonstige Arbeitsfelder, die nach Angaben der Befragten zumindest einen mittleren Anteil einnehmen sollten sind Fundraising, Langzeitversorgung, Projektentwicklung und Projektbeantragung, Berichterstattung, Reha-Kunstgruppen, Sprach- und Kulturvermittlung, Schulung und Akquise.

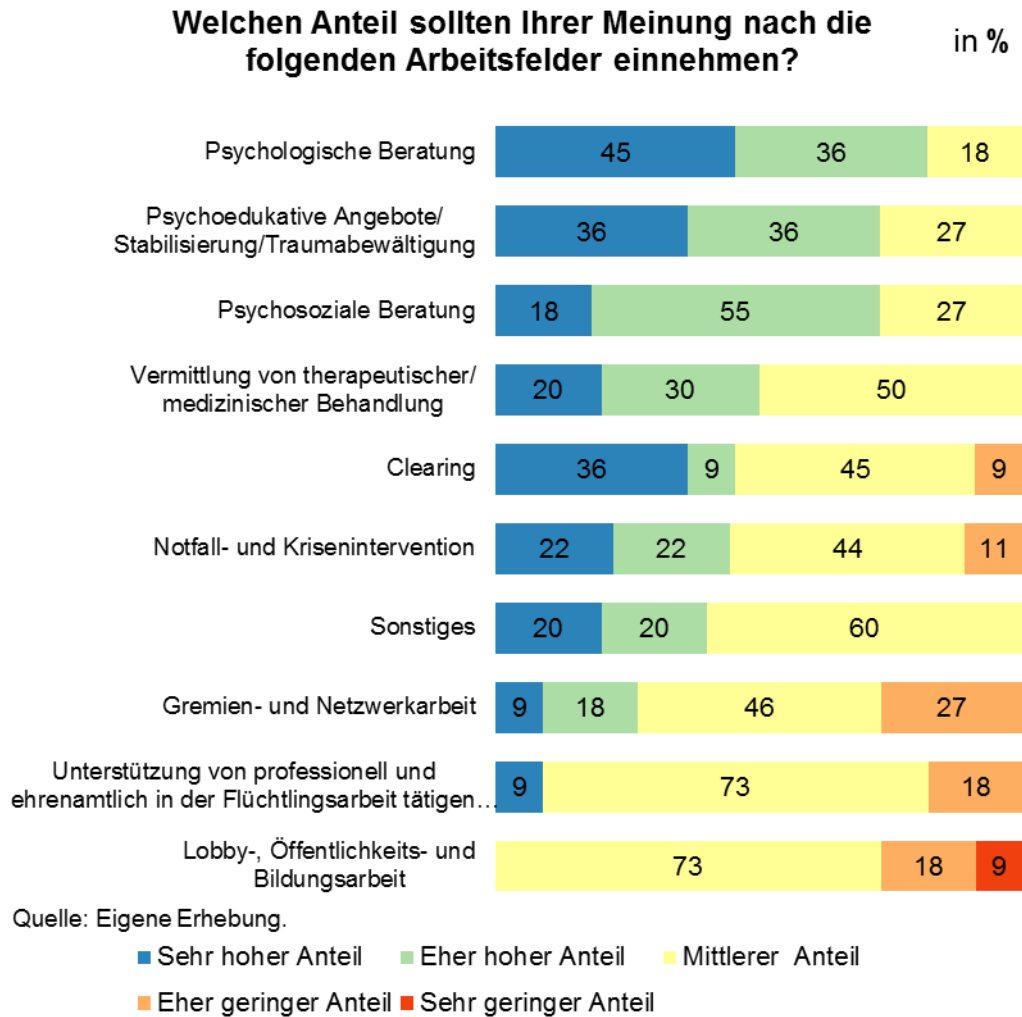


Abbildung 13: Bewertung der Anteile von Arbeitsfeldern

### *Zustimmung zu Aussagen zu einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge*

In Bezug auf die Arbeits- und Organisationsfelder einer Anlaufstelle sind alle Befragten der Meinung, Aufenthalts- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen seien im Hinblick auf die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen problematisch (40 Prozent „trifft völlig zu“, 60 Prozent „trifft eher zu“). Der Aussage „Eine Anlaufstelle sollte möglichst viele Kompetenzen und Angebote haben, stimmen vier von fünf Befragten (80 Prozent) zu, jede oder jeder Zweite hält dies sogar für völlig zutreffend). Mehr als die Hälfte der Befragten (55 Prozent) hält es für zutreffend, dass die Sicherung der Lebenssituation eine Voraussetzung für therapeutische Hilfe darstellt. Die Aussage, dass Sprache im Hinblick auf die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen ein Problem darstelle, wird ambivalent beurteilt: 44 Prozent stimmen dem zumindest teilweise zu, 55 Prozent halten diese Aussage für eher nicht (44 Prozent) oder überhaupt nicht (11 Prozent) zutreffend. Die insgesamt geringste Zustimmung

(30 Prozent) erfährt die Aussage „Für eine Anlaufstelle ist eine Mischung aus aufsuchender und ambulanter Arbeit notwendig“.

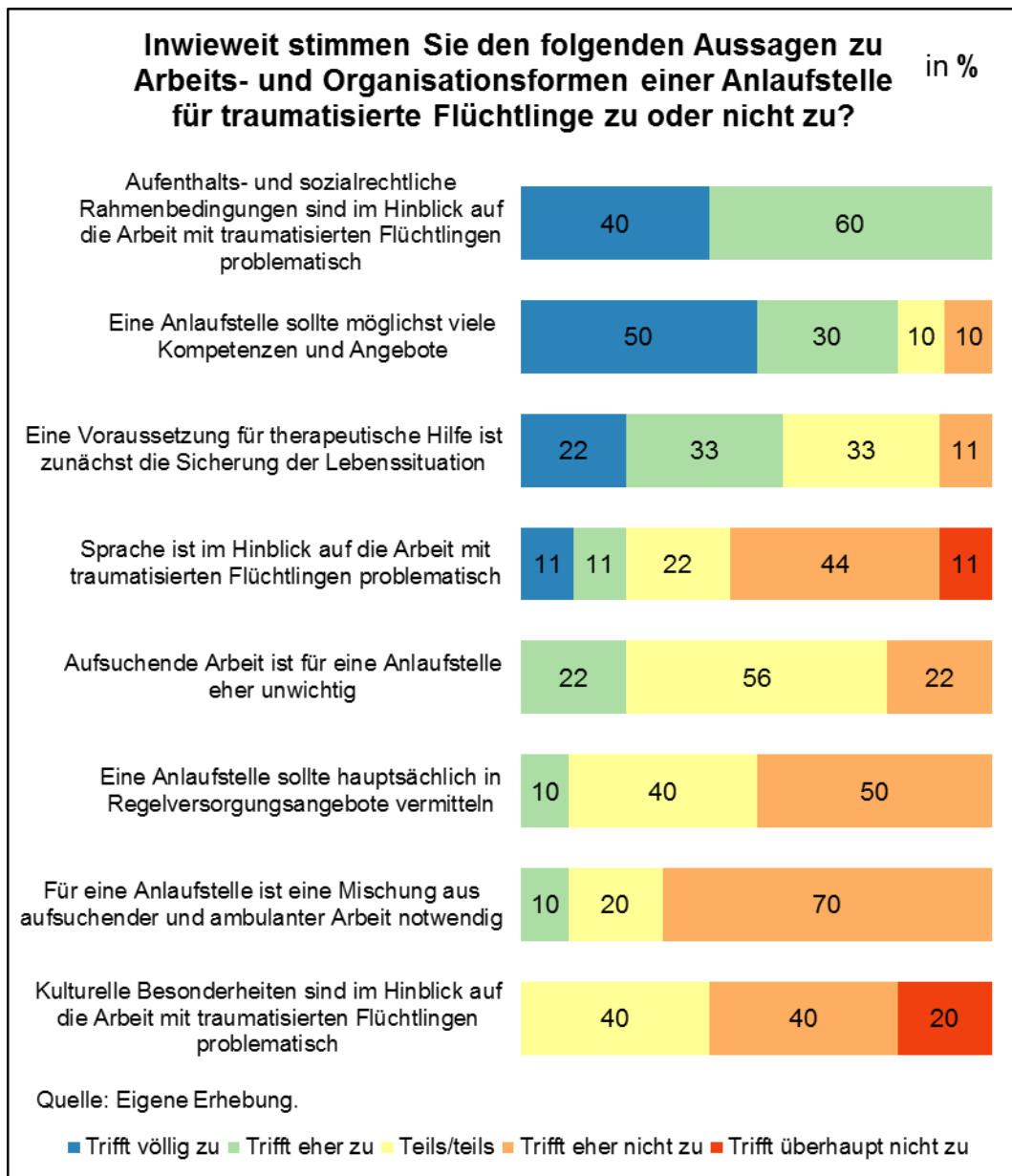


Abbildung 14: Aussagen zu Arbeits- und Organisationsformen

Prinzipiell wird von den Expertinnen und Experten empfohlen, möglichst viele multi-disziplinäre Kompetenzen und niedrighschwellige Angebote zu bündeln und gut miteinander zu vernetzen. Zuvor müssen bei der Konzipierung einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge nach Angaben der Befragten jedoch zahlreiche Hürden berücksichtigt werden. Den größten Stolperstein stellen nach Meinung der Experten die schwierigen Aufenthalts- und sozialrechtlichen Rahmenbedingungen der Flücht-

linge dar.<sup>87</sup> Eine weitere Hürde wird in der Finanzierung der Anlaufstelle gesehen, unter anderem dadurch bedingt, dass bislang von den Krankenkassen keine Dolmetscherkosten übernommen werden. Insgesamt hat die Befragung gezeigt, dass die Expertinnen und Experten den Angebotsschwerpunkt einer Anlaufstelle in der individuellen psychologischen / therapeutischen und psychosozialen Beratung und Behandlung sehen. Neben psychologischen Themen wird auch ein hoher Anteil an psychoedukativen Angeboten zur Alltagsstabilisierung als Voraussetzung einer erfolgreichen psychologischen / therapeutischen Behandlung empfohlen.

Um zudem näheren Aufschluss über die Qualitätsstandards und Empfehlungen der Einrichtungen, ethische Richtlinien sowie der unterschiedlichen Personal- und Organisationsstrukturen verschiedener Zentren und Einrichtungen zu erhalten, wurden vertiefte Analysen dreier Zentren und Einrichtungen durchgeführt.

## 7.4 Vertiefende Analysen dreier Zentren und Einrichtungen

Im nachfolgenden Kapitel werden ausgehend von einer zunächst dargestellten, vergleichenden Darstellung der drei Einrichtungen *refugio stuttgart e.V.*, Zentrum für Trauma- und Konfliktmanagement in Köln und *Xenion* in Berlin die unmittelbar ableitbaren Qualitätsstandards bzw. Empfehlungen sowie die vertretenen ethischen Leitsätze beschrieben. Darauf aufbauend werden dann wesentliche fachliche Orientierungen für den Bereich der Arbeit mit traumatisierten flüchtenden Personen formuliert. Diese orientieren sich an einem reflexiv-analytischen Mehrebenen-Modell, welches die Dimensionen Individuum, Gruppe, Organisation, Gemeinwesen bzw. Sozialraum sowie Gesellschaft umfasst. Alle genannten Ebenen stellen relevante Betrachtungsgrößen für den professionellen Aufbau einer psychosozialen Versorgung von flüchtenden Menschen dar.<sup>88</sup>

### *Einzelanalysen*

Die Analysen der einzelnen Zentren und Einrichtungen beruhen im Wesentlichen auf Expertinnen- und Experteninterviews mit Akteuren der Einrichtungen, den Webseiten sowie Geschäftsberichten und internen Dokumenten:

---

<sup>87</sup> Für die rechtlichen Rahmenbedingungen siehe Kapitel 5.

<sup>88</sup> Dieses Kapitel beruht auf einer Ausarbeitung von Frau Prof. Dr. Aschenbrenner-Wellmann und Frau Ehrismann (IAD).

- refugio Stuttgart e.V.: [www.refugio-stuttgart.de](http://www.refugio-stuttgart.de), Jahresbericht aus dem Jahr 2013<sup>89</sup>, Interviews 11 und 12 mit Dipl. Psychologinnen und Psychologen der Einrichtung
- Zentrum für Trauma- und Konfliktmanagement (ZTK) GmbH in Köln: [www.ztk-koeln.de](http://www.ztk-koeln.de), Interview 13
- XENION Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V. in Berlin: [www.xenion.org](http://www.xenion.org)

Tabelle 10 gibt einen Überblick, wie sich die einzelnen Zentren und Einrichtungen darstellen, anschließend werden die Aspekte Zahlen und Fakten, Mitarbeiterinnen und Mitarbeiterstruktur, Finanzierung und Angebote detailliert je Einrichtung beschrieben.

Tabelle 10: Tabellarische Übersicht über Zentren und Einrichtungen

	refugio stuttgart e.V.	ZTK Köln	XENION Berlin
<b>Zahlen und Fakten</b>	2013: 436 Klientinnen und Klienten, davon 240 neu in 2013  Am stärksten vertretene Herkunftsländer: Afghanistan, Türkei, Iran, Serbien, Sri Lanka, Kosovo	Keine Angaben	2013: 840 Klientinnen und Klienten aus 37 verschiedenen Ländern (66,43 % aus der Russischen Föderation)
<b>Mitarbeiternde</b>	In Stuttgart: 8 hauptamtlich Mitarbeitende (Stellenumfang insgesamt: 425 %);  In Tübingen: 4 hauptamtlich Mitarbeitende (Stellenumfang insgesamt: 245 %)  Zusätzlich ca. 35 Ehrenamtliche und 9 Honorarkräfte	9 Diplom-Psychologinnen und -Psychologen  1 Fachberaterin für Psychotraumatologie und Trauerbegleiterin  1 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  2 Diplom-Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen	6 Diplom-Psychotherapeutinnen und – Psychotherapeuten (darunter auch für spezielle Zielgruppen wie Kinder- und Jugendliche)  1 Diplom-Pädagogin mit Schwerpunkt auf Klinischer Sozialarbeit für die soziale Beratung  1 Soziologin und 1 Sozialarbeiterin für die Projektkoordination AKINDA

<sup>89</sup> refugio stuttgart e.V., 2013.

	<b>refugio stuttgart e.V.</b>	<b>ZTK Köln</b>	<b>XENION Berlin</b>
		2 Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren	<p>– Netzwerk Einzelvormundschaften</p> <p>2 Mitarbeitende für die Projektkoordination des Mentorinnen- und Mentorenprogramms</p> <p>2 beeidigte Dolmetscherinnen und Dolmetscher</p> <p>3 Verwaltungsmitarbeitende</p>
<b>Finanzierung</b>	<p>Mitgliedsbeiträge der persönlichen und institutionellen Mitglieder, Spenden und Benefizveranstaltungen,</p> <p>Förderung durch den Europäischen Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF)</p>	<p>Keine Angaben zur Finanzierung des ZTK.</p> <p>Zum Aufbau eines Zentrums sollten jedoch mindestens 250.000 Euro veranschlagt werden</p>	<p>Die Arbeit von XENION kostete 2013 durchschnittlich ca. 420 Euro pro Klientin und Klient. Davon trug das Land Berlin ca. 42 Prozent der Kosten (177 Euro) durch die Förderung des Beauftragten für Integration und Migration der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales; dazu kommen Spenden nationaler und internationaler Geldgeberinnen und Geldgeber</p>
<b>Angebote</b>	<p>Psychologische und psychotherapeutische Beratung und Begleitung, Kindertherapie, Angehörigenarbeit, Gruppenangebote, ehrenamtliche Begleitung.</p>	<p>Seminare und curriculare Weiterbildungen, unabhängige psychologische und psychotraumatologische Fachgutachten für Gerichte und Behörden, akute und mittelfristige Nachsorge nach Großschadensereignissen, kollegiale</p>	<p>Psychotherapeutische Behandlung, Soziale Beratung, kreative Therapieansätze, Bildungsmaßnahmen, Mentorinnen- und Mentorenprogramm, Netzwerk für Einzelvormundschaften.</p>



	refugio stuttgart e.V.	ZTK Köln	XENION Berlin
		Nachsorgekonzepte nach berufsbedingten Übergriffen, Konfliktmanagement und Mediation in Organisationen und Unternehmen, weltweite Betreuung und Schulung von Hilfs- und anderen Organisationen im Bereich Stressmanagement und Krisenachsorge	

*refugio stuttgart e. V.*

refugio stuttgart e.V. ist ein gemeinnütziger Verein, der sich die Beratung und Behandlung von Folterüberlebenden zur Aufgabe macht. Der Hauptsitz des Vereins befindet sich in Stuttgart, es gibt auch eine Außenstelle in Tübingen. refugio stuttgart e.V. leistet:

- Psychologische und psychotherapeutische Beratung und Begleitung, Feststellung seelischer Verletzungen, Hilfen in Krisensituationen, Vermittlung von psychotherapeutischer Behandlung
- Soziale Beratung und Hilfe in Zusammenarbeit mit Sozialberaterinnen und Sozialberatern von Kommunen, Wohlfahrtsverbänden und Flüchtlingsorganisationen
- Medizinische Beratung und Hilfe, Feststellung gesundheitlicher Schäden, Vermittlung von fachärztlicher Beratung, Planung spezifischer Therapien, Informationen über die Arbeit mit gefolterten Menschen
- Weitervermittlung zu Anwältinnen und Anwälten, Fachärztinnen und Fachärzten, zur psychiatrischen Ambulanz, in die Kunst- oder Musiktherapie etc.
- Öffentlichkeitsarbeit

refugio stuttgart e.V. arbeitet auf Landes- und Bundesebene mit anderen Psychosozialen Zentren zusammen und ist Mitglied bei der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF).

### a) Zahlen und Fakten

Der Einzugsbereich von refugio stuttgart ist groß; der Schwerpunkt liegt jedoch in Stuttgart und Umgebung. Im Jahr 2013 hat refugio stuttgart insgesamt 436 Klientinnen und Klienten betreut, 240 davon wurden in diesem Jahr neu aufgenommen. Die am stärksten vertretenen Herkunftsländer waren 2013: Afghanistan (23,4 Prozent), Türkei (19,6 Prozent), Iran (11,7 Prozent), Serbien (5,3 Prozent), Sri Lanka (4,6 Prozent) und Kosovo (4,1 Prozent). Insgesamt kommen Menschen aus mehr als 40 Nationen als Klientinnen und Klienten zu refugio; ca. 60 Prozent sind männlich und ca. 67 Prozent sind zwischen 19 und 39 Jahre alt. Ebenfalls ca. 60 Prozent der Klientinnen und Klienten besitzen eine Aufenthaltsgestattung, weitere 25 Prozent sind Geduldete. Häufigste Diagnosen sind depressive Störungen, gefolgt von Posttraumatischer Belastungsstörung (PTBS) und chronischer posttraumatischer Störung.

Wie die meisten Psychosozialen Zentren in Deutschland arbeitet refugio stuttgart mit einer Warteliste für Klientinnen und Klienten; die Wartezeit beträgt derzeit etwa 6 Monate.

### b) Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterstruktur

Die Anzahl der Mitarbeitenden gestaltet sich folgendermaßen:

- In Stuttgart: 8 hauptamtlich Mitarbeitende (Stellenumfang insgesamt: 425 Prozent);
- In Tübingen: 4 hauptamtlich Mitarbeitende (Stellenumfang insgesamt: 245 Prozent)
- Ca. 35 Ehrenamtliche in den Bereichen Klientinnen- und Klientenarbeit, ärztlicher Bereich, Telefondienst, Verwaltung, Familienbegleitung und Öffentlichkeitsarbeit.
- Neun Honorarkräfte

Einige der Mitarbeitenden haben Zusatzausbildungen in systemischen Methoden, sodass auf die Einbeziehung der Familien der Klientinnen und Klienten geachtet wird. Für die Mitarbeitenden werden neben regelmäßigen (wöchentlichen) Fallbesprechungen im Team (methodisch und inhaltlich) auch Team- oder Fall-Supervision mit externen Kräften angeboten.

### c) Finanzierung

refugio stuttgart finanziert sich aus den Mitgliedsbeiträgen seiner persönlichen und institutionellen Mitglieder, durch Spenden sowie durch Benefizveranstaltungen. Der

Verein wird vom Europäischen Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) gefördert. Außerdem erhält refugio stuttgart Unterstützung verschiedener Stiftungen wie „Hilfe für Folterüberlebende“ und die Lechler-Stiftung. Auch der Caritasverband für Stuttgart und das Land Baden-Württemberg tragen zur Finanzierung bei. Ein erheblicher Teil der finanziellen Mittel muss jedoch jährlich bei verschiedensten Stellen neu beantragt werden.

#### d) Angebote

- Psychologische und psychotherapeutische Beratung und Begleitung
- Kindertherapie
- Gruppe für junge Mädchen
- Angehörigenarbeit
- Gruppenangebote:

Die Regionalstelle Tübingen von refugio stuttgart hat ein Konzept für ein zeitlich begrenztes Angebot – acht Termine – in einer homogenen Gruppe (sprachlich bzw. in Bezug auf das Herkunftsland homogen) entwickelt. Die Gruppe besteht neben zwei ausgebildeten bzw. eingearbeiteten Leitungspersonen aus sechs bis zehn Teilnehmenden und einer Dolmetscherin oder einem Dolmetscher. Es handelt sich einerseits um eine offene Gesprächsrunde, andererseits wird auch Psychoedukation angeboten; es gibt Körperübungen und Trance-Übungen. Einerseits werden in der Gruppe wesentliche Inhalte zur Selbsthilfe bei Traumabeschwerden vermittelt, andererseits kann das Zusammentreffen in der Gruppe mit Menschen aus dem gleichen Kulturraum als Ressource genutzt werden.

Momentan läuft das Angebot als Pilotprojekt mit Geflüchteten aus Gambia bei der Caritas in Hechingen. Ziel des Projektes ist es, ein Gruppenangebot zu implementieren, das die einzelnen Träger außerhalb der Psychosozialen Zentren vor Ort eigenständig weiterführen können. So kann ein Kompetenztransfer zu einzelnen Kooperationspartnerinnen und -partnern stattfinden; das Psychosoziale Zentrum wird entlastet und die Geflüchteten können ohne lange Anfahrtswege ein Angebot wahrnehmen.

In Stuttgart wurde ein ähnliches Konzept, das jedoch zeitlich unbegrenzt angelegt ist, schon mit einer kurdischen Frauengruppe und mit afghanischen Männern durchgeführt.

- Ehrenamtliche Begleitung:  
Gerade traumatisierte Flüchtlinge brauchen in besonderem Maße auch die Begleitung von Mitmenschen an dem Ort, an dem sie ihren Alltag mit seinen

vielfältigen Problemen und Krisen erleben. Diese Begleitung kann ganz unterschiedlich aussehen: freundschaftsähnlicher Kontakt zu den Klientinnen und Klienten und deren Angehörigen durch Besuche, Spaziergänge, Hausaufgabenhilfe für die Kinder oder Termine, um gemeinsam Deutsch zu sprechen – bis hin zu konkreten Hilfen wie z. B. Fahrdienste zur (Fach-)Ärztin oder zum (Fach-)Arzt, Begleitung bei Behördengängen oder zum Gericht, Erläuterung von Schriftsachen, die unverständlich sind und deshalb gelegentlich Angst machen und vieles mehr. Ehrenamtliche sind Ansprechpartnerinnen und -partner, die auch außerhalb von Bürozeiten zur Verfügung stehen, wenn die Klientinnen und Klienten akute Angstzustände beispielsweise vor Abschiebung haben oder sie belastende Erinnerungen an die Vergangenheit einholen.

refugio stuttgart e.V. arbeitet in einem großen Netzwerk; es findet viel Weitervermittlung statt. Besonderer Wert wird auf die Zusammenarbeit mit Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten gelegt, da der gesundheitliche Zustand sehr stark mit dem rechtlichen Status des jeweiligen Menschen zusammenhängt. Viel Arbeit wird auch von Ehrenamtlichen übernommen, weil die psychosozialen Zentren völlig ausgelastet sind und diese viel mehr Zeit spenden können.

#### *Zentrum für Trauma- und Konfliktmanagement (ZTK) GmbH in Köln*

Beim ZTK wird die Beziehung zum Menschen in den Vordergrund gestellt. Die spezielle Lebensgestaltung des Einzelnen mit seiner ganz persönlichen Betroffenheit gilt es zu beachten. Gefordert ist ein Verständnis für die intrapsychischen Prozesse und die entsprechenden körperlichen Reaktionen, um die Folgen extremer Belastungen verstehen zu können. Dieses Vorgehen erfordert ein hohes Maß an professioneller Flexibilität und Selbstreflexion. Es setzt eine interdisziplinäre und offene Vorgehensweise voraus, um die individuellen Prozesse des Einzelnen zu erkennen und zu fördern. Dazu gehören auch die regelmäßige Weiterentwicklung der Konzepte sowie die konsequente Integrierung empirischer Erfahrungen und neuer wissenschaftlicher Erkenntnisse.

#### a) Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterstruktur

Das interdisziplinäre Team des ZTK verfügt über einen großen Erfahrungspool, der durch konsequente Weiterbildung jeweils dem aktuellen Stand der Wissenschaft angepasst wird. Alle Mitarbeitenden verfügen über Zusatzqualifikationen in Psychotraumatologie, Stress- und Konfliktmanagement. Darüber hinaus haben die meisten

Psychologinnen und Psychologen eine fundierte und anerkannte Psychotherapieausbildung abgeschlossen. Die Anzahl der Mitarbeitenden im ZTK gestaltet sich folgendermaßen:

- 9 Diplom-Psychologinnen und -Psychologen
- 1 Fachberaterin für Psychotraumatologie und Trauerbegleiterin
- 1 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
- 1 Diplom-Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen
- 1 Projektkoordinatorinnen und -koordinatoren

#### b) Finanzierung

Angaben zur Finanzierung des ZTK konnten nicht in Erfahrung gebracht werden. Im geführten Interview wurde jedoch deutlich, dass für ein interdisziplinär aufgebautes mittleres Zentrum etwa 250 000 Euro zu veranschlagen sind.

#### c) Angebote

- Seminare und curriculare Weiterbildungen schwerpunktmäßig zu den Themen
  - Psychotraumatologie
  - Trauer und Trauma
  - Fachpädagogik / Fachberatung für Psychotraumatologie
  - Stressbewältigung und Burnout-Prophylaxe
  - Konflikt- und Krisenmanagement
- Unabhängige psychologische und psychotraumatologische Fachgutachten für Gerichte und Behörden in folgenden rechtlichen Bereichen:
  - Sozialrechtliche Begutachtungen (Diagnostik aktueller psychischer Gesundheitsstörungen, Prüfung des Kausalzusammenhangs; GdS (Grad der Schädigungsfolge) / MdE (Minderung der Erwerbsfähigkeit) Einschätzungen im Rahmen des OEG (Opferentschädigungsgesetz); Gesetzliche Unfallversicherung)
  - Begutachtungen im Asyl- und Ausländerrecht für Verwaltungsgerichte und Behörden (zielstaats- und inlandsbezogene psychische Abschiebehindernisse)
  - Beamtenrechtliche Fragestellungen (Dienstunfähigkeit, u. a.)
  - Zivilrechtliche Fragestellungen (strittige Schädigungsfolgen nach fremdverschuldeten Ereignissen u. a.)
  - Glaubhaftigkeitsbegutachtung und Aussagepsychologie

- Akute und mittelfristige Nachsorge nach (Groß-)Schadensereignissen:  
Die Mitarbeitenden des ZTK sind auf die psychosoziale Nachsorge und Krisenmanagement spezialisiert und bieten Hilfe auf der Grundlage eines umfassenden mittelfristigen Krisen- und Nachsorgekonzepts (Strukturelle Interdisziplinäre Nachsorge) an, das durch die Arbeit mit Betroffenen verschiedener Großschadensereignisse seit Ende der 90er Jahre immer weiterentwickelt und differenziert wurde. Das Nachsorgekonzept wurde wissenschaftlich durch verschiedene europäische Forschungsprojekte begleitet, die das Ziel verfolgen, die psychosoziale Nachsorge nach einer Katastrophe zu standardisieren und zu optimieren, und ein europaweites Netzwerk der Nachsorge zu bilden. Das Konzept der strukturellen interdisziplinären Nachsorge wurde nach den Amokläufen in Emsdetten und Winnenden im Auftrag des jeweiligen gesetzlichen Unfallversicherungsträgers durchgeführt und durch die entsprechenden Forschungsprojekte abgesichert und überprüft. Inzwischen wurde es in weiteren Schadensfällen bundes- und weltweit angewendet. Neben der fachgerechten und interdisziplinären, wissenschaftlich fundierten Bestandsaufnahme und ortsnahen langfristigen psychologischen Nachbetreuung, stehen eine Vernetzung und Stärkung der regionalen Ressourcen im Vordergrund des Konzepts.
- Kollegiale Nachsorgekonzepte nach berufsbedingten Übergriffen (Aufbau und Betreuung)
- Konfliktmanagement und Mediation in Organisationen und Unternehmen
- Weltweite Betreuung und Schulung von Hilfs- und anderen Organisationen im Bereich Stressmanagement und Krisennachsorge:  
Das Angebot reicht von präventiven Maßnahmen und dem Aufbau kollegialer Unterstützungssysteme bis hin zur konkreten Unterstützung im Not- und Krisenfall vor Ort, der Beratung der Führungsebene beziehungsweise dem Krisenstab oder der Begleitung und Betreuung betroffener Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Auch mittelfristig unterstützt das ZTK beim Aufbau psychosozialer Versorgungsnetze und -strukturen.

*XENION Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e.V. in Berlin*

XENION ist eine politisch und religiös unabhängige, nichtstaatliche Menschenrechtsorganisation mit Sitz in Berlin, die psychotherapeutische Beratung und Behandlungen für traumatisierte Flüchtlinge sowie Überlebende von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen anbietet. Sie wurde 1986 gegründet

und war damit die erste spezialisierte Einrichtung zur Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen; auf dem Gebiet der Traumabehandlung, Verifizierung und Dokumentation von Folterfolgen wurde Pionierarbeit geleistet. Ziel ist es, Opfern von Folter, Krieg und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen sowie ihren Familienangehörigen einen Raum des Schutzes, der professionellen psychotherapeutischen Hilfe und der sozialen Begleitung anzubieten:

- Individuelle Unterstützung für Menschen, die an den Folgen von Krieg, Verfolgung, Folter und schweren Menschenrechtsverbrechen leiden. Die Mitarbeitenden betreuen, versorgen und begleiten diese Menschen durch professionelle und qualifizierte therapeutische Arbeit. Die Klientinnen und Klienten werden auch bei aufenthalts- und sozialrechtlichen Fragen und bei behördlichen Hürden unterstützt und beraten.
- Organisation sozialer Begleitung zur Integration von Flüchtlingen in die Gesellschaft mit ehrenamtlicher Unterstützung durch das Mentorinnen- und Mentoren-Netzwerk und von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen durch die Vermittlung von Vormundschaften.
- Aktive Beteiligung am fachlichen Diskurs zur Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen in Deutschland und Europa und stellt seine Expertise im rechtlichen Dialog zur Verfügung. Die Organisation ist fachkompetente Ansprechpartnerin für therapeutische Fachkräfte und Verbände, für mit asyl- und ausländerrechtlichen Fragen befasste Personen, Institutionen und Behörden sowie für andere Nichtregierungsorganisationen.
- Engagement für die Belange von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen, insbesondere von Folteropfern, in Deutschland. Die Mitarbeitenden sensibilisieren und klären über deren Situation auf. Dabei setzen sie vor allem auf die Schaffung von persönlichen Begegnungen und den Einfluss auf private, fachliche und behördliche Multiplikatorinnen und Multiplikatoren. Kontinuierlich werden Schulungen, Fortbildungen und Informationsveranstaltungen für Interessierte und ehrenamtlich Engagierte durchgeführt.
- Die Qualität der Arbeit wird durch interne Evaluierungen, kontinuierliche Supervision sowie durch ein Qualitätsmanagement-System gesichert. Die Organisation sorgt für das Wohlergehen der hauptamtlichen, ehrenamtlichen und freiberuflich tätigen Mitarbeitenden.
- Zur Sicherung der Aktivitäten sorgt die Einrichtung für eine stabile, ausreichende und perspektivisch sichere Finanzierung der Arbeit. Neben der Beantragung von öffentlichen Förderungen und Stiftungsgeldern weitet die Or-

ganisation ihre private Unterstützungsstruktur durch Mitgliedschaften, Spendengelder und ehrenamtliches Engagement weiter aus.

#### a) Zahlen und Fakten

Im Jahr 2013 wurden bei XENION insgesamt 840 Klientinnen und Klienten psychotherapeutisch versorgt bzw. erhielten psychosoziale Unterstützung. Sie kamen aus 37 verschiedenen Ländern, 517 (62 Prozent) waren Männer und 323 (38 Prozent) Frauen. 558 der 840 Klientinnen und Klienten stammen aus der Russischen Föderation. Das entspricht einem prozentualen Anteil von 66 Prozent der Gesamtklientel.

Insgesamt suchten 157 Klientinnen und Klienten mit Foltererfahrungen im engeren Sinne XENION im Jahr 2013 auf, dies entspricht 19 Prozent der Gesamtgruppe aller Klientinnen und Klienten. Diese zeigten physische und psychische Spuren extremer Misshandlung. Die wichtigsten Gründe für die Flucht und den Behandlungsbedarf waren im Jahr 2013 Exil und Folter (beide 100 Prozent), (Bürger-)Krieg (98 Prozent) sowie politische Verfolgung (88 Prozent). Besonders auffällig ist die hohe Belastung durch das Exil an sich; hiermit hängen auch Diskriminierungserfahrungen im Aufnahmeland zusammen.

Die häufigsten psychischen Störungen, die im Jahr 2013 bei der Gruppe der gefolterten Klientinnen und Klienten vergeben wurden, waren psychische Reaktionen auf extreme Belastungen. Von den 157 von XENION behandelten Klientinnen und Klienten aus dieser Gruppe wiesen 88 (56 Prozent) eine Posttraumatische Belastungsstörung auf. Besonders häufig litten die Klientinnen und Klienten auch an affektiven Störungen (28 Prozent), Suizidalität (22 Prozent) sowie Depression und Angst (19 Prozent).

#### b) Mitarbeiterinnen- und Mitarbeiterstruktur

Ein Team von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern bietet Beratung und Psychotherapie für die Klientinnen und Klienten sowie Beratung und Supervision für ehrenamtliche Mitarbeitende, Fachkolleginnen und Fachkollegen an. Hinzu kommen qualifizierte Sprachmittlerinnen und Sprachmittler sowie ein Stamm von Honorartherapeutinnen und -therapeuten mit den unterschiedlichsten therapeutischen Ansätzen. Die Sprachmittlerinnen und Sprachmittler werden in Schulungen auf ihre Tätigkeit vorbereitet. Die Anzahl der Mitarbeitenden bei XENION gestaltet sich folgendermaßen:

- 6 Diplom-Psychotherapeutinnen und -Psychotherapeuten (darunter auch für spezielle Zielgruppen wie Kinder- und Jugendliche)



- 1 Diplom-Pädagogin bzw. ein –Pädagoge mit Schwerpunkt auf Klinischer Sozialarbeit für die soziale Beratung
- 1 Soziologin bzw. ein Soziologe und eine Sozialarbeiterin bzw. ein Sozialarbeiter für die Projektkoordinatorin AKINDA – Netzwerk Einzelvormundschaften
- 2 Mitarbeitende für die Projektkoordination des Mentorinnen- und Mentorenprogramms
- 2 beeidigte Dolmetscherinnen und Dolmetscher
- 3 Verwaltungsmitarbeitende

#### c) Finanzierung

Die Arbeit von XENION kostete im Jahr 2013 durchschnittlich rund 420 Euro pro Klient und Klientin. Davon trug das Land Berlin ca. 42 Prozent der Kosten (177 Euro) durch die Förderung des Beauftragten für Integration und Migration der Senatsverwaltung für Integration, Arbeit und Soziales. Die wichtigsten Förderer sind außerdem internationale Geldgeber – beispielsweise der „United Nations Voluntary Fund for Victims of Torture“ der Vereinten Nationen oder die Europäische Union mit dem „Europäischen Flüchtlingsfonds“ mit insgesamt 26 Prozent (109 Euro) – und nationale Geldgeber – wie UNO-Flüchtlingshilfe e. V. oder Amnesty International mit insgesamt 16 Prozent (67 Euro). Mit ebenfalls 16 Prozent (67 Euro) pro betreuten Klientinnen und Klienten beteiligte sich der Trägerverein durch Spenden und Einnahmen an den Gesamtkosten.

Die Beratungsstelle XENION bietet ihre Arbeit seit ihrer Gründung europäischen, internationalen und nationalen Geldgebern für eine finanzielle Mitbeteiligung an. Der Finanzanteil des Landes Berlin dient als Basisfinanzierung, um Drittmittel einzuwerben. Im Jahre 2013 wurden rund 59 Prozent durch ausländische und nationale Beteiligung (einschließlich Spenden und Einnahmen) und 41 Prozent durch das Land Berlin finanziert.

#### d) Angebote

XENION ist davon überzeugt, dass die Entstehung von psychischen Störungen als Folge von willkürlicher Gewalt wie auch die Prozesse der Stabilisierung oder Heilung ein komplexes Zusammenspiel zwischen Individuum, Ereignis und weiteren Faktoren aus dem sozialen Umfeld darstellen. Die Effizienz therapeutischer Intervention ist somit abhängig davon, ob sie die Lebenssituation der oder des Überlebenden adäquat erfasst und verbessert.

Für therapeutische Bemühungen muss deshalb gelten, dass sowohl auf den sozialen, kulturellen und politischen Kontext, in dem das kritische Lebensereignis stattfand, eingegangen werden muss, wie auch auf den Kontext der Traumabehandlung im Exil. Dazu werden dann mit den Betroffenen gemeinsam Lösungen für ein kreatives Überleben gestaltet. XENION ergänzt die klassische individuelle Therapeut-Klient-Beziehung als klinisches Setting der Traumaverarbeitung durch Interventionen in einem sozialen Umfeld (soziales Netz, Familie, Community); psychotherapeutische Behandlung und soziale Beratung arbeiten bei XENION Hand in Hand.

Xenion vertritt einen ganzheitlichen Ansatz der Psychotherapie. Dieser beinhaltet:

- Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit  
(nach Art. 21 der EU-Aufnahmerichtlinie)
- Psychotherapeutische Erst- und Beratungs- oder Diagnostikgespräche
- Psychologische Anamneseerhebung und Diagnosestellung
- Psychotherapeutische, psychosoziale Krisenintervention
- Kurz- und langfristige Psychotherapie nach verschiedenen Verfahren
- Paar-, Ehe- und Familientherapien nach psychodynamischer, methodenintegrativer, systemischer Psychotherapie und verhaltenstherapeutisch orientierte Psychotherapie
- Kinder- und Jugendpsychotherapie
- Gruppentherapeutische Angebote
- Begleitung und Betreuung der Klientinnen und Klienten in lebenspraktischen Fragen
- Vermittlung und Koordination externer Hilfen
- Soziale Beratung und Begleitung im Asylverfahren
- Klinisch-psychologische Stellungnahmen und Gutachten:  
Seit Juni 2015 arbeitet XENION gemeinsam mit zwölf weiteren Partnerinnen und Partnern und der BAfF an einem dreijährigen Projekt, das eine bundesweite, ganzheitliche Weiterentwicklung der Behandlungsangebote zum Ziel hat, diese qualitativ und strukturell verbessern und sie zahlenmäßig ausbauen will. Hintergrund des Projektes ist, die Lücke der aktuell geringen Verfügbarkeit passender Behandlungsangebote für Geflüchtete, der eingeschränkten Zugänglichkeit zur Regelversorgung und die oftmals fehlende Expertise in der spezialisierten Behandlung unter anderem in Zusammenarbeit mit Dolmetscherinnen und Dolmetschern anzugehen und zu füllen.
- Soziale Beratung:  
Die Unsicherheit über den Ausgang des Asylverfahrens, der unsichere Auf-

enthaltensstatus, die bestehenden Arbeitsverbote und die Abhängigkeit von Behördenentscheidungen stellen für Flüchtlinge, die nach traumatisierenden Erlebnissen im Herkunftsland psychisch beeinträchtigt sind, zusätzlich eine Belastung dar. Diese äußeren Lebensfaktoren der Flüchtlinge im Exil in Deutschland wirken psychisch destabilisierend und verhindern eine gesundheitliche Rehabilitation. An diese individuelle Lebensrealität der Klientinnen und Klienten setzt die soziale Beratung an. Soziale Beratung bei XENION heißt Unterstützung der Klientinnen und Klienten als Teil eines ganzheitlich verstandenen Behandlungskonzeptes in allen Lebensbereichen:

- Asyl- und Aufenthaltsrecht
  - Kinder- und Jugendhilfemaßnahmen
  - Schule und Ausbildung
  - Ehe-/Scheidungsberatung
  - Familiennachzug/-zusammenführung
  - Verbesserung der Wohnsituation, z. B. Umverteilung von Heimen in einen eigenen Wohnraum innerhalb der Wohnsitzauflage
  - Umverteilung in einzelne Bundesländer
  - Arbeit und Gesundheit
- Unterstützung im Umgang mit Behörden.

Die Kooperation mit anderen Unterstützungsnetzwerken wie Rechtsanwältinnen und Rechtsanwälten, Ärztinnen und Ärzten, Kliniken und anderen Beratungsstellen ist von großer Bedeutung. Zur Qualitätssicherung findet regelmäßig eine gemeinsame Reflexion über den Behandlungsverlauf und die Bewertung bisheriger Interventionen im Rahmen von wöchentlichen Besprechungen statt. Die Qualität der Arbeit wird in der teaminternen Supervision gewährleistet. Die Teilnahme an fachspezifischen Fortbildungen und die kontinuierliche Gremienarbeit dienen der organisationsübergreifenden Strategieentwicklung und dem gegenseitigen Austausch.

- Bei XENION werden künstlerische und innovative Methoden sowohl in Gruppen- als auch in der Einzeltherapie eingesetzt.

Kreative Therapieansätze:

- Die Ateliergruppe „Zeichensprache“ für Jugendliche
- Kunsttherapiegruppe für traumatisierte Frauen
- Eine Kunsttherapie mit Kleinkindern, Kindern und Jugendlichen (Einzeltherapien und in Kleinstgruppen)
- Tanz- und Bewegungstherapie für Jugendliche und Erwachsene (Klein- und Kleinstgruppen)

- Schreibwerkstatt für Folterüberlebende im Rahmen des Projekts “Zeitzeugen der Menschenrechte“
- Bildungsmaßnahmen:

XENION organisiert regelmäßig Fachtagungen und beteiligt sich an Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Ärztinnen und Ärzte, Juristinnen und Juristen sowie Richterinnen und Richter. Für psychologische Fachkräfte aus dem Bereich Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen findet zudem jährlich ein Curriculum über zwei Mal zwei Tage zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen statt. Die Veranstaltung wird in Kooperation mit der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeutinnen und -therapeuten im Land Berlin, der Ärztekammer Berlin und dem Behandlungszentrum für Folteropfer in Berlin veranstaltet. Auch den ehrenamtlich Mitarbeitenden werden kontinuierlich Fortbildungen angeboten. Themen sind Einführungsveranstaltungen für Ehrenamts-Einsteigerinnen und Einsteiger, aufenthalts- und sozialrechtliche Grundlagen, Umgang mit Trauma und interkulturelle Kompetenz. Für die Klientinnen und Klienten bietet XENION außerdem regelmäßig Deutschkurse an.
- Mentorinnen- und Mentorenprogramm:

Die Mentorinnen und Mentoren begleiten die Flüchtlinge über einen längeren Zeitraum und helfen über konkrete Hindernisse im Alltag – Bürokratie, fehlende Deutschkenntnisse und fehlendes Wissen über Alltagssituationen – hinweg. Dabei ist es besonders die freundschaftliche Beziehung zu „Einheimischen“, die den Flüchtlingen neben den sonstigen alltäglichen Erfahrungen von Diskriminierungen und Ausgrenzung eine wertvolle Botschaft gesellschaftlichen Akzeptanz vermittelt. Die Mentorinnen und Mentoren engagieren sich im Umfang von drei bis vier Stunden pro Woche für mindestens ein Jahr. Sie werden mit den Klientinnen und Klienten in den geschützten Räumen von XENION im Rahmen eines Vermittlungsgesprächs miteinander in Kontakt gebracht. Damit die Mentorinnen und Mentoren ihrer verantwortungsvollen Tätigkeit gerecht werden können, erhalten sie professionelle Anleitung, Schulung und Begleitung durch die Projektverantwortlichen. Am Ende der Mentorenschaft mündet der Kontakt zwischen Mentorin bzw. Mentor und den Mentees in einem offiziellen Abschlussgespräch zusammen mit der Koordinatorin des Projektes wieder bei XENION.

- AKINDA – Netzwerk Einzelvormundschaften:  
Mit AKINDA richtet sich XENION speziell an unbegleitete minderjährige Flüchtlinge und vermittelt und begleitet ehrenamtliche Vormundschaften. In der Regel wird für diese Kinder und Jugendlichen das Jugendamt als Vormund eingesetzt. AKINDA bietet in Berlin eine Alternative und schult, vermittelt und begleitet ehrenamtliche Vormünder. Diese haben das Wohl ihres Mündels im Blick und achten auf kind- bzw. jugendgerechte Unterbringung sowie angemessene schulische Betreuung, medizinische Versorgung und rechtliche Vertretung. Die Vormünder werden in einem verpflichtenden Schulungsprogramm auf die Tätigkeit vorbereitet. Das Schulungsprogramm wird dreimal jährlich angeboten und umfasst sieben je zweistündige Veranstaltungen zu den Themen:
  - Die Rolle des Vormunds
  - Hintergründe von Flucht und Migration
  - Asyl- und Aufenthaltsrecht
  - Traumatisierung
  - Jugendhilfe für unbegleitete Minderjährige
  - Schule und Ausbildung
  - Vormundschaftsrecht

Die Recherchen in den drei oben genannten Zentren und Einrichtungen zeigen den Variationsbereich möglicher Organisations- und Arbeitsformen auf. Trotz lokaler und interner Spezifika lassen sich übergeordnete Qualitätsstandards und Empfehlungen sowie ethische Richtlinien ableiten:

#### *Unmittelbar ableitbare Qualitätsstandards und Empfehlungen*

- Partizipationsmöglichkeiten für verschiedene Stakeholder beim Aufbau der Anlaufstelle schaffen:  
Einrichtung beispielsweise eines Runden Tisches mit Vertreterinnen und Vertreter der Stadtverwaltung, des DRK, der Caritas, der Diakonie, der Universität und anderen eventuell beteiligten Einrichtungen.
- Zugangsmöglichkeiten für Klienten und Klientinnen schaffen:  
Im Rahmen vorhandener Ressourcen sollte geflüchteten Menschen der Zugang zu psychiatrischer Versorgung durch aufsuchende Beratung und Behandlung in den Flüchtlingsunterkünften erleichtert werden. Zu einem angemessenen Unterstützungs- und Betreuungsangebot gehört auch die Vermittlung in andere Dienste und Einrichtungen.

- Interdisziplinäres Vorgehen und Kooperationen:  
Gemischte Teams aus Sozialpädagoginnen und Sozialpädagogen, Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeitern, Psychologinnen und Psychologen, Kunsttherapeutinnen und Kunsttherapeuten, Lehrerinnen und Lehrern, Ehrenamtlichen etc. garantieren eine ganzheitliche Versorgung und Betreuung der Klientinnen und Klienten, die zu deren gesellschaftlicher Integration und Teilhabe führen soll.
- Qualifikation der Mitarbeitenden:  
Diese sollten interkulturell geschult werden, um Diskriminierungen und kulturelle Missverständnisse – die zu Retraumatisierungen führen – zu vermeiden. Auch sollte eine begleitende regelmäßige Supervision zur Entlastung und zum Selbstschutz der Mitarbeitenden angeboten werden.
- Vielfältige Angebote einrichten:  
Neben therapeutischer Beratung und Begleitung braucht es auch niedrigschwellige Angebote, wie beispielsweise Ergotherapie. Ehrenamtliche können das Angebot ergänzen.
- Ressourcen der Klientinnen und Klienten stärken:  
Zur Einbeziehung der Ressourcen der Geflüchteten selbst eignen sich Gruppentherapieangebote und Gruppengespräche sowie Imaginationsübungen (z. B. Innerer Garten).
- Klare (Alltags-)Strukturen schaffen, die zur Stabilisierung der Klientinnen und Klienten beitragen:  
Hierzu gehören beispielsweise eine Arbeitsstelle, aber auch gruppenspezifische Angebote. Eine Therapie kann erst nach erfolgter Stabilisierung greifen.
- Systemische Arbeitsweise:  
Entwicklung eines umfassenden und ganzheitlichen Ansatzes, der die geflüchteten und traumatisierten Menschen in ihrer Lebenswelt erfasst und versorgt. Somit muss sowohl auf den sozialen, kulturellen und politischen Kontext, in dem das kritische Lebensereignis stattfand, eingegangen werden, als auch auf den Kontext der Traumabehandlung im Exil und eventuelle (re-)traumatisierende Ereignisse in Deutschland.
- Kommunikation:  
Die Versorgung der Klientinnen und Klienten darf nicht an der Sprachhürde scheitern. Wenn nötig sollen Dolmetscherinnen und Dolmetscher hinzugezogen werden.

- Klare Zuständigkeiten:  
Es sollten deutliche Aufgaben und Grenzen für alle Mitarbeitenden, besonders auch die Ehrenamtlichen, geschaffen werden.
- Die zu schaffende Anlaufstelle in Freiburg sollte sich als lernende Organisation verstehen, die offen für Kritik von außen ist sowie ihre Arbeit selbstkritisch reflektiert und weiterentwickelt. Die vielfältigen Kompetenzen und Fähigkeiten aller Beteiligten sollen wertgeschätzt werden.

### *Ethische Richtlinien der ausgewählten Organisationen*

Insgesamt sollte sich die zu schaffende Einrichtung folgenden ethischen Standards verpflichtet fühlen:<sup>90</sup>

- Die Leitwerte der Organisation richten sich an der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte aus. Folter sowie politische, religiöse, ethnische oder geschlechtsspezifische Diskriminierungen sind Formen von Gewalt und werden von der Organisation dokumentiert und verurteilt.
- Die Arbeit mit geflüchteten Menschen basiert auf dem Respekt und der menschlichen Wertschätzung der jeweiligen Person. Ihre vielfältigen Ressourcen sollen anerkannt, unterstützt und widerhergestellt werden. Die Anerkennung der jeweiligen Person ist unabhängig von ihrem rechtlichen Status.
- In der fachlichen Arbeit ist die Anlaufstelle ausschließlich professionellen Standards verpflichtet. Sie stellt sich jedoch klar auf die Seite der Betroffenen und tritt für die Durchsetzung eines Rechts auf Teilhabe am sozialen, politischen und ökonomischen Leben ein; sie positioniert sich gegen jede Form von Ausgrenzung und Diskriminierung von Geflüchteten. Das eigene Engagement der Klientinnen und Klienten wird ebenso gefordert wie die Möglichkeit, Entscheidungen zu treffen.
- Wichtigste Werte der Organisation sind Wertschätzung und Respekt, Zuverlässigkeit und Freundlichkeit, Ehrlichkeit und Transparenz in der Arbeit sowie verantwortungsvolles Management und Verwaltung. Dies gilt nicht nur für alle Klientinnen und Klienten, sondern auch für die Mitarbeitenden, Ehrenamtlichen, Geldgebenden u. a.
- Mitarbeitende setzen sich (selbst-)kritisch mit Machtverhältnissen (Rassismus, Ethnisierungsprozesse etc.) auf allen Handlungsebenen auseinander.

---

<sup>90</sup> Vgl. Webseite Zentrum für Trauma- und Konfliktmanagement (ZTK) GmbH.

### *Zwischenfazit*

Alle drei analysierten Einrichtungen sind mittelgroße Zentren; besonders *refugio stuttgart* und das ZTK vermitteln Klientinnen und Klienten bei Bedarf an andere Einrichtungen weiter, während bei XENION umfassende Angebote in einer Hand liegen. Von einer kleineren Clearing- und Vermittlungsstelle ist eher abzuraten, da durch die vielen Akteurinnen und Akteure die Zuständigkeiten oftmals unklar sind und Klientinnen und Klienten somit nicht umfassend versorgt werden.

Xenion ist sehr stark klientinnen- und klientenfokussiert ausgerichtet und vertritt einen ganzheitlichen Beratungs- und Therapie-Ansatz, weshalb eine solche Einrichtung auch für Freiburg geeignet sein könnte. Für eine umfassende Betreuung braucht es sowohl ein interdisziplinäres Team und Vorgehen, als auch ein großes Netzwerk zur Schließung von Angebotslücken. Da das ZTK nicht speziell auf Geflüchtete ausgerichtet ist und keine Therapie für Folteropfer anbietet, sondern auf Nachsorge nach Großschadensereignissen wie Amokläufen spezialisiert ist, kann das Konzept nicht einfach auf eine Anlaufstelle für traumatisierte Geflüchtete übertragen werden.

Wichtig ist, dass neben dem fachlichen Aspekt der interkulturelle Schwerpunkt einer zu schaffenden Einrichtung in Freiburg besonders beachtet wird und deshalb Mitarbeitende interkulturell kompetent sein bzw. geschult werden müssen. Die Gefahr der (Re-)traumatisierung durch unbedachte Alltagsrassismen ist bei traumatisierten Geflüchteten extrem hoch. Hinzu kommt, dass Mitarbeitende mit eventuellen Sprachhürden umgehen können sollten und ihnen Dolmetscherinnen und Dolmetscher zur Verfügung stehen.

Angebote, die mit einer gesellschaftlichen Integration einhergehen, wie beispielsweise die Hilfe bei der Jobsuche durch Ehrenamtliche, sind ebenfalls sinnvoll. Außerdem können diese Hilfen niedrigschwellig in Anspruch genommen werden. Niedrigschwellige Angebote, die unter Umständen auch diskret wahrgenommen werden können, sind unerlässlich, da es in einigen herkunftskulturellen Kontexten nicht üblich ist, psychische Belastungen einzugestehen oder eine Therapie in Anspruch zu nehmen. Eine groß angelegte Poliklinik könnte ein Zugangshindernis für viele Traumatisierte aus anderen Kulturen darstellen.

Eine selbstkritische Reflexion und Weiterentwicklung der Angebote wie auch der Mitarbeitenden und der gesamten Einrichtung sichert die Qualität der Arbeit nachhaltig. Hierzu sollten auch die Meinungen der Klientinnen und Klienten einbezogen werden.



*Standards der fachlichen Orientierung im Kontext der Arbeit mit flüchtenden Menschen*

Beratung, auch im Bereich der psychosozialen Versorgung von flüchtenden Menschen, gehört zu den klassischen Handlungsfeldern der Sozialen Arbeit, die jedoch im Zuwanderungskontext besonderen Prämissen, Paradigmen und inhaltlichen Besonderheiten unterliegt. In Anlehnung an Cyrus lassen sich folgende „Unsicherheiten“ bei der Arbeit mit Personen mit prekärem Aufenthaltsstatus benennen<sup>91</sup>: Zum einen organisatorische Unklarheiten, da häufig nicht eindeutig definiert ist, ob die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in ihrer Arbeit mit den Betroffenen tatsächlich von ihrem Anstellungsträger unterstützt werden. Zum anderen bestehen nach wie vor rechtliche Unsicherheiten, allem voran die Angst, sich bei der Hilfe für irreguläre Migrantinnen und Migranten selber strafbar zu machen. Auch bei einem prekären Aufenthaltsstatus muss mit der Suche nach individuellen Ressourcen begonnen und die betroffenen Menschen nicht in erster Linie als Opfer betrachtet werden. Damit fachliche Strategien und Interventionen in einer systematischen und reflexiven Weise erfolgen können, sollten in Anlehnung an Aschenbrenner-Wellmann<sup>92</sup> die einzelnen Dimensionen des Mehrebenen-Modells mit fachlichen Orientierungen verknüpft und somit ein ganzheitliches und innovatives Handlungsfeld entwickelt werden:

- Die individuelle und personenbezogene Ebene: Menschenrechts- und Empowermentorientierung sowie interkulturelle Kompetenz

Menschenrechte stellen ein System von Rechten dar, das unter dem Eindruck der national-sozialistischen Verbrechen gegen die Menschlichkeit sowie den Erfahrungen von Diktatur und Gewalt entwickelt worden ist.

*„Als Menschenrechte lassen sich allgemein jene Rechte definieren, die unserer Natur eigen sind und ohne die wir als menschliche Wesen nicht existieren können. [...] Sie gründen im zunehmenden Verlangen der Menschheit nach einem Leben, in dem die unveräußerliche Würde und der Wert jedes einzelnen Menschen Anerkennung und Schutz findet.“*<sup>93</sup>

- Menschenrechte stellen daher eine Antwort auf fundamentale menschliche Bedürfnisse dar und sind somit eine unverzichtbare Orientierungsgröße auf der individuellen und personenbezogenen Ebene. Im Sinne des Empowerment-Ansatzes sollten flüchtende Menschen ganzheitlich mit ihren Stärken und Fähigkeiten wahrgenommen werden. Grundlage eines empowerment-

---

<sup>91</sup> Cyrus, 2004.

<sup>92</sup> Aschenbrenner-Wellmann, 2014b.

<sup>93</sup> Vereinte Nationen – Zentrum für Menschenrechte/Internationaler Verband der SozialarbeiterInnen (IFSW) / Internationale Vereinigung der Ausbildungsstätten für Soziale Arbeit (IASSW) (Hrsg.), 1994; S.4.

orientieren Handelns ist dabei nach Herriger<sup>94</sup> die Anerkennung der Gleichberechtigung von Professionellen und Klientinnen und Klienten, die Konstruktion einer symmetrischen Arbeitsbeziehung, eine Verteilung der Verantwortung für den Arbeitskontrakt und das sich Einlassen auf eine partnerschaftliche Beziehung. Empowerment kann in diesem Kontext lebensweltlich buchstabiert werden, da es sich um das Vermögen von Menschen handelt, Unüberschaubarkeit und Belastungen des Alltags mit eigener Kraft bewältigen zu können und somit ein gelingendes Lebensmanagement zu erreichen.

Damit Menschenrechts- und Empowermentorientierung erfolgreich umgesetzt werden, ist bei allen Beteiligten der Einsatz interkultureller Kompetenz notwendig. Hierbei handelt es sich um eine Kombination an Wissen, Einstellungen und konkreten Fähigkeiten und Fertigkeiten, die eingesetzt in interkulturellen Begegnungssituationen deren Verlauf erfolgreich und angemessen machen. Zu den zentralen Bestandteilen einer interkulturellen personenbezogenen Kompetenz gehören z. B. Flexibilität, Ambiguitätstoleranz, Identitätssicherheit und die Bereitschaft zum Umgang mit Komplexität.<sup>95</sup>

- Die gruppenbezogene Ebene: Partizipations- und Netzwerkorientierung  
Als demokratietheoretischer Begriff bezeichnet Partizipation die Beteiligung und bewusste Mitwirkung von Einzelnen und Gruppen an Entscheidungen und Entscheidungsprozessen. Dies ist sowohl im alltäglichen sozialen Leben, wie auch im politischen Kontext möglich. Zur Umsetzung der Partizipation im Kontext von Flucht und Asyl kommt Migrantinnen- und Migranten-Selbstorganisationen eine ganz entscheidende Rolle zu. Sie können wichtige Kooperationspartnerinnen und -partner bei der Gestaltung von Begegnungsprozessen sein, denn sie liefern Wissen über die Bedürfnisse und Wünsche ihrer Communities und können problemlos Kontakte zu Multiplikatorinnen und Multiplikatoren herstellen.

Durch zivilgesellschaftliches Engagement und die Beteiligung von ehrenamtlich tätigen Personen aus der Mehrheitsgesellschaft werden wertvolle Netzwerke geschaffen. Netzwerkorientierung bedeutet bezogen auf die Arbeit mit flüchtenden Menschen den Aufbau und die Weiterentwicklung lokaler Kontakte wie beispielsweise in Form von Familien und Freundschaftssystemen oder Nachbarschaften. Gerade durch Partizipations- und Netzwerkorientierung werden Integrationsprozesse von Menschen mit prekärem Aufenthaltsstatus

---

<sup>94</sup> Herriger, 2002.

<sup>95</sup> Siehe ausführlich Aschenbrenner-Wellmann, 2012a.

möglich, allerdings nur wenn dies auch politisch und gesellschaftlich erwünscht ist. Insofern sind auch die folgenden Dimensionen des Mehrebenen-Modells im Hinblick auf eine Etablierung einer fachlich ausgerichteten psychosozialen Beratung von traumatisierten Flüchtlingen relevant.

- Die Gemeinwesen- und Stadtteilebene: Gerechtigkeits- und Feldorientierung Chancen und Grenzen des Zusammenlebens zwischen Einheimischen und Zugewanderten zeigen sich vor allem auf der Ebene des Gemeinwesens. Im sozialen Nahraum können Loyalitätsbeziehungen aufgebaut und die Bereitschaft zur aktiven Übernahme von Verantwortung gestärkt werden. Gemeinwesenarbeit ist eine sozialräumliche Strategie, die sich ganzheitlich auf einen Stadtteil und nicht pädagogisch auf einzelne Menschen richtet. Diese werden als Expertinnen und Experten ihrer Lebenswelt betrachtet, deren Wünsche und Bedürfnisse entscheidend für das professionelle Handeln sind. Gemeinwesenarbeit stellt in diesem Sinne keine Methode dar, sondern ein Arbeits- und Strukturprinzip sozialarbeiterischen Handelns. Hinte<sup>96</sup> formuliert in diesem Zusammenhang folgende Handlungsprinzipien:

Orientierung an den Bedürfnissen und Themen der Betroffenen, Unterstützung von deren Eigeninitiative und Selbsthilfepotenzial, Nutzung der Ressourcen der Menschen und des Sozialraums, zielgruppen- und bereichsübergreifende Ansätze, Kooperation und Koordination der beteiligten sozialen Dienste sowie Dezentralisierung der Unterstützungsangebote.

Insbesondere in einer Gesellschaft, die durch soziale Spaltungsprozesse, Marginalisierung und die Ökonomisierung des Sozialen gekennzeichnet ist, wird eine Gemeinwesenorientierung zum unverzichtbaren Bestandteil einer sozialen Infrastruktur, um Gerechtigkeit herzustellen und statt individueller „Problembetrachtung“ konzeptionell von der Fall- zur Feldorientierung zu gelangen.

Organisationen müssen in diesem Zusammenhang ihre Praxen bezüglich der realen Offenheit für alle Bevölkerungsgruppen analysieren und sich ggf. verändern, um Menschen in ihrer Individualität gerecht werden zu können, statt sie auszuschließen. In den Fachdiskursen wird hierbei zwischen Verteilungsgerechtigkeit, Anerkennungsgerechtigkeit und Befähigungsgerechtigkeit unterschieden.<sup>97</sup> Bei der Verteilungsgerechtigkeit geht es darum, eine möglichst gleiche Verteilung von gesellschaftlichen Gütern und Lasten zu erreichen.

---

<sup>96</sup> Hinte et al., 2007.

<sup>97</sup> Faller/Thieme, 2013, 56ff.

Anerkennungsgerechtigkeit versucht die Bedürfnisse der persönlichen Lebensführung von Menschen zu respektieren und wertzuschätzen. Befähigungsgerechtigkeit ist dann realisiert, wenn Menschen die Möglichkeit haben ihre eigenen Lebensentwürfe umzusetzen. Wenn alle drei Gerechtigkeitsebenen erfasst werden sollen, müssen Interventionen „fallunabhängig“ im Feld umgesetzt werden. Hierbei erfolgt eine bewusste Umkehr von der Fokussierung auf persönliche „Defizite“ und eine Ausrichtung auf die bewusste Gestaltung der Umwelt, um individuelle Handlungsmöglichkeiten zu erweitern. Professionelle arbeiten in diesem Zusammenhang als intermediäre Instanzen, die von den Menschen vor Ort akzeptiert sind und gleichzeitig in Richtung soziale Organisationen, Unternehmen, Verwaltungen etc. vermitteln, um Ressourcen für die Verbesserung der Lebensbedingungen der Menschen vor Ort zu akquirieren.

- Die Ebene der Organisation: Interkulturelle Öffnung und Diversity-Orientierung

Die interkulturelle Öffnung einer Organisation ist ein umfassender Change-Prozess, der sich nicht nur auf einzelne Teilbereiche wie Personalauswahl oder Fortbildung von Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern ausrichtet, sondern den gesamten Organisationsentwicklungsprozess umfasst. In Anlehnung an Schröder<sup>98</sup> sind dabei folgende Schlüsselprozesse zu berücksichtigen: Interkulturelle Öffnung soll „Chefsache“ sein, d.h. (auch) in einem top-down-Prozess erfolgen; interkulturelle Öffnung muss sich als Querschnittsaufgabe etablieren und sich durch alle Bereiche der Organisation ziehen; die Themen Anerkennung und Vielfalt sollen sich im Leitbild der Organisation widerspiegeln; alle Zielformulierungen sollen bezüglich der Beachtung von Vielfalt überprüft und die Wirkungen der Umstrukturierung im Hinblick auf die Wirksamkeit gegenüber den Kundinnen und Kunden evaluiert werden. Durch eine Erweiterung der Interkulturellen Öffnung auf eine Diversity-Orientierung kann die oftmals als prägend betrachtete Differenzlinie „Kultur“ oder „Ethnizität“ erweitert werden um zusätzliche Diversitätsdimensionen wie Geschlecht, Religion, Herkunft, sexuelle Orientierung oder Alter. Im Sinne des Intersektionalitätsansatzes sollten die verschiedenen Differenzlinien in einer konkreten Situation in ihrem Wechselverhältnis analysiert und reflektiert werden. Bei der Entwicklung einer Diversitäts-Kompetenz geht es nicht darum Merkmalslisten abzuarbeiten, die vorgeben, welche Kompetenzen die

---

<sup>98</sup> Schröder, 2007.

Prozessbeteiligten aufweisen müssen, sondern um eine prozesshafte und situationsbezogene Betrachtungsweise, die Diversitätskompetenz als Ergebnis eines längeren und umfassenden Lern- und Veränderungsprozesses sieht. Das erforderliche Aushalten der Verunsicherung und der Vorläufigkeit ist einerseits grundlegende Fähigkeit, andererseits aber auch Voraussetzung für ein erfolgreiches Diversitätslernen. Aufgrund dieser herausfordernden Lernsituation ist es notwendig, Räume des Vertrauens aufzubauen, in denen solche Lernprozesse gestaltet werden können. Denn die Bereitschaft und Fähigkeit zur Selbstreflexivität, zum Überdenken und gegebenenfalls Verwerfen von Denkmustern stellt einen großen Anspruch an die Lernenden dar:<sup>99</sup>

- Die gesellschaftliche Ebene: Demokratie- statt Integrationsorientierung  
Demokratien sind von Ihrem Anspruch her tendenziell universell und inklusiv angelegt:

*„So verstanden, verweist die Demokratie als Prinzip und als Prozess auf die Notwendigkeit und die Möglichkeit, auch die länger im Inland lebenden Migranten in die demokratischen Teilhaberechte in gleicher Weise einzubeziehen und damit sowohl deren Freiheit und Integration als auch die der Gesellschaft insgesamt zu fördern.“<sup>100</sup>*

Der Grundsatz „Integration durch Partizipation“ ist allerdings in der Bundesrepublik Deutschland bisher noch unvollständig realisiert. So ist Ausländerinnen und Ausländern nach wie vor in der Regel das aktive und passive Wahlrecht vorenthalten. Wichtig wäre hier eine Gleichstellung mit deutschen oder EU-Staatsangehörigen unter Bezug auf die dauerhafte Niederlassung der Betroffenen. Aufgabenstellung von Professionellen im Bereich der Arbeit mit Migrantinnen beziehungsweise Migranten und flüchtenden Menschen ist es daher, diejenigen, deren Bedürfnisse und Interessen gesellschaftlich am wenigsten zur Geltung gebracht werden können, zu unterstützen und dabei mit einem systemischen Blick auf den Zusammenhalt der Gesellschaft insgesamt zu verweisen. Denn bisher vorhandene gesellschaftliche Ausschließungsprozesse führen zu Benachteiligungen und Diskriminierung, zu ungleicher Machtverteilung und zur Kategorisierung von Menschen (beispielsweise in sog. erwünschte und unerwünschte Zuwandererinnen und Zuwanderer). Hier tragen alle professionell Tätigen genauso wie die beteiligten Organisationen, Verbände etc. eine Umsetzungsverantwortung, um fachliche Arbeitsprinzipien wie Empowerment und Ressourcen-Orientierung umsetzen zu können.<sup>101</sup>

---

<sup>99</sup> Aschenbrenner-Wellmann, 2012b.

<sup>100</sup> Schulte/Treichler, 2010, S. 95.

<sup>101</sup> Aschenbrenner-Wellmann, 2014a.

Die soziale Integration der geflüchteten Menschen aus dem Jahr 2015 stellt eine gesellschaftliche Schlüsselaufgabe dar, die auf allen Ebenen des hier konzipierten Modell angesiedelt sein muss, um nachhaltig relevant werden zu können. Neben der personenbezogenen Dienstleistung ist es daher notwendig, die Gruppen-, Organisations-, Gemeinwesen- und gesellschaftliche Ebene miteinzubeziehen und Vernetzungsarbeit, auch über die eigene Region hinaus, zu leisten. Nur so kann Einfluss genommen werden auf die Entwicklung einer (humanen) Europäischen Flüchtlingspolitik und auf laufende Gesetzgebungsverfahren, die dringend an den formulierten fachlichen Orientierungen und Standards ausgerichtet sein sollten.

## 7.5 Versorgungsangebote in Freiburg

Zur medizinischen und (sozial-) therapeutischen Versorgungssituation in der Stadt Freiburg ist zu sagen, dass es eine Vielzahl an Personen, Organisationen und Gruppen gibt, die sich auf verschiedenste Weise für Flüchtlinge einsetzen und mit ihnen arbeiten. Nachfolgend wird ein grober Überblick über die Angebotsstruktur vor Ort gegeben, wobei aufgrund des Umfangs an Stellen und Themen kein Anspruch auf Vollständigkeit besteht.

### 7.5.1 Unterbringung der Geflüchteten

Auch in der Stadt Freiburg gibt es verschiedene Formen der Unterbringung für Geflüchtete: Auf dem Sportplatz der Polizeiakademie in der Lörracher Straße wurde eine Bedarfsorientierte Erstaufnahmestelle (BEA) eingerichtet, in der untergebracht sind. Anschließend wohnen die Geflüchteten in verschiedenen Wohnungen im Stadtgebiet oder sind in den aktuell 16 Wohnheimen untergebracht, für deren Sozialbetreuung unterschiedliche Träger zuständig sind.

Tabelle 11: Wohnheime und Träger der Sozialbetreuung in Freiburg

Wohnheim (Standort)	Träger der Sozialbetreuung
Besanconallee	Deutsches Rotes Kreuz
Bissierstraße	Deutsches Rotes Kreuz
Hagelstauden	Stadt Freiburg
Hammerschmiedstraße	Stadt Freiburg
Hartkirchweg	Caritas

Wohnheim (Standort)	Träger der Sozialbetreuung
Hermann-Mitsch-Straße	Stadt Freiburg
Kaiserstuhlstraße	Stadt Freiburg
Kartäuserstraße	Stadt Freiburg
Lörracherstraße	Diakonisches Werk
Mooswaldallee	Deutsches Rotes Kreuz
Mundenhof	Stadt Freiburg
Schützenallee	Stadt Freiburg
Stadthalle	Deutsches Rotes Kreuz
Tuniberg Halle Opfingen	Stadt Freiburg
Waltershofener Straße	Diakonisches Werk
Wiesentalstraße	Evangelische Stadtmission

Quelle: Stadt Freiburg.<sup>102</sup>

In vielen Interviews wurden die Unterbringungsmöglichkeiten in Freiburg zum Teil als problematisch bewertet. Vor allem die Tatsache, dass es häufige Wechsel der Unterbringung gibt und die Geflüchteten daher viel Unsicherheit erleben, wurde als schwierig benannt. Außerdem seien die Unterkünfte „kein ruhiger Ort“ (7:82), da sie zum Teil sehr voll oder sogar überbelegt seien. Auch ein Schlüssel der Sozialbetreuung von 1:100 wurde als nach wie vor sehr hoch benannt.

*„Und wir sehen eben, dass die Traumata eben umso verheerender wirken, umso größer die aktuellen Probleme hier vor Ort sind und auch bleiben. Und da ist es leider so, dass eben viele Familien auch hier mit ganz schwierigen Lebensbedingungen zu tun haben, was sich natürlich sehr problematisch auf die Bewältigung der Traumata auswirkt.“  
(15:21)*

### 7.5.2 Beratungsangebote für Geflüchtete

Neben der in diesen Einrichtungen geleisteten Beratung und Sozialbetreuung gibt es auch in Freiburg das Angebot der Migrationsberatung für Erwachsene. Dieses wird in einem Trägerverbund erbracht, dabei arbeiten das Diakonische Werk Freiburg, der Caritasverband der Stadt Freiburg, Südwind Freiburg und der Freiburger Kreisverband des Deutschen Roten Kreuzes räumlich und inhaltlich zusammen. Darüber hinaus machen verschiedene Organisationen Beratungsangebote zu bestimmten Themen oder für bestimmte Personengruppen, beispielsweise:

<sup>102</sup> Vgl. Webseite Stadt Freiburg im Breisgau. Flüchtlingsunterbringung in Freiburg.

- hat das Deutsche Rote Kreuz eine Perspektiv- und Rückkehrberatungsstelle,
- betreibt die Caritas eine Beratungsstelle zum Thema Ausbildung und Arbeit (bis 2014 im Rahmen des Projektverbunds Bleiberecht Südbaden e. V., Arbeit und Ausbildung für Flüchtlinge)
- bietet die Stadt Freiburg eine soziale Erstberatung sowie die psychosoziale Betreuung gemäß dem zweiten Sozialgesetzbuch (SGB II, für Arbeitssuchende mit Arbeitserlaubnis),
- besteht bei der Psychosozialen Beratungsstelle des Studierendenwerks Freiburg die Möglichkeit, dass sich geflüchtete, immatrikulierte Studierende beraten lassen. Sie erhalten bei Bedarf vier kostenlose Einzelgespräche und Unterstützung bei der Suche nach einer weiterführenden Therapie. Ebenfalls gibt es ein Seminarprogramm der Beratungsstelle, z. B. zu Prüfungsängsten oder Lerntechniken, das alle Studierenden nutzen können,
- haben sich niedergelassene Psychotherapeutinnen und -therapeuten im Rahmen des psychoanalytischen Seminars zusammengetan zur Psychotherapeutischen Anlaufstelle für Migranten Freiburg (PAMF), um Geflüchteten einen möglichst barrierearmen und schnellen Zugang zu psychotherapeutischen Angeboten zu ermöglichen.

Für die Beratung und Begleitung von Kindern, Jugendlichen und deren Eltern gibt es in Freiburg zum einen das „Kompetenzzentrum Frühe Hilfen“, eine interdisziplinäre Beratungsstelle für Prävention und Kinderschutz, sowie zum anderen verschiedene Erziehung- und psychologische Beratungsstellen. Eine Liste aller dieser Stellen findet sich im Internet.<sup>103</sup>

Für von Abschiebung bedrohte Personen gibt es drei Bündnisse, die sich besonders zu diesem Themengebiet engagieren beziehungsweise Beratung anbieten: das Freiburger Forum Aktiv gegen Ausgrenzung, das Südbadische Aktionsbündnis gegen Abschiebung sowie die Aktion Bleiberecht.<sup>104</sup>

### 7.5.3 Medizinische Betreuung und Versorgung von Geflüchteten

#### *Universitätsklinikum, Refudocs, Medinetz*

Im Bereich der gesundheitlichen Versorgung und Beratung gibt es je nach Art der Unterbringung verschiedene Zuständigkeiten beziehungsweise Angebote. Für die

---

<sup>103</sup> Vgl. Webseite FWZ Frau und Technik gGmbH.

<sup>104</sup> Vgl. Webseite Freiburger Forum Aktiv gegen Ausgrenzung; Webseite Südbadisches Aktionsbündnis gegen Abschiebung; Webseite Aktion Bleiberecht.



Bedarfsorientierte Erstaufnahmeeinrichtung (BEA) besteht in Freiburg eine Kooperation mit der Universitätsklinik, die medizinisches Fachpersonal in die BEA entsendet, um die medizinische Versorgung der Geflüchteten zu gewährleisten.

*„Also im Moment ist das so, es gibt so verschiedene Notunterkünfte, da gibt's mehrere Ärzte, die das machen, die Sprechstunden. Meinetwegen sind es drei oder vier, die für eine Notfallunterkunft zuständig sind und die untersuchen. Und dann merken die, da muss vielleicht noch ein Facharzt draufschauen. Und dann kriegen die von der Praxis, meistens sind die Ärzte angebunden an eine Arztpraxis, so wie bei uns zum Beispiel, die kriegen dann von der Arztpraxis sowohl ein Rezept für die Medikamente als auch eine Überweisung an den Facharzt. Und die Termine werden dann abgesprochen mit den Sozialarbeitern, dort in der Notfallunterkunft und die kümmern sich in der Regel um den Dolmetscher. Das heißt, die werden die Termine weitergeben, die müssen den Dolmetscher besorgen und dann werden die Patienten, wenn alles gut funktioniert, mit Dolmetscher zu der Arztpraxis geschickt.“ (2:27)*

Einer der befragten Expertinnen und Experten benennt die Schwierigkeit, dass sich die Flüchtlinge zunächst mit dem System der deutschen Gesundheitsversorgung überhaupt nicht auskennen. Daher ist es gut, dass die Sozialdienste in den Unterkünften eine koordinierende und begleitende Funktion einnehmen und die Flüchtlinge bei Auffälligkeiten zu den entsprechenden Ärzten schicken und eine Begleitung organisieren. Dies schafft allerdings auch einen hohen Aufwand für die betreuenden Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter:

*„Weil die haben auch mal zu uns gesagt, wir hatten mal ein Treffen mit den Sozialarbeitern, die brauchen für jeden Kranken, der irgendwo hingeschickt wird, egal jetzt zu welchem Arzt, drei Stunden allein an Organisation.“ (2:31)*

Bezüglich der medizinischen Versorgung von geflüchteten Menschen übernehmen Ärztinnen und Ärzte in der Regel lediglich eine Akutversorgung, mehr wird nicht bezahlt:

*„Aber jetzt so spezielle Geschichten wie Orthopäden, jemand braucht eine Einlage, da muss man einen extra Antrag stellen. Ähm genau, und das ist offiziell eigentlich nicht drin, im Budget, aber man fragt halt an und probiert trotzdem ob es irgendwie geht.“ (25:5)*

Eine befragte Person betont aber, dass das Sozialamt sehr kooperativ sei und viele Dinge bewilligt werden, wenn sie von Ärztinnen und Ärzten als notwendig eingestuft wurden:

*„[...] hier in Freiburg funktioniert es eigentlich ganz gut, dass hier vom Sozialamt gar nicht so genau gekuckt wird oder gar nicht mehr so genau geprüft wird: Brauchen die das? Sondern wenn die Ärzte eigentlich sagen, das ist notwendig, dass es dann auch in die Wege geleitet wird.“ (16:51)*

In den anderen Unterkünften gibt es keine solche Kooperation, teilweise war die medizinische Versorgung nicht zufriedenstellend. Daher haben sich vor einiger Zeit die „Refudocs“ (gemeinnütziger Verein zur Flüchtlingsversorgung<sup>105</sup>) zusammengesetzt, eine Gruppe aus Medizinerinnen und Medizinern, die Flüchtlinge in den Wohnheimen und Asylbewerberheimen ehrenamtlich versorgen.

*„Inzwischen haben, speziell für die Notunterkünfte, der Verein Refudocs, der sich in Freiburg gegründet hat, jeweils einen Mediziner benannt, der dort vor Ort quasi Sprechstunden abhält und auch die Koordination medizinischer Hilfen an den Standorten übernimmt. Und das hat die Situation sehr, sehr entlastet.“ (6:19)*

Zum Thema Gesundheitsprävention gibt es ebenfalls verschiedene Angebote und Projekte, wie beispielsweise „get together“, ein Projekt des DRK Freiburg für Asylsuchende in Gruppenunterkünften. Für Menschen ohne Papiere, die zum Teil illegal in Freiburg leben und daher keinen regulären Zugang zu Angeboten des Gesundheitssystems haben, hat sich „Medinetz“<sup>106</sup> gegründet. Medinetz ist eine Koordinationsstelle zur Vermittlung anonymer medizinischer und therapeutischer Hilfen, die ohne die Aufnahme persönlicher Daten der Anfragenden an medizinisches Fachpersonal, Therapeutinnen und Therapeuten weitervermittelt. Alle Beteiligten arbeiten dabei ehrenamtlich.

### *Dolmetscherpool*

Für die meisten Erledigungen, gerade auch für Amtsbesuche oder Arzttermine sind geflüchtete Menschen auf Personen angewiesen, die für sie übersetzen. Um diesen hohen Bedarf an Dolmetscherinnen und Dolmetschern zu koordinieren, wurde beim Büro für Migration und Integration der Stadt Freiburg ein zentraler Dolmetscherpool eingerichtet.<sup>107</sup> In dieser Adressdatenbank, die auf der Homepage der Stadt Freiburg zur Verfügung steht, sind etwa 200 Personen verzeichnet, die in etwa 50 verschiedene Sprachen übersetzen können. Die Dolmetscherinnen und Dolmetscher, die im Pool verzeichnet sind, erhalten verschiedene Schulungen, um optimal auf die Übersetzungstätigkeit vorbereitet zu sein. Bei Problemen oder Fragen können sie sich an die zuständigen Personen im Amt für Migration und Integration wenden. Soziale Organisationen und Institutionen in Freiburg können einen Zugang zu dieser Online-Datenbank beantragen und erhalten dann die entsprechenden Zugangsdaten. Anschließend können sie online nach Übersetzerinnen und Übersetzern für die

<sup>105</sup> Vgl. Webseite Refudocs. Verein medizinischer Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und deren Kinder e.V.

<sup>106</sup> Vgl. Webseite Medinetz.

<sup>107</sup> Vgl. Webseite Dolmetscherpool der Stadt Freiburg im Breisgau.

jeweils benötigte Sprache suchen, Personen aus dem Pool kontaktieren und sie für Übersetzungsdienste in Anspruch nehmen. Die Kosten für die jeweils genutzte Leistung trägt die buchende Organisation selbst.

### *Weitere Gruppierungen und Vereine*

Auf der Ebene der Interessensvertretung und Vernetzung gibt es in der Stadt Freiburg verschiedene Gruppen und Vereine, die sich für die Belange von Flüchtlingen engagieren. Einige davon wurden bereits genannt, beispielsweise die im Rasthaus Freiburg angesiedelten Verbände „Aktion Bleiberecht“ oder „Medinetz“. Für viele der Gruppenunterkünfte bestehen darüber hinaus organisierte Gruppen Ehrenamtlicher, die sich mit und für die Bewohnerinnen und Bewohner der jeweiligen Unterkunft engagieren, beispielsweise der Freundeskreis Asyl Freiburg. Alle der in diesem Bereich tätigen Träger sowie die Stadt Freiburg selbst haben Beauftragte für das Thema Ehrenamt für Flüchtlinge, die sich um Engagierte und Angebote kümmern. Ebenfalls gibt es das Ökumenische Asylforum, das als Vernetzungsstelle allen ehrenamtlich Tätigen in Freiburg eine Plattform bietet und über Aktivitäten und Angebote informiert.

Zur Vernetzung der professionellen Akteure gibt es ebenfalls einen Initiativkreis, der sich im Rahmen eines Runden Tisches darüber Gedanken macht, wie mögliche Angebote für traumatisierte Flüchtlinge, z. B. in Form einer neu zu schaffenden Anlauf- und Beratungsstelle, aussehen könnte.<sup>108</sup>

In sehr vielen der Interviews wird über bestehende Netzwerke gesprochen, die es im Hinblick auf die Versorgung von und die Angebote für geflüchtete Menschen gibt:

*„Die Stadt ist klein und wir kennen uns.“ (1:43)*

Die Zusammenarbeit in den Netzwerken wird in der Regel als gut bewertet:

*„Also eigentlich würde ich sagen, Freiburg finde ich ganz gut, also es gibt viele Veranstaltungen wo die verschiedenen Verbände zusammenkommen und die Bereiche sind ganz klar. [...] Also eigentlich funktioniert die Kommunikation sehr gut, weil es viele Gelegenheiten, viele Veranstaltungen gibt, wo man zusammen kommt und wenn jeder bekannt macht, was gerade bei denen aktuell ist.“ (5:35)*

Als konkrete bestehende Netzwerke werden zum einen der PAMF Qualitätszirkel benannt, die Kooperation von Diakonie, DRK und Caritas, sowie die Zusammenarbeit mit den Universitätskliniken und anderen medizinischen Einrichtungen. Auch

---

<sup>108</sup> Dieser Kreis bzw. die darin erarbeiteten Überlegungen und Inhalte wurden bei der Erstellung der hier vorliegenden Expertise intensiv einbezogen.

das durch die Refudocs in Freiburg aufgebaute Netz von (Fach-)Ärztinnen und Ärzten wird angesprochen:

*„Es gibt zum Beispiel ein Netzwerk von Gynäkologen, jetzt innerhalb dieser Refudocs, ein Netzwerk von Zahnärzten, ein Netzwerk von Kinderärzten, Kinder-Jugendpsychotherapeuten, wo die dann entsprechend überwiesen werden können.“ (2:51)*

Allerdings wird auch angesprochen, dass aufgrund der hohen Arbeitsbelastung wenig Zeit für Netzwerkarbeit übrig bleibt, trotz dessen aber z. B. die Arbeit im Initiativkreis trotzdem geleistet und positiv bewertet wird.

*„Im Moment habe ich hauptsächlich den Eindruck, dass dadurch, dass alle so unter Druck stehen, an manchen Stellen auch die Kooperation leidet. [...] Dinge zu Ende zu diskutieren oder schlicht und ergreifend sie auch sinnvoll abzustimmen.“ (6:75)*

Als weiterer kritischer Punkt wird benannt, dass die einzelnen Akteure teilweise auch in Konkurrenz zueinander stehen, was die Zusammenarbeit erschwert.

*„Naja, Freiburg hat da wirklich sehr gute, aber auch sehr vielfältige Strukturen und man schaut da schon auch so ein bisschen aufeinander. Manchmal auch ein bisschen argwöhnisch.“ (17:57)*

Hinsichtlich bestehender Angebote im beziehungsweise durch das Netzwerk wird vielfach auf die verschiedenen bereits angebotenen Schulungen hingewiesen: Vier Mal pro Jahr gibt es Grundschulungen für Dolmetscherinnen und Dolmetscher, darüber hinaus werden zwei Aufbaukurse jährlich durchgeführt. Diese werden vom Deutschen Roten Kreuz in Freiburg gemeinsam mit dem Büro für Migration und Integration und dem PAMF veranstaltet und von der Baden-Württemberg Stiftung finanziell gefördert. Besonders in den Aufbauschulungen werden traumaspezifische Grundlagen, Krankheitsbilder und deren mögliche Auswirkungen thematisiert, um die Dolmetscherinnen und Dolmetscher für die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen zu qualifizieren. Es gibt Schulungen für Gutachter sowie traumaspezifische Schulungen für Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter (5:128ff). Bezüglich der Fortbildungen wird aber auch angesprochen, dass es aufgrund der hohen Anzahl an Trägern zu Parallelangeboten kommt:

*„[...] weil eben so viele Akteure auch unterwegs sind und teilweise dann ja schon auch doppelt, also oder jeder für sich eben gerade so den Bereich Fortbildung, also Traumafortbildung machen ja eigentlich sehr viele unterschiedliche Verbände und Träger.“ (6:64)*

Als Wunsch hinsichtlich der Netzwerke wird eine stärkere Beteiligung der Stadt Freiburg gefordert:

*„Aber die Stadt wäre ganz wichtig, dass die quasi mit in Boot kommen. Das würden wir uns wünschen.“ (2:55)*

Ebenso wird in Bezug auf eine einzurichtende Anlaufstelle in vielen Interviews die Notwendigkeit betont, vorhandene Akteure im Feld einzubeziehen und sie stärker zu vernetzen:

*„Also es gibt in Freiburg schon unheimlich viel. Zweitens man sollte das Rad jetzt nicht nochmal neu erfinden. Das heißt, man sollte die vorhandenen Strukturen aufnehmen.“ (14:35)*

*„Hauptaufgabe wäre die Vernetzung, um die vorhandenen Versorgungsstrukturen wirksam zu machen.“ (10:15)*

*„Fachkompetenz gibt es in Freiburg viel. Man muss sie nur bündeln.“ (13:97)*

### *Ehemalige Anlaufstelle des Deutschen Roten Kreuzes*

Die Darstellung vorhandener Strukturen für Flüchtlinge, besonders im Rahmen einer Expertise zur Einrichtung einer Beratungs- oder Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge, erfordert ebenfalls einen kurzen Rückblick auf die inzwischen nicht mehr bestehende Anlaufstelle des Deutschen Roten Kreuzes. Diese wurde im Jahr 1987 als Anlauf- und Beratungsstelle für traumatisierte Flüchtlinge in der Freiburger Schwimmbadstraße eingerichtet. Neben Clearing und sozialarbeiterischen Angeboten erfolgte auch therapeutische Arbeit mit den Flüchtlingen, vor allem mittels „Narrativer Expositions Therapie“ eine von Fr. Dr. Schauer in Konstanz erarbeiteten Therapieform. An der Beratungsstelle waren zwei therapeutische Fachkräfte tätig, dabei jeweils eine für den Schwerpunkt Therapie mit Kindern und Jugendlichen und eine für Therapie mit Erwachsenen. Daneben gab es verschiedene Gruppenangebote, zum Beispiel Entspannungskurse für Frauen oder Gruppenangebote für Kinder. Um den Bedarf an qualifizierten Dolmetscherinnen und Dolmetschern besser abdecken zu können, wurden dort auch eigene Kurse und Schulungen für diese Zielgruppe angeboten.

Aufgrund der steigenden Anzahl an Therapieanfragen und aufgrund der zum Teil sehr massiven Traumatisierung der Anfragenden wurde im Jahr 2000 in Kooperation mit dem Psychoanalytischen Institut Freiburg ein Arbeitskreis von niedergelassenen Psychotherapeutinnen und -therapeuten, Medizinerinnen und Medizinern, Psychiaterinnen und Psychiatern aufgebaut, die so genannte „Ethno-Ambulanz“ oder Psychoanalytische Anlaufstelle für Migrantinnen und Migranten in Freiburg (PAMF), die bei der Darstellung der bestehenden Strukturen bereits genannt wurde. Aufgrund sinkender finanzieller Förderung seitens der Stadt Freiburg musste das Deutsche Rote Kreuz die Beratungsstelle im Jahr 2006 zunächst verkleinern und in die Flurstraße verlegen, bevor sie einige Zeit später, aufgrund eingestellter finanzieller Förderung, geschlossen wurde.

### *Angebote für besondere Zielgruppen*

Darüber hinaus gibt es in der Stadt Freiburg noch zwei weitere Angebote für jeweils besondere Zielgruppen:

- Sonderkontingent „Schwersttraumatisierte Frauen und Kinder aus dem Nordirak“:<sup>109</sup> Für die Therapie dieser Frauen besteht eine Kooperation mit dem Psychologischen Institut der Universitätsklinik Freiburg. Sie werden außerhalb der allgemeinen Flüchtlingsunterkünfte untergebracht und versorgt.
- Unterbringung von unbegleiteten minderjährigen Asylsuchenden (UMA): Die in relativ hoher Zahl in Freiburg ankommenden unbegleiteten Minderjährigen brauchen ein adäquates Unterbringungs- und Versorgungsangebot. Das Christophorus Jugendwerk hat sich als Träger der Jugendhilfe in Freiburg für diese Zielgruppe spezialisiert und besitzt ein breites Angebot der Bildung, Erziehung und Betreuung für UMA.<sup>110</sup> Ausführliche Informationen zur Versorgungslage der UMA in Freiburg sowie der Meinungen und Aussagen der Expertinnen und Experten finden sich im folgenden Unterkapitel.

#### 7.5.4 Unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMA)

Unbegleitete minderjährige Asylsuchende (UMA) gelten nach EU-Aufnahmerichtlinien<sup>111</sup> als besonders schutzbedürftige Personen, die identifiziert und ihren speziellen Bedürfnissen angemessen versorgt werden müssen. Die Kinder und Jugendlichen haben nach dem Übereinkommen über die Rechte des Kindes der Vereinten Nationen (UN Kinderrechtskonvention) einen Anspruch auf eine dem Kindeswohl entsprechende Unterbringung, Versorgung und Betreuung. Sie werden dem Personenkreis des SGB VIII zugeordnet und müssen vom Jugendamt in Obhut genommen werden (§ 42).<sup>112</sup>

In welchem Zusammenhang steht dies jedoch mit der Situation der psychologischen Betreuung von UMA in Freiburg und welche Konsequenzen und speziellen Anforderungen einer Versorgung von UMA ergeben sich daraus für die Konzipierung einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge in Freiburg? Hierzu werden die Aussagen von einigen Expertinnen und Experten analysiert.

<sup>109</sup> Vgl. Kapitel 4.2.1.

<sup>110</sup> Vgl. Kapitel 7.5.4.

<sup>111</sup> Grundlage ist die Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26.06.2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung).

<sup>112</sup> Die spezifischen rechtlichen Bedingungen und Fragen der Jugendhilfe im Bereich der UMA wurden bereits in Kapitel 5 erläutert.

Im Blick auf Zahlen der Flüchtlingsunterbringung wird deutlich, dass in Freiburg der Anteil an UMA überdurchschnittlich hoch ist. Die Stadt Freiburg gehört innerhalb des Landes Baden-Württemberg zu den zehn am meisten in Anspruch genommenen Kommunen. Eine mögliche Erklärung hierfür ist die geografische Lage Freiburgs mit dem ersten deutschen Bahnhof auf der Strecke von Italien über die Schweiz nach Deutschland:

*„Also die kommen ja quasi von Süden, die UMA und wurden dann von der Bundespolizei oder insgesamt aus dem Zug zusammen aufgegriffen und dann an dem nächsten Halt vom ICE, ist dann Freiburg, rausgelassen und da wohnen ja dann pro Jahr, im letzten Jahr waren es 80 knapp 500, sie sozusagen dann hier neu aufgeschlagen sind [...] also das hat sich in den letzten vier, fünf Jahren jedes Mal mehr als verdoppelt. Und so haben wir traditionell im Grunde seit 2011 sehr hohe Fallzahlen im Vergleich zu anderen Baden-Württembergischen Stadt- und Landkreisen (19:77ff.).*

Um diese Ungleichheit zu korrigieren, trat zum 01.11.2015 das neue „Gesetz zur Verbesserung der Unterbringung, Versorgung und Betreuung ausländischer Kinder und Jugendlicher“ in Kraft. Daraufhin wurden die UMA regional umverteilt, was zu einer spürbaren Entlastung im Stadtgebiet Freiburg führte. Die aktuell in Freiburg untergebrachten UMA werden in der Zusammenarbeit von Jugendamt, Christophorus Jugendwerk und der Kinder- und Jugendpsychiatrie psychologisch versorgt und durch Psychologinnen und Psychologen begleitet. Insgesamt wird diese Struktur der psychologischen Versorgung von UMA als durchaus positiv eingeschätzt:

*„[...] die UMA haben tatsächlich, wenn sie denn wirklich minderjährig sind und hier ankommen, die treffen hier auf eine sehr gut aufgebaute Struktur.“ (17:13).*

Dieser Erfolg ist unter anderem auf die engen Absprachen zwischen den Verantwortlichen in Freiburg zurückzuführen, die sich im Rahmen einer Arbeitsgemeinschaft<sup>113</sup> zur Unterbringung, Versorgung und zu den Bedarfen von UMA in Freiburg inhaltlich und organisatorisch austauschen. So helfen beispielsweise die Absprachen nach Erstgesprächen oder Beobachtungen in Gruppenalltag und Schule, um den UMA bei Bedarf Gesprächsangebote machen zu können. In diesen Gesprächsangeboten werden nach einer Exploration auf niedriger Ebene Stabilisierungs- und Entspannungstechniken sowie spezielle psychoedukative Hilfen vermittelt, falls sich eine Traumatisierung abzeichnet.

In der Einschätzung, welcher Anteil der UMA Bedarf an psychosozialer Versorgung hat, variieren die Meinungen von circa zehn bis 30 Prozent. Bei Bedarf kann den Jugendlichen Zugang zu Hilfe über die Kinder- und Jugendpsychiatrie angeboten

---

<sup>113</sup> Gemäß §78 SGB VIII.

werden. Dies wird allerdings nicht von allen Jugendlichen angenommen, gerade vor dem eigenen kulturellen Hintergrund, in dem teilweise weder psychische Krankheiten noch deren Behandlung bekannt sind. Hier besteht eine

*„[...] sehr enge Kooperation mit der Psychiatrie, die [...] eine extra Sprechstunde für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge eingerichtet (hat).“ (18:60f.)*

Grundlegend hilfreich ist nach Meinung der Expertinnen und Experten auch, dass mit der schnellen Einbindung in Sprachkurse eine gute Tagesstruktur und Perspektiven vermittelt werden kann. Jedoch fällt den UMA diese Tagesstruktur nicht immer leicht:

*„Da gibt es natürlich auch einen Prozentsatz drunter, denen fällt es jetzt extrem schwer, in eine solche Tagesstruktur reinzukommen, sich überhaupt an ein so geregeltes Leben zu gewöhnen. Ich glaube auch, dass es zum Teil daran liegt, dass wir es hier ja dann öfter auch mit UMA zu tun haben, die es auch schon in ihren Herkunftsländern nicht unbedingt leicht hatten. Und die auch da nicht aus behüteten und gut strukturierten jugendlichen Welten quasi kommen.“ (17:144ff.)*

Umso mehr es jedoch um konkrete psychotherapeutische Angebote und die Akutversorgung von UMA geht, werden strukturelle Problematiken und Überlastungssituationen deutlich:

- Grundlegend problematisch sind Aufnahmeeinrichtungen, in denen nachts keine Betreuung durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter gewährleistet ist.
- In der Kinder- und Jugendpsychiatrie werden über die offenen Sprechstunden UMA aus Freiburg und den umliegenden Landkreisen erreicht. Dieses Angebot wird gut und teilweise auch langfristig angenommen. Die Finanzierung hierfür ist jedoch unsicher.
- Problematisch ist in der Akutaufnahme besonders das Fehlen von qualifizierten Dolmetschern, die bei Notfällen, zum Beispiel nach Suizidversuchen, übersetzen könnten.

Mit der Versorgung der UMA wird jedoch ein im Vorfeld schon überbelastetes System weiter strapaziert. Bei der Versorgung der Kinder- und Jugendpsychiatrie zeigt sich ebenfalls eine weitere strukturelle Herausforderung, da die Kinder- und Jugendpsychiatrie auch für umliegende Landkreise zuständig ist, die Anlaufstelle aber nur für das städtische Gebiet konzipiert wird und die Kooperation mit dem Landkreis erst in einem weiteren Schritt realisiert werden könnte.



*Versorgungs- und Angebotsstruktur einer Anlaufstelle für traumatisierte UMA*

Vor dem Hintergrund der aktuellen Versorgungslage für UMA, mit ihren Möglichkeiten und Grenzen, haben die Expertinnen und Experten einige Anforderungen und Vorstellungen bezüglich der Angebotsstruktur einer Anlaufstelle entwickelt. Sie sprechen sich für eine interdisziplinäre Stelle aus, entweder in Form der Zusammenarbeit von Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, Psychiaterinnen und Psychiater sowie Psychologinnen und Psychologen zur Erstellung fachbezogener Gutachten, oder in Form einer Poliklinik, in der auch somatische Probleme behandelt werden können und eine Clearingstelle integriert ist. Ebenso solle diese Stelle zum Aufbau und zur Koordinierung vorhandener Ressourcen dienen, beispielsweise des Dolmetscherpools und der Vernetzung zu niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten. Vor allem besteht laut Aussagen der Expertinnen und Experten auch ein Bedarf an Fachleuten, die sich mit interkulturellen Thematiken im Kontext von Traumatisierungen im Bereich von Fluchterfahrungen und deren Behandlung auskennen. Ein bedeutender Vorteil einer derartigen Stelle sei, die Geflüchteten „ohne [...] Altersabbruch begleiten zu können.“ (18:234f.). Bei der Frage nach erforderlichen Angeboten einer Anlaufstelle wurde sich besonders für niedrighschwellige Angebote und kurze Therapieformen ausgesprochen. Der Fokus solle bei den Angeboten auf die Stabilisierung als erster, grundlegender Schritt, gelegt werden. So sind gerade bei UMA aufsuchende Angebote wichtig, besonders im Bereich musisch-kreativer Verarbeitungsmethoden.

Es wurde angeregt, dass eine enge Zusammenarbeit zwischen der Anlaufstelle und Jugendhilfeeinrichtungen bestehen solle, beispielsweise indem Mitarbeitende der Anlaufstelle zum Beziehungsaufbau einige Tage in der Woche in Wohneinrichtungen mitarbeiten. Als wichtig wird weiterhin erachtet, dass Vorbehalte gegenüber Psychotherapie abgebaut werden könnten. So wurde zum Beispiel vorgeschlagen, Psychoedukationsgruppen und -veranstaltungen anzubieten, um möglichst viele UMA zu erreichen. Schlussendlich solle die Anlaufstelle auch eine Plattform für alle Mitarbeitenden und Ehrenamtlichen sein, in der Fortbildungen, Vorträge, Supervision und fallbezogene Beratungen angeboten werden.

## 8 Vorschläge für Freiburg

Nach der detaillierten Darstellung zentraler Grundlagen für ein Versorgungsangebot traumatisierter Flüchtlinge werden im Folgenden daraus Empfehlungen für Freiburg abgeleitet. Ziel dieser Vorschläge soll sein, mögliche Richtungen und Varianten aufzuzeigen, die auf Basis der dargestellten Erfahrungen und Rahmenbedingungen machbar beziehungsweise sinnvoll sein könnten.

### 8.1 Zentrale Aspekte einer Anlaufstelle: Aussagen der Expertinnen und Experten

Um eine Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge in Freiburg planen zu können, müssen verschiedene Aspekte berücksichtigt werden. In den Expertinnen- und Experteninterviews werden in diesem Zusammenhang die Arbeitsweise und das Einzugsgebiet der Anlaufstelle, die Trägerschaft sowie die Vernetzung und Kooperation genannt. Auch die Art der Einrichtung und deren Angebote, Supervision und Fortbildung sowie personelle und finanzielle Aspekte, „welche die Planung und die Strukturen der Anlaufstelle wesentlich beeinflussen“ (7:242ff.), werden von den Befragten thematisiert. Zudem werden Meinungen und Einschätzungen zum Bedarf einer Anlaufstelle in Freiburg und die Erwartungen sowie Herausforderungen bezüglich der Konzipierung einer Anlaufstelle von den Befragten geäußert.

Nachfolgend werden die Aussagen, Meinungen und Einstellungen der befragten Expertinnen und Experten zusammengetragen und unterschiedliche Facetten einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlingen in Freiburg beleuchtet.

#### *Arbeitsweise der Anlaufstelle*

Eine Anlaufstelle kann, wie auch die Analyse der Psychosozialen Zentren in den Kapiteln 7.3 und 7.4 gezeigt hat, auf unterschiedliche Art und Weise operieren. In Bezug auf die Arbeitsweise der Anlaufstelle in Freiburg wird der Begriff der Niederschwelligkeit von mehreren Expertinnen beziehungsweise Experten betont:

*„Das heißt Südbaden braucht ein Beratungs- / Behandlungszentrum für Flüchtlinge, das niederschwellig arbeitet, also die Leute sollen kommen können ohne große Bedingungen, die sie im Vorfeld erfüllen müssen. Es wäre wichtig, die Leute da aufzufangen, wo sie sind, egal was das ist.“  
(1:72ff.)*

Mit der Niederschwelligkeit geht einher, dass Zugangsbarrieren abgebaut werden und Flüchtlinge selbstständig in die Einrichtung kommen können und eventuell mit-

hilfe einer Dolmetscherin oder eines Dolmetschers ihr Anliegen vortragen können (1:72ff.). In diesem Zusammenhang wird auch die Vertrauensbildung als „gemeinsame Basis“ erwähnt, auf die das Beratungs- oder Behandlungsverhältnis zwischen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der Anlaufstelle und den Geflüchteten aufbauen kann (2:311ff.). Niederschwellige Angebote müssen sich räumlich nicht ausschließlich auf die Anlaufstelle konzentrieren, sondern können ebenfalls im Rahmen einer aufsuchenden Arbeitsweise zum Beispiel in einem Wohnheim stattfinden (9:219ff.; 6:307ff.), oder weitere Institutionen, wie beispielsweise Kindertagesstätten, einbeziehen:

*„Und wichtig ist auch, dass sie mit den Regelangeboten zusammen arbeiten, dass sie auch zugehende Angebote machen, also zum Beispiel in Kindertagesstätten. Vielleicht auch in Gruppen für Eltern, für Kinder, für Familien.“ (15:149ff.)*

Niederschwelligkeit ist nach Meinung der Befragten jedoch nicht nur für die Betroffenen wichtig, sondern kann sich auch im Hinblick auf den Nutzen der Angebote positiv auswirken:

*„Und das mit diesem zugehenden Vernetzen, interdisziplinären Ansätzen, wie eben wie gesagt – man eben nicht erst eine Eintrittskarte vor sich her tragen kann, weil dann erreichen wir sie weniger und investieren sehr viel Geld für relativ überschaubaren Nutzen.“ (15:422ff.)*

Eine weitere Arbeitsweise stellt die aufsuchende Arbeit dar. Aufsuchende Arbeit ist grundsätzlich relevant, um diejenigen Personen zu erreichen, die sonst nicht erreicht würden (19:341ff.; 18:310ff.) und um Ratsuchende auf die Existenz einer solchen Anlaufstelle aufmerksam zu machen (17:394ff.). Diese Art der Arbeit kann in den Notunterkünften stattfinden, wenn beispielsweise Probleme unter den Bewohnern auftreten (1:31; 6:262ff.). Aufsuchende Arbeit kann auch in Form von Informationsveranstaltungen in verschiedenen Sprachen stattfinden, die idealerweise resilienzorientiert ausgerichtet sind (15:158) oder sie kann als eine grundlegende Aktivierung der Betroffenen eingesetzt werden (6:262ff.). Je nach Bedarf und Problemlage zieht die aufsuchende Arbeit ein Clearing beziehungsweise die Vermittlung in Beratungs- und Behandlungsangebote mit sich.

### *Einzugsgebiet der Anlaufstelle*

Bei der Konzipierung einer Anlaufstelle müssen nicht nur die Arbeits- und Organisationsstruktur berücksichtigt werden, sondern auch der (zukünftige) Wirkungskreis sowie das Einzugsgebiet. Eine befragte Psychologin unterstreicht, dass eine Anlaufstelle überkommunal auf das Gebiet Südbaden ausgerichtet sein oder zumindest der Landkreis einbezogen werden sollte. Da Kliniken und Gesundheitshilfen

ohnehin interkommunal ausgerichtet sind, wäre das Einzugsgebiet einer Anlaufstelle daran anzupassen (15:521f.). Ein entscheidender Vorteil dieser Option wäre darüber hinaus die Möglichkeit, überkommunale Geldmittel zu beantragen, möglicherweise sogar auf Landesebene (15:540ff.) Allerdings reflektiert die Befragte auch Herausforderungen, die sich im Falle einer Ausweitung der Anlaufstelle ergäben:

*„Gut, aber das wäre beides bei Stolpersteinen, aber das wäre aus meiner Sicht schon auch einer, weil wir immer wieder an diese unterschiedlichen Zuständigkeiten grenzen, unterschiedliche Verfahrensweisen, das ist auch beim Kinderschutz ganz wichtig. Jedes Jugendamt hat unterschiedliche Standards, das macht es den Leuten schwer. Und in dem Traumazentrum werden früher oder später – stehen eben die Leute außerhalb Freiburgs auch vor der Tür, das wird wahrscheinlich nicht so leicht möglich sein und ich glaube, Refugio und so weiter, ich weiß nicht, wie die bisher orientiert sind, aber die sind auch nicht so ganz explizit nur auf einzelne Landkreise orientiert.“ (15:545ff.)*

#### *Trägerschaft der Anlaufstelle*

Zentral bei der Planung einer Anlaufstelle ist ebenso die Frage nach der Trägerschaft. Je nach gewählter Trägerschaft kann auf bereits bestehende Kooperationen, Wissensbestände und Leitideen zurückgegriffen werden.

Von einigen interviewten Personen wird das Deutsche Rote Kreuz als potenzieller Träger vorgeschlagen. Das Potenzial besteht beim Deutschen Roten Kreuz darin, dass bereits ein großer Bestand an Wissen, Erfahrungen und Kompetenzen aus einer vorherigen Beratungsstelle für Flüchtlinge vorhanden ist (9:338ff.). Von diesem Wissen könnte eine neue Anlaufstelle profitieren:

*„[...] DRK könnte ich mir schon vorstellen, gibt es wenigstens noch einiges, wo man darauf aufbauen kann und es ist natürlich in vielen Bereichen auch drin [...]. Und diese ganze Rückkehrberatung, Anerkennungsberatung, Migrationsberatung macht ja auch alles das Rote Kreuz.“ (24:559ff.)*

Als weiterer potenzieller Träger wird die Stadt Freiburg vorgeschlagen (19:277ff.; 10:51ff.). Freiburg verfügt über eine hohe Anzahl von Kooperationspartnern und über ein großes Netzwerk. Zudem erscheint auch ein Trägerverbund in Form einer Kooperation mit weiteren Wohlfahrtsverbänden und der Stadt Freiburg als sinnvolle Lösung der Trägerfrage (16:345ff.). Hier werden ebenfalls bestehende Netzwerke und Strukturen als Vorzüge aufgeführt (15:288ff.). Ein Vorschlag, der mehrere Partner vereint, könnte nach Meinung eines Psychologen folgendermaßen aussehen:

*„Eigentlich wäre es sinnvoll, vielleicht einmal an einem Runden Tisch in der Situation zu reden. Das heißt, dass die Stadt eigentlich den Hut auf hat und dann würde ich einmal abfragen, wer kann was dazu beitragen? Und dann den Ball auch wieder zurückspielen und fragen, wer von euch in Freiburg kann zu einer gewissen Struktur, wie wir Sie beispielsweise vorgeschlagen, beitragen? Was kann das DRK, was kann Caritas, was*

*kann die Diakonie, die Uni oder wer auch immer noch da alles in Frage kommt, was können die dazu beitragen und wie bringt man das zusammen? Ich denke, das würde gut sein.“ (13:253ff.)*

Eine weitere mögliche Trägerstruktur kann die eines Vereins sein. Zentral scheint hier eine „neutrale Struktur“ (8:357f.) zu sein. Verbände, die bereits in der Flüchtlingsarbeit tätig sind, können sich so im Verein engagieren und Mitglied werden. Ein Zusammenschluss mehrerer Träger kann jedoch, bedingt durch die Absprachen und Zusammenarbeit zahlreicher Akteure, viel Zeit in Anspruch nehmen. Ein Interviewpartner beschreibt diese Herausforderung wie folgt:

*„Das sind dann verschiedene Verbände drin, aber wer koordiniert das letztendlich oder wer hat letztendlich den Hut auf, verantwortungsmäßig? Das finde ich schwierig. Und wie teilen Sie es dann auf? Wer macht was? Und diese Rollen und Geschichten, die kosten ja allein schon so viel Zeit sich da zu koordinieren. Das ist richtig schwierig. Was gut wäre, wäre wenn das so ein Verein wäre, der sich gründen würde oder ein Netzwerk, das sich gründen würde, wo es wirklich eine Oberindianerin oder ein Oberindianer gibt, der das in der Hand hat und die einzelnen Leute von den verschiedenen Verbänden aus dem Arbeitsbereich, die das können.“ (24:449ff.)*

Als weitere Möglichkeit wird eine Trägerschaft in Form einer Stiftung vorgeschlagen, welche nach Meinung eines Experten gut in Kooperation mit dem Deutschen Roten Kreuz vereinbart werden könnte (20:206ff.).

### *Vernetzung und Kooperation*

Eine wichtige Aufgabe einer Anlaufstelle stellt die Vernetzung und Kooperation mit anderen Akteuren und Diensten dar. Ohne eine starke Vernetzung, beispielsweise mit örtlichen Einrichtungen wie der Psychiatrie, Verbänden und den Heimen einschließlich deren Sozialbetreuung, kann eine Anlaufstelle nicht funktionieren (1:342ff.; 9:377f.). Das Netzwerk sollte ebenfalls die ansässigen Ärztinnen und Ärzte sowie Therapeutinnen und Therapeuten umfassen (3:397ff.), die nicht nur die Beratung und Behandlung der traumatisierten Flüchtlinge übernehmen, sondern durch die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Anlaufstelle auch begleitet werden und den Austausch beziehungsweise die Zusammenarbeit mit Dolmetschenden forcieren (5:322ff.).

Die Vernetzung betrifft des Weiteren öffentliche Institutionen wie Schulen und Kindertagesstätten, die ebenfalls Beratung erfahren können (14:393ff.). Ziel der Vernetzung ist die Weitervermittlung – benötigt werden also vielfältige Kontakte, die speziell auf die individuellen Belange der Flüchtlinge abgestimmt sind. Dies können auch weitere Beratungsstellen oder spezielle Anlaufstellen sein (16:94ff.). Beispiel-

haft werden Frühförderstellen und Schwangerenberatungsstellen genannt sowie die Behinderten-, Kinder- und Jugendhilfe (15:200ff.).

#### *Bedarf einer Anlaufstelle*

Die Expertinnen und Experten wurden nach ihrer Einschätzung gefragt, ob Freiburg eine Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge dringend brauche. Aufgrund des unzureichenden Versorgungsangebots in Südbaden und der „momentanen Notsituation“ (5:41) wird eine Anlaufstelle in Freiburg von den Befragten als wichtig und notwendig erachtet:

*„Also wir brauchen dringend eine Beratungsstelle oder ein Behandlungszentrum für Flüchtlinge, dringend. Wir haben im ganzen südbadischen Raum nur Refugio in Villingen-Schwenningen, die früher Flüchtlinge, dann nach der Schließung der Beratungsstelle des DRK haben die Flüchtlinge von uns übernommen, aber mittlerweile auch nicht mehr. Weil die das auch nicht leisten können. Also wir haben nichts, von Lörrach bis Karlsruhe und in Karlsruhe gibt es eine halbe Stelle. Das heißt Südbaden braucht ein Beratungs- / Behandlungszentrum für Flüchtlinge.“ (1:67ff.)*

Das bisherige Fehlen einer Anlaufstelle wird als „großes Loch in Freiburg“ (5:52) beschrieben. Menschen mit Fluchterfahrungen, die zuvor in der Beratungsstelle des Deutschen Roten Kreuzes begleitet wurden, befinden sich heute noch in Deutschland. Auch diese Betroffenen leiden möglicherweise noch unter traumatischen Belastungsstörungen, doch haben durch den Wegfall des Zentrums keine adäquate Anlaufstelle mehr. Eine neu eingerichtete Anlaufstelle könnte nicht nur den Menschen, die erst seit kurzem in Deutschland sind, helfen sondern auch die seit längerer Zeit Betroffenen helfen.

#### *Erwartungen an die Anlaufstelle*

Bei der Frage nach den Erwartungen an eine Anlaufstelle in Freiburg wird klar die Entlastung derer benannt, die bereits mit Flüchtlingen arbeiten, auch in Form von Fortbildungen und Supervision (1:450ff.). Diese Form der Entlastung ist insbesondere bei konkreten Fragen zum Umgang mit problematischen Situationen notwendig (25:271f.).

Eine weitere Erwartung ist die „Hilfe zur Selbsthilfe“. Aufgrund beschränkter Ressourcen sollten Betroffene langfristig selbständiger werden und beispielsweise in der Lage sein, sich selbständig einen Arzt suchen zu können (2:328ff.).

Einige Befragte erwarten ein sehr breites Angebotsspektrum, um möglichst vielen Personen gerecht zu werden. Sie wünschen sich daher vielfältige Angebote sowohl

für einzelne, als auch für Gruppen und bestimmte Zielgruppen wie unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (25:256f.). Eine Expertin schildert hierzu ihre klare Vorstellung, beruhend auf persönlichen Erfahrungen (19:310ff.):

*„Ich meine wir haben ja damals immer im Grunde eine Vision gehabt, von einem Zentrum in dem dann verschiedene Professionen eingebunden sind. Vor Ort quasi, das ist das idealtypische, sage ich mal. Weil Sie wissen, dass diese Menschen ja sehr komplexe psychosoziale Lagen haben. Sie haben rechtliche Probleme, Aufenthaltsrechtliche, sie haben finanzielle Probleme, sie haben psychische Probleme, gesundheitlicher Art und körperliche. Und dass man dann einfach quasi so einen medizinischen Teil dabei hat, man hat einen therapeutischen-, psychotherapeutischen Teil dabei, man hat vielleicht auch einen kinderpsychiatrischen Teil dabei, vielleicht einen juristischen Teil, einfach das unter einem Dach hätte, so wäre die idealtypische Vorstellung gewesen, dass man das dann sehr einfach und schnell und unbürokratisch und ohne viele Reibungspunkte erledigen kann.“ (3:232ff.)*

Wünschenswert wäre nach Meinung der Befragten auch, dass die Anlaufstelle als Treffpunkt für die Betroffenen fungiert, an dem sich alle beteiligten Akteure untereinander, aber auch mit den Betroffenen austauschen können (3:340ff.).

Die Expertinnen und Experten äußern in diesem Zusammenhang auch den Wunsch, dass die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter im Umgang mit traumatisierten Menschen sicher sind und deren Bedürfnisse kennen (18:173ff.) sowie einen wertschätzenden Umgang gegenüber den Betroffenen pflegen (1:421ff.).

Ebenso sind auch die Erwartungen der Klientel an die Anlaufstelle zu berücksichtigen. Wichtig scheint hier das Gefühl des Angenommen-Seins sowie eine warme Atmosphäre. Dies liegt vor allem in der Hand des Teams der Anlaufstelle (1:421f.). Flüchtlinge suchen eine Anlaufstelle auf, wenn sie Hilfe benötigen – möglicherweise haben sie jedoch keine konkrete Vorstellung, wie diese Hilfe aussehen wird (2:305ff.). Auch hier ist das Personal gefragt, die Betroffenen aufzuklären:

*„Ich denke tatsächlich, dass es in erster Linie um das Wohlergehen geht, für die Betroffenen. Die haben ja eigentlich sich selbst irgendwo auf dem Weg verloren und wenn sie nicht mal richtig schlafen können, Monate lang und Alpträume haben, wissen sie dann, sind sie auch nur noch ein halber Mensch oder gar keiner. Und die erhoffen sich schon diese Hilfe im Sinne von wieder ein bisschen gesünder zu werden, für die Kinder wieder da zu sein.“ (3:326ff.)*

Ein weiterer Experte gibt an, dass es schwierig sei, die Erwartungen der Betroffenen überhaupt einzuschätzen. Möglicherweise bestehen auf Seiten der Betroffenen Vorbehalte gegenüber psychologischer Therapie, da sie über kein Wissen dazu verfügen. Zentral ist hier auch der bloße Wunsch nach Hilfe und Unterstützung (18:236ff.; 17:372ff.).

### *Herausforderungen und Stolpersteine bei der Konzipierung einer Anlaufstelle*

Besondere Herausforderungen ergeben sich auch im Hinblick auf die personelle Ausstattung einer Anlaufstelle, wie bereits in Kapitel 7.2 in Bezug auf die Psychosozialen Zentren geschildert. Auch die befragten Expertinnen und Experten thematisieren die Unsicherheit der angestellten Therapeutinnen und Therapeuten sowie weiteren Mitarbeitenden aufgrund der begrenzten und unsicheren Finanzierung:

*„Es braucht feste Stellen, damit auch eine gewisse Sicherheit und Kompetenzaufbau möglich sind“ (1:413; 5:442ff.)*

Herausforderungen bringen auch die Beratung und Betreuung der traumatisierten Flüchtlinge mit sich. Unwissenheit über Psychotherapie beziehungsweise therapeutische Angebote von Seiten der Klientinnen und Klienten führt dazu, dass es für Betroffene ungewohnt ist, Beschwerden wahrzunehmen, diese zu artikulieren und sich zu öffnen (20:89ff.). Dadurch kann eine Therapie scheitern oder erst gar nicht zustande kommen. Damit einhergehend wird ein kulturell bedingt fehlendes Verständnis von psychiatrischen und psychotherapeutischen Leistungen thematisiert. Eine befragte Person schildert folgendes Beispiel:

*„Ein Ehepaar wird angemeldet beim Sekretariat. Es wird alles geschickt, die Überweisungen liegen vor, die Klinikberichte liegen vor. Die Sekretärin reicht das an mich weiter, ich suche zwei Wochen lang einen Psychotherapeuten, der mit dem Ehepaar arbeiten kann. Dann rufe ich den Ehemann an und erfahre, dass er im Moment gar keine Hilfe sucht. Jetzt ist das Ganze so schief gelaufen, dass der Hausarzt, hat gesucht und zwar für die Ehefrau, aber der Ehemann selber ist gar nicht so einverstanden, dass seine Frau in Therapie geht. Weil ihm das suspekt ist. Das heißt, die ganze Sache scheitert.“ (1:144ff.)*

Hinzu kommt das Sprachproblem, da viele der potenziellen Klientinnen und Klienten nur ihre Muttersprache sprechen. Eine Therapie ohne Dolmetschende ist dann nicht möglich; jedoch ist es ebenfalls nicht einfach, ausreichend und qualifizierte Dolmetscherinnen und Dolmetscher zu beschäftigen. Kritisch zu sehen ist ebenfalls, „dass viele niedergelassene Therapeutinnen und Therapeuten nicht mit Dolmetschern arbeiten, weil das dann die Krankenkassen nicht übernehmen“ (13:162f.; 23:203; 20:80ff.). Gelingt es, die Dolmetschenden über andere Mittel zu finanzieren, sollte deren Bezahlung vereinheitlicht werden, um Konkurrenzsituationen zu vermeiden (22:351ff.).

Auch die Organisation der Arbeitsweise und des Angebotsspektrums kann Barrieren schaffen. Zum einen darf angesichts der begrenzten Ressourcen eine pragmatische und effiziente Arbeitsweise nicht durch zu hohe bürokratische Anforderungen und langwierige Abstimmungsprozesse blockiert werden (3:364ff.). Zum anderen müssen die Angebote der Anlaufstelle begrenzt und klar definiert werden. Angebote wie



Clearing, psychosoziale Beratung, niederschwellige Angebote oder soziale Gruppenarbeit können nicht als Gesamtpaket gestemmt werden (17:41ff.).

Ein weiterer möglicher Stolperstein liegt in der Vernetzung der Anlaufstelle. Die Kooperation mit der Anlaufstelle soll insbesondere für Mitarbeitende der Sozialdienste als entlastend und nicht als belastend erlebt werden. Hier muss für eine angemessene Koordination der Schnittstellen gesorgt werden (6:479ff.).

Weiterhin muss auch eine allgemeine Akzeptanz der Anlaufstelle hergestellt werden. Der Aufbau einer Anlaufstelle für Flüchtlinge kann nach Meinung einer Befragten in der Öffentlichkeit Argwohn hervorrufen:

*„Ja und ganz wichtig finde ich auch, wenn man das konzipiert, dass man im Sinne von Öffentlichkeit da auch sehr vorsichtig vorgeht, weil es einfach zunehmend die Tendenz gibt, in der Bevölkerung zu sagen: Ach guck mal einer an, für die Flüchtlinge da machen sie jetzt auch noch so eine super interdisziplinäre Beratungsstelle und die kriegen dann auch sofort einen Termin. Also an der Stelle ist glaube ich wirklich Vorsicht geboten.“ (17:355ff.)*

Schließlich bringt auch die Trägerschaft einer Anlaufstelle einige Stolpersteine mit sich. Für sämtliche Formen eines Trägerzusammenschlusses ist wichtig, dass interne Konkurrenzsituationen vermieden werden (8:357ff.; 9:351ff.; 16:648f.). Ebenfalls ist darauf zu achten, auch die Klientel anderer, nicht beteiligter Träger zu berücksichtigen (9:431ff). Damit einhergehend wird von einer anderen Person betont, dass möglichst alle Menschen der Zielgruppe erreicht werden sollen (15:306ff.). Auch die Gefahr, dass weitere Kooperationen oder Vernetzungen nicht zustande kommen und die Anlaufstelle isoliert arbeitet, wird als Stolperstein betrachtet (15:502f.). Daraus resultierend ist es also relevant, dass Partner gefunden werden und Vernetzung auf verschiedenen Ebenen stattfindet – unabhängig davon, ob eine Einzelträgerschaft oder ein Trägerverbund besteht.

### *Art der Anlaufstelle*

Anlaufstellen können in unterschiedlichen Formen konzipiert werden. Die erste zentrale Frage lautet: „Soll dort beraten, behandelt oder weitervermittelt werden? (5:285f.). Die Beantwortung der Frage setzt auch den Fokus auf die spätere Zielgruppe. Es muss festgelegt sein, ob nur geflüchtete Menschen oder auch mitwirkende Akteure oder Angehörige die Zielgruppe darstellen (8:181ff.):

*„Ich finde, was eine Anlaufstelle oder so ein Kompetenzzentrum, so wie sie jetzt ja alle heißen, wenn man sich irgendwie in ein Spezialgebiet hineinbegibt, da ist die Frage, für wen sind die denn da? Ist es eine Anlaufstelle für die Menschen die geflüchtet sind und meinen sie brauchen Unterstützung? Oder ist es eine Anlaufstelle, oder auch bei*

*des für die vielen, vielen Professionen und 185 ehrenamtliche wie hauptamtliche Menschen, die jetzt mit Flüchtlingen arbeiten?“ (8:181ff.)*

Aussagen zum Umfang der Anlaufstelle stellen die Frage nach einer großen, mittleren oder kleinen Lösung. Dies erscheint abhängig vom Budget, das zur Verfügung steht (9:103; 13:141ff.). Es ist zu beachten, dass unterschiedliche Arten von Stellen unterschiedlich hoch budgetiert werden müssen (13:357ff.). Der Tenor geht in Richtung einer „mittleren“ Lösung, bei der in erster Linie eine Vermittler- und Beratungsrolle eingenommen werden sollte, die möglichen Kapazitäten scheinen für medizinische oder therapeutische Behandlungsangebote zu knapp zu sein:

*„Weil ich glaube, das wird dann ein bisschen viel. Also ich glaube, das kann dann keine Anlaufstelle leisten.“ (9:229f.)*

An dieser Aussage wird deutlich, dass ein Knotenpunkt geschaffen werden muss, der Flüchtlinge an qualifizierte Fachpersonen weitervermittelt und sich in der Anlaufstelle auf die Vermittlung konzentriert werden sollte. Dieser Ansatz würde dem Konzept der Clearingstelle entsprechen: Die Hauptaufgabe besteht dann in der Vernetzung mit anderen Stellen und Vermittlung in die bestehenden Strukturen:

*„Nicht die Treiberrolle einnehmen in dem Thema!“ (10:60f.)*

Die ideale Anlaufstelle fungiert nach Ansicht der Experten auch zur zentralen Sichtung und Verteilung und erhebt den Bedarf der Betroffenen systematisch nach individueller Intensität (20:188ff.). In diesem Zusammenhang erscheint auch die Kontaktvermittlung und Herstellung von Verbindungen zu Kooperationspartnern sowie die Bündelung von Angeboten in einer Stelle wichtig:

*„[...] dass es aber trotzdem eine Stelle braucht, die da einfach die Kompetenzen hat, die dann den Überblick hat, die die verschiedensten Akteure kennt. Die zum einen Vermittlungstätigkeiten macht, zum Teil auch so was wie eine Krisenintervention.“ (16:94ff.)*

Die Anlaufstelle sollte also an bestehende Strukturen andocken – ihre Rolle entspricht dann der eines Netzwerkknotens oder einer sogenannten Matrixorganisation, die:

*„[...] Koordination und das Zusammenwirken der beteiligten Professionen als Auftrag haben.“ (15:23)*

Die Organisation kann strukturgebend operieren, die nicht nur Flüchtlinge berät, sondern Strukturen für Beteiligte wie Ehrenamtliche erarbeitet. Viele Akteure aus unterschiedlichen Bereichen und Prozessen könnten mithilfe der Anlaufstelle gebündelt werden (4:245ff.). Die Anlaufstelle kann des Weiteren nach dem Konzept der Entsender, also aufsuchend arbeiten. Folgende Aussage eines Experten veranschaulicht dies:

*"Und da kann man von der Klinik jemanden, aus dem Jugendamt einen, aus dem Schulamt einen nehmen und so weiter. Und die machen dann da so eine Matrixgeschichte, um sich zu überlegen, was brauchen die Familien wirklich hier, wie können wir die Integration und die Resilienz dieser Familien fördern? Und welche spezifischen Angebote können wir hier vorhalten, die das dann im Gesamten spezifisch ergänzen im Einzelfall?" (15:475ff.)*

### *Angebote der Anlaufstelle*

Die Angebote einer Anlaufstelle sind vielschichtig. Das grundlegendste Angebot stellt nach Aussagen der Expertinnen und Experten das Clearing dar. Hierbei geht es nach Aussagen der Experten hauptsächlich darum zu sondieren, ob und in welchem Umfang therapeutische Beratung oder Behandlung notwendig sind oder welche weiteren Bedarfe die Ratsuchenden konkret haben (9:215f.; 6:231ff.). Aufgrund der Kommunikationsprobleme und Verfassungen der traumatisierten Flüchtlinge muss hier besonders sensibel vorgegangen werden und es müssen geeignete Diagnostikinstrumente eingesetzt werden (16:248f.).

Weiterhin kann sich eine Anlaufstelle das Ziel setzen, Akteure zu beraten. Damit einhergehend wird die Möglichkeit einer (Online-)Beratung genannt, bei der sich Akteure melden können, die mit speziellen Zielgruppen, wie beispielsweise Kindern oder Jugendlichen mit Fluchterfahrungen arbeiten (8:237ff.; 13:494ff.; 16:221ff.; 19:348ff.). Ähnlich wichtig erscheint einigen Befragten die Beratung für Beratende, also Personen, die hauptsächlich mit traumatisierten Personen arbeiten, die sich mit akuten und gezielten Fragen zum Umgang mit oder zur Beratung von traumatisierten Flüchtlingen an die Anlaufstelle wenden können (9:321f.; 14:394ff.; 16:309ff.). Auch Ärztinnen und Ärzte sowie medizinische Institutionen gehören zur Zielgruppe der Akteure, die eine Beratung in Anspruch nehmen können (20:229f.), oder Akteure, deren Aufgabe es ist, Gutachten anzufertigen, wenn es beispielsweise um Asylanträge oder Abschiebungen geht (18:236ff.).

Weiterhin werden flankierende Angebote, meist in Verbindung mit anderen Angeboten, genannt. So wird beispielweise vorgeschlagen, eine Kinderbetreuung zu gewährleisten, während die Eltern Angebote wahrnehmen (2:264ff.). Weitere flankierende Angebote setzen die Stabilisierung der Flüchtlinge ins Zentrum, indem sie beispielsweise eine Vermittlung in Sportvereine oder weitere Freizeitangebote vorschlagen (26:296ff.). Gerade, wenn sich Flüchtlingsfamilien noch in Notunterkünften befinden, scheint auch der Einsatz von Familienhebammen sinnvoll, da sie den Zugang zur Familie ebnen und Vertrauen schaffen können (17:446ff.).

Angebote im Bereich der Sozialen Arbeit oder Sozialpädagogik werden von den Befragten ebenfalls immer wieder hervorgehoben. Diese müssten nach Aussage eines Experten idealerweise psychotherapeutisch orientiert sein – was wiederum Hintergrundwissen über Traumastörungen erfordert (1:80f.). Zentrale Aufgabe der sozialpädagogischen Angebote scheint die Unterstützung und Begleitung der Betroffenen in unterschiedlichen Lagen zu sein:

*„Es gibt Erziehungsprobleme innerhalb einer Familie, wo die Sozialarbeiter eben auch unterstützen. Wenn eine Familie neu ist, gibt es auch einfach Ankommensprobleme - sich integrieren und orientieren.“ (5:167f.)*

Explizit könnte die Unterstützung folgendermaßen aussehen:

*„Also wenn so etwas ist, also sozialarbeiterische Sachen, die kann man ja begleiten. Also die kommen ja meistens mit den Familien. Es geht darum einfach die Integration erfahren, also es geht um Sprachkurs und dass die Kinder dann entsprechende Schule bekommen. Oder auch Unterstützung bekommen neben der Schule, das kann man machen. Und dann haben manche die Möglichkeit, in eine Privatwohnung einzuziehen und da kann man sie begleiten. Es gibt viele Alltagssachen.“ (5:379ff.)*

Zentral wird hier die Unterstützung bei existenzsichernden Maßnahmen (8:116), die sich beispielsweise auf Amtsgänge bezieht. Weitere Angebote könnten auch in Form von Projekten angelegt werden. Eine interviewte Person beschreibt in diesem Zusammenhang ein gelungenes Beispiel aus Berlin, das als Anregung für die Anlaufstelle in Freiburg dienen kann:

*„Man hat für Jugendliche einen Ausbildungsplatz gesucht, hat ihnen für die Zeit der Ausbildung ein Aufenthaltsrecht gegeben, so dass die Arbeitgeber auch Sinn drin gesehen haben, die einzustellen, ohne Angst, dass sie abgeschoben werden, während der Ausbildung und hat diese Jugendlichen, die traumatisiert waren psychotherapeutisch begleitet. Und das gab null Ausbildungsabbrecher oder einen. Ja also ganz, ganz wenig, ein super Erfolg. Solche Projekte, dafür ist natürlich eine Beratungsstelle bei der Stadt ideal. Die könnte zusammenarbeiten mit dem Jobzentrum und mit der Stadt, mit dem Land wegen den Aufenthaltsgenehmigungen und mit den Therapeuten, das wäre die Kür.“ (1:346ff.)*

Projekte dieser Art können den ersten und wichtigsten Schritt der Stabilisierung darstellen, indem sie zum Beispiel helfen, Kinder und Jugendliche (wieder) in die Gesellschaft einzubinden (1:346ff.).

Angebote der Anlaufstelle können beziehungsweise sollten sich auch auf die Vermittlung in die Regelbehandlung oder in eine Rehabilitationseinrichtung beziehen (1:27; 2:23ff.; 9:35). Hierfür wird eine „Bereitschaftsliste“ von ansässigen Therapeutinnen und Therapeuten empfohlen (5:76f.). Damit einhergehend könnte auch die Vermittlung von Dolmetschenden in den Aufgabenbereich einer Anlaufstelle fallen (20:180ff.).

Ein weiterer wichtiger Bereich sind Gruppenangebote. Diese können auf die Bereiche „Familien und Erziehung“, „Gesundheit“, „Sprache“, „Handwerk und Kunst“ und „Beratung“ ausgerichtet sein. Gruppenangebote können in Form von Erzählcafés oder anderen offenen Formen des Zusammenkommens stattfinden (13:173). Es scheint ebenfalls sinnvoll, wenn Gruppenangebote psychoedukativ ausgerichtet sind (6:254ff.; 18:182f.). Mit der Psychoedukation einhergehend kann dann die notwendige Stabilisierung der Betroffenen stattfinden.

Einzelangebote der Anlaufstelle wiederum konzentrieren sich eher im Bereich der Einzelgespräche, die als fundamental beschrieben werden (7:188f.). Auch hier wird die grundlegende Stabilisierung zentral, ohne die Integration nicht möglich erscheint (3:276ff.). Die Einzelangebote beinhalten außerdem noch ärztliche Behandlungen, die eventuell auch in der Anlaufstelle stattfinden können (5:285), spezifisch dann auch psychiatrische Belange, die ebenfalls die Verschreibung von Medikationen abdecken könnten (18:184ff.). Für therapeutische Einzelangebote können nach Meinung eines Befragten Verfahren ausgewählt werden, die kurzfristig angesetzt sind, effektiv sind und weniger die Sprache in den Fokus rücken (18:184ff.). Konkrete psychologische Trauma-Begleitung kann nach Bedarf angeordnet werden – diese muss beziehungsweise kann nicht in der Anlaufstelle ablaufen, sondern erfolgt nach Vermittlung an traumaerfahrene Spezialisten (3:159f.; 1:335f.; 18:156f.).

Ebenso könnte die Anlaufstelle alternative Angebote zum klassischen Hilfesystem etablieren, da die aktuelle Form der Traumabehandlung nicht immer notwendig erscheint (16:265ff.). Zentral können resilienzfördernde Angebote für Familien entwickelt werden. Hier gilt es, den Blick auf alle Familien zu setzen und nicht nur auf diejenigen, die traumatische Erfahrungen gemacht haben (15:179ff.). Damit einhergehend kann es zu einer Öffnung der Anlaufstelle kommen, die auch den Sozialraum einbeziehen könnte.

Die Frage nach Rahmenbedingungen für die Angebote der Anlaufstelle zeigt, dass Angebote primär abhängig von räumlichen und finanziellen Kapazitäten sind. Ebenso erscheint es relevant, dass eine Auseinandersetzung mit den anzutreffenden Kulturen stattfindet, um die Flüchtlinge adäquat über den weiteren Verlauf bspw. der Therapie zu informieren (2:61ff.). Angebote sollten grundsätzlich auch geschlechterspezifisch ausgelegt sein, um dem Kulturkreis der Flüchtlinge näher zu kommen (9:196ff.).

### *Supervision und Fortbildung*

Nach Meinung der Expertinnen und Experten soll die Anlaufstelle gewährleisten, dass Menschen, die mit Flüchtlingen arbeiten, Hilfestellung bei Problemen und Informationen erhalten, die sie für eine erfolgreiche und nachhaltige Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen benötigen. Dies betrifft „alle Personen, die mit Flüchtlingen zu tun haben“ (20:97f.). Dabei geht es weniger um fachliches psychologisches Wissen, sondern vielmehr um die Vermittlung von Basiswissen zu Prävalenz und Methoden. Dies ist für einige Berufsgruppen ganz besonders wichtig, da ein Mangel an Wissen nicht nur für die Betroffenen, sondern auch für die beteiligten Akteure Konsequenzen haben kann. Ein Befragter betont,

*„[...] dass es da besonders wichtig ist, dass die Dolmetschenden, von der Rolle her, gut vorbereitet sind und dass sie ein bisschen Knowhow bekommen zu den Krankheitsbildern. Aber eben auch für sich Instrumente an die Hand bekommen, dass sie auch hier den neutralen Standpunkt behalten und auch selbst sich gut abgrenzen können. Einfach auch um die Gefahr von der Sekundärtraumatisierung zu vermeiden (16:31ff.)*

Weiterhin werden Richter (1:241), Gutachter (1:247), Ehrenamtliche (14:570), Therapeuten (5:299), Sozialarbeiter (ebd.) sowie Lehrer und Erzieher als wichtige Zielgruppen für Supervision und Fortbildung genannt. Letztere sind zwar nicht in der (psycho-)sozialen Beratung oder Betreuung von Flüchtlingen tätig, können jedoch im Rahmen ihres Berufes ebenso mit traumatisierten Flüchtlingen konfrontiert sein:

*„Man muss einfach bedenken, wir haben eine absolute Ausweitung bei den Kitaplätzen. Also sprich Erzieherinnen, die mit Flüchtlingskindern arbeiten, Lehrerinnen, die mit Flüchtlingskindern und Jugendlichen arbeiten im Sprachkurs, wo die im Alltag so auftreten. [...] Wir haben Jugendzentren die Personal bekommen und Schulsozialarbeiter, die das Personal aufstocken aufgrund der Flüchtlingswelle.“ (8:186ff.)*

Dabei sollen Fortbildungs- und Supervisionsangebote nicht nur zum Aufbau und zur Vertiefung von Wissen, sondern auch zur Sensibilisierung und insbesondere Entlastung der Akteure dienen, denn „[...] der Druck unter dem die stehen, ist ein kleines Pulverfass“ (1:457ff.). Grundsätzlich ist darauf zu achten, dass die Unterstützung einem gewissen Qualitätsstandard entspricht und gleichzeitig die unterschiedlichen Kompetenzen und Qualifikationen der Adressaten berücksichtigt (20:235f.; 25:193f.). In Freiburg existieren bereits zahlreiche Supervisions- und Fortbildungsangebote unterschiedlicher Verbände und Träger. Die primäre Aufgabe einer Anlaufstelle wird daher nicht in der Entwicklung von Weiterbildungs- oder Informationsangeboten gesehen, sondern in der Bündelung der bestehenden Angebote:

*„Meines Erachtens könnte man eben schon an einigen Stellen gut bündeln, um Synergieeffekte zu generieren.“ (7:251f.)*

*Personelle Ausstattung einer Anlaufstelle*

Grundsätzlich ist es für die Anlaufstelle sowie den Erfolg der Angebote relevant, dass qualifiziertes Personal regelmäßig vor Ort verfügbar ist (24:48f.). Ebenso wichtig sind Aspekte wie die Besetzung des Teams, dessen Qualifikationen und Arbeitsstil, die sich an den Bedürfnissen der Klientel ausrichten:

*„[...] die auch wirklich eingehen auf die Not der Flüchtlinge. Und nicht einfach ein Programm durchziehen. Das gibt es in jedem Beruf, also diese Auswahl, das Auswahlverfahren, da muss man ein gutes Team haben. Die die Auswahl treffen, also eigentlich Leute, die schon Erfahrung haben, müssen die Leute einstellen.“ (1:379ff.)*

Allerdings können nicht alle Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit einem Arbeitspensum von 100 Prozent angestellt werden und zwar nicht nur aufgrund der eingeschränkten finanziellen Ressourcen, sondern auch weil die Arbeit mit traumatisierten Personen eine hohe psychische Belastung darstellen kann (24:239ff.). In Bezug auf die Stellenanzahl wird eine Personalstruktur mit mindestens drei Vollzeitstellen skizziert (6:175ff.). Die Mehrzahl der Befragten empfiehlt für eine Anlaufstelle ca. fünf Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter:

*„Also es muss eine solide organisatorische Struktur inklusive von Verwaltung, Leitung, Netzwerkarbeit und sonst was geschaffen werden, und nicht irgendwo zwei Stellen und dann war es das. Also mindestens fünf würde ich mal sagen im allerkleinsten Modell. Und das kann man natürlich ausweiten, je nachdem, fünf ganze Stellen.“ (15:356ff.)*

Nach Aussagen der Expertinnen und Experten ist es wichtig, dass das Team der Anlaufstelle interdisziplinär ausgerichtet ist (25:278). Es kann beispielsweise Fachleute aus den Bereichen Psychologie, Therapie, Sozialer Arbeit, Medizin und Verwaltung umfassen.

Konkret wird beispielsweise folgendes Qualifikationsprofil vorgeschlagen: eine Sachbearbeiterin / einen Sachbearbeiter, eine Sozialarbeiterin / einen Sozialarbeiter zwei Therapeutinnen / Therapeuten und eine Psychologin / einen Psychologen (1:462ff.). Dabei werden die interkulturelle Kompetenz sowie konkret diagnostische sowie medizinische Kompetenzen mehrfach betont (1:93f.; 8:314ff.; 15:17ff.; 13:194ff.). Ebenso ist es nach Meinung einiger Experten relevant, dass speziell auch die Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen in den Blick genommen wird. Das bedeutet, dass der „richtige“ Umgang mit Kindern und Jugendlichen ebenfalls eine wichtige Kompetenz darstellt (24:302ff.) wie die Kenntnis spezifischer rechtlicher Rahmenbedingungen, wie zum Beispiel die Thematik des Kinderschutzes, erforderlich sind (15:463ff.).

### *Finanzierung der Anlaufstelle*

Zu den zentralen Rahmenbedingungen der Anlaufstelle zählt auch ihre Finanzierung. Mit der Finanzierung muss gewährleistet sein, dass Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter in der Anlaufstelle angemessen vergütet werden und Sicherheit haben:

*„[...] weil das ist keine einfache Arbeit, verstehen Sie, und wenn Sie dann da auch noch hinterher rennen müssen wegen irgendetwas, das muss der Dolmetscher auch tun, immer wegen Geld hinterherrennen, also das steht dann in keinem Verhältnis.“ (3:418f.)*

Die Beschaffung von finanziellen Mitteln kann auf verschiedenen Wegen erfolgen. Aussagen zu eigenen Erfahrungen der Expertinnen und Experten zeigen, dass die Finanzierungsart oftmals zwischen EU-Fonds, Asyl-, Migrations- und Integrationsfond sowie Geldern von Stadt, von Trägern sowie Stiftungen wie der UNO Flüchtlingshilfe wechselt (24:107ff.). Die Aussagen der Expertinnen und Experten zeigen Mittel und Wege auf, über die Finanzen beschafft werden können, doch die Anlaufstelle darf nicht alleine von diesen Mitteln abhängig gemacht werden. Gelder müssten demnach hauptsächlich von der Stadt kommen (24:394ff.) In diesem Zusammenhang gilt es zu überprüfen, inwiefern es Finanzierungswege gibt, die über das Gesundheitsamt verrechnet werden können (15:312ff.) oder eine Ko-Finanzierung über das SGB V möglich ist (15:327ff.), da insbesondere bei der Traumabehandlung medizinisches Fachpersonal notwendig ist. Weiterhin können auch Spenden eine wichtige Einnahmequelle darstellen. Die Beschaffung von finanziellen Mitteln scheint trotz oder gerade wegen der Vielzahl an Quellen nicht einfach zu sein:

*„ [...] immer war diese Schwierigkeit, wieder an Kohle zu kommen.“ (24:114)*

Gerade mit Hinblick auf die Form der Anlaufstelle muss einbezogen werden, mit welchen Einnahmen und Ausgaben kalkuliert werden muss (16:548ff.).

Die Aufstellung eines Kontenrahmens mit Kalkulationseckwerten im Zuge der Finanz- und Haushaltsplanung einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge ist Inhalt des folgenden Kapitels.

## **8.2 Kostenrahmen und Kalkulationseckwerte**

Für den folgenden Kostenrahmen und die Kalkulationseckwerte verschiedener Modelle einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge wird auf pauschalisierte Plankostenwerte der Kommunalen Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsmanagement



(KGSt) zurückgegriffen.<sup>114</sup> Mit diesen Eckwerten können die Kosten eines Arbeitsplatzes über ein vereinfachtes Verfahren ermittelt werden.

Die Kosten eines Arbeitsplatzes setzen sich zusammen aus Personal- und Sachkosten.<sup>115</sup> Nachfolgend werden Kostenschätzungen für drei Modelle einer Anlaufstelle gemacht, die sich in ihrer räumlichen und personellen Ausstattung unterscheiden.

### *Personalkosten*

Für die Ermittlung der Personalkosten, einschließlich Versorgungszuschlag, Sozialleistungen usw. werden Durchschnittswerte der entsprechenden Entgeltgruppen des Tarifvertrags für den öffentlichen Dienst (TVöD) herangezogen.

### *Sachkosten*

Die Sachkosten eines Büroarbeitsplatzes setzen sich zusammen aus:

- Raumkosten (Miete, Betriebs- und Unterhaltungskosten, Büroausstattung)
- Geschäftskosten (Reisekosten, Zeitungen und Literatur, Büromaterial, Porto, Kopierer)
- Telekommunikationskosten (Festnetz, Fax, Mobilfunk, Internet)
- IT-Kosten

Die Ermittlung durchschnittlicher Sachkosten eines Büroarbeitsplatzes ist schwierig, da die Ausstattung der Büroarbeitsplätze örtlich sehr unterschiedlich ist. Insbesondere die Mietkosten hängen stark von lokalen Gegebenheiten ab. Daher werden für die Berechnung der Mietkosten Eckwerte der Mietkosten der Evangelischen Hochschule Ludwigsburg verwendet. Diese stellen einen guten Vergleichswert dar, da nach den aktuellen Mietpreisinformationen der F+B Forschung und Beratung für Wohnen, Immobilien und Umwelt GmbH für das 3. Quartal 2015 das Preisniveau für Neuvermietungsmieten in Freiburg mit Marktmieten von rund 10 €/m<sup>2</sup> dem in Ludwigsburg in etwa entspricht.<sup>116</sup>

Kalkuliert werden die Mietkosten für die drei Modelle einer Anlaufstelle:

---

<sup>114</sup> Vgl. KGSt, 2015b.

<sup>115</sup> Die KGSt empfiehlt zudem eine Gemeinkostenpauschale von mindestens 10 Prozent der Bruttopersonalkosten als Fachbereichs-Overhead. Dieser ist jedoch an den Strukturen einer Stadtverwaltung orientiert (z. B. Kosten für Prüfung durch das Rechnungsprüfungsamt, Leistungen des Haupt- und Personalamtes etc.) und daher im Hinblick auf die Anlaufstelle zu vernachlässigen.

<sup>116</sup> Der F+B-Mietspiegelindex beschreibt die aktuellen ortsüblichen Vergleichsmieten (Standardwohnung nach Baualter und Wohnungsgröße) in allen Gemeinden in Deutschland mit Mietspiegeln (rd. 500 meist größere Städte). Vgl. F+B Forschung und Beratung für Wohnen, Immobilien und Umwelt GmbH, 2015.

Tabelle 12: Mietkosten für die Modelle einer Anlaufstelle

	Quadratmeter	Anzahl Büros	Kosten monatlich (gerundet)	Kosten jährlich
Modell 1	Ca. 40 m <sup>2</sup>	2	460 € (360 € Miete + 100 € NK)	5 520 €
Modell 2	Ca. 100 m <sup>2</sup>	4 + Gruppenraum	860 € (720 € Miete + 140 € NK)	10 320 €
Modell 3	Ca. 150 m <sup>2</sup>	5 + Gruppenraum	1 400 € (1 070 € Miete + 330 € NK)	16 800 €

Die Kosten für die Büroausstattung sowie die Geschäftskosten, Telekommunikationskosten und IT-Kosten sind ebenfalls von den örtlichen Bedarfen und Gegebenheiten abhängig und variieren mit der Größe der Einrichtung. Da diesbezüglich keine Vergleichswerte vorliegen, werden nachfolgend die gerundeten Pauschalwerte der KGSt beibehalten.

Die Sachkostenpauschale eines Büroarbeitsplatzes setzt sich demnach wie folgt zusammen:

Tabelle 13: Jährliche Sachkostenpauschale eines Büroarbeitsplatzes

	Kostenarten		Kosten je Büroarbeitsplatz
1.	Raumkosten		
1.1	Miete, Betriebs- und Unterhaltungskosten <sup>117</sup>	Modell 1	5 520 €
		Modell 2	10 320 €
		Modell 3	16 800 €
1.2	Büroausstattung		160 €
	<i>Zwischensumme (1.)</i>		<i>5 680 - 16 960 €</i>
2.	Geschäftskosten	Reisekosten, Zeitungen und Literatur, Büromaterial, Porto, Miete Kopierer inkl. Kopierpapier	1 400 €
3.	Telekommunikationskosten	Festnetz, Fax, Mobilfunk, Internet	235 €
4.	IT-Kosten	Hard & Software (Abschreibungs-	2 500 €

<sup>117</sup> Die Mietpreise (kalkulatorisch bei Eigentum) beziehen sich auf die gesamte Einrichtung und sind inkl. aller Betriebs- und Unterhaltungskosten wie Wasser, Straßenreinigung, Müllabfuhr, Strom, Wartung, Heizung, Gebäude-Versicherung und -Reinigung sowie Instandhaltung einschl. Archiv- und Kellerräume angesetzt.

Kostenarten		Kosten je Büroarbeitsplatz
	zeitraum 4 Jahre), Schulungskosten, Zentrale Leistungen (Rechenzentrum, dezentrale Benutzerbetreuung, usw.)	
<i>Zwischensumme (2.-4.)</i>		4 135 €
<i>Gesamt</i>	Modell 1	9 815 €
	Modell 2	14 615 €
	Modell 3	21 095 €

Quelle: KGSt, 2015b, eigene Berechnungen.

### *Berechnung der Jahres und Stundenwerte*

Um die Kosten eines Arbeitsplatzes auf der Basis der KGSt-Pauschalen zu ermitteln, werden Personalkosten und Sachkosten addiert. Diese Werte sollten jeweils vor dem Hintergrund örtlicher Besonderheiten überprüft werden.

Aus den jährlichen Kosten eines Arbeitsplatzes können unter Berücksichtigung der durchschnittlichen jährlichen Arbeitszeit einer Mitarbeiterin oder eines Mitarbeiters die Kosten je Arbeitsstunde berechnet werden.<sup>118</sup> Die Berechnung der Jahres- und Stundenwerte für die Anlaufstelle auf dieser Grundlage erfolgt exemplarisch für folgende Qualifikationsbereiche:

- Einrichtungsleitung
- Dolmetschen
- Sachbearbeitung, Sonstiges
- Psychologische und psychotherapeutische Versorgung
- (Psycho-)soziale Arbeit und Kreative Therapien

Die Auswahl der Qualifikationsbereiche ist angelehnt an die personellen Ressourcen eines „typischen“ Psychosozialen Zentrums.<sup>119</sup> Dabei werden die Kosten sowohl für eine Vollzeitbeschäftigung (100 Prozent) als auch anteilig für eine Teilzeitbeschäftigung (50 Prozent) kalkuliert.

In Tabelle 14 sind die Kosten eines Vollzeitarbeitsplatzes (100 Prozent) pro Jahr und pro Arbeitsstunde, getrennt nach Qualifikationsprofilen dargestellt. Die Berechnungen erfolgen wie folgt:

<sup>118</sup> Entsprechend einer KGSt-Normalarbeitszeit von 40 Stunden/Woche im Bereich der Allgemeinen Verwaltung (vgl. KGSt, 2015a). Dies ergibt eine jährliche Arbeitszeit von 1 631 Stunden.

<sup>119</sup> Vgl. BAfF, 2015b.

- Berechnung der Jahreswerte: Personalkosten + Sachkosten
- Berechnung der Stundenwerte: Personalkosten + Sachkosten / KGSt-Normalarbeitszeit

Tabelle 14: Berechnung von Jahres- und Stundenwerten

		Qualifikationsprofile und Berufsgruppen				
		Einrichtungsleitung	Dolmetschen	Sachbearbeitung, Sonstiges	Psychologische und Psychotherapeutische Versorgung	(Psycho-) Soziale Arbeit und Kreative Therapien
TVÖD		E14	E11	E9 <sup>120</sup>	E13	E9 <sup>121</sup>
Personalkosten		88 900 €	75 900 €	59 800 €	75 300 €	60 500 €
Sachkostenpauschale	Modell 1	9 815 €				
	Modell 2	14 615 €				
	Modell 3	21 095 €				
Kosten eines Vollzeit - Arbeitsplatzes pro Jahr	Modell 1	98 715 €	85 715 €	69 615 €	85 115 €	70 315 €
	Modell 2	103 515 €	90 515 €	74 415 €	89 975 €	75 115 €
	Modell 3	109 995 €	96 995 €	80 895 €	96 395 €	81 595 €
Kosten eines Vollzeit - Arbeitsplatzes je Arbeitsstunde (gerundet)	Modell 1	61 €	53 €	43 €	52 €	43 €
	Modell 2	63 €	55 €	46 €	55 €	46 €
	Modell 3	67 €	59 €	50 €	59 €	50 €

#### *Exemplarische Kostenkalkulation einer großen, mittleren und kleinen Anlaufstelle*

Auf der Grundlage der vorhergehenden Berechnungen werden nachfolgend idealtypische Modelle einer Anlaufstelle dargestellt. Dabei werden nicht alle Qualifikationsprofile und Berufsgruppen für jedes Modell dargestellt und die Stellenanteile variiert.

<sup>120</sup> Wird teilweise geringer eingestuft.

<sup>121</sup> Soziale Arbeit wird teilweise höher eingestuft.

Tabelle 15: Kostenkalkulation für Modell 1 einer Anlaufstelle

Kostenarten				Kosten
1.	Personalkosten			
	Qualifikationsprofil	Anzahl Mitarbeitende	Stellenanteil	
1.1	Einrichtungsleitung	1	50%	49 356 €
1.2	Psychologische und Psychotherapeutische Versorgung	1	100%	85 115 €
1.3	(Psycho-)Soziale Arbeit und Kreative Therapien	1	50%	35 158 €
2.	Sachkosten			9 815 €
<i>Gesamt</i>				179 446 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 16: Kostenkalkulation für Modell 2 einer Anlaufstelle

Kostenarten				Kosten
1.	Personalkosten			
	Qualifikationsprofil	Anzahl Mitarbeitende	Stellenanteil	
1.1	Einrichtungsleitung	1	50%	51 576 €
1.2	Sachbearbeitung, Sonstiges	1	50%	37 208 €
1.3	Psychologische und Psychotherapeutische Versorgung	1	100%	89 975 €
1.4	(Psycho-)Soziale Arbeit und Kreative Therapien	1	100%	75 115 €
2.	Sachkosten			14 615 €
<i>Gesamt</i>				268 489 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Tabelle 17: Kostenkalkulation für Modell 3 einer Anlaufstelle

Kostenarten				Kosten
1.	Personalkosten			
	Qualifikationsprofil	Anzahl Mitarbeitende	Stellenanteil	
1.1	Einrichtungsleitung	1	100%	109 995 €
1.2	Dolmetschen	1	50%	48 498 €
1.3	Sachbearbeitung, Sonstiges	1	50%	40 448 €
1.4	Psychologische und Psychotherapeutische Versorgung	1	100%	96 395 €
1.5	(Psycho-)Soziale Arbeit und Kreative Therapien	2	100%	163 190 €
2.	Sachkosten			21 095 €
<i>Gesamt</i>				479 621 €

Quelle: Eigene Berechnungen.

Die Kosten einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge belaufen sich analog zu den KGSt-Richtwerten je nach Größe der Räumlichkeiten und personeller Ausstattung auf rund 180 000 Euro bis 480 000 Euro. Den Kosten eines typischen Psychosozialen Zentrums, das mit einem jährlichen Budget von rund 250 000 Euro haushalten muss, entspricht in etwa Modell 2, das jährliche Kosten von ca. 270 000 Euro verursacht.

### 8.3 Dimensionen und Varianten einer Anlaufstelle

Im nachfolgenden Kapitel geht es – auf der Grundlage der in Kapitel 8.1 dargestellten Expertinnen- und Expertenaussagen und unter Berücksichtigung der vorhergehenden Kostenkalkulation – um die aktuellen praktischen Fragen zur Konzipierung einer Anlaufstelle in Freiburg.<sup>122</sup> Da die konkrete Planung und Organisation von sozialpolitischen Entscheidungen und lokalen Rahmenbedingungen abhängig ist, können im Rahmen der Expertise keine Empfehlungen gegeben, sondern lediglich Perspektiven aufgezeigt und Hinweise gegeben werden. Welche dies sind und welche Aspekte dabei bedacht werden müssen, zeigt Abbildung 15:

<sup>122</sup> Dieses Kapitel beruht teilweise auf einer Ausarbeitung von Frau Prof. Dr. Nicolai.

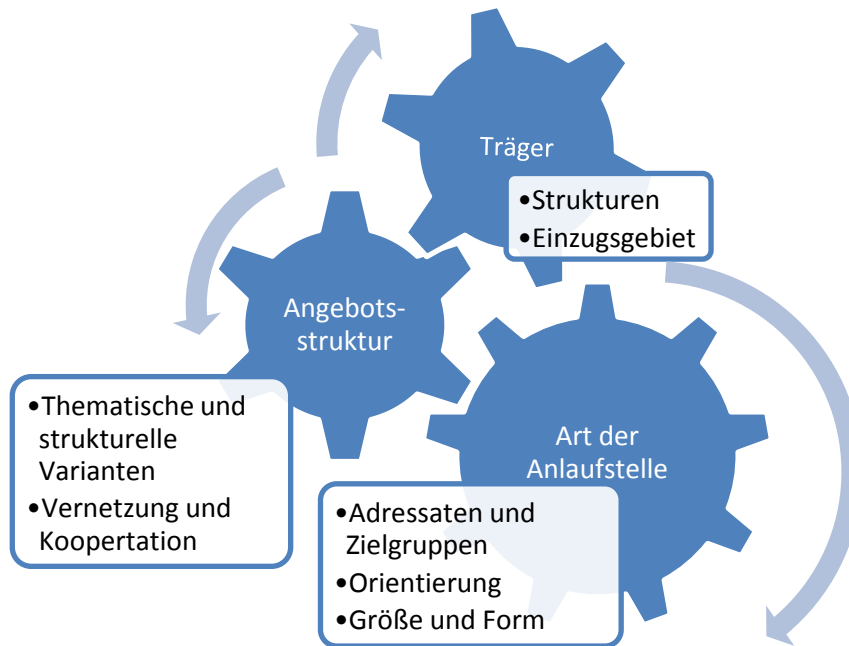


Abbildung 16: Stellschrauben einer Anlaufstelle

### *Perspektiven für die Art einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge*

#### Adressatinnen, Adressaten und Zielgruppen

Die Art der Anlaufstelle ist zunächst abhängig von den Adressatinnen und Adressaten beziehungsweise den Zielgruppen, die erreicht werden sollen. Die Anlaufstelle kann sich entweder nur an traumatisierte Flüchtlinge richten oder auch an die Akteure, die mit traumatisierten Flüchtlingen arbeiten, Multiplikatoren oder Angehörige. Weiterhin ist eine Differenzierung innerhalb der Zielgruppe der traumatisierten Flüchtlinge möglich, indem entweder alle traumatisierten Flüchtlinge oder nur bestimmte Zielgruppen (z. B. Frauen, Kinder, Jugendliche, Familien) angesprochen werden.

#### Orientierung

Eine Anlaufstelle kann ausschließlich vor Ort tätig sein (wie der Begriff zunächst vermuten lässt) oder eine „Komm- und Geh-Struktur“ aufweisen, im Rahmen derer Beratungsgespräche und erste Interventionen auch innerhalb der Lebenswelt der traumatisierten Flüchtlinge (z. B. in Flüchtlingsunterkünften, Kindertagesstätten, Schulen und bei Freizeitmöglichkeiten) stattfinden können.

Eine gemischt lokale und aufsuchende Orientierung hat zwei wesentliche Vorteile: Erstens können durch ein aktives Zugehen der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Anlaufstelle beziehungsweise externer Fachleute auf die Zielgruppe mehr traumatisierte Flüchtlinge erreicht und beraten, beziehungsweise behandelt oder vermittelt

werden. Gleichzeitig kann vor Ort die Vernetzung und Kooperation mit anderen Anbietern und Diensten gepflegt werden, indem in der Anlaufstelle beispielsweise Informations- und Fortbildungsangebote gemacht werden, Runde Tische mit allen beteiligten Akteuren stattfinden oder der Kontakt zwischen externen Akteuren und traumatisierten Flüchtlingen hergestellt wird.

### Größe und Form

Bezüglich der Größe und Form einer Anlaufstelle muss zwischen einer kleinen, mittleren und großen Einrichtung unterschieden werden. Diese Unterscheidung klingt zunächst banal, hat jedoch nicht nur finanzielle Bedingungen und Konsequenzen (wie in Kapitel 8.2 beschrieben), sondern betrifft auch die Arbeits- und Organisationsform der Anlaufstelle, die verschiedene Herausforderungen mit sich bringen:

Eine kleine Anlaufstelle hat möglicherweise nicht die notwendigen finanziellen und personellen Ressourcen, um dem aktuellen und aller Voraussicht nach auch zukünftig hohen Bedarf an Beratungs- und Behandlungsangeboten für traumatisierte Flüchtlinge gerecht zu werden. Zudem hat eine kleine Einrichtung eine geringe Wirkung in der Öffentlichkeit, die aber gerade für die lokalen Angebote sehr wichtig ist.

Eine mittlere Beratungsstelle in der Größe eines „typischen“ Psychosozialen Zentrums, kann eine breite Palette an Angeboten machen, läuft dabei jedoch Gefahr, zu einer Art Flaschenhals zu werden. Eine Kapazitätsgrenze wäre dann schnell erreicht und die Anlaufstelle müsste Wartelisten führen oder sogar Personen abweisen.

Eine große Anlaufstelle in Form eines Zentrums mit zahlreichen Angeboten und Kompetenzen unter einem Dach ist in der Lage, vielseitig und vielfältig zu arbeiten und einen großen Bedarf zu bedienen. Allerdings wäre dies auch eine extrem kostspielige Variante, da umfangreiche räumliche und personelle Ressourcen bereitgestellt werden müssten.

### *Perspektiven für die Angebotsstruktur einer Anlaufstelle*

In Bezug auf die Angebotsstruktur ist ganz allgemein zu klären, wie fokussiert das Angebot für traumatisierte Flüchtlinge sein soll. Zu bedenken ist dabei nicht nur, welche Angebote die Anlaufstelle machen soll, sondern auch welche Gewichtung die Themen und Angebotsbereiche haben sollen. Die drei Kernbereiche der Struktur einer Anlaufstelle sind die psychotherapeutische Versorgung, die psychosoziale Betreuung und die Vermittlung in entsprechende Angebote.



*Variante 1: Clearing-Stelle*

Die erste Variante einer Anlaufstelle entspricht einer Art Clearing-Stelle, bei der es in erster Linie um das Erkennen und Benennen von Traumatisierungen oder Posttraumatischen Belastungsstörungen im Rahmen von Erstgesprächen geht. Eine Intervention ist hier nur kurzfristig möglich und notwendig, sondern im Vordergrund steht die Vermittlung in entsprechende Beratungs- und Behandlungsangebote. Das heißt, die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter müssen diagnostisch soweit erfahren sein, dass sie eine Einschätzung der aktuellen Lage der Ratsuchenden vornehmen, angemessene Interventionen vorschlagen und / oder in die Wege leiten können. Somit würde die Anlaufstelle „Überbrückung und Vermittlung“ leisten, wie dies auch andere Einrichtungen tun (z. B. Psychotherapeutische Beratungsstellen, Diakonische Bezirksstellen, Familien- und Lebensberatung).

Dies hat den Vorteil, dass für die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter keine spezifischen Fachkenntnisse im Bereich der Traumabehandlung vorausgesetzt werden und dadurch das Berufsgruppen- und Qualifikationsspektrum innerhalb der Anlaufstelle vergrößert werden kann. Problematisch ist jedoch, dass zwischen den supportiven Gesprächen nach der ersten Kontaktaufnahme und der Vermittlung in externe Hilfsangebote viel Zeit vergehen kann, in denen die Traumatisierten nicht allein gelassen werden dürfen. Da in einer Clearing-Stelle nicht per se die notwendigen Ressourcen zur Überbrückung vorhanden sind, müssen auch hierfür externe Fachkräfte herangezogen werden, was nicht nur den organisatorischen Aufwand erhöht, sondern die Abhängigkeit von Kooperationspartnerinnen und -partnern und deren Kapazitäten vergrößert.

*Variante 2: Clearing-Stelle mit psychosozialen Einzel- und Gruppenangeboten*

Eine weitere Variante ist eine Anlaufstelle, die nicht nur das Clearing und die Vermittlung vornimmt, sondern selbst auch psychosoziale Einzel- und Gruppenangebote macht. Dazu können sowohl therapeutische und beraterische Einzelsettings als auch stabilisierende pädagogische Gruppenaktivitäten gehören.

Grundlegend ist neben den Erstgesprächen eine intensive Sichtung der Lebensgrundlagen der Ratsuchenden im Hinblick auf Sicherheit (d. h. Wohnen, Essen, Schlafen).

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Anlaufstelle müssen hier nicht zwangsläufig stark auf das Thema Trauma spezialisiert sein. Stattdessen ist es wichtig, dass sie Teil eines ausgedehnten psychosozialen Netzwerks sind und stabile Kooperationsbeziehungen zu niedergelassene Traumatherapeutinnen und -therapeuten sowie Traumapädagoginnen und -pädagogen pflegen, die für die Betroffenen ein weiter-

führendes Angebot machen können. Idealerweise müssten eine oder mehrere Dolmetscherinnen und Dolmetscher eine Teilzeitbeschäftigung aufnehmen.

Diese Variante hat den Vorteil, dass eine breite psychosoziale Angebotspalette und ein Coaching durch Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten es möglich machen, genau da anzudocken, wo Personen unmittelbar Hilfe brauchen. Diese Hilfen können dann auch niedrigschwellige und ganz konkrete Unterstützungsleistungen sein, da eine Indikation von Traumata oft erst dann möglich und sinnvoll ist, wenn andere Fragen und Probleme geklärt sind.

Von großer Bedeutung für diese Variante sind bestehende Netzwerke und psychosoziale Angebote (z. B. Sozialdienste, Jugendhilfe), die als Kooperations- beziehungsweise Angebotspartnerinnen und -partner in die Struktur der Anlaufstelle eingebunden werden können. Wichtig ist, darauf zu achten, Dopplungen zu vermeiden und Konkurrenz-Situationen von vornherein aus dem Weg zu gehen.

#### *Variante 3: Kompetenzzentrum mit (Psycho-)Therapieangeboten*

Die dritte Variante einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge ist ein Kompetenz-Zentrum mit (Psycho-)Therapieangeboten und spezifischen medizinischen und therapeutischen Kompetenzen und Behandlungsangeboten.

Ein Vorteil liegt darin, dass die Ratsuchenden innerhalb des Hauses traumatherapeutische Angebote und stabilisierende traumapädagogische Angebote flexibel und an ihren psychischen Erfordernissen orientiert nutzen können. Voraussetzung ist hier eine dauerhafte Beschäftigung von Dolmetschenden.

Allerdings ist eine Therapie, vor allem über einen längeren Zeitraum hinweg, im Rahmen einer Anlaufstelle möglicherweise nicht leistbar, was auch hier eine Weitervermittlung in die Regelversorgung notwendig machen würde.

#### *Träger*

Die möglichen Strukturen einer Trägerschaft wurden vom Freiburger Initiativkreis für eine Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge wie folgt identifiziert: <sup>123</sup>

- Federführung durch einen Träger mit Einbeziehung der übrigen Institutionen (Wohlfahrtsverbände) in Form eines Beirats
- Multilaterale Trägerstruktur
- Gründung eines Vereins oder einer Gesellschaft unter Beteiligung einzelner Institutionen

---

<sup>123</sup> Protokoll zur Sitzung vom 11.05.2015.

Die Trägerschaft durch eine einzelne Institution hat den Vorteil, dass die Strukturen klar geregelt sind und der organisatorische Aufwand geringer ist als bei einem Trägerverbund. Dieser wiederum hat den Vorteil, auf ein breiteres Netzwerk und mehr Multiplikatorinnen und Multiplikatoren zurückgreifen zu können. Im Rahmen des Trägerverbunds sind verschiedene Organisationen und Vereine unmittelbar an der Anlaufstelle beteiligt, bringen sich und ihre Netzwerke mit ein und ermöglichen daher einen unmittelbaren Zugang zu unterschiedlichen Stellen und Personen.

In Zusammenhang mit der Trägerstruktur stellt sich daneben auch die Frage nach dem Einzugsgebiet: Inwiefern kann und muss der Landkreis einbezogen werden beziehungsweise wie geht man mit traumatisierten Flüchtlingen um, die in Unterkünften außerhalb des Stadtgebiets Freiburg wohnen? Das Einzugsgebiet einer Anlaufstelle lässt sich, so auch die Erfahrung anderer Zentren, nicht immer klar abgrenzen. Ebenfalls können Hilfesuchende aus dem Freiburger Umland aus ethisch-moralischen Gründen nur schlecht abgewiesen werden, sofern in der Anlaufstelle noch Kapazitäten für Neuaufnahmen vorhanden sind. Daher sollte möglichst frühzeitig über eine Einbindung des Landkreises nachgedacht werden.

Trotz dieser unterschiedlichen Möglichkeiten für die Konzipierung einer Anlaufstelle gibt es einige Aspekte, die für alle Dimensionen und Varianten eines Versorgungsangebots berücksichtigt werden müssen. Diese sind einerseits an den Aussagen der Expertinnen und Experten in den Interviews und andererseits an den Erfahrungen der Psychosozialen Zentren, die im Rahmen der standardisierten Befragung oder des BAfF-Versorgungsbericht geäußert wurden, ausgerichtet:

- Eine Stabilisierung von Lebensumständen und -situationen der Personen, die in die Anlaufstelle kommen, bildet die grundlegende Voraussetzung für weitere Beratungs- und Behandlungsangebote.
- Nicht jede traumatisierte Person braucht eine Therapie, daher werden auch nicht alle potenziellen Nutzerinnen und Nutzer die Anlaufstelle in Anspruch nehmen.
- Allgemein muss die Anlaufstelle einen möglichst niedrighwelligen Zugang zu Beratungs- und Behandlungsangeboten ermöglichen.
- Die Vernetzung und Kooperation zu bestehenden, anderen Diensten und Angeboten ist sehr wichtig. Von einer gelingenden Zusammenarbeit können alle beteiligten Stellen profitieren.
- In der Anlaufstelle braucht es geschulte Dolmetscherinnen und Dolmetscher, die für Beratungs- und Behandlungsangebote zur Verfügung stehen. Eben-

falls könnten Fortbildungsangebote innerhalb der Anlaufstelle dafür sorgen, den hohen Bedarf an Dolmetschenden zunehmend decken zu können.

- Eine Anlaufstelle kann nicht "rein therapeutisch" arbeiten, sondern auch die (psycho-)soziale Beratung und Betreuung und / oder Vermittlung sind wichtig.
- Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Anlaufstelle brauchen selbst auch adäquate Möglichkeiten zur Fortbildung und Supervision, um eine stetige Qualität ihrer Arbeit zu gewährleisten.
- Die Beratung und Betreuung der Nutzerinnen und Nutzer der Anlaufstelle muss kultursensibel erfolgen.
- Psycho-Eduktion ist wichtig für den Umgang mit Traumatisierungen und die Akzeptanz von Beratungs- und Behandlungsmöglichkeiten sowie der Förderung des Vertrauens zwischen traumatisierten Flüchtlingen und Akteuren der Traumaarbeit.
- Flexibilität der Angebote um auf die spezifischen Bedürfnisse im Hinblick auf soziale oder medizinische / therapeutische Belange eingehen zu können.
- Flexible, bedarfsgerechte Strukturen innerhalb der Anlaufstelle, um auch auf die sich eventuell verändernden Bedarfe und Situationen vor Ort eingehen zu können.
- Ansetzen an den bereits geleisteten Vorarbeiten und Überlegungen zu einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge, z. B. im Rahmen des Freiburger Initiativkreises.

## 9 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Aschenbrenner-Wellmann, Beate, 2012a. Interkulturelle Kompetenz im Theorie-Diskurs: Von den "klassischen" Merkmalslisten zum prozessanalytischen Kompetenzmodell. In: Beate Aschenbrenner-Wellmann und Birgit Groner, (Hrsg.) Kulturelle MittlerInnen in der Migrationsgesellschaft: Theoretische Grundlagen, konzeptionelle Überlegungen, Evaluation und Praxisprojekte. Stuttgart.
- Aschenbrenner-Wellmann, Beate, 2012b. Vom Interkulturellen Lernen zum Diversitätslernen in der Migrationsgesellschaft: Entwicklungslinien, Widersprüche und Perspektiven. In: Beate Aschenbrenner-Wellmann und Birgit Groner, Hrsg. Kulturelle MittlerInnen in der Migrationsgesellschaft: Theoretische Grundlagen, konzeptionelle Überlegungen, Evaluation und Praxisprojekte. Stuttgart.
- Aschenbrenner-Wellmann, Beate/Ehrismann, Regina, 2014a. Die Soziale Arbeit mit MigrantInnen und Flüchtlingen. In: Soziale Arbeit: Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete. Heft 10/11-2014. Berlin, S.366-373.
- Aschenbrenner-Wellmann, Beate, 2014b. Reflexive Diversitäts- und Menschenrechtskompetenz in der Arbeit mit MigrantInnen. In: Soziale Arbeit: Zeitschrift für soziale und sozialverwandte Gebiete. Heft 10/11-2014. Berlin, S.383-388.
- Brandmaier, Maximiliane, 2011. Wie gestaltet sich die Bewältigung traumatischer Erlebnisse im Exil? Möglichkeiten der psychosozialen Unterstützung traumatisierter Flüchtlinge in Deutschland. Berlin [u.a.]: Lit (Schriftenreihe zur klinischen Sozialarbeit, 3).
- Brewin, Chris R./Andrews, B./Valentine, JD., 2000. Meta-analysis of risk factors for posttraumatic stress disorder in trauma-exposed adults. In: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 68(5), S. 748-766.
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), 2014. Ablauf des deutschen Asylverfahrens. Verfügbar unter: [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/-Publikationen/Flyer/ablauf-asylverfahren.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/-Publikationen/Flyer/ablauf-asylverfahren.pdf?__blob=publicationFile) [Zugriff am 24.05.2016].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), 2016a. Asylgeschäftsstatistik für den Monat April 2016. Verfügbar unter: [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201604-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201604-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.pdf?__blob=publicationFile) [Zugriff am 24.05.2016].

- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), 2016b. Verteilung der Asylbewerber. Verfügbar unter: <http://www.bamf.de/DE/Migration/AsylFluechtlinge/Asylverfahren/Verteilung/verteilung-node.html> [Zugriff am 24.05.2016].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), 2016c. 181.405 Asylanträge im ersten Quartal 2016. Verfügbar unter: <http://www.bmi.bund.de/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2016/04/asylantraege-m%C3%A4rz-2016.html> [Zugriff am 29.05.2016].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), 2016d. Asylgeschäftsstatistik. Verfügbar unter: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/201504-statistik-anlage-asyl-geschaeftsbericht.html> [Zugriff am 08.06.2016].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), 2016e. Familiennachzug von syrischen Geflüchteten. Verfügbar unter: <http://www.bamf.de/SharedDocs/Meldungen/DE/2016/20160608-familiennachzug-syrischer-gefluechteter.html> [Zugriff am 08.06.2016].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF), 2016f. Aktuelle Zahlen zu Asyl. Ausgabe April 2016. Verfügbar unter: [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-april-2016.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/Asyl/aktuelle-zahlen-zu-asyl-april-2016.pdf?__blob=publicationFile) [Zugriff am 26.04.2016].
- Bundesregierung, 2016. Flucht, Migration, Integration: Fakten und Hintergründe. Verfügbar unter: [https://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Themen/Fluechtlings-Asylpolitik/4-FAQ/\\_node.html?id=GlossarEntry1672756](https://www.bundesregierung.de/Webs/Breg/DE/Themen/Fluechtlings-Asylpolitik/4-FAQ/_node.html?id=GlossarEntry1672756) [Zugriff am 25.05.2016].
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF), 2013. Zwischen Anspruch und Realität. Evaluation der Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. Karlsruhe: Von-Loeper.
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF), 2015a. Positionspapier. Einrichtung eines Hilfsfonds zur gesundheitlichen Versorgung von vulnerablen Flüchtlingen und Opfer von Folter. Verfügbar unter: [http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Stellungnahme-zu-Finanzierungsloesungen\\_AMIF.pdf](http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Stellungnahme-zu-Finanzierungsloesungen_AMIF.pdf) [Zugriff am 27.05.2016].
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF), 2015b. Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. Verfügbar unter:

- [http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht\\_mit-Umschlag\\_2015.compressed.pdf](http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht_mit-Umschlag_2015.compressed.pdf) [Zugriff am 27.05.2016].
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA), 2016. Anlaufstellen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge. Verfügbar unter: <http://www2.infodienst.bzga.de/?uid=44c11219b504dbde4a83528208f4e0c7&id=Seite3332> [Zugriff am 19.05.2016].
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), 2016a. Warum ist die Bundesrepublik Deutschland 2015 Ziel umfangreicher globaler Fluchtbewegungen geworden? Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/gesellschaft/migration/kurz dossiers/224849/fluchtziel-deutschland> [Zugriff am 18.05.2016].
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), 2016b. Flucht und Asyl: Aktuelle Zahlen und Entwicklungen. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/apuz/208003/aktuelle-zahlen-und-entwicklungen?p=all> [Zugriff am 24.05.2016].
- Bundeszentrale für politische Bildung (bpb), 2016c. Zahlen zu Asyl in Deutschland. Verfügbar unter: <https://www.bpb.de/politik/innenpolitik/flucht/218788/zahlen-zu-asyl-in-deutschland> [Zugriff am 29.05.2016].
- Cyrus, Norbert, 2004. Soziale Arbeit mit Menschen ohne Aufenthaltsrecht. In: Andreas Treichler und Norbert Cyrus: Handbuch Soziale Arbeit in der Einwanderungsgesellschaft. Frankfurt a. M., S. 180-203.
- Detemple, Katharina, 2015. Zwischen Autonomiebestreben und Hilfebedarf: unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in der Jugendhilfe. Baltmannsweiler: Schneider.
- Deutscher Bundestag, 1993. Gesetzentwurf der Fraktionen der CDU/CSU und F.D.P. Entwurf eines Gesetzes zur Neuregelung der Leistungen an Asylbewerber Bundestagsdrucksache 12/4451.
- Deutscher Caritasverband e. V./Referat Migration und Integration (Hrsg.), 2014. Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Deutschland. Rechtliche Vorgaben und deren Umsetzung. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Emminghaus, Wolf Bernhard/Grodhues, Juliane/Morsch, Werner, 2003. Zusammenarbeit von Sozialarbeit und Psychologie in der Traumarbeit mit Flüchtlingen. Synergetische Effekte im Rahmen eines ganzheitlichen Ansatzes. Karlsruhe: Von-Loeper.
- F+B Forschung und Beratung für Wohnen, Immobilien und Umwelt GmbH, 2015. Quartalsbericht III-2015. Verfügbar unter: <http://www.f-und-b.de/files/fb/>

- content/Dokumente/Publikationen/F+B-Wohn-Index\_2015Q3.pdf [Zugriff am 27.04.2016].
- Faller, Christiane/Thieme, Nina, 2013. Soziale Arbeit als Gerechtigkeitsprofession: In: DZI Deutsches Zentralinstitut für Soziale Fragen, 62, (2), S. 53-59.
- Fazel, M./Wheeler, J./Danesh, J., 2005. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. In: The Lancet 365(9467), S. 1309-1314.
- Flatten, Guido/ Gast, Ursula/ Hofmann, Arne/Knaevelsrud, Christine/Lampe, Astrid/ Liebermann, Peter/ Maercker, Andreas/Reddemann, Luise/Wöller, Wolfgang 2011. S3 - Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. In: Trauma & Gewalt 3, S. 202-210.
- Grube, Christian/Wahrendorf, Volker, 2014. SGB XII. Sozialhilfe mit Asylbewerberleistungsgesetz. Kommentar, 5. Auflage. München: C. H. Beck.
- Herriger, Norbert, 2002. Empowerment in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung. Stuttgart, Kohlhammer.
- Hinte, Wolfgang/Lüttringhaus Marie/Oelschlägel Dieter, 2007. Grundlagen und Standards der Gemeinwesenarbeit. Ein Reader zu Entwicklungslinien und Perspektiven. 2., aktualisierte Auflage. Weinheim und München: Juventa.
- Kluge, U. et al., 2012. Health services and the treatment of immigrants: data on service use, interpreting services and immigrant staff members in services across Europe. In: European Psychiatry, 27(2), S. 56-62.
- Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt), 2015a. KGSt-Normalarbeitszeit KGSt-Bericht Nr. 15/2015.
- Kommunale Gemeinschaftsstelle für Verwaltungsvereinfachung (KGSt), 2015b. Kosten eines Arbeitsplatzes. KGSt-Bericht Nr. 16/2015.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg, 2016. Gesundheitskarte für Asylsuchende und Flüchtlinge. Verfügbar unter: <http://www.aerztekammer-bw.de/news/-2016/2016-03/gesundheitskarte/index.html> [Zugriff am 02.06.2016].
- Landesärztekammer Baden-Württemberg/Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2015. 2. Versorgungsbericht. Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg. Verfügbar unter: [http://www.lpk-bw.de/archiv/news-2015/pdf/20151002\\_laek\\_lpk\\_bw\\_traumatisierte\\_fluechtlinge\\_versorgungsbericht\\_2.pdf](http://www.lpk-bw.de/archiv/news-2015/pdf/20151002_laek_lpk_bw_traumatisierte_fluechtlinge_versorgungsbericht_2.pdf) [Zugriff am 24.05.2016].



- Landessozialgericht Hamburg, 2014. Beschluss vom 18. Juni 2014 – L 1 KR 52/14 B ER –, Rz. 6, juris. In: Asylmagazin 10/2014, S. 259 f..
- Landeszentrale für politische Bildung Baden-Württemberg (lpb), 2015. Flüchtlingsproblematik. Flüchtlinge in Baden-Württemberg. Verfügbar unter: [https://www.lpb-bw.de/fluechtlinge\\_baden\\_wuerttemberg.html#c24417](https://www.lpb-bw.de/fluechtlinge_baden_wuerttemberg.html#c24417) [Zugriff am 24.05.2016].
- Maercker, A./Forstmeier, S./Wagner, B./Glaesmer, H./Brähler, E., 2008. Posttraumatische Belastungsstörungen in Deutschland. Ergebnisse einer gesamtdeutschen epidemiologischen Untersuchung. In: Nervenarzt 2008, 79, S. 577-586. Verfügbar unter <http://www.kriegskinder-verein.de/StudieBraehlerNervenar08.pdf> [Zugriff am 03.06.2016].
- Ministerium für Integration Baden-Württemberg, 2016a. Eckdaten zur Zusammensetzung der Asylantragsteller. Verfügbar unter: <http://www.integrationsministerium-bw.de/pb/,Lde/Startseite/Fluechtlingspolitik/Soziodemografische+Daten> [Zugriff am 24.05.2016].
- Ministerium für Integration Baden-Württemberg, 2016b. Asylantragsteller seit 1990. Verfügbar unter: <http://www.integrationsministerium-bw.de/pb/,Lde/Startseite/Fluechtlingspolitik/Asylantragsteller+seit+1990> [Zugriff am 24.05.2016].
- Ministerium für Integration Baden-Württemberg, 2016c. Zugang der letzten zwölf Monate. Verfügbar unter: <http://www.integrationsministerium-bw.de/pb/,Lde/Startseite/Fluechtlingspolitik/Monatsstatistik+Erstantragsteller> [Zugriff am 25.05.2016].
- Niklewski, G./Richter, K./Lehfeld, H., 2012. Abschlussbericht im Verfahren Az.: Z2/0272.01-1/14 für "Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerbern - Zirndorf". Nürnberg: Klinikum Nürnberg.
- refugio stuttgart e. V., 2013. Jahresstatistik 2013. Verfügbar unter: [http://www.refugio-stuttgart.de/refugio\\_d/arbeitsb13\\_4.pdf](http://www.refugio-stuttgart.de/refugio_d/arbeitsb13_4.pdf) [Zugriff am 31.05.2016].
- Robert Bosch Expertenkommission zur Neuausrichtung der Flüchtlingspolitik, 2016. Themendossier Zugang zu Gesundheitsleistungen und Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge und Asylbewerber: Von der Erstversorgung bis zur psychosozialen Behandlung. Verfügbar unter [http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/RBS\\_Kommissionsbericht\\_Fluechtlingspolitik\\_Gesundheit\\_ES.pdf](http://www.bosch-stiftung.de/content/language1/downloads/RBS_Kommissionsbericht_Fluechtlingspolitik_Gesundheit_ES.pdf). [Zugriff am 31.03.2016].

- Schlegel, Rainer/Voelzke, Thomas (Hrsg.), 2016. juris Praxiskommentar Sozialgesetzbuch Fünftes Buch (SGB V). Gesetzliche Krankenversicherung. Saarbrücken: juris.
- Schröer, Hubertus 2007. Interkulturelle Orientierung und Öffnung: Ein neues Paradigma für die Soziale Arbeit. Verfügbar unter: [http://www.i-iqm.de/dokus/Interkulturelle\\_Orientierung%20oeffnung.pdf](http://www.i-iqm.de/dokus/Interkulturelle_Orientierung%20oeffnung.pdf) [Zugriff am 10.06.2016].
- Schulte, A./Treichler, A. 2010. Integration und Diskriminierung. Eine interdisziplinäre Einführung. Weinheim, München: Juventa.
- Schweitzer, Jochen/Nicolai, Elisabeth, 2010. SYMPATHische Psychiatrie – Handbuch systemisch-familienorientierte Arbeit. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Soyer, Jürgen, 2004. Soziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. In: Fritz, Florian/Groner, Frank, 2004. Wartesaal Deutschland. Ein Handbuch für die soziale Arbeit mit Flüchtlingen. Stuttgart: Lucius und Lucius, S. 90-112.
- Stadt Freiburg, Amt für Wohnraumversorgung, Projektgruppe Flüchtlingsunterbringung, 2016. Aktuelle Zahlen zur Flüchtlingsunterbringung. Internes Dokument. Stand 31.03.2016.
- Südwestrundfunk (SWR), 2015. Projekt der Landesregierung: IS-Opfer kommen nach Baden-Württemberg. Verfügbar unter: <http://www.swr.de/landesschau-aktuell/bw/is-opfer-nach-baden-wuerttemberg/-/id=1622/did=15945170/-nid=1622/1msiovm/> [Zugriff am 24.05.2016].
- Ubben, Caren, 2001. Psychosoziale Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. Fallstudie über einen Beratungs- und Therapieansatz. Oldenburg: Bibliotheks- und Informationssystem der Carl-von-Ossietzky-Universität Oldenburg.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2015a. Likely to break records for forced displacement - study. Verfügbar unter: <http://www.unhcr.org/-5672c2576.html> [Zugriff am 18.05.2016].
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2015b. Mid-Year Trends 2015-1. Verfügbar unter <http://www.unhcr.de/service/zahlen-und-statistiken.html> [Zugriff am 18.05.2016].
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), 2015c. Weltweit fast 60 Millionen Menschen auf der Flucht. Verfügbar unter: <http://www.unhcr.de/home/artikel/f31dce23af754ad07737a7806dfac4fc/weltweit-fast-60-millionen-menschen-auf-der-flucht.html> [Zugriff am 18.05.2016].
- Vereinte Nationen – Zentrum für Menschenrechte/Internationaler Verband der SozialarbeiterInnen (IFSW)/Internationale Vereinigung der Ausbildungsstätten

für Soziale Arbeit (IASSW) (Hrsg.), 1994. Menschenrechte und Soziale Arbeit. Ein Handbuch für Ausbildungsstätten der Sozialen Arbeit und für den Sozialarbeitsberuf.

Zeit Online, 2016. Warten auf die Gesundheitskarte für Flüchtlinge. Verfügbar unter: <http://www.zeit.de/politik/deutschland/2016-05/gesundheitskarte-fluechtlinge-asylsuchende> [Zugriff am 21.05.2016].

**Webseiten:**

- Aktion Bleiberecht. Verfügbar unter: [www.aktionbleiberecht.de](http://www.aktionbleiberecht.de) [Zugriff am 26.03.2016].
- Arbeitsgemeinschaft Dritte Welt e.V. Verfügbar unter: <http://agdw.de> [08.05.2016].
- AWO Kreisverband Karlsruhe-Stadt e.V. Verfügbar unter: [www.awo-karlsruhe.de](http://www.awo-karlsruhe.de) [Zugriff am 08.06.2016].
- Bundesamt für Familie und zivilgesellschaftliche Aufgaben (BAFzA). Hilfetelefon. Webseite: <http://www.hilfetelefon.de> [Zugriff am 16.04.2016].
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF). ankommenapp. Verfügbar unter: <https://www.ankommenapp.de> [Zugriff am 16.04.2016].
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF). Verfügbar unter: <http://www.baff-zentren.org> [Zugriff am 27.05.2016].
- Evangelischer Diakonieverband Ulm/Alb-Donau. Verfügbar unter: <http://www.diakonie-ulm.de/36.0.html?PHPSESSID=7f8f4611bbe456137-bc0fd4dc0552909> [Zugriff am 08.05.2016].
- Freiburger Forum Aktiv gegen Ausgrenzung. Verfügbar unter: [www.freiburgerforum.net](http://www.freiburgerforum.net) [Zugriff am 26.03.2016].
- FWZ Frau und Technik gGmbH. Verfügbar unter: <http://www.infokiosk-freiburg.de> [Zugriff am 25.03.2016].
- Medinetz. Verfügbar unter: <http://www.medinetz.rasthaus-freiburg.org> [Zugriff am: 15.03.2016].
- Migrationsdienst in Mannheim. [http://www.kath.de/caritas\\_mannheim/-migrationsdienst\\_in\\_mannheim.php](http://www.kath.de/caritas_mannheim/-migrationsdienst_in_mannheim.php) [Zugriff am 08.05.2016].
- Refudocs. Verein medizinischer Versorgung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und deren Kinder e.V. Verfügbar unter: <http://freiburg.refudocs.de/startseite> [Zugriff am 15.03.2016].
- refugio stuttgart e. V. Verfügbar unter: <http://www.refugio-stuttgart.de> [Zugriff am 31.05.2016].
- Stadt Freiburg im Breisgau. Dolmetscherpool. Verfügbar unter: <http://www.freiburg.de/pb/,Lde/779289.html> [Zugriff am 15.03.2016].
- Stadt Freiburg im Breisgau. Flüchtlingsunterbringung in Freiburg. Verfügbar unter: <http://www.freiburg.de/pb/,Lde/627851.html> [Zugriff am 08.03.2016].

Südbadisches Aktionsbündnis gegen Abschiebung. Verfügbar unter:

[www.saga.rasthaus-freiburg.org](http://www.saga.rasthaus-freiburg.org) [Zugriff am 26.03.2016].

XENION Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte e. V. Verfügbar unter:

<http://xenion.org> [Zugriff am 31.05.2016].

Zentrum für Trauma- und Konfliktmanagement (ZTK) GmbH. Verfügbar unter:

<http://www.ztk-koeln.de> [Zugriff am 31.05.2016].

## 10 Anhang

A.1 Mitgliedszentren und Fördermitglieder der BAfF e. V.

A.2 Fragebogen der standardisierten Befragung

## A.1 Mitgliedszentren und Fördermitglieder der BAfF e. V.

Tabelle 18: Mitgliedszentren und Fördermitglieder der BAfF e. V.

Bundesland	Name der Einrichtung	Anschrift & Kontakt
BW	BFU Ulm Behandlungs-Zentrum für Folteropfer Ulm	Innere Wallstr. 6 89077 Ulm Tel.: 0731 – 228 36 kontakt@bfu-ulm.de www.bfu-ulm.de
BW	PBV Stuttgart Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene	Schloßstraße 76 70176 Stuttgart Tel.: 07 11 – 28 54 450 pbv@eva-stuttgart.de www.eva-stuttgart.de/fluechtlinge-mit- traumaerfahrung.html
BW	Refugio Stuttgart e. V. – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge	Weißenburgstr.13 70180 Stuttgart Tel.: 0711 – 6453 127 info@refugio-stuttgart.de www.refugio-stuttgart.de
BW	Refugio Villingen-Schwenningen – Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge e. V.	Schwedendammstraße 6 78050 Villingen-Schwenningen Tel.: 07721 – 5041 55 info@refugio-vs.de www. refugio-vs.de
BY	Exilio Lindau – Hilfe für Flüchtlinge und Folterüberlebende e. V.	Reutiner Straße 5 88131 Lindau Tel.: 08382 – 40 94 50 info@exilio.de www.exilio.de
BY	PSZ Nürnberg – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge	St.-Johannis-Mühlgasse 5 90419 Nürnberg Tel: 0911 – 393 63-62 jugendhilfe- nuernberg@rummelsberger.net www.jugendhilfe-rummelsberg.de/ jugendhilfe_nuernberg_ zentrum_fluechtlinge.jugendhilfe
BY	REFUGIO München – Beratungs- und Behandlungszent- rum für Flüchtlinge und Folteropfer e. V.	Rosenheimer Straße 38 81669 München Tel.: 089 – 982 95 70 info@refugio-muenchen.de www.refugio-muenchen.de
BE	bzfo Berlin – Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin	Turmstraße 21 10559 Berlin Tel.: 030 – 303 90 60 mail@bzfo.de www.bzfo.de
BE	XENION Berlin – Psychotherapeutische Beratungs- stelle für politisch Verfolgte	Paulsenstraße 55/56 12163 Berlin Tel.: 030 – 323 29 33 info@xenion.org www.xenion.org

BB	Behandlungsstelle für traumatisierte Flüchtlinge, Fürstenwalde	Turmstraße 21, 10559 Berlin Tel.: 030 – 983 537 31 m.misselwitz@kommit.eu www.kooperation-für-flüchtlinge-in- brandenburg.de/
BB	FaZIT – Fachberatungsdienst Zuwande- rung, Integration und Toleranz	Zum Jagenstein 3 14478 Potsdam Tel.: 0331 – 9676250 info@fazit-brb.de www.fazit-brb.de
HB	REFUGIO Bremen – Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e. V.	Parkstraße 2-4 28209 Bremen Tel.: 0421 – 376 07 49 info@refugio-bremen.de www.refugio-bremen.de
HH	Haveno	Gesundheitszentrum St. Pauli Seewarterstraße 10 20459 Hamburg Tel.:040 – 31 79 35 35 info@haveno.de www.haveno.de
HE	Ev. Zentrum für Beratung und Therapie Frankfurt /M. – Haus am Weißen Stein – Beratung und Therapie für Flücht- linge	Eschersheimer Landstraße 567 60431 Frankfurt/Main Tel: 069 – 53 02-291 fluechtlingsberatung@frankfurt- evangelisch.de
HE	FATRA Frankfurt/M. – Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e. V.	Berger Strasse 118 60316 Frankfurt/Main Tel.: 069 – 49 91 74 fatra@t-online.de www.fatra-ev.de
HE	Pro Asyl – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft für Flüchtlinge e. V.	Postfach 160624 60069 Frankfurt/Main Tel.: 069 – 23 06 88 proasyl@proasyl.de www.proasyl.de
MV	Psychosoziales Zentrum für Migranten in Vorpommern im Kreisdiakonischen Werk Greifswald-Ostvorpommern e. V.	Kapaunenstraße 10 17489 Greifswald Tel.: 03834 – 23 11 269 psz@kdw-greifswald.de
NI	IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e. V.	Klävemannstraße 16 26122 Oldenburg Tel.: 0441 – 88 40 16 (Zentrale) info@ibis-ev.de www.ibis-ev.de
NI	Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V.	Marienstraße 28 30171 Hannover Tel.: 0511 – 85644514 ntfn-ev@web.de http://www.ntfn.de/





NW	MFH Bochum – Medizinische Flüchtlingshilfe e. V.	Dr.-Ruer-Platz 2 44787 Bochum Tel.: 0234 – 904 13 80 info@mfh-bochum.de www.mfh-bochum.de
NW	PSZ Aachen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in der Städteregion Aachen	Mariahilfstraße 16 52062 Aachen Tel.: 0241 – 49000 paez@paez.de
NW	PSZ Bielefeld – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge	Friedenstr. 4-8 33602 Bielefeld Tel.: 05 21 – 7 87 – 1 52 46 dallwitz@ak-asyl.info www.psz-nrw.de/psz-netzwerk/ psz-bielefeld/
NW	PSZ Düsseldorf Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge	Benrather Straße 7 40213 Düsseldorf Tel.: 0211 – 544 173 22 info@psz-duesseldorf.de www.psz-duesseldorf.de
NW	Refugio Münster – Psychosoziale Flüchtlingshilfe	Hafenstr. 3-5 48153 Münster Tel.: 0251 – 144 86 31 info@refugio-muenster.de www.refugio-muenster.de
NW	Therapiezentrum für Folteropfer/Flüchtlingsberatung des Caritasverbandes für die Stadt Köln e. V.	Spiesergasse 12 50670 Köln Tel.: 0221 – 160 74-0 info@caritas-koeln.de www.therapiezentrum-fuer-folteropfer.de
RP	Caritasverband für die Region Rhein-Mosel-Ahr e. V. IN TERRA – Psychosoziales Zent- rum für Flüchtlinge	St. Veit-Straße 14 56727 Mayen Tel.: 02651 – 98 690 info@caritas-mayen.de www.caritas-rhein-mosel-ahr.de
RP	Diakonisches Werk Altenkirchen – Fachdienst für Flüchtlinge und Migranten Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge	Stadthallenweg 16 57610 Altenkirchen Tel.: 02681 – 8000820 liebmann@dw-ak.de www.diakonie-altenkirchen.de/fachdienst- fuer-fluechtlinge-und-migranten
RP	Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge, Trier	Dasbachstraße 21 54292 Trier Tel.: +49 (0) 651 – 9910600 fluechtlingsberatung@diakoniehilft.de
RP	Diakonie Pfalz – Psychosoziales Zentrum Pfalz	Wredestr. 17 67059 Ludwigshafen Tel.: 0621 – 49077710 psz-pfalz@diakonie-pfalz.de www.diakonie-pfalz.de
RP	Caritasverband Mainz e. V. – Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma	Rheinallee 3a 55116 Mainz Tel.: 06131 – 907460 beratungszentrum@caritas-mz.de www.caritas-mainz.de

SL	PSZ Saarbrücken – Psychosoziales Beratungszentrum des Deutschen Roten Kreuzes	Vollweidstraße 2 66115 Saarbrücken Tel.: 0681 – 976 42 70 beratungszentrum@lv-saarland.drk.de www.lv-saarland.drk.de
SN	Mosaik Leipzig – Kompetenzzentrum für transkulturelle Dialoge e. V.	Eisenbahnstraße 66 04315 Leipzig Tel.: 0341 – 927 87 71 2 vorstand@mosaik-leipzig.de www.mosaik-leipzig.de
SN	Sächsischer Flüchtlingsrat e. V.	Dammweg 5 01097 Dresden Tel.: 0351 – 4692607 info@saechsischer-fluechtlingsrat.de www.saechsischer-fluechtlingsrat.de
ST	Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten Sachsen-Anhalt Halle (Saale):	Marienstraße 27a 06108 Halle (Saale) Tel: 0345 – 2125768 kontakt@psz-sachsen-anhalt.de www.psz-sachsen-anhalt.de
ST	Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten Sachsen-Anhalt Magdeburg	Liebknechtstraße 55 39114 Magdeburg Tel.: 0391 – 63109807 kontakt@psz-sachsen-anhalt.de www.psz-sachsen-anhalt.de
TH	refugio thüringen Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge e.V	Wagnergasse 25 07743 Jena Tel.: 03641 – 22 62 81 koordination@refugio-thueringen.de www.refugio-thueringen.de

## A.2 Fragebogen der standardisierten Befragung



Befragung zur Einrichtung einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge	
<b>1</b>	<b>Bitte nennen Sie den Namen und den Ort des psychosozialen Behandlungszentrums bzw. der Initiative/Einrichtung, in der Sie tätig sind.</b>
Name der Einrichtung _____	
Ort der Einrichtung _____	
<b>2</b>	<b>Zunächst einmal ganz offen gefragt: Welche Anregungen können Sie uns für die Konzipierung einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge geben? Bitte nur in Stichworten.</b>
<p> _____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	
<b>3</b>	<b>Welche Aufteilung der Qualifikationsprofile würden Sie bei einer neu einzurichtenden Anlaufstelle empfehlen? Bitte geben Sie an, wie Sie persönlich ein gegebenes Stellenvolumen prozentual auf die genannten Bereiche aufteilen würden.</b>
	Anteil
Psychologische / psychotherapeutische Versorgung (PsychologInnen, PsychotherapeutInnen)	%
Psychosoziale Beratung (z.B. Berufsgruppen Soziale Arbeit, Recht, Medizin)	%
Administration und Verwaltung	%
Sonstiges, und zwar	%
 _____	
Gesamt	1   0   0   %





**6 Inwieweit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu Arbeits- und Organisationsformen einer Anlaufstelle für traumatisierte Flüchtlinge zu oder nicht zu?** Bitte für jede Zeile ein .

	Trifft völlig zu ▼	Trifft eher zu ▼	Teils / teils ▼	Trifft eher nicht zu ▼	Trifft überhaupt nicht zu ▼	Weiß nicht
Eine Voraussetzung für therapeutische Hilfe ist zunächst die Sicherung der Lebenssituation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufsuchende Arbeit ist für eine Anlaufstelle eher unwichtig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Für eine Anlaufstelle ist eine Mischung aus aufsuchender und ambulanter Arbeit notwendig	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Anlaufstelle sollte möglichst viele Kompetenzen und Angebote (therapeutisch, medizinisch, rechtlich, Dolmetscher etc.) unter einem Dach vereinen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Eine Anlaufstelle sollte hauptsächlich in Regelversorgungsangebote vermitteln	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sprache ist im Hinblick auf die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen problematisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Aufenthalts- und sozialrechtliche Rahmenbedingungen sind im Hinblick auf die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen problematisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kulturelle Besonderheiten sind im Hinblick auf die Arbeit mit traumatisierten Flüchtlingen problematisch	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**7 Wen dürfen wir bei eventuellen Rückfragen kontaktieren?**  
Bitte nennen Sie die Kontaktdaten des Ansprechpartners / der Ansprechpartnerin.

Vor- und Zuname \_\_\_\_\_

Telefon \_\_\_\_\_

E-Mail \_\_\_\_\_



**8 Weiterführende Informationen über die Arbeit Ihrer Einrichtung wären für uns sehr hilfreich. Gibt es Konzeptionen, Berichte oder andere Dokumente, die Sie uns zur Verfügung stellen können?**

- Ja, Dokumente werden per Post zugeschickt
- Ja, Dokumente werden per E-Mail zugeschickt
- Ja, Dokumente stehen zum Download bereit unter:



- \_\_\_\_\_
- Nein, es stehen leider keine Dokumente zur Verfügung

**Vielen Dank für Ihre Unterstützung!**

Bitte senden Sie den Fragebogen per Post, E-Mail oder Fax an uns zurück:

Evangelische Hochschule Ludwigsburg  
Institut für Angewandte Forschung  
Paulusweg 6  
71638 Ludwigsburg  
Tel: 07141 9745-239  
Fax: 07141 2996160  
iaf@eh-ludwigsburg.de