



Hochschule Neubrandenburg
University of Applied Sciences

Fachbereich: Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung

**Anforderungen und Grenzen für behördliche Sozialarbeiter*innen
im Umgang mit psychisch erkrankten Geflüchteten**

Bachelorarbeit

vorgelegt von

Sebastian Schmidt

Betreuer: Prof. Dr. phil. Matthias Müller

Betreuerin: Prof. Dr. phil. habil. Barbara Bräutigam

URN-Nummer: urn:nbn:de:gbv:519-thesis2020-0772-8

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis

Einleitung.....	1
1. Psychische Erkrankungen bei Geflüchteten.....	3
1.1. Ursachen im Migrationsprozess.....	4
1.2. Psychische Erkrankungen.....	11
1.3. Folgen bei Nichtbehandlung psychischer Erkrankungen.....	14
2. Personenkreise und deren Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem. 16	
2.1. Personen mit Aufenthaltsgestattung und Duldung.....	16
2.2. Personen mit Bleiberecht.....	19
2.3. Ungleichbehandlung bei der gesundheitlichen Versorgung.....	24
3. Behördliche Migrationssozialarbeit.....	26
3.1. Handlungsfelder.....	27
3.2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit / Netzwerkarbeit.....	32
4. Unterstützende Möglichkeiten und Grenzen im Kontext der gesundheitlichen Versorgung.....	35
4.1. Sozialarbeiterische Unterstützung und Grenzen.....	35
4.2. Gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen in der Migrationssozialarbeit bei der Gesundheitsversorgung.....	40
5. Zusammenfassung.....	42
6. Abbildungsverzeichnis.....	46
7. Literaturverzeichnis.....	47

Abkürzungsverzeichnis

AG.....	Aufenthaltsgestattung
AsylG.....	Asylgesetz
AsylbLG.....	Asylbewerberleistungsgesetz
AufenthG.....	Aufenthaltsgesetz
BAfF.....	Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
BAMF.....	Bundesamt für Migration und Flüchtlinge
BfArM.....	Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte
BSHG.....	Bundessozialhilfegesetz
BuT.....	Bildung und Teilhabe
DGPPN.....	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
EU.....	Europäische Union
GFK.....	Genfer Flüchtlingskonvention
GG.....	Grundgesetz
GKV.....	Gesetzliche Krankenversicherung
GU.....	Gemeinschaftsunterkunft
PSZ.....	Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer
PTBS.....	Posttraumatische Belastungsstörung
SGB I.....	Sozialgesetzbuch I
SGB V.....	Sozialgesetzbuch V
SGB XII.....	Sozialgesetzbuch XII
SPDi.....	Sozialpsychiatrischer Dienst
WHO.....	Weltgesundheitsorganisation

Einleitung

Das Thema Migration ist unlängst etwas, was Grundlage zahlreicher politischer Diskussionen ist und gesellschaftlich Spaltungen innerhalb der Bevölkerung hervorruft. Erst recht nach der Migrationsbewegung im Jahr 2015 und den Folgejahren bedurfte es richtungsweisender Entscheidungen auf politischer Ebene, die maßgeblich zur nun vorhandenen Einwanderungs- und Integrationspolitik geführt haben.

Durch die kommunale Aufgabe der Unterbringung und Betreuung von Geflüchteten, genauer im Sozialamt, stehen Verwaltungen häufig vor der Frage der Ausgestaltung dieser übertragenen Tätigkeit. Die Gewährung von Leistungen aus dem Mindestsicherungssystem bildet die Grundlage für das Leben in Deutschland. Hinzu kommen Aufgaben der Unterbringung, Beratung und Betreuung der Geflüchteten. In diesem Zusammenhang spielt die behördliche Migrationssozialarbeit eine wichtige Rolle. Der Hilfebedarf bei den einzelnen Personen oder Gruppen variiert sehr stark. Insbesondere traumatische Erlebnisse im Heimatland und während der Flucht prägen die Ankommenden und bedarf einer entsprechenden gesundheitlichen Versorgung. Meine Bachelorarbeit beschäftigt sich genau mit diesem Thema.

Leitgedanke meiner Arbeit ist es herauszufinden, welche Anforderungen an behördliche Sozialarbeiter*innen im Umgang mit psychisch erkrankten Geflüchteten gesetzt sind und wo hierbei ihre Grenzen liegen.

Im Rahmen meiner knapp 10-jährigen Tätigkeit als Kommunalbeschäftigter im Migrationsbereich, erst als Leistungssachbearbeiter und später als Sozialarbeiter, kam es zu den verschiedensten Situationen in denen ich mich bereits bei Ankunft der Geflüchteten in der Kommune mit ärztlichen Dokumenten, Gutachten oder Berichten konfrontiert sah und sehe. Die Bandbreite reicht von den unterschiedlichsten körperlichen Schädigungen bis hin zu psychischen Erkrankungen. Eine Frage die dabei zwangsläufig folgt: Welcher Hilfebedarf wird benötigt und wie kann ich gezielt bei der diagnostizierten Erkrankung unterstützen?

Der Schwerpunkt meiner Betrachtung liegt hauptsächlich auf psychischen Erkrankungen, da ich die Möglichkeit sehe durch gezielte Unterstützungsangebote den Prozess der Gesundung zu fördern. Dies ist der Hintergrund meiner nun wissenschaftlichen

Auseinandersetzung mit dem Thema. Zudem erhoffe ich mir einen Erkenntnisgewinn, der daraufhin in der alltäglichen Betreuung der Geflüchteten helfen kann.

Das erste Kapitel befasst sich mit dem Themenschwerpunkt der psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten.

Dabei wird zunächst der Migrationsprozess an sich betrachtet und die einzelnen Phasen näher beschrieben, desgleichen werden mögliche Ursachen im Zusammenhang mit psychischen Erkrankungen genannt.

Aufgrund der Vielzahl von psychischen Krankheitsbildern werden spezifisch zwei skizziert, die mit Geflüchteten am Häufigsten in Verbindung gebracht werden. Dies sind die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und die Depression, welche mit ihren jeweiligen Merkmalen erläutert werden.

Wie wichtig eine Behandlung von entsprechenden Symptomen ist und welche Folgen bei einer Nichtbehandlung auftreten können, wird im dritten Gliederungspunkt ausgeführt.

Das zweite Kapitel konzentriert sich inhaltlich auf einzelne Personenkreise.

Genauer, folgt hier eine Einteilung nach dem Aufenthaltsstatus. Hintergrund dieser Betrachtung sind die unterschiedlichen Rechtsgrundlagen, die für die jeweiligen Personenkreise gelten und damit ein anderer Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem einhergeht. Zunächst werden Geflüchtete ohne Bleibestatus, das heißt Personen mit Aufenthaltsgestattung und Duldung beschrieben, einschließlich dem dazugehörigen Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Welche aufenthaltsrechtlichen Regelungen gelten und wie hoch die Geldleistungen sind, werden genauso dargestellt, wie die Regelungen zur Gesundheitsversorgung.

Dem gegenüber gestellt erfolgt die Betrachtung der Personen mit Bleibeberechtigung. Hier gibt es mehrere verschiedene Formen des Aufenthaltsstatus. Diese werden allesamt mit den dazugehörigen Regelungen genannt und der Zugang über die Sozialgesetzbücher erläutert.

Abschließend in diesem Kapitel wird der Vergleich der beiden Personenkreise gezogen und dabei die Ungleichbehandlung bei der Gesundheitsversorgung veranschaulicht.

Das dritte Kapitel widmet sich der behördlichen Migrationssozialarbeit.

Am Anfang erfolgt eine kurze Einordnung der Sozialarbeiter in die kommunale Organisationsstruktur. Nachfolgend werden die Handlungsfelder und somit die Aufgaben der Sozialarbeiter aufgezeigt.

Durch die Fülle an alltäglichen Belastungen der Geflüchteten, die an sie herangetragen werden, tun sich die wesentlichen Problemfelder auf, die hier beschrieben werden. Beispielsweise Fragen zu Wohnsituation, Aufenthaltsstatus, Sprache, Gesundheit und dabei mögliche Unterstützungen durch die behördlichen Migrationssozialarbeiter.

Wie wichtig in diesem Zusammenhang die Netzwerkarbeit ist und welche Unterstützer und Organisationen dazugehören werden im zweiten Gliederungspunkt dieses Kapitels erwähnt.

Das vierte Kapitel beschäftigt sich gezielt mit den Unterstützungsmöglichkeiten, welche behördliche Migrationssozialarbeiter*innen im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung bieten können, um dadurch die Gesundheit der psychisch erkrankten Geflüchteten voranzutreiben. Betrachtet wird zudem in wie weit dabei den Sozialarbeiter*innen Grenzen gesetzt sind, die wenig beeinflussbar sind. Darauf folgend wird ein Ausblick gegeben, worin aktuell und zukünftig Aufgabenschwerpunkte im Bereich der gesundheitlichen Versorgung psychisch erkrankter Geflüchteter liegen.

Abschließend erfolgt eine Zusammenfassung der gewonnenen Erkenntnisse aus den vier zuvor beschriebenen Kapiteln ausgerichtet auf das Thema meiner Bachelorarbeit.

1. Psychische Erkrankungen bei Geflüchteten

Traumatisierte Migrant*innen, dieser Begriff wird häufig im Kontext der gesundheitlichen Versorgung von Geflüchteten genannt. Viele Ereignisse während der Flucht prägen sie für ihr weiteres Leben und zeigen sich später in psychischen Erkrankungen und Folgeschäden. Nach Angaben der UNHCR waren 2019 circa 79,5 Millionen Menschen der Weltbevölkerung auf der Flucht (UNHCR, 2020). Selbst wenn nur ein Teil dieser Masse an Personen Nachwirkungen, aufgrund der auf sich genommenen Anstrengungen, zeigt, ist klar welche enorme Aufgabe auf die Exilländer wartet.

Dieser Abschnitt beschäftigt sich im Folgendem mit den Ursachen von psychischen Erkrankungen und skizziert anhand eines Modells nach Sluzki den Migrationsprozess in seiner Ganzheitlichkeit. Er zeigt auf, welche Strapazen die Geflüchteten auf sich nehmen um ihr Heimatland zu verlassen aber auch welche Belastungen nach der Ankunft in Deutschland starken Einfluss auf die Gesundheit haben können. Zudem werden zwei der häufigsten in diesem Zusammenhang gebrachten psychischen Erkrankungen, die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) und Depression, näher beschrieben und auf mögliche Folgerisiken bei einer Nichtbehandlung eingegangen (vgl. Lindert, 2016, S. 383 – 389).

1.1. Ursachen im Migrationsprozess

Die Migration und insbesondere die Flucht, als ein Teil dieser Phase, haben verschiedene Auswirkungen auf Personen, die die Entscheidung treffen ihr Land oder ihre gewohnte Umgebung zu verlassen. Um dies zu verstehen muss man den Prozess genauer betrachten. Nachfolgend werden die einzelnen Lebensphasen der Geflüchteten näher erläutert und deren Auswirkungen auf die Psyche nachvollzogen.

Betrachtet man die Wanderungsbewegungen genauer, lässt sich dieser Schritt in verschiedene Abschnitte gliedern. Eine oft verwendete Einteilung geht auf Carlos E. Sluzki zurück. Dieser schreibt:

„Der Verlauf eines Migrationsprozesses kann in die folgenden Stadien unterteilt werden:

1. die Vorbereitungsphase,
2. der Migrationsakt,
3. die Phase der Überkompensierung,
4. die Phase der Dekompensation sowie
5. die Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse (Sluzki, 2016, S. 109f)“.

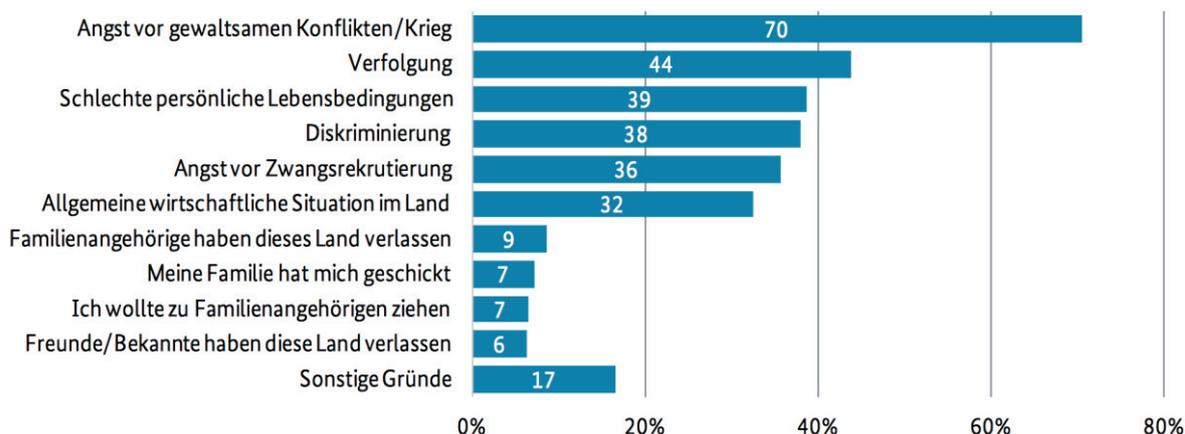
Die Vorbereitungsphase

Die Vorbereitungsphase beschreibt den Entschluss seine Heimat zu verlassen. Hierbei kommt es zu Abwegungsprozessen hinsichtlich der Möglichkeiten in anderen Ländern,

eventuell auftretende Risiken und organisatorischen Fragen, wie z.B.: der Bestimmungen zur Aus- und Einreise, mögliche Fluchtrouten oder finanzielle Aspekte. Diese Phase ist zeitlich sehr unterschiedlich. Ihr kann ein längerer Entscheidungsprozess vorangegangen sein, etwa durch die stetige Verschlechterung der Verhältnisse vor Ort. Den Entschluss vor Krieg und Verfolgung zu flüchten, kann den Ablauf jedoch beschleunigen und eine erzwungene Abwanderung herbeiführen (vgl. Liedl, 2018, S. 17f).

Die Gründe sein Herkunftsland zu verlassen sind dabei sehr unterschiedlich. Aus einem Forschungsbericht über die Befragung von Geflüchteten, welche 2016 durch das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) veröffentlicht wurde, geht hervor, welches die Hauptgründe für einen Wegzug aus dem Herkunftsland waren:

Abbildung 3.2: Gründe, das Herkunftsland zu verlassen (Anteile in Prozent, Mehrfachnennungen möglich)



Basis: Befragte, die mindestens einen Grund genannt haben.

Quelle: IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016; gewichtet.

Abbildung 1. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016. 2018. S. 24

Nach dieser Befragung beeinflusst die Situation in den Heimatländern stark den Entscheidungsprozess der Geflüchteten. Demnach verließen 70 % ihr Land aus Angst vor gewaltsamen Konflikten oder Krieg. Weitere Gründe waren Verfolgung (44 %), Diskriminierung (38 %), Angst vor Zwangsrekrutierung (36 %) und die wirtschaftliche Situation im Land (32 %). Neben diesen häufig genannten landesspezifischen Gründen, wurden bei den Befragten auch persönliche Gründe, wie z.B.: schlechte persönliche Lebensbedingungen (39 %) und familiäre Gründe (6 – 9 %) angeführt (vgl. BAMF, 2018, S. 24).

Der Migrationsakt

Nachdem die Personen die Entscheidung getroffen haben, das Herkunftsland zu verlassen folgt die zweite Phase nach Sluzki, der Migrationsakt. Dieser Schritt beschreibt die eigentliche Flucht und den Weg aus der Heimat ins Aufnahmeland.

Betrachtet man die einzelnen Fluchtwege, führen diese meist über Umwege und mehrere Grenzen in die eigentlichen Zielländer. Dabei gehen Migrant*innen teilweise weite Strecken zu Fuß, beispielsweise wie auf der Balkanroute. Auch der gefährliche Weg mit Booten über das Mittelmeer wird durch diesen Personenkreis genutzt. Hinzu kommen die sogenannten Schlepperbanden, die Geflüchtete über Umwege die Weiterwanderung ins Zielland ermöglichen, allerdings unter dem Ausnutzen der Lebenssituation und hohen finanziellen Forderungen (vgl. Ottersbach, 2018, S. 38).

Das diese Phase beschwerlich für die Geflüchteten ist, sieht man auch an der europäischen und insbesondere der deutschen Flüchtlings- und Migrationspolitik.

Die Rechtsgrundlage für die europäische Flüchtlingspolitik ist allen voran die Genfer Flüchtlingskonvention (GFK), welche 1951 zum Schutz von Flüchtlingen verabschiedet wurde. Diese Leitsätze und politische Ausrichtung wurde bei Eintritt von allen Mitgliedsstaaten der Europäischen Union (EU) mitgetragen, führt bis heute jedoch immer wieder bei der Schaffung eines europäischen Verteilschlüssels zu Diskussionen, Verweigerung einzelner Länder und keiner einheitlichen Regelung bei der Verteilung. Auch die Dublin Verordnungen, welche die Zuweisung eines Flüchtlings zum Ersteintrittsstaat regelt, werden immer wieder erneuert. Es besteht innerhalb der EU die Problematik zwischen dem Schutz der Außengrenzen und der humanitären Hilfe der Menschen. Erste Ansätze zum Richtungswechsel in der Politik sind vorhanden, beispielsweise gezielte Handelsabkommen und Entwicklungshilfen in den Heimatländern und Transitstaaten vor Ort. Allerdings bedarf es einer viel umfangreicheren Ausrichtung die alle Mitgliedsstaaten der EU mittragen (vgl. Hilz, 2018, S. 76 - 85).

Mit Blick auf Deutschland musste die politische Ausrichtung mehrfach neu geordnet werden, Gesetze angepasst und neu verabschiedet werden. Zahlreiche Änderungen sind seit der Flüchtlingskrise 2015 erfolgt, um sowohl eine geordnete Aufnahme zu

gewährleisten, als auch den Flüchtlingsstrom zu minimieren. Es kam zu Verschärfungen im Asylgesetz (AsylG), welche Abschiebungen schneller ermöglichen sollen. Des Weiteren wurde die Liste der sicheren Herkunftsstaaten erweitert, welches zu schnelleren Ablehnungen von Asylanträgen aus den betroffenen Herkunftsländern führt. Zudem wurden stärkere Grenzkontrollen durchgeführt. Leistungsrechtlich sollten vorrangig Sachleistungen in Erstaufnahmeeinrichtungen zur Verfügung gestellt werden. Es wurde die Residenzpflicht eingeführt, um den Verbleib im zugewiesenen Bundesland zu garantieren. Änderungen im Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) und bei der Regelung zum Familiennachzug folgten. All dies sind nur einige der Regularien, die den Zustrom an Geflüchteten steuern sollte (vgl. von Beyme, 2020, S. 147-155).

Zur Veranschaulichung der Situation in verschiedenen Flüchtlingslagern und auf See, berichtet Kühnel aus Ärztesicht über Lager in Idomeni und Kilkis und teilt seine Erfahrungen bei der Seerettung.

In den einzelnen Notaufnahmecamps berichtet er davon, dass aufgrund der überfüllten Lager, teilweise keine Grundversorgung mit Lebensmitteln und Medikamenten sichergestellt werden konnte. Die Menschen leben teils unter schrecklichen Hygienebedingungen, was die Gefahr weiterer Erkrankungen mit sich bringt. Auch die Verzweiflung der Menschen, sowohl der Helfer*innen als auch der Geflüchteten machte die Gesamtsituation nicht besser. Fehlende Unterstützung von Seiten der Regierung, Sprachbarrieren und unterschiedliche heftige Wetterbedingungen erschwerten das Ganze zunehmend. Bei der Seenotrettung zeichneten sich ähnliche Bilder ab. Durch die langen Überfahrten; zum Teil über anderthalb Tage; den überfüllten Booten, Verletzungen und unerträglichen Gerüchen wurden die Geflüchteten bei der Rettung mit dem Notwendigsten versorgt. Die Geretteten berichteten von Waffengewalt, Folter und anderen Methoden um die Leute auf die Gummiboote zu zwingen. Die Gefühlslage bei der Rettung reichte von Glück über Verzweiflung bis hin zu Unsicherheit wie der weitere Fluchtweg verläuft. Dieses verdeutlicht, welche Strapazen Menschen auf sich nehmen, für ein besseres Leben (vgl. Kühnel, 2018, S. 96 – 104).

Die Phase der Überkompensierung

Die erste kurze Zeit im Zielland ist geprägt vom Ankommen und Zurechtfinden. In dieser Phase rücken die Fluchterfahrungen und traumatischen Erlebnisse in den Hintergrund.

Das Einlassen auf die neue Kultur, die neuen Gegebenheiten und Umstände, das Gefühl die Etappe der Flucht geschafft zu haben, sorgt für eine erste positive Grundhaltung und führt dazu bisher Erlebtes, Ängste und nun fehlende soziale Netzwerke aus dem Heimatland zu verdrängen. Die Phase wird als Überkompensierung bezeichnet (vgl. Liedl, 2018, S. 18f). Das Geflüchtete in dieser Zeit sich nicht mit den bisher gemachten einschneidenden Erfahrungen auseinandersetzen hat Auswirkungen auf die Psyche der Menschen. Wenk-Ansohn u.a. schreiben hierzu: „Geflüchtete Menschen haben in den meisten Fällen nicht nur Traumata im Herkunftsland, sondern auch während der Flucht erlebt und befinden sich im Aufnahmeland zunächst in anhaltender Belastungssituation. Diese sequentiellen Traumatisierungen haben einen bedeutsamen Einfluss auf die Entwicklung von Traumafolgestörungen (Wenk-Ansohn et. al., 2019, S. 484)“.

Genau in dieser Zeit beginnt für viele Geflüchtete das Asylverfahren. Nach Ankunft und Registrierung in einer Aufnahmeeinrichtung für Geflüchtete in Deutschland, erfolgt über einen Verteilungsmechanismus, den Königsteiner Schlüssel, die Zuweisung in eine Einrichtung eines Bundeslandes. Wird ein Asylantrag gestellt, erfolgt eine vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) durchgeführte Anhörung zu den Gründen der Flucht und weiteren Fragen. Im Nachgang bearbeitet das BAMF anhand der vorliegenden Daten und Informationen den Asylantrag und trifft anschließend eine für Geflüchtete zukunftsweisende Entscheidung. Dies reicht von einfachen und offensichtlich unbegründeten Ablehnungen bis hin zu Bleiberechtsentscheidungen wie Asylberechtigung, Anerkennung als Flüchtling, subsidiärer Schutz bis zu Abschiebeverboten (vgl. Kolhoff, 2020, S. 8 – 11). Die Dauer der Asylverfahren ist hierbei sehr unterschiedlich. Eine vom BAMF veröffentlichte Statistik zeigt die Gesamtverfahrensdauer bei Erst- und Folgeanträgen im Jahr 2019.

Diese folgende Abbildung zeigt, dass 31,1 % der Verfahren innerhalb von 6 Monaten, 45,7 % innerhalb von einem Jahr, ab Antragstellung, abgeschlossen wurden und 59 % innerhalb von 2 Jahren (vgl. BAMF, 2020, S. 61).

Abbildung I - 31:
Gesamtverfahrensdauer der im Jahr 2019 beim Bundesamt oder bei Gerichten unanfechtbar abgeschlossenen Fälle (Erst- und Folgeanträge)

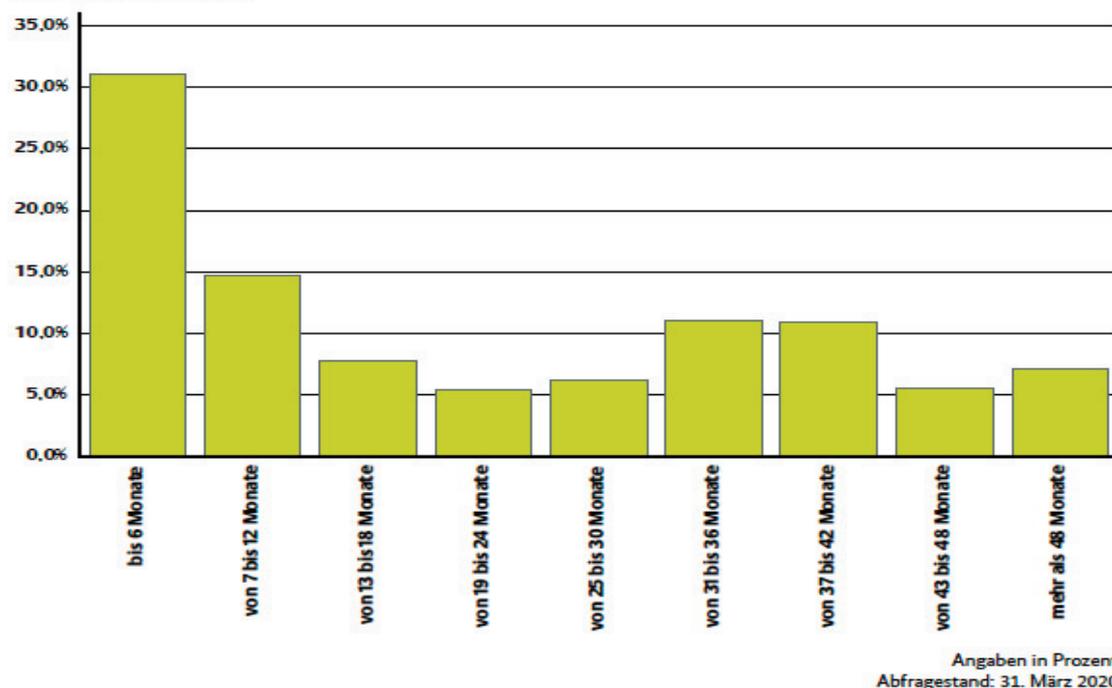


Abbildung 2. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. Das Bundesamt in Zahlen 2019. 2020. S. 61

Die Zeit bis zur Entscheidung über den Asylantrag ist ein erheblicher Stressfaktor für die Geflüchteten und kann psychische Erkrankungen weiter verstärken. Insbesondere bei der Anhörung müssen die Personen neben den Fluchtursachen, Erlebnisse schildern um ihre Abwanderungsgründe glaubhaft zu machen. Hierbei kommt es zum Wiederaufleben bestimmter Situationen, welche sich belastend auf die Geflüchteten auswirkt. Diese und weitere Faktoren; wie beispielsweise Verständigungsproblematiken, Unterbringungssituationen oder fehlende soziale Bindungen; werden als Postmigrationsstressoren bezeichnet, welche Einfluss auf die Entwicklung psychischer Störungen haben können und das Unterdrückte wieder präsent werden lassen (vgl. Böttche u.a., 2016, S. 622).

Die Phase der Dekompensation

Der weitere Verlauf des Migrationsprozesses ist von immenser Bedeutung, da in dieser Phase die Geflüchteten besonders anfällig für psychische Erkrankungen sind. Hier treten vermehrt Selbstzweifel und Unmut auf. Die Diskrepanz zwischen der Wunschvorstellung

nach einer besseren Zukunft im Zielland und der Realität kommt immer stärker hervor. Auch der Konflikt zwischen der Integration im Exilland und möglicher anderer Wertevorstellungen im Heimatland können zur Belastung werden. Unterschiede bei Geflüchteten im Familienverbund im Hinblick auf Anpassungsprozesse, z.B. Zugang zum Bildungssystem, tragen dazu bei, dass die Unzufriedenheit weiter steigt. Die Anfangseuphorie aus der Phase der Überkompensierung ist teilweise nicht mehr vorhanden (vgl. Liedl, 2018, S. 19f).

Mit Blick auf die Rahmenbedingungen von Geflüchteten in den verschiedenen Bereichen des Alltags lassen sich weitere Stressfaktoren ausmachen. Die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften über einen längeren Zeitpunkt geht häufig mit dem Wunsch nach eigenem Wohnraum einher. Die eingeschränkte medizinische Versorgung über Krankenbehandlungsscheine und die fehlende Möglichkeit an Sprachkursen teilzunehmen; sowohl Integrationskurse als auch niederschwellige Deutschkurse; bis hin zum begrenzten Arbeitsmarktzugang sind Barrieren, die die Frustration weiter ansteigen lässt (vgl. Rehklau, 2017, S. 312 ff).

Die Phase der generationsübergreifenden Anpassungsprozesse

Die abschließende Phase beschreibt den Einklang zwischen den eigenen Werten und Normen aus dem Ursprungsland, mit der Übernahme von Elementen aus dem Aufnahmeland. Die Anpassung kann mehrere Generationen andauern. Heranwachsende Kinder entwickeln sich durch die Erziehung und kulturellen Hintergründe der Eltern, werden jedoch von ihrer Umgebung und den außerhalb des Familienverbandes bestehenden Beziehungsstrukturen maßgeblich beeinflusst. Zu dem setzen sich die Geflüchteten in dieser Zeit mit eigenen bestehenden Migrationsproblemen auseinander (vgl. Liedl, 2018, S. 20).

Das Herausbilden einer bikulturellen Identität in dem sowohl bereits bestehende Werte und Normen mit denen des Aufnahmelandes in Einklang gebracht werden ist ein schwieriger Prozess. Hierbei können innerliche Konflikte auftreten, in wie weit die eigene persönliche und soziale Anpassung im Rahmen der Migration geht. Insbesondere auch die Frage der generationsübergreifenden Übernahme von Werten der fremden Kultur und damit einhergehend die Befürchtung des Verlustes der Herkunftskultur. Beispielhaft ist

hierfür der Erwerb der Sprache des Gastlandes. Die zweiten und weiteren Generationen wachsen gleich mit der Sprache des Ankunftslandes auf und besitzen meist sehr gute Sprachkenntnisse. Jedoch gibt es auch hier Konfliktpotenzial zwischen den vermittelten Werten der Familie mit denen der anderen Kultur (vgl. Calliess u.a., 2012, S. 36 – 40)

Nachdem die einzelnen Phasen der Migration näher beleuchtet wurden wird klar, dass es während des gesamten Prozesses zu traumatischen Erlebnissen kommen kann bzw. Stressfaktoren verstärkend wirken. Angefangen von Ereignissen wie z.B.: Krieg und Verfolgung im Heimatland, die Menschen dazu treiben ihren Wohnort und ihr gewohntes Umfeld zu verlassen, über die Flucht an sich, welche über mehrere Monate andauern kann, bis hin zum kulturellen Anpassungsprozess im Zielland (vgl. Sprung, 2018, S. 65f). All diese Faktoren tragen dazu bei, psychische Erkrankungen zu fördern. Die Thematik der psychischen Erkrankungen wird im nächsten Punkt detaillierter betrachtet und einzelne Krankheitsbilder beschrieben.

1.2. Psychische Erkrankungen

Um die Vielzahl psychischer Erkrankungen und auch anderer Erkrankungen einzuordnen gibt es eine Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, herausgegeben von der Weltgesundheitsorganisation (WHO), den ICD-10-WHO. Für Deutschland gibt es eine modifizierte Einteilung, den ICD-10-GM. Herausgeber ist das Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) und dient als Diagnoseschlüssel in der Gesundheitsversorgung (vgl. BfArM, 2021, Internetquelle).

Studien zufolge treten psychische Erkrankungen bei Geflüchteten häufiger auf als bei anderen Bevölkerungsteilen, insbesondere Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und Depressionen sind hier häufig benannte Krankheitsbilder. Allerdings gibt es bisher wenig vergleichbare Studien, da diese häufig regional betrachtet werden und auch die Anzahl der Teilnehmenden stark voneinander abweichen. Dennoch lassen sich Zusammenhänge zwischen den traumatischen Ereignissen, der Phase nach der Flucht im Aufnahmeland mit den psychischen Erkrankungen in Verbindung bringen. Vor allem die Stressfaktoren im Aufnahmeland sollten nicht unterschätzt werden. Unterbringungssituation, unsichere Zukunft aufgrund der Entscheidungen über das

Asylverfahren aber auch fehlende Kontaktmöglichkeiten zur eigenen Familie sind starke Faktoren, die die psychische Gesundheit beeinflussen können (vgl. Nutsch / Bozorgmehr, 2020, S. 1470). Im nun folgenden Teil werden die beiden Krankheitsbilder der PTBS und Depression näher erläutert.

Posttraumatische Belastungsstörung

Dieses Krankheitsbild ist klassifiziert im ICD-10-GM bei Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen unter dem Schlüssel F43.1 (vgl. BfArM, 2021, Internetquelle).

„Die posttraumatische Belastungsstörung (PTSD) ist ein Störungsbild, das sich in der Regel innerhalb von 6 Monaten nach einem traumatisierenden Ereignis von außergewöhnlicher Schwere entwickelt und sich in wiederholten, sich aufdrängenden Erinnerungen oder Wiederinszenierungen des Ereignisses in Gedächtnis, Tagträumen oder Träumen äußert, die von starker Angst oder einem Gefühl der Hilflosigkeit geprägt sind. Dabei entwickeln sich häufig emotionaler und sozialer Rückzug, Gefühlsabstumpfung, Vermeidungsverhalten bez. an das Trauma erinnernder Stimuli, anhaltende Hypervigilanz, Schlafstörungen und kognitive Verzerrungen. Eine PTSD kann sich auch nach alltäglichen Ereignissen wie Unfällen entwickeln (Benkert u.a., 2008, S. 178)“.

Dieses spezielle Störungsbild ist anhand mehrerer Symptome zu identifizieren. Als erster Indikator steht das traumatische Ereignis. Das Erlebte kann beispielsweise lebensbedrohlich für diejenigen gewesen sein (Krieg oder Naturkatastrophen). Auch Verluste, Situationen der vollkommenen Hilflosigkeit und andere Extremsituationen können Auslöser des Traumas sein. Ein weiteres Symptom, was bei Patienten auf eine PTBS hinweist, ist das in bestimmten Situationen eine Art Wiederkehr des Erlebten eintritt. Sei es durch Geräusche, körperliche Reaktionen, wiederkehrende Erinnerungen, Flashbacks oder belastende Situationen. All dies kann das Ereignis wieder lebendig werden lassen und die Personen psychisch extrem belasten. Auch während des Schlafes, in Träumen kann dies auftreten.

Ebenfalls Anhaltspunkt für dieses Krankheitsbild ist das mögliche Verdrängen oder Vermeiden von Gedanken und Situationen. Dies kann sich darauf beziehen, dass wenn das Erlebte mit bestimmten Orten oder Uhrzeiten verbunden ist und dann diese bewusst umgangen werden um keine Erinnerungen hervorzurufen. Oder möglicherweise der Verzicht auf Kontakt zu Personen die mit der Situation in Verbindung stehen und

jemanden daran erinnern. Ein weiterer Punkt ist das Gefühl, dass aktuell eine Gefahr besteht. Gekennzeichnet ist das unter anderem dadurch, überall eine Bedrohung zu vermuten. Verteidigende Haltungen in Alltagssituationen, schreckhaftes Verhalten, Konzentrationsschwankungen, Schlafstörungen oder auch schädigendes Verhalten gegenüber der eigenen Person, insbesondere durch starken Alkohol- und Drogenkonsum sind dafür Beispiele (vgl. Maercker/ Augsburg, 2019, S. 15 – 20).

Bei der Behandlung von traumatisierten Geflüchteten ist häufig die Kommunikation ein Problem, welches über Sprachmittler oder Dolmetscher gelöst wird. Hierbei tritt der/ die Dolmetscher*innen nicht nur als Übersetzer*innen auf, sondern ist auch gleichzeitig Vertrauensperson innerhalb der Therapiesitzungen und meist Kenner*innen der Herkunftskultur der Geflüchteten. Ergebnisse aus Studien zeigen, dass die Behandlung unter Hinzuziehung eines/ einer Dolmetscher*innen keinen negativen Einfluss auf den Erfolg der Therapie hat. Aufgrund der vielschichtigen Problemlagen mit denen sich die Geflüchteten auseinandersetzen müssen, bedarf es multidisziplinäre Behandlungspläne. Das bedeutet das Zusammenwirken mehrerer Professionen mit dem Ziel mögliche Stressoren und Probleme im Rahmen einer Netzwerkarbeit zu verringern. Darin eingeschlossen sind neben den Psychotherapeut*innen beispielsweise Ärzt*innen, Sozialarbeiter*innen, Ausländerbehörden oder Migrationsfachdienste. Dieser Ansatz ist schon deshalb notwendig, da die Versorgung allein durch Psychotherapeut*innen, Ambulanzen und Zentren für die Behandlung von psychischen Erkrankungen nicht mehr sichergestellt werden kann. Der Behandlungsbedarf steigt und Terminvergaben können teilweise nur langfristig erfolgen (vgl. Böttche / Stammel / Knaevelsrud, 2016, S. 1139f).

Depression

Dieses Krankheitsbild ist klassifiziert im ICD-10-GM bei affektiven Störungen unter dem Schlüssel F32. und führt darunter mehrere Schweregrade auf (vgl. BfArM, 2021, Internetquelle).

Brüggemann und Pölcher definieren Depressionen wie folgt:

„Bezeichnung für einen Zustand niedergedrückter Stimmung, der sich durch Freud-, Lust- und Hoffnungslosigkeit auszeichnet. Eine vorübergehende gedrückte Stimmung ist eine normalpsychische Befindlichkeit. Hält diese über Wochen an, ist das ein Zeichen einer krankhaften psychischen Störung (Brüggemann / Pölcher, 2008, S. 611).“ Bei Depressionen unterscheidet man Symptome, Schweregrad und andere mit der

Depression zusammenhängenden Störungen. Einige Symptome, wie beispielsweise Emotionslosigkeit bei positiven Erlebnissen, das nicht aufstehen können oder das zu frühe Erwachen, ein fehlendes Hungergefühl und das fehlende Interesse an bestimmten Aktivitäten können Anzeichen einer depressiven Phase sein. Man unterscheidet diese Phasen in leicht, mittelschwer und schwere Episoden.

Einhergehend damit werden auch Zusammenhänge mit anderen Krankheiten untersucht. Unter anderem eine mögliche Abhängigkeit von Drogen oder Alkohol oder auch psychische Erkrankungen wie Schizophrenie. Weiterhin gibt es eine Verbindung zwischen Dauerstress und Depressionen, welche sich auch körperlich auswirken kann. Herz-Kreislauferkrankungen, Angststörungen und ein starker Gewichtsverlust sind Hinweise darauf. Auch zur Suizidalität besteht eine Komorbidität. Die Behandlung erfolgt häufig mit Psychotherapie und Antidepressiva und hängt von der Länge der depressiven Phasen ab. Alternativ dazu gibt es andere Verfahren zu Behandlung einer Depression. Mögliche weitere Therapien sind Lichttherapien, Bewegungstherapien oder Schlafentzug (vgl. Benkert u.a., 2008, S. 136 – 151).

In Bezug auf Geflüchtete konnten bei Analysen eindeutig Zusammenhänge zwischen der jeweiligen Lebenssituation und den Merkmalen einer Depression assoziiert werden. So konnten bei diagnostizierten Depression Verbindungen zu Stressfaktoren, wie den Aufenthaltsstatus und der Erwerbstätigkeit hergestellt werden. Hierbei ist die Rate der Erkrankten bei einem unsicheren Aufenthalt und fehlender Arbeitsmöglichkeit höher als bei Personen mit einer sicheren Perspektive. Ebenso sind fehlende Sprachkenntnisse und Unzufriedenheit, bezogen auf die Wohnsituation, weitere Faktoren die Depressionen fördern können (vgl. Nutsch / Bozorgmehr. 2020. S. 1476f).

1.3. Folgen bei Nichtbehandlung psychischer Erkrankungen

Die gesundheitliche Betreuung bei psychisch erkrankten Geflüchteten ist eine wichtige Aufgabe, die dafür sorgt, dass erneute Stresssituationen besser bewältigt werden können und die Psyche sich stabilisiert. Zudem dient sie dazu, dass bereits vorhandene Symptome nicht weiter verstärkt werden und sich keine komorbiden Erkrankungen daraus weiterentwickeln. Des Weiteren ist eine stabile Psyche gleichzeitig wichtig, um

Integrationsmaßnahmen besser vorantreiben zu können (vgl. Schellong / Epple / Weidner, 2016, S. 440).

Durch die in allen Phasen der Migration vorliegenden Stressfaktoren greifen Geflüchtete häufig zu legalen und illegalen Drogen. Dabei kann es zur Abhängigkeit kommen und daraus resultierende Folgeschäden drohen. Die Einnahme von den verschiedensten Substanzen führt häufig zu Kontrollverlusten und das Verschwimmen der Realität. Gedacht ist die Einnahme als Problemlöser und als linderndes Mittel für Stresssituationen. Kurzweilige Positivphasen, durch die Einnahme von Drogen, sorgen für ein langsames Abrutschen in die Sucht. Das durch das Konsumverhalten eine spätere psychotherapeutische Behandlung erschwert wird, ist ein weiterer Nebeneffekt, genauso wie der mögliche Weg in die Kriminalität, durch das Beschaffen illegaler Drogen (vgl. Reker / Heinz / Biakowski, 2020, S. 323).

Eine weitere mögliche Folge einer Nichtbehandlung kann die Suizidalität sein. „Suizidalität bezeichnet einen Symptomenkomplex von Hoffnungslosigkeit, Verzweiflung und dem Gefühl der Ausweglosigkeit. Es handelt sich um keine Erkrankung im eigentlichen Sinne, sondern um den psychischen Zustand, in dem bewusste und unbewusste Handlungen, Gedanken und Phantasien daraufhin abzielen, den eigenen Tod herbeizuführen (Brüggemann / Pölcher, 2008, S. 650).“ Die Spanne in der Suizidalität reicht hierbei von erstmaligen Gedanken sich das Leben nehmen zu wollen, bis hin zu mehrfach durchgeführten Suizidversuchen. Die Personen distanzieren sich häufig von anderen Menschen und können durch die lebensbeendenden Gedanken eine Art Entschlossenheit entwickeln, diese Überlegungen in die Tat umzusetzen (vgl. Klein / Klein, 2021, S. 337f).

Das Ergebnis einer Nichtbehandlung psychischer Erkrankungen bedingt häufig die Begleiterscheinung weiterer Krankheitsbilder. Neben den eben beschriebenen Folgen kann es auch zu körperlichen Erkrankungen kommen. Durch die zusammenhängenden Symptome, der Komplexität der psychischen Erkrankungen und den alltäglich zu bewältigenden Problemlagen tritt eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes ein und es bedarf zwingend notwendiger Behandlungen um weitere Folgen zu verhindern (vgl. Henkel / Schneider, 2016, S. 571f).

2. Personenkreise und deren Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem

Geflüchtete die in Deutschland ein Asylverfahren durchlaufen und beendet haben, haben Anspruch auf Sozialleistungen. Die Leistungen sind vom Aufenthaltsstatus den die Geflüchteten besitzen abhängig. Hier unterscheidet man Personen mit Bleiberecht, Personen mit abgelehnten Asylverfahren und Personen im laufenden Asylverfahren. Während Personen die einen Bleibestatus erhalten Zugang zu den Sozialgesetzbüchern II und XII (SGB II und XII) haben, fallen die anderen beiden Gruppen unter das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) (vgl. Kolhoff, 2020, S. 12). Im Folgenden werden die Personenkreise mit den dazugehörigen Gesetzen näher betrachtet und auf die Unterschiede hingewiesen. Zudem wird auf die Auswirkungen der unterschiedlichen Zugänge zum gesundheitlichen Versorgungssystem eingegangen und hierbei die Rolle des/ der Sozialarbeiter*innen beleuchtet.

2.1. Personen mit Aufenthaltsgestattung und Duldung

Personen mit Aufenthaltsgestattung

Haben Personen einen Asylantrag gestellt, befinden sie sich in einem laufenden Asylverfahren. In dieser Zeit dient die Aufenthaltsgestattung (AG) als Bestätigung, dass sich diese Personen rechtmäßig in Deutschland aufhalten dürfen und ist Beleg gegenüber staatlichen Stellen. Während der gesamten Verfahrenszeit ändert sich der Status nicht, weder in der Erstaufnahmeeinrichtung noch später in der kommunalen Unterbringung. In den ersten drei Monaten herrscht für Aufenthaltsgestattete eine Residenzpflicht, dies bedeutet, dass der Aufenthalt örtlich beschränkt ist. Danach entfällt diese unter bestimmten Voraussetzungen und der Aufenthalt ist bundesweit gestattet (vgl. BAMF, 2019, S. 15). Die genaue Regelung, wer zum Personenkreis der Aufenthaltsgestatteten gehört, findet sich im Asylgesetz (AsylG).

Gemäß § 55 Abs. 1 AsylG ist einem Ausländer, der um Asyl nachsucht der Aufenthalt im Bundesgebiet, während der Durchführung des Asylverfahrens, gestattet.

Wie bereits unter Punkt 1.1. in der Abbildung 2 des BAMF dargestellt, kann die Gesamtverfahrensdauer des Asylverfahrens stark variieren. Somit wird bereits deutlich, dass es sich bei diesem Personenkreis um Geflüchtete handelt, die mehrere Monate,

teils sogar Jahre Leistungen nach diesem Gesetz erhalten (vgl. Abbildung 2, BAMF, 2020, S. 61).

Personen mit einer Duldung

Der Personenkreis der Geduldeten ist in § 60a des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG) geregelt. Demnach erhalten Personen eine Duldung, bei denen aufenthaltsbeendende Maßnahmen nicht vollzogen werden können und die Abschiebung vorübergehend ausgesetzt ist. Geduldete sind demnach Personen, die ein durch das BAMF negativ beschiedenes Asylverfahren haben und bis zur Möglichkeit der Abschiebung in Deutschland verweilen. Dies kann mehrere Jahre andauern und ist von verschiedenen Faktoren abhängig. Es können beispielsweise humanitäre, rechtliche, persönliche oder tatsächliche Gründe einer Abschiebung entgegenstehen (vgl. Pichl, 2017, S. 456). Für die Rückführung sind die Ausländerbehörden zuständig. Sie haben dafür zu sorgen, dass die Ausreisepflicht durchgesetzt wird. Kann dies aufgrund von den angesprochenen Gründen nicht sofort durchgesetzt werden besteht die Möglichkeit der Duldungsverlängerungen oder einer befristeten Aufenthaltserlaubnis. Weiterhin besteht die Möglichkeit der freiwilligen Ausreise. Greifen abgelehnte Asylbewerber*innen darauf zurück gibt es verschiedene Rückkehrprogramme, mit denen die Heimkehr zum Herkunftsland erleichtert werden soll. Erfolgt keine freiwillige Ausreise tritt die Wiedereinreisesperre in Kraft. Dies bedeutet die geduldete Person darf nicht wieder nach Deutschland einreisen bzw. sich nicht mehr in Deutschland aufhalten. Für die Durchsetzung sind ebenfalls die Ausländerbehörden zuständig (vgl. BAMF, 2019, S. 32f)

Leistungskatalog des AsylbLG

Das Asylbewerberleistungsgesetz ist ein Gesetz, welches 1993 vor dem Hintergrund in Kraft trat, um den Teil der abgelehnten Asylbewerber*innen keinen Anlass für einen längeren Aufenthalt in Deutschland zu geben. Zu dieser Zeit waren in Europa u.a. die Jugoslawienkriege. Leistungsrechtlich beruhte das Gesetz auf Sachleistungen und Wertgutscheinen, wobei Geldleistungen nur in Ausnahmen gezahlt werden sollten. Der Zugang zu den Sozialgesetzbüchern, zur damaligen Zeit das Bundessozialhilfegesetz (BSHG), erfolgte erst nach mehreren Monaten Aufenthalt. Zwischenzeitlich kam es zu zahlreichen Änderungen und Anpassungen, wobei der Tenor dieses Gesetzes unverändert blieb. Bereits mehrfach wurde das AsylbLG vor Gerichten als menschenunwürdig und verfassungswidrig erklärt (vgl. von Beyme, 2020, S. 143f).

Aktuell erfasst das AsylbLG unter § 1 sieben mögliche Personenkreise die unter dieses Gesetz fallen und leistungsberechtigt sind. Nach Angaben des Statistischen Bundesamtes zählten zu den häufigsten Regelleistungsempfängern des AsylbLG im Jahr 2019 (gesamt: 385.307) die Personen mit Aufenthaltsgestattung (267.376) und geduldete Ausländer*innen (72.740) (Statistisches Bundesamt, 2020). Zum Leistungskatalog dieses Gesetzes zählen grundlegend die § 3, § 3a, § 4 und § 6 des AsylbLG.

§ 3 AsylbLG und § 3a AsylbLG regeln die Grundleistungen, welche sich aus dem notwendigen Bedarf und dem persönlichen notwendigen Bedarf zusammensetzen. Der notwendige Bedarf soll hierbei die Grundbedürfnisse an Ernährung, Unterkunft, Heizung, Kleidung, Gesundheitspflege und Gebrauchs- und Verbrauchsgüter des Haushalts decken.

In der nachfolgenden Abbildung befinden sich die aktuellen Regelsätze des AsylbLG ab dem 01.01.2021:

Regelbedarfsstufe	Notwendiger Bedarf	Notwendiger persönlicher Bedarf	Gesamt
RBS 1: Alleinstehende	202 € (+8)	162 € (+12)	364 € (+20)
RBS 2: Paare in einer Wohnung/ Unterbringung in Sammelunterkunft	182 € (+8)	146 € (+10)	328 € (+18)
RBS 3: Erwachsene unter 25 Jahren, die im Haushalt der Eltern leben	162 € (+7)	130 € (+10)	292 € (+17)
RBS 4: Jugendliche zwischen 14 und 17 Jahren	213 € (+17)	110 € (+31)	323 € (+48)
RBS 5: Kinder zwischen 6 und 13 Jahren	174 € (+3)	108 € (+11)	282 € (+14)
RBS 6: Kinder zwischen 0 und 5 Jahren	143 € (+13)	104 € (+20)	247 € (+33)

Abbildung 3. Informationsverbund Asyl und Migration. AsylbLG-Regelsätze ab 01.01.2021. 2020. Internetquelle

§ 4 AsylbLG umfasst die Leistungen zur Krankenbehandlung. Mit Blick, insbesondere auf die ärztliche und zahnärztliche Krankenbehandlung, werden hier nur akute Schmerzbehandlungen gewährt, einschließlich der Versorgung mit Arznei- und Verbandsmitteln. Des Weiteren kommen noch die aufenthaltsbeschränkenden Bestimmungen hinzu, die nur ärztliche und zahnärztliche Behandlungen in den zugewiesenen Regionen bzw. Bundesländern der Asylbewerber*innen erlauben. Zudem werden Leistungen bei Schwangerschaft und Geburt gewährt.

§ 6 AsylbLG spricht noch von sonstigen Leistungen, die gewährt werden können. Hierzu zählen einzelfallbezogene Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit, wenn diese unerlässlich sind und besondere Bedarfe von Kindern, u.a. die Gewährung von Geldleistungen für Klassenfahrten oder gemeinschaftlichem Mittagessen. Auch Maßnahmen, die der Erfüllung verwaltungsrechtlicher Mitwirkungspflichten dienen, fallen unter diesen Paragraphen.

Das AsylbLG hat neben den Grundleistungen auch noch besondere Fälle geregelt:

§ 1a AsylbLG regelt die Anspruchseinschränkungen dieses Gesetzes. Hierbei werden nur noch Leistungen zur Deckung des Bedarfs an Ernährung und Unterkunft, einschließlich Heizung, sowie Körper- und Gesundheitspflege gewährt. Personen mit negativ beschiedenem Asylverfahren, die ausreisepflichtig sind und die nicht bei der Identitätsklärung mitgewirkt haben fallen hierunter. Aber auch Personen die nur nach Deutschland gekommen sind, um Leistungen nach diesem Gesetz zu erhalten.

§ 2 AsylbLG hingegen gewährt Analogleistungen nach dem SGB XII. Dies liegt nach 18 - monatigem Aufenthalt in Deutschland vor, ohne das dies rechtsmissbräuchlich geschehen oder beeinflusst wurde (vgl. Boeckh, 2017, S. 363 – 366).

2.2. Personen mit Bleiberecht

Nach Beendigung eines Asylverfahrens in Deutschland und der abschließenden Entscheidung durch das BAMF gibt es unterschiedliche Schutzformen die zum Verbleib in Deutschland berechtigen. Hierzu zählen:

- die Anerkennung der Asylberechtigung gemäß Art. 16a Grundgesetz (GG)
- die Zuerkennung des Flüchtlingsschutzes gemäß § 3 AsylG
- die Zuerkennung des Subsidiären Schutzes gemäß § 4 AsylG und
- die Feststellung von Abschiebeverboten gemäß § 60 Abs. 5 und 7 AufenthG

Mit der Entscheidung gehen verschiedenen Rechtsfolgen einher, wie im Folgenden aufgeführt:

Anerkennung der Asylberechtigung

Dieser Schutzstatus gemäß Art. 16a GG ist ein Grundrecht und gilt für politisch verfolgte Ausländer*innen, die bei einer Rückkehr ins Herkunftsland einer schwerwiegenden Menschenrechtsverletzung ausgesetzt wären. Der für 3 Jahre erteilte Aufenthalt geht mit einem unbeschränkten Arbeitsmarktzugang einher und einem Anspruch auf einen bevorzugten Familiennachzug. Eine mögliche Option auf Niederlassungserlaubnis unter bestimmten Voraussetzungen ist ebenfalls möglich.

Zuerkennung des Flüchtlingsschutzes

Dieser Bleibestatus gemäß § 3 AsylG beruht auf der Grundlage der Genfer Flüchtlingskonvention. Voraussetzung ist die begründete Furcht vor Verfolgung durch staatliche und nicht staatliche Akteure und sie sich dadurch außerhalb ihres Herkunftslandes befinden oder der Schutz im Heimatland nicht gewährleistet werden kann. Verfolgungsgründe wären beispielsweise die Religion, politische Überzeugung, Nationalität oder Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe. Dieser Status berechtigt ebenfalls zum Verbleib für 3 Jahre mit Option einer Niederlassungserlaubnis bei Erfüllen der Voraussetzungen. Auch hier gibt es neben dem Anspruch auf privilegierten Familiennachzug den uneingeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt.

Zuerkennung des Subsidiären Schutzes

Bei subsidiär schutzberechtigten Personen nach § 4 AsylG handelt es sich um Menschen, denen im Heimatland ein ernsthafter Schaden droht und der Schutz nicht im Herkunftsland in Anspruch genommen werden kann. Gründe für einen ernsthaften Schaden können die Gefahr durch willkürliche Gewalt bei bewaffneten Konflikten, Vollstreckung der Todesstrafe oder Folter sein und kann von staatlicher oder nicht staatlicher Seite bestehen. Der Verbleib in Deutschland ist vorerst auf ein Jahr beschränkt, kann allerdings um weitere 2 Jahre verlängert werden. Die Möglichkeit einer

Niederlassungserlaubnis besteht unter bestimmten Voraussetzungen auch hier, sowie der Zugang zum Arbeitsmarkt. Anders als die beiden vorherigen Bleibeberechtigungen, gilt hier nicht der Anspruch auf privilegierten Familiennachzug.

Feststellung von Abschiebeverboten

Ein Abschiebeverbot liegt vor, wenn die Rückführung ins Zielland eine Verletzung gegen die europäischen Menschenrechtskonvention darstellen würde und dort eine erheblich konkrete Gefahr für Leib und Leben drohen würde. Gründe können hier eine lebensbedrohliche Gefahr sein oder dass die gesundheitliche Versorgung aufgrund bestimmter Erkrankungen in keinem Teil des Rückführungslandes gewährleistet werden kann. Wird ein nationales Abschiebeverbot für ein Land festgestellt, kann hierhin keine Rückführung erfolgen. Geregelt sind die einzelnen Voraussetzungen dieses Status in § 60 Absatz 5 und 7 des AufenthG. Die Aufenthaltserlaubnis wird für 1 Jahr erteilt mit Option auf Verlängerung. Auch hier ist eine Niederlassungserlaubnis möglich. Eine Beschäftigung ist nur nach vorheriger Zustimmung durch die zuständige Ausländerbehörde erlaubt.

(vgl. BAMF, 2019, S. 21 – 25)

Leistungskatalog des SGB II und XII

Genau wie das AsylbLG zählen auch das SGB II und XII zu den sozialen Auffangleistungen in Deutschland. Im Folgenden werden beide Sozialgesetzbücher näher beschrieben:

SGB II

Das SGB II entstanden aus den sogenannten Hartz IV Reformen, ist ein Fürsorgegesetz und dient genauso wie das SGB XII der Sicherung des Lebensunterhaltes. Zu diesen Leistungsempfänger*innen zählen erwerbsfähige, hilfebedürftige Personen, denen im Rahmen einer Anspruchsprüfung unter Berücksichtigung der Einkommens- und Vermögensverhältnisse entsprechende Leistungen gewährt werden. Mit inbegriffen sind auch mögliche weitere Mitglieder der Bedarfsgemeinschaft, z.B. Kinder.

Das Gesetz dient grundsätzlich dazu die leistungsberechtigten Personen wieder in den Arbeitsmarkt zu integrieren und durch gezielte Vereinbarungen und fördernde Maßnahmen den Weg in das Arbeitsleben zu ebnen. Es bestehen in diesem Gesetz

bestimmte Mitwirkungs- und Meldepflichten, welche bei Verstößen sanktioniert werden kann. Zu den weiteren Leistungen dieses Gesetzes zählen insbesondere für Kinder, Jugendliche und junge Erwachsene Anspruch auf Bildung und Teilhabe Leistungen (BuT). Dies beinhaltet die u.a. Zuschüsse für die Teilnahme am gemeinschaftlichen Mittagessen, Schulausflügen oder beispielsweise eine Vereinsmitgliedschaft, ebenso eine mögliche Lernförderung. Mit Blick auf die Gesundheitsversorgung sind Leistungsberechtigte grundsätzlich im Rahmen der gesetzlichen Kranken- und Pflegeversicherung versichert (vgl. Boeckh u.a., 2017, S. 259 – 264).

SGB XII

Leistungsempfänger*innen nach dem Sozialgesetzbuch XII unterscheidet man hauptsächlich in die Personenkreise die Leistungen der Hilfe zum Lebensunterhalt erhalten und Leistungsberechtigte die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung bekommen. Hilfe zum Lebensunterhalt bekommen grundsätzlich nicht erwerbsfähige Personen die dem Arbeitsmarkt nicht mehr als 3 Stunden pro Tag zur Verfügung stehen und ihren Lebensunterhalt aus Einkommen und Vermögen nicht aus eigenständig bestreiten können, mit den möglicherweise dazugehörigen Personen der Bedarfsgemeinschaft. Auch hier werden Leistungen, ähnlich denen des AsylbLG, für Ernährung, Wohnung, Kleidung, Körperpflege, Hausrat, Heizung und Bedarfe des täglichen Lebens gewährt. Zu den Personen die Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung erhalten, zählen Menschen die altersbedingt ab Vollendung des 65. Lebensjahres ihren Lebensunterhalt nicht aus eigenen Mitteln bestreiten können oder dauerhaft voll Erwerbsgeminderte ab Vollendung des 18. Lebensjahres, welche ebenfalls keine ausreichenden Mittel zur Verfügung haben. Weitere Hilfen nach diesem Gesetz sind u.a. Eingliederungshilfen für behinderte und pflegebedürftige Menschen und analog zum SGB II die BuT Leistungen.

Genau wie im SGB II geregelt, finden sich auch im SGB XII Regelungen über die Pflichtversicherung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) für die Leistungsempfänger wieder (vgl. Boeckh u.a., 2017, S. 354 – 360).

Mit Blick auf das SGB II und SGB XII gelten seit dem 01.01.2021 die folgenden Regelsätze:

Alleinstehende / Alleinerziehende	446 Euro (+ 14 Euro)	Regelbedarfsstufe 1
Paare je Partner / Bedarfsgemeinschaften	401 Euro (+ 12 Euro)	Regelbedarfsstufe 2
Volljährige in Einrichtungen (nach SGB XII)	357 Euro (+ 12 Euro)	Regelbedarfsstufe 3
nicht-erwerbstätige Erwachsene unter 25 Jahre im Haushalt der Eltern	357 Euro (+ 12 Euro)	Regelbedarfsstufe 3
Jugendliche von 14 bis 17 Jahren	373 Euro (+ 45 Euro)	Regelbedarfsstufe 4
Kinder von 6 bis 13 Jahren	309 Euro (+ 1 Euro)	Regelbedarfsstufe 5
Kinder von 0 bis 5 Jahren	283 Euro (+ 33 Euro)	Regelbedarfsstufe 6

Abbildung 4. Die Bundesregierung. Mehr Geld bei den Sozialleistungen. 2021. Internetquelle

Da beide Grundsicherungsleistungen auch die Pflichtversicherung der GKV beinhaltet, finden hier entsprechend auch die Regelungen des SGB V Anwendung. Hier ist der Leistungskatalog für gesetzliche Krankenversicherte genauer geregelt.

Zu den umfangreichen Leistungen zählen beispielsweise: Vorsorgeuntersuchungen, Schutzimpfungen, die ärztliche und zahnärztliche Behandlung, die Versorgung mit Arznei, Verbands- Heil- und Hilfsmitteln, häusliche Krankenpflege, Krankenhausbehandlung, Rehabilitationsleistungen und Weiteres. In bestimmten Bereichen sind jedoch Zuzahlungen zu leisten. Zu nennen wären hier Zuzahlungen zu Medikamenten und bei Krankenhausaufenthalt. Das Spektrum was die GKV abdeckt variiert teilweise bei den einzelnen Krankenkassen. Hier besteht jedoch die Möglichkeit, die für sich geeignete Krankenkasse auszuwählen. Indikator für die geeignete Krankenkasse sind neben dem Leistungsumfang, die Höhe der Beitragssätze und eventuelle Prämien durch Bonusprogramme.

Neben den Leistungsempfänger*innen des SGB II und SGB XII zählen auch erwerbstätige Menschen zu den gesetzlich Krankenversicherten. Hierbei zahlen der Arbeitgeber*innen und Arbeitnehmer*innen zu gleichen Teilen den Grundbeitragssatz von 7,3 % (insgesamt 14,6 %) unabhängig vom Zusatzbeitrag der jeweiligen Krankenkassen. Dementsprechend nutzen auch Erwerbstätige die Leistungen der GKV (vgl. Boeckh u.a., 2017, S. 300 – 306).

2.3. Ungleichbehandlung bei der gesundheitlichen Versorgung

Im Vergleich der beiden Personengruppen aus 2.1. und 2.2., sind deutlich Unterschiede in der gesundheitlichen Versorgung erkennbar. Während Bleibeberechtigte alle Behandlungs- und Versorgungsmöglichkeiten analog der deutschen Bevölkerung im Rahmen der GKV über eine Krankenkassenkarte genießen, haben Personen mit einer AG oder Duldung mit vielen Hindernissen im Versorgungssystem zu kämpfen. Ein Problem besteht aufgrund der föderalen Zuständigkeiten im Bezug auf den Zugang zum gesundheitlichen Versorgungssystem. Einige Bundesländer und deren Kommunen gewähren eine Krankenbehandlung in Form eines Krankenscheins. Die erkrankte Person muss im Vorfeld dem Sozialamt oder der Leistungsbehörde nach dem AsylbLG mitteilen, eine ärztliche Behandlung in Anspruch nehmen zu wollen um entsprechende medizinische Untersuchungen durchführen zu lassen. Auch die Überweisung zu entsprechenden Fachmediziner*innen und Spezialist*innen gestaltet sich mit diesem Verfahren schwierig.

Neben dem Krankenscheinverfahren gibt es auch Bundesländer, die entsprechende Kooperationsverträge mit Krankenkassen abgeschlossen haben und die die Möglichkeit der Ausstellung einer Gesundheitskarte vereinbart haben. Dies hat den Vorteil, dass bei den jeweiligen Kooperationen die Rahmenbedingungen zur Gesundheitsversorgung klar geregelt sind und das Abrechnungsverfahren mit den Ärzt*innen einfacher ist. Ein weiterer Vorteil ist, dass die Leistungsbehörden im Vorfeld nicht noch die Notwendigkeit des Arztbesuches prüfen müssen (vgl. Holleder, 2020, S. 1203f).

Neben dieser beschriebenen Problematik, besteht auch die Frage für viele Ärzt*innen, was fällt aufgrund der §§ 4 und 6 des AsylbLG unter eine akute oder

Schmerzbehandlung. Zum einen ist der/ die Ärzt*in immer auf die vorherige Kostenzusage der Behörde angewiesen, mit Ausnahme einer Notfallbehandlung. Zum anderen stehen der Profession vorherrschende Grundsätze der Versagung möglicher Behandlungen entgegen. Der Gesetzgeber hat mit den unklaren Regelungen des AsylbLG einige Grauzonen bei der Krankenbehandlung geschaffen, welche es den Ärzt*innen mit den notwendigen Begründungen ermöglicht, bestimmte Maßnahmen durchzuführen. Allerdings sind die zu behandelnden Personen auch auf die Ärzt*innen diesbezüglich angewiesen, was eine gewisse Willkür schafft. Während einige Mediziner*innen diese Möglichkeiten ausschöpfen, machen andere davon möglicherweise keinen Gebrauch. Erschwert wird das ganze Verfahren bei Folgebehandlungen und eventuellen operativen Eingriffen. Hierbei erfolgt nach Abstimmung mit der Leistungsbehörde eine vorherige Prüfung durch das zuständige Gesundheitsamt, ob die Maßnahmen im Rahmen des AsylbLG notwendig sind.

Ebenfalls erschwerend bei der ärztlichen Versorgung ist die sprachliche Barriere. § 6 AsylbLG umfasst hierbei auch Dolmetscherleistungen, da sie ein notwendiges Mittel bei Untersuchungen in der Gesundheitsversorgung darstellen. Auch dabei ist der Kostenfaktor im Blickfeld der Kostenträger indem die Erforderlichkeit abgewogen wird und teilweise auf Übersetzer*innen oder Familienangehörige / Bekannte der erkrankten Person zurückgegriffen wird. Bezugnehmend auf die Behandlung von psychischen Erkrankungen ist ebenfalls eine vorherige Kostenübernahmeerklärung zwingend notwendig. Eine Untersuchung mit Sprachbarrieren erschwert den Behandlungs- und Therapieverlauf. Dahingehend ist auch hier der Einsatz von Sprachmittler*innen, Übersetzer*innen oder Dolmetscher*innen unerlässlich oder bestenfalls eine Einrichtung mit behandelnden Muttersprachlern (vgl. Klein / Kipke, 2016, S. 325 – 330).

Insbesondere der hohe Bedarf an Personen, die eine psychotherapeutische Behandlung benötigen, im Vergleich mit den vorhandenen Gesundheitsstrukturen und freien Plätzen steht in einem Ungleichgewicht. Aufgrund dessen verlagert sich das Hilfesuchen vermehrt auf Allgemeinärzt*innen, die sich den umfangreichen Problematiken annehmen sollen (vgl. Böttche / Stammel / Knaevelsrud, 2016, S. 1138). Dabei handelt es sich um viele Belastungsfaktoren, die in der Regel durch andere nicht medizinische Professionen bearbeitet werden, beispielsweise Sozialarbeiter*innen, Migrationsfachdienste oder Anwalt*innen. Dies bedeutet, dass eine Zusammenarbeit zwischen medizinischen und

andere im Migrationsbereich Tätigen durchaus sinnvoll ist und dadurch eine stressreduzierende psychotherapeutische Behandlung ermöglicht werden kann. In diesem Zusammenhang können über eine Schweigepflichtsentbindung die verschiedenen Professionen miteinander kommunizieren (vgl. Liedl, 2018, S. 77f).

Zur Notwendigkeit der psychotherapeutischen Behandlung im Netzwerk schreiben Böttche, Heeke und Knaevelrud folgendes: „Eine ausschließlich psychotherapeutische Intervention ist für die besonderen Bedürfnisse und Belange von Kriegs- und Folteropfern unzureichend. Die Versorgung dieser Population erfordert vielmehr ein multimodales Behandlungskonzept. Dies umfasst neben psychotherapeutischen Interventionen ebenso sozialarbeiterische Tätigkeiten, medizinische Versorgung sowie aufenthaltsrechtliche Beratung. Gleichzeitig bedarf es eines grundlegenden Wissens bzgl. interkultureller Aspekte (z.B. hinsichtlich Krankheits- und Bewältigungsverständnis, Therapieerwartung; ...) (Böttche / Heeke / Knaevelrud, 2016, S. 624)“.

Im Kontext der gesundheitlichen Versorgung spielt die sozialarbeiterische Tätigkeit also eine wichtige Rolle, die zur Gesundung der betroffenen Personen beitragen kann. Alle beschriebenen Hindernisse machen eine normale Versorgung schwierig, auf psychische Problemlagen betrachtet können sogar, wie in Punkt 1.3. der Arbeit beschrieben, Folgeschäden auftreten.

Gesamtheitlich auf die gesundheitliche Versorgung der unterschiedlichen Gruppen zu sehen, haben Personen mit unsicherer Zukunftsperspektive mit einigen Einschränkungen im medizinischen Bereich zu kämpfen, während Bleibeberechtigte das Gesundheitssystem mit allen Leistungen der GKV nutzen können. Die beschriebene Diskrepanz führt zu einem zweiklassigen Gesundheitssystem in dem zwingend Änderungsbedarf besteht, auch im Hinblick auf die derzeitige COVID 19 Pandemie (vgl. Holleder, 2020, S. 1217).

3. Behördliche Migrationssozialarbeit

Die behördliche Migrationssozialarbeit ergibt sich aus der kommunalen Aufgabe, die die zuständigen Sozialämter übertragen bekommen. Sozialämter dienen der Versorgung mit Leistungen aus dem Mindestsicherungssystem, dem SGB XII, während das Jobcenter

die Leistungen des SGB II abdeckt. Da das AsylbLG nicht den Sozialgesetzbüchern zugeordnet ist, fällt die Organisation rund um diese gesetzlichen Regelungen meist dem Sozialamt zu.

Strukturell finden sich hier meist Leistungssachbearbeiter*innen und kommunale Sozialarbeiter*innen wieder (vgl. Aner / Hammerschmidt, 2018, S. 88 - 93). Aner und Hammerschmidt schreiben hierzu noch konkreter: „Die verwaltungsmäßige Abwicklung der Geldleistungen in den Sozialämtern wird von Verwaltungsfachleuten vorgenommen, die auch weitere, rein administrative Aufgaben übernehmen. SozialarbeiterInnen hingegen sind vornehmlich dort tätig, wo der Personenbezug zu den AdressatInnen im Vordergrund steht, also dort, wo Beratung oder Betreuung zu leisten ist (Aner / Hammerschmidt, 2018, S. 93)“. Im Rahmen dieser Tätigkeit stehen Sozialarbeiter*innen häufig durch ihr Tripelmandat (nach Staub-Bernasconi) im Zwiespalt zwischen politischen, gesetzlichen und arbeitsrechtlichen Vorgaben einerseits, andererseits zu den ethischen Grundsätze und Fachlichkeit der Profession aber auch zu den Interessen der hilfebedürftigen Person (vgl. Scherr, 2018, S. 53). Im Folgenden werden die Aufgabenbereiche der Sozialarbeiter*innen näher betrachtet.

3.1. Handlungsfelder

Die Handlungsfelder in der Sozialen Arbeit mit Geflüchteten sind sehr umfangreich. Die häufigsten Bereiche in denen Hilfe in Form von Beratungs- und Betreuungstätigkeiten benötigt werden sind: Wohnsituation, Finanzen und soziale Absicherung, Sprache, Ausbildung und Arbeit, Familie, Kindergarten und Schule, Aufenthaltsstatus und Rückkehr ins Heimatland, Gesundheit und Netzwerkarbeit (vgl. Altinzencir, 2019, S. 64 – 70). Die nachfolgenden Ausführungen beziehen sich auf Fragestellungen und Problemlagen in den einzelnen Handlungsfeldern und skizzieren die Aufgaben der behördlichen Sozialarbeiter*innen und zeigen gleichzeitig auf, womit sich Geflüchtete nach der Ankunft in Deutschland konfrontiert sehen und im Alltag als mögliche Stressfaktoren gelten.

Wohnsituation

Die Unterbringung von Menschen, die einen Asylantrag gestellt haben erfolgt in der Anfangsphase in Erstaufnahmeeinrichtungen der einzelnen Bundesländer. Der

Verteilmechanismus richtet sich nach dem Königssteiner Schlüssel, welcher verschiedene Faktoren berücksichtigt. Die Wohnraumsituation in diesen ersten Monaten ist geprägt von Zusammenleben mit mehreren Nationalitäten und einer angespannten räumlichen Unterbringung. Ist das Asylverfahren in dieser Zeit noch nicht entschieden bzw. beendet erfolgt die weitere Verteilung in die Landkreise und kreisfreien Städte. Im Rahmen der kommunalen Steuerung besteht nun die Möglichkeit dezentral den Zugang zu Wohnungen zu ermöglichen oder zentral der Zuteilung in eine Gemeinschaftsunterkunft (GU). Auch dies ist von Kommune zu Kommune unterschiedlich geregelt und von dem Wohnungsmarkt und den Lebensverhältnissen vor Ort abhängig. Grundsätzlich erfolgt die Zuweisung jedoch vorerst in den vorgehaltenen GU's. Hier gelten gewisse Mindeststandards, die sich auf die Wohnraumgröße, bestimmte vorgehaltene Einrichtungsgegenstände und soziale Betreuung beziehen. Die Unterbringungsform richtet sich jeweils nach Personenanzahl (Einzelperson oder Familienverbund) und Nationalität, wobei gewisse Gemeinschaftsräume, wie beispielsweise Küchen oder Sanitäranlagen gemeinsam genutzt werden. Durch gewisse Einschränkungen bei der Privatsphäre, Verhaltensweisen anderer und das Zusammenleben mit unterschiedlichen Nationalitäten besteht häufig das Risiko, dass es zu Streitigkeiten und Probleme im Miteinander kommt (vgl. Geiger, 2016, S. 23 - 28). Diese angespannte Lage kombiniert mit den vorherigen Fluchtstrapazen führt häufig zu psychischen, sozialen und weiteren Belastungen in der die Sozialarbeiter*innen in Form von geeigneter Wohnraumsuche oder Zuweisung zu kommunal angemieteten Wohnräumen Abhilfe schaffen kann. Auch bei Befürchtungen von Wohnungsbauunternehmen, bezogen auf den Migrationshintergrund, gilt es die Hemmnisse aus dem Weg zu räumen und so neue Möglichkeiten zum Wohnungsbezug zu schaffen (vgl. Klus, 2018, S. 725ff).

Finanzen und soziale Absicherung

Die finanzielle Absicherung bei Personen mit Migrationshintergrund erfolgt über die bereits beschriebenen Gesetzlichkeiten AsylbLG, SGB II, SGB XII. Dennoch sind sich diese Menschen einer Vielzahl von auszufüllenden Dokumenten, in für sie fremder Sprache, ausgesetzt. Auch bei der Beantragung zusätzlicher Beihilfen, beispielsweise BuT Leistungen sind behördliche Anträge von Nöten. Weitere Fragen in diesem Bereich sind auch die Beantragung eines Kontos, mögliche Ratenzahlungen oder Schuldentilgungen. Aus Sicht der Sozialen Arbeit bedarf es Unterstützung bei den

jeweiligen Beantragungen aber auch Beratungsbedarf, wenn es um eventuelle Kürzungen bei den Geldleistungen geht. Hierbei dient der/ die Sozialarbeiter*in als Bindeglied zwischen der Leistungsbehörde und dem/ der Klient*in. Dies ist ebenfalls bei Wechsel der Zuständigkeit aufgrund eines sich verändernden Aufenthaltsstatus der Fall. Auch die Weiterleitung an Netzwerkpartner*innen die finanziellen Aspekte bearbeiten, wie Banken oder Schuldnerberatungsstellen zählt zu den Hilfeleistungen dazu (vgl. Altinzencir, 2019, S. 67).

Sprache

Ein weiteres Handlungsfeld ist die Sprache. Zählt sie in vielen Integrationskonzepten der Kommunen als ein Schlüsselfaktor zur gelungenen Integration, kann sie eine Chance für den Bildungs-, Ausbildungs- und Arbeitsmarkt bieten. Allerdings ist der Bildungsstand der Geflüchteten unterschiedlich und die Kommunen selbst müssen sich im Rahmen ihrer bürgerorientierten Leitbilder der Mehrsprachigkeit öffnen. Dabei geht es gerade in der Anfangszeit, der ankommenden Geflüchteten darum, diese mit mehrsprachigen Hinweisen, Informationsblättern und Regeln zu versorgen, um somit erste Grundlagen zu vermitteln. Insbesondere die Erläuterungen zu den systemrelevanten Bereichen, die sich in den Handlungsfeldern widerspiegeln, sind für das erste Zurechtfinden in Deutschland zwingend notwendig (vgl. Schweitzer, 2018, S. 435 - 438). Natürlich fallen neben der Versorgung mit mehrsprachigen Informationsblättern noch weitere Beratungs- und Betreuungsaufgaben in diesem Bereich an. Darunter zählen u.a. die Vermittlung in Integrationskurse oder niederschwellige Deutschkurse an vorhandene Sprachkursträger, wie die Kreisvolkshochschulen, oder berufsbezogene Sprachkurse von freien Bildungsträgern, ebenso die Weiterleitung zu Alphabetisierungskursen. Auch das Übersetzen behördlicher Schreiben und anderem Schriftverkehr, dient dem Sprachverständnis (vgl. Altinzencir, 2019, S. 69f).

Ausbildung und Arbeit

Das Thema Ausbildung und Arbeit ist ein enorm wichtiger Faktor für geflüchtete Menschen. Sie dient der sozialen Eingliederung in die Gesellschaft und macht den Personenkreis nicht von staatlichen Leistungen abhängig. Allerdings sind dem Ganzen durch aufenthaltsrechtliche Regelungen Grenzen gesetzt. Insbesondere der Personenkreis der Geduldeten hat hier extrem viele Hürden zu überwinden. Dürfen geduldete Menschen unter bestimmten Auflagen arbeiten, heißt das nicht zwangsläufig

das Diese leichten Zugang zum Arbeitsmarkt erlangen. Allein schon die eingeschränkte Verlängerung der Ausweisdokumente, von 3 bis 6 Monaten, stellt ein Hindernis dar. Für viele Arbeitgeber*innen ist diese kurzfristige Planbarkeit ein Hemmnis bei der Einstellung. Zudem können dadurch gewisse berufliche Wunschvorstellungen nicht erfüllt werden. Auch eine gewisse sichere Struktur und Bedürfnisbefriedigung die sich, durch längerfristige Arbeit, im Alltag und Tagesablauf einstellen kann, steht den Aufenthaltsverlängerungen in kurzen Abschnitten entgegen (vgl. Geiger, 2016, S. 119ff). Jedoch gab es in den letzten Jahren zahlreiche Änderungen in Bezug auf die Integrations- und Arbeitsmarktpolitik, die es jetzt neben Aufenthaltsgestatteten auch Geduldeten ermöglicht über eine Ausbildungsduldung oder den Zugang zu verschiedenen Jobmöglichkeiten einer Beschäftigung nachzugehen und bestenfalls einen längeren Aufenthalt in Deutschland zu bekommen (vgl. Schultz / Kolb, 2018, S. 514ff). Bezogen auf die Tätigkeit der Sozialarbeiter*innen bedarf es in diesem Punkt viel Unterstützung. Angefangen und sich positiv auswirkend, ist die Vermittlung in Sprachkurse und berufsbezogene Sprachkurse aber auch möglicherweise vorhandene Qualifikationen der Klient*innen anerkennen zu lassen, um mögliche Interessen bei der Ausbildungs- und Arbeitsplatzsuche zu berücksichtigen. Motivationssteigernd bei der Suche nach Beschäftigung, sind ein eigener Wohnraum, der Ausblick auf eine perspektivisch finanzielle Absicherung und einer guten Struktur im Tagesablauf, wobei der/ die Sozialarbeiter*in unterstützen kann. Sicherlich bedarf es ebenfalls der Rücksprache und Zusammenarbeit mit Ausländerbehörden und weitere auf dem Arbeitsmarkt tätigen Akteuren um rechtliche Möglichkeiten auszuloten (vgl. Franzke, 2020, S. 5 – 9).

Familie, Kindergarten und Schule

Dieses Handlungsfeld ist wesentlicher Bestandteil für die Integration in Deutschland. Das Zusammenleben als Familie, der Zugang zur frühkindlichen Entwicklung und zum Bildungssystem, sowie die Akzeptanz in der Bevölkerung, als Mitglied derer, sind Motivation und förderliche Erfolgsfaktoren für den Aufenthalt in Deutschland. Die Teilhabe der Kinder an Kindergarten und Schule, insbesondere gute Leistungen und bessere Zukunftschancen wirken sich auch positiv auf die Psyche aus und sorgen für eine stabile Widerstandskraft bei künftigen Belastungen (vgl. Westphal / Otyakmaz / Uçan, 2020, S. 266 – 269). Zu den vornehmlichen Aufgaben der Sozialen Arbeit zählen hier die Unterstützung bei den Anmeldeformularen für Kindergarten und Schule, Hilfe bei Beantragungen des BUT Paketes, wie gemeinschaftliches Mittagessen, Lernförderung

oder Klassenfahrten und die Vermittlung an Freizeitmöglichkeiten. Die Zusammenarbeit mit ehrenamtlich Tätigen kann dabei ein wichtiger Bestandteil sein. Mögliche familiäre Streitigkeiten und Probleme und die Zusammenarbeit mit Jugendamt, Frauenhäuser oder Ähnlichem kann hier drunter fallen. Zudem spielt die soziale Integration über Freizeitangebote oder Teilnahme an Elternabende eine Rolle in der Beratungs – und Betreuungsarbeit der Sozialarbeiter*innen (vgl. Altinzencir, 2019, S. 67f).

Aufenthaltsstatus und Rückkehr ins Heimatland

Das zentrale und für den Großteil der Geflüchteten entscheidende Thema ist der Aufenthaltsstatus und somit ein Bleiberecht in Deutschland. Ausschlaggebend hierfür ist die Entscheidung des BAMF über das Asylverfahren. Während Aufenthaltsgestatte noch auf die Entscheidung warten, haben Geduldete nur noch wenige Chancen auf einen Verbleib in Deutschland und müssen aufenthaltsbeendende Maßnahmen befürchten. Personen mit einem positiv beschiedenen Asylverfahren wird ein Aufenthaltstitel, wie in Punkt 2.2 beschrieben, erteilt. Gerade in der Zeit während und nach des Asylverfahrens ist eine Betreuung durch Akteure der Migrationssozialarbeit wichtig. Im Asylverfahren müssen die Antragstellenden eine Anhörung durchlaufen in dem sie ihre Fluchtgründe darstellen und beweisen müssen. Hierbei ist die Beschaffung entsprechender Nachweise von großer Bedeutung, da sie der Darstellung weiteren Nachdruck verleiht, die angegebenen Tatsachen stützt und die Entscheidung beeinflussen kann. Unterstützung bei der Beschaffung von entsprechenden Dokumenten, die Vorbereitung auf den Ablauf einer Anhörung, können hier zu den Aufgaben der Sozialarbeiter*innen zählen. Insbesondere das Erlebte in der Anhörung wiederzugeben, stellt für viele eine enorme Belastung dar. Auch nach der Asylentscheidung ob positiv oder negativ, benötigen die Menschen Hilfe. Sei es bei positiv Beschiedenen der Leistungsträgerwechsel vom AsylbLG ins SGB II oder SGB XII, so bedarf es bei einer negativen Entscheidung mentale Unterstützung und möglicherweise medizinische oder psychologische Hilfe an die weitervermittelt werden muss (vgl. Gahleitner / Zimmermann / Zito, 2017, S. 79 - 83).

Besonders im Falle eines negativen Verfahrens kommt es auf die Kommunikation mit der Ausländerbehörde und den Klient*innen an. Mögliche Rückkehrberatungen durch Sozialarbeiter*innen, um eine finanziell geförderte Rückkehr ins Heimatland voranzutreiben und die möglichen Alternativen aufzuzeigen zählt ebenso zu den

erweiterten Aufgaben in diesem Themenfeld. Bei Personen mit Bleiberecht kommt noch die Unterstützung bei Familienzusammenführungen dazu (vgl. Altinzencir, 2019, S. 69).

Gesundheit

Im Bereich Gesundheit haben die Personen, insbesondere die nach dem AsylbLG Leistungen erhalten, mit jeder Menge Hindernissen zu kämpfen. Wie bereits in Punkt 2.3. thematisiert, ist der Nachteil aufgrund fehlender Krankenkassenkarte und eingeschränkter Gesundheitsleistungen problematisch. Hinzu kommen die Schwierigkeiten, die auch im Hinblick auf die Sozialleistungsträger bestehen. Hilfebedarf besteht bei Terminvereinbarungen mit Allgemeinmediziner*innen, Fachärzt*innen, Psycholog*innen, der Bereitstellung von Übersetzer*innen zu den Terminen, Begleitung und Erläuterung bei bestimmten medizinischen Behandlungen, Weiterleitung an Beratungsstellen bei Schwangerschaft und Geburt oder bestimmten Süchten, Krankenkassenanmeldungen und viele weitere Aufgaben (vgl. Altinzencir, 2019, S. 68).

Neben diesem Unterstützungsbedarf ist es wichtig zu verstehen, dass die anderen Erschwernisse der anderen Handlungsfelder direkt auf die Gesundheit des/ der Einzelnen Einfluss haben kann, da belastende und auch erfolgreiche Faktoren sich auf das Wohlbefinden auswirken können, sowohl mental als auch körperlich. Insofern ist der Bereich Gesundheit immer ganzheitlich mit allen anderen Faktoren zu betrachten (vgl. Razum / Butler / Spallek, 2018, S. 568)

Das Handlungsfeld der Interdisziplinären Zusammenarbeit und Netzwerkarbeit wird im Punkt 3.2. separat dargestellt, da es ein wichtiges Mittel im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung darstellt, worauf der Schwerpunkt in dieser Arbeit fällt. Diesbezüglich werden hier nur eingeschränkt Netzwerkpartner*innen, mit dem Fokus auf die Gesundheitsversorgung, beschrieben.

3.2. Interdisziplinäre Zusammenarbeit / Netzwerkarbeit

Im Arbeitsfeld der Migration gibt es neben der Kommune, mit seinen Ämtern, eine Vielzahl an unterschiedlichen Beteiligten, die das Ziel haben Geflüchtete zu unterstützen und in die Gesellschaft zu integrieren. Gerade dabei kommt es häufig zu Konflikten

zwischen einzelnen Hilfeparteien, da die Vorstellungen und Richtlinien nach denen sie handeln, unterschiedliche Wege verfolgen. Das generelle Ziel der Integration bleibt jedoch bei allen oberstes Ziel. Um dies zu verwirklichen bedarf es einem Zusammenspiel zwischen den Akteuren. Egal ob hauptamtlich, ehrenamtlich oder eine Profession, die im Zusammenhang mit Geflüchteten steht, bedarf es Strukturen die einem gemeinsamen Ziel dienen. Dabei ist der Informationsaustausch untereinander, der Abbau möglicher Konflikte und eine gemeinsame Arbeitsgrundlage und Vernetzung richtungsweisend für den Erfolg. Diese Art der Netzwerkarbeit wird als Public Governance bezeichnet. In dieser konzeptionellen Netzwerkarbeit ist jedoch zwingend der Geflüchtete miteinzubeziehen (vgl. Tabatt-Hirschfeldt, 2020, S. 95f).

Ein wichtiger Netzwerkpartner hierbei sind die Migrationsfachdienste. Diese sind freie Träger unter dem Dach der 6 Wohlfahrtsverbände und bieten lokale Beratungstätigkeiten, für Menschen mit Migrationshintergrund, an. Hierbei handelt es sich um Unterstützung bei alltäglichen Belangen, welche kostenfrei zugänglich sind. Sie sind staatlich finanzierte Stellen und haben gewisse Rahmenbedingungen hinsichtlich ihrer Aufgaben, welche durch die Politik festgelegt sind. Ansprechpartner*innen sind Behörden, Gemeinschaftsunterkünfte, Kindergärten und Schulen, Ärzt*innen, weitere Beratungsstellen und Ehrenamtliche. Häufig überschneiden sich Aufgaben der Migrationsfachdienste und kommunaler Sozialarbeiter*innen, aufgrund der Problemlagen der Klient*innen. Allerdings sind die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen, denen die Sozialarbeiter*innen der Behörde unterliegen, zum Teil andere als die der freien Träger (vgl. Müller, 2020, S. 11ff).

Ein weiterer Akteur in der Netzwerkarbeit mit dem Blick auf die Gesundheitsversorgung sind die Ärzt*innen, Therapeut*innen, Psycholog*innen, Kliniken und Krankenhäuser und weitere Professionen im Gesundheitsbereich. Insbesondere bei der Behandlung von psychisch erkrankten Geflüchteten wird deutlich, dass es neben den eigentlichen traumatischen Erlebnissen auch andere Bedarfe gibt, die die Personen zu den Terminen geklärt haben wollen. Dies betreffen aufenthaltsrechtliche oder leistungsrechtliche Dinge und andere Alltagsprobleme, die weit über die medizinischen Professionen hinausgehen. Insofern ist eine Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiter*innen und Behörden notwendig, um die ganzheitliche Situation und die damit verbundenen Bedürfnisse zu bearbeiten. Die möglichen Kommunikationsbarrieren zwischen den Professionen können mit einer

Schweigepflichtsentbindung ausgeräumt werden und eine offenere Interaktion ermöglichen und die interdisziplinäre Zusammenarbeit fördern. Dies ist auch von Vorteil, wenn es um die Organisation von Sprachmittler*innen geht, um verschiedene Themen dem/ der Patient*in näher zu bringen und um die Ungleichbehandlung beim Zugang zum Gesundheitssystem, für Geduldete oder Personen mit Aufenthaltsgestattung, zu verringern (vgl. Liedl, 2018, S. 77 - 80).

Weiterer interner Ansprechpartner der behördlichen Sozialarbeiter*innen (Sozialamt) ist das Gesundheitsamt, insbesondere der Sozialpsychiatrische Dienst (SPDi). Dieser erstellt beispielsweise Gutachten und berät das Sozialamt zu Fragen bei psychischen Erkrankungen, gibt Hinweise zu weiteren Behandlungsmöglichkeiten und Kostenpunkten. Generell ist das Gesundheitsamt, neben den verschiedenen Aufgabenbereichen des öffentlichen Gesundheitswesens, Verbindungsstelle zwischen den Sozialarbeiter*innen und den Professionen des Gesundheitswesens (vgl. Aner / Hammerschmidt, 2018, S. 114f).

Wie bereits skizziert spielt der/ die Klient*in mit all seinen/ ihren traumatischen Erlebnissen, alltäglichen Belastungsfaktoren, genauso mit seiner/ ihrer Motivation und eigenen Ressourcen, bei der Behandlung psychischer Erkrankungen eine wichtige Rolle (vgl. BAfF e.V., 2020, S.15). Bereits nur im Bereich der Gesundheitsversorgung wird klar, wie viele Netzwerkpartner eine Rolle spielen, wobei hier nicht alle abschließend genannt wurden.

Im nun folgenden Teil der Arbeit werden konkrete Maßnahmen beschrieben, die behördliche Sozialarbeiter*innen im Rahmen ihrer Tätigkeit und unter dem eben beschriebenen Gesichtspunkt der interdisziplinären Zusammenarbeit leisten können, um psychisch erkrankte Geflüchtete zu unterstützen. Weiterhin werden mögliche Grenzen in diesem Zusammenhang aufgezeigt und ein Blick auf aktuelle und zukünftige Herausforderungen im Bereich der Gesundheitsversorgung skizziert.

4. Unterstützende Möglichkeiten und Grenzen im Kontext der gesundheitlichen Versorgung

Die Herausbildung von psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten entsteht nicht nur durch die traumatischen Erlebnisse während der Flucht, sondern hängt auch von der Befriedigung der Grundbedürfnisse nach der Ankunft im Zielland ab. Zu diesen zählen die in 3.1. beschriebenen Handlungsfelder. Hierbei bedarf es der Unterstützung behördlicher Sozialarbeiter*innen und weiterer Akteure der Migrationssozialarbeit (vgl. Danzinger u.a., 2018, S. 107f). Ableitend von den Grundbedürfnissen werden Hilfemöglichkeiten beschrieben, die eine Entlastung für die Geflüchteten darstellen kann und somit eine mögliche Eindämmung von Stressfaktoren als Mitauslöser psychischer Erkrankungen. Auf die Frage wo behördliche Sozialarbeiter*innen ganz konkret unterstützen können und wo ihre Grenzen liegen wird hier näher eingegangen. Zudem werden aktuelle und zukünftige Herausforderungen in diesem Bereich erläutert.

4.1. Sozialarbeiterische Unterstützung und Grenzen

Sozialarbeiterische Unterstützung kann nur gelingen, wenn eine grundlegende Basis zwischen, in dem Fall, Behördenvertreter*innen und dem Geflüchteten vorhanden ist. Hierbei kommt es darauf an, dem Gegenüber aufzuzeigen, welche Hilfen geleistet werden können und wo die Grenzen liegen. Auch etwaige Versprechen und Hoffnungen, die anhand von Tatsachen nicht ermöglicht werden können, müssen klar kommuniziert werden und dienen dazu eine gewisse Vertrauensbasis zu schaffen. Den Geflüchteten geht es häufig um schnelle Hilfen in bestimmten Situationen, die zum Teil davon geprägt ist, möglichst viele Hilfestellen anzulaufen, in der Hoffnung auf eine baldige Lösung. Behördliche Sozialarbeiter*innen stehen hierbei im Fokus, um den Spagat zwischen den gesetzlichen / arbeitsrechtlichen Vorgaben und der Hilfe der/ des Klient*innen zu schaffen. Mit einer soliden Vertrauensbasis ist hier der erste Schritt gemacht und es kann ein spezifisch auf die Person zugeschnittener Hilfeplan entwickelt werden, in Zusammenarbeit weiterer Akteure im Migrationsbereich (vgl. Gahleitner / Zimmermann / Zito, 2017, S. 23 – 26).

Mögliche Unterstützungsleistungen

Behördliche Sozialarbeiter*innen haben viele Aufgaben, wie bereits unter Punkt 3.1. und 3.2. dargestellt.

Die Frage im Kontext der gesundheitlichen Versorgung ist: Welche der Hilfeleistungen hat entscheidenden Anteil an einer stabilen körperlichen und psychischen Gesundheit?

Diesbezüglich ist die Wohnraumsituation der Geflüchteten einer der häufigsten Problemfelder. Die Unterbringung in einer Erstaufnahmeeinrichtung direkt nach der Flucht und der anschließenden Zuweisung zu einem bestimmten Landkreis oder einer kreisfreien Stadt ist bereits sehr belastend. Innerhalb der kommunalen Struktur erfolgt die Unterbringung dann häufig erneut in Gemeinschaftsunterkünften. Innerhalb dieser Einrichtungen wohnen die Geflüchteten mit einer Vielzahl anderer Nationalitäten zusammen und haben wenig, bis gar keine, Privatsphäre. Die gemeinsame Nutzung von bestimmten Räumen, fehlende Rückzugsorte, eine hohe Geräusch- und Lärmkulisse und die Erinnerungen an die Flucht machen das Leben in einer GU beschwerlich. Bis zur eigenen Wohnung dauert es häufig bis nach der Entscheidung über das Asylverfahren. Dabei kann im Rahmen kommunaler Steuerung und in Zusammenarbeit mit den Sozialarbeiter*innen der Unterkünfte darauf hingearbeitet werden, die Personen mit geeignetem Wohnraum zu versorgen. Die Anmietung von kommunalem Wohnraum oder die Vorarbeit durch die Sozialarbeiter*innen mit Wohnungsbauunternehmen um eigenen Wohnraum anzumieten, stellt ein mögliches Mittel dar, um den Geflüchteten, die eigene Kontrolle ein Stück weit wieder zu geben. Mit dem möglichen Umzug in Privatwohnraum geht die Unterstützung bei der Möbelbeschaffung und die Einbindung in das soziale Umfeld (z.B. Nachbar*innen) einher. Erfolgt dadurch ein Ortswechsel, kann sich diesbezüglich auch die Versorgungsstruktur positiv verändern (z.B. Ärzte, Vereine, Beratungsstellen) (vgl. Wiedemann, 2018, S. 75ff).

Zudem erheblich wichtig für das Leben in Deutschland ist der Zugang zu Bildung und Sprache. Sie eröffnet den Geflüchteten neue Chancen und sorgt für eine bessere Verständigung. Während Bleibeberechtigte Anspruch auf Integrationskurse haben, ist der Zugang für Personen ohne Bleiberecht steinig. Wollen diese einen Sprachkurs oder Ähnliches nutzen, müssen sie die Kosten eigenständig tragen. Dabei ist es wichtig, dass behördliche Sozialarbeiter*innen über ihr Netzwerk, Kontakte zu Volkshochschulen und anderen Sprachkursträgern nutzen um passende Sprachangebote für diesen

Personenkreis zu finden. Meist beläuft sich dies auf niederschwellige Deutschkurse, Erstorientierungs- und Wertevermittlungskurse oder berufsbezogene Deutschkurse. Gleichermaßen genutzt werden kostenfreie Alphabetisierungskurse oder durch das Ehrenamt organisierte freie Sprachkurse, während Kinder und Heranwachsende über den Bildungsweg Schule und Kindergarten die Sprache erlernen. Der Zugang zum Erlernen der Sprache bietet weiterhin den Vorteil, dass Sprachmittler*innen bei vielen Terminen, wie beispielsweise bei Arztbesuchen, wegfallen und dadurch kostensparender für die Kommune / Sozialamt ist. Obendrein wird der soziale Kontakt dadurch gestärkt und das sprachliche Verständnis von bestimmten Sachverhalten ist leichter für die Geflüchteten. Sprache dient als „Türöffner“ für viele Bereiche des Alltags und stärkt durch gewonnene Sprachkenntnisse auch das Selbstbewusstsein (vgl. Geiger, 2016, S. 31ff)

Ein weiterer wichtiger Faktor, vor allem bei den jüngeren Geflüchteten ist die Vermittlung in ein Ausbildungsverhältnis beziehungsweise in Maßnahmen zur beruflichen Qualifikation. Hierbei kann man auf bereits vorhandene Fähigkeiten und Fertigkeiten, die die Personen bereits aus dem Heimatland mitbringt, setzen und so eine Stelle die den Interessen der Geflüchteten entgegenkommt suchen. Weiterhin bieten Berufsberatungen, Berufsorientierungskurse oder Qualifizierungsmaßnahmen die Möglichkeit, verstecktes Potenzial zu entdecken. Auch hier ist eine Vernetzung mit Arbeitsvermittler*innen und potenziellen Ausbildungsstätten von Vorteil, von der alle Seiten profitieren können. Zudem besteht durch ein Ausbildungsverhältnis eine gute Bleibeperspektive und die Chance dauerhaft auf dem deutschen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen (vgl. Granato, 2018, S. 146 – 151). Ebenso wie für Jüngere spielt natürlich bei Erwachsenen die Frage, nach der Erwerbstätigkeit, eine wichtige Rolle. Neben den ausländerrechtlichen Voraussetzungen sind Spracherwerb, berufliche Vorqualifikation, Berufserfahrungen und schulische Vorbildung Einstellungs voraussetzungen. Generell kann man sagen, dass der Bildungsgrad, sowohl bei der Ausbildung als auch auf dem Arbeitsmarkt, von entscheidender Bedeutung ist (vgl. Farrokhzad ,2018, S. 158 - 168).

Neben den Unterstützungsleistungen bezogen auf die Grundbedürfnisse können Sozialarbeiter*innen dabei helfen den Geflüchteten eigene Fähigkeiten und vorhandene Stärken ins Bewusstsein zu rufen. In den Phasen von dauerhaften Belastungen im Alltag, können eigene Ressourcen helfen, schwierige Phasen zu überstehen oder leichter zu bewältigen. Hier sind die Familie, erlernte berufliche Fähigkeiten oder körperliche Stärken

unter anderem wichtige Stützpfiler und können Optimismus hervorrufen, um zukünftige Herausforderungen besser zu meistern (Gahleitner / Zimmermann / Zito, 2017, S. 74f).

Sämtliche Hilfsangebote die behördliche Sozialarbeiter*innen anbieten können, nebst dem Blick auf die gesundheitliche Versorgung, liegen auf dem Schwerpunkt der psychosozialen Betrachtungsweise. Das bedeutet, dass die kommunal Tätigen sich im Rahmen ihrer Arbeit einen Überblick über die alltäglichen Belastungen der einzelnen Person verschaffen müssen und gezielte Unterstützung dahin gehend leisten, dass eine stabile Struktur geschaffen wird, in der eine gewisse Art von selbstständigem Handeln möglich ist (vgl. Liedl, 2018, S. 23f). Unter Berücksichtigung möglicher Stressfaktoren, kann dies gleichzeitig dafür genutzt werden bestimmte Erstgespräche bei Psycholog*innen oder behandelnden Ärzt*innen vorzubereiten. Hierbei kann eine Art Checkliste genutzt werden, die Daten der Person erfasst und weitere Informationen zur Gesamtsituation enthält. Diese kann nach Einwilligung der Geflüchteten dem/ der Ärzt*in weitergeleitet werden. Hinweise über Aufenthaltsstatus, Wohnsituation, Bildungsstand, Erwerbstätigkeit, Familie, Freizeit und zur gesundheitlichen Situation sind Daten die eine Rolle bei der Begutachtung spielen können (vgl. Gahleitner / Zimmermann / Zito, 2017, S. 50 – 56).

Wo die Grenzen für die behördliche Sozialarbeit liegen wird im folgenden Abschnitt beschrieben.

Grenzen

Eine Grenze behördlicher Sozialarbeiter*innen liegt in den fehlenden Kenntnissen im Medizinbereich. Sie sind im Hinblick auf körperliche und geistige Schädigungen keine Fachkräfte. Ulrike Schneck schreibt hierzu: „Bei körperlichen Beschwerden, wie Schmerzen, Schlaflosigkeit, Verdauungsproblemen, Appetitlosigkeit etc. ist eine medizinische Perspektive wichtig. Psycholog_innen und Berater_innen sind dabei auf die Zusammenarbeit mit Ärzt_innen angewiesen. Im Kontext von Folter- und Gewalterfahrungen bleiben regelmäßig körperliche Schädigungen zurück, die festgestellt und behandelt werden müssen (Schneck, 2018, S.180)“. Dies schließt eine Zusammenarbeit zwischen den Professionen nicht aus, jedoch gibt es hier klare Grenzen was den Blick auf die Medizin betrifft. Notwendige Absprachen zwischen den Beteiligten, bezüglich künftiger Behandlungspläne und Ähnlichem bedarf es weiterhin.

Stabilisierende und ressourcenorientierte Unterstützungsleistungen in Absprache mit den behandelnden Ärzt*innen tragen zur Genesung der Patient*innen bei (vgl. Schneck, 2018, S. 181f).

Neben der Einschränkung aufgrund der fehlenden Fachlichkeit in der medizinischen Versorgung, ist die Selbstfürsorge ein wichtiger Faktor bei behördlichen Sozialarbeiter*innen. Wobei es wichtig ist, sich eigene Grenzen zu setzen, inwiefern man gewissen Informationen an sich selbst heranlässt und wo die persönliche Grenze in der Arbeit mit Geflüchteten liegt. Insbesondere Informationen oder Bildmaterial zu schrecklichen Erlebnissen, gepaart mit vielen Problemen die jede einzelne geflüchtete Person mitbringt, führt dazu, dass sich die Sozialarbeiter*innen selbst schützen müssen. Supervisionen können hier ein geeignetes Mittel darstellen, um sich selbst nicht zu viel zu belasten (vgl. Schneck, 2018, S. 188).

Durch die Funktion als behördliche*r Sozialarbeiter*innen sind ebenfalls Grenzen gesetzt. Dies liegt darin begründet, dass diese im Rahmen der Kommune Aufgaben zur Versorgung von Geflüchteten wahrnehmen. An diesem Punkt ist der/ die Sozialarbeiter*in an Gesetzlichkeiten oder politische Ausrichtungen gebunden. Er / Sie dient als Steuerungsinstrument in der Migrationssozialarbeit. Das Spannungsverhältnis zwischen den Arbeitsaufträgen der Behörde, der Sozialen Arbeit als Profession und den Bedürfnissen der Betreuten gilt es in Einklang zu bringen (vgl. Roller, 2012, S. 102f). Darüber hinaus lassen sich bestimmte Entscheidungen durch das BAMF oder gesetzliche Regelungen der Ausländerbehörde nur wenig beeinflussen und stellen ein Hindernis in der Arbeit dar.

Nachdem sowohl die Unterstützungsleistungen, als auch die Grenzen beschrieben worden, gilt es nun den Fokus auf aktuelle und kommende Herausforderungen behördlicher Sozialarbeit mit Migranten zu legen.

4.2. Gegenwärtige und zukünftige Herausforderungen in der Migrationssozialarbeit bei der Gesundheitsversorgung

Um künftig die Aufgabe der gesundheitlichen Versorgung besser bewältigen zu können, sollten noch einmal ein Blick auf bestehende Lücken im System geworfen werden. Gerade durch die Ungleichbehandlung zwischen den Geflüchteten, aufgrund ihres Aufenthaltsstatus, ergeben sich Herausforderungen die es zu bewältigen gilt. In einem von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) herausgegebenen Positionspapier aus 2016 wird die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten genau betrachtet und mögliche Verbesserungsvorschläge genannt, die eine Grundlage zur besseren Behandlung bieten kann.

Eine kommende Herausforderung ist die Weiterbildung von Personen die im unmittelbaren Kontakt mit den Geflüchteten stehen, wie beispielsweise Sozialarbeiter*innen, um besser die Anzeichen von psychischen Erkrankungen rechtzeitig zu erkennen und sie dann gezielt behandeln zu können. Insbesondere Merkmale einer PTBS und Depressionen werden an dieser Stelle als Beispiele genannt, wo ein möglicher Fortbildungsbedarf besteht. Außerdem sind Schulungen bezogen auf die kulturellen Hintergründe der Patient*innen und dem Versorgungsnetz der Gesundheitsversorgung notwendig, um adäquate Hilfeleistungen sicherstellen zu können.

Weiterhin spricht die DGPPN davon, dass nicht jede*r Geflüchtete mit Merkmalen einer Erkrankung, behandlungsbedürftig sein muss, da bei einer stabilen Alltagsstruktur eine weitere Herausbildung psychischer Symptome verhindert werden kann. Das beinhaltet wie vielfach skizziert, die Versorgung mit geeignetem Wohnraum, Lebensmitteln und darüber hinaus die soziale Einbindung durch Arbeit oder Freizeitmöglichkeiten, welche sich positiv auf den Symptomverlauf auswirken kann. Zudem ist der Effekt des Erhalts eines Bleibestatus in Deutschland und die Aussicht auf eine gute Zukunftsperspektive förderlich zur Gesundung. Die Schaffung einer stabilen Struktur für Geflüchtete ist für behördliche Sozialarbeiter*innen, ferner für weitere Akteure der Migrationssozialarbeit eine dauerhafte Herausforderung, da hierbei gesetzliche und politische Rahmenbedingungen zu beachten sind.

Zusätzlich sind das zur Verfügung stellen von Handreichungen, Infomaterialien und weiteren Hilfsmitteln, im Zusammenhang mit der gesundheitlichen Versorgung, Sachen, die über Kontaktpersonen, insbesondere Sozialarbeiter*innen, weitergeleitet werden sollte. Viele dieser Veröffentlichungen sind bereits mehrsprachig verfasst und sorgen für ein besseres Verständnis bei den Patienten. Diese Bereitstellung sollte gezielt erfolgen aber die Geflüchteten nicht überfordern, aufgrund der Masse an Materialien. Aufgrund von vielfachen sprachlichen Herausforderungen bei der Behandlung von Patient*innen unterschiedlicher Herkunftsländer gibt es bereits entsprechende Leitfäden.

Hier ist der Medizinische Sprachführer MedGuide zu erwähnen. Dieser soll die Brücke zwischen behandelndem medizinischem Personal und den Patient*innen bilden. Diese Sprachführer decken aktuell die folgenden Bereiche ab:

Allgemeinmedizin / Schwangerschaft & Geburtshilfe / Impfen
Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik (Diagnostik)

Inhalt dieser Sprachführer sind von Ärzt*innen entwickelte Fragestellungen die vor allem bei nicht Vorhandensein eines/ einer Dolmetscher*in eine erste Beurteilung des Gesundheitsstandes themenspezifisch möglich machen soll. (vgl. Mandl & Schwarz-VERLAG, MedGuide, Internetquelle, 2021).

Vorrangig sollte jedoch durch die kommunalen Sozialarbeiter*innen, in Zusammenarbeit mit den Leistungsbehörden des AsylbLG, die Sicherstellung einer Kostenübernahme eines/ einer Sprachmittler*in erfolgen.

Eine weitere Forderung betrifft die bereits in 3.2. beschriebene Netzwerkarbeit und deren Stärkung. Vor allem der Ausbau der Zusammenarbeit mit spezialisierten Kliniken und Zentren, die ihren Schwerpunkt in der Traumabewältigung und anderen psychischen Erkrankungen von Geflüchteten haben, dient einer besseren Versorgung der Patient*innen.

Zu erwähnen sind in diesem Fall insbesondere die bundesweit vorhandenen Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ). Deren

Leistungskatalog, von der Unterstützung bei Alltagsproblemen und rechtlichen Fragen bis hin zur psychosozialen Versorgung, teils mehrsprachig, reicht (vgl. BAfF, 2020, S. 34f).

Diese vorhandenen und bestehenden zukünftigen Herausforderungen, vor allem weitere Forderungen der DGPPN aus dem Jahr 2016, sind aktueller denn je und von immenser Bedeutung im Rahmen der gesundheitlichen Versorgung Geflüchteter (vgl. DGPPN, 2016, S. 1-7).

5. Zusammenfassung

Im Ergebnis meiner Bachelorarbeit möchte ich die gewonnenen Erkenntnisse aus den einzelnen Kapiteln noch einmal zusammenfassen und die Verbindung zum Leitthema: „Anforderungen und Grenzen behördlicher Sozialarbeiter*innen im Umgang mit psychisch erkrankten Geflüchteten“ noch einmal herstellen.

Zu Beginn meiner Arbeit lag der Schwerpunkt im ersten Kapitel auf den psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten. Dabei wurde zunächst beschrieben, wie sich die einzelnen Phasen des Migrationsprozesses, nach Sluzki, auf die Geflüchteten auswirkt. Ein Zusammenhang zwischen den einzelnen Abschnitten der Migration, beispielsweise der Flucht oder Ankunft im Exilland und den psychischen Erkrankungen konnte hergestellt werden. In allen Phasen finden sich Belastungsfaktoren die sich negativ auf die Psyche auswirken können.

Die beiden Erkrankungen, die mit Geflüchteten dabei häufig in Verbindung stehen sind die PTBS und die Depression. Dazu erfolgte ein kurzer Überblick, welche Merkmale die einzelnen Krankheitsbilder aufweisen. Besonders fiel hier auf, dass bei den Erkrankungen öfter eine rein medizinische Behandlung nicht ausreicht, um den Personen zu helfen. Vielmehr ist neben der medikamentösen und therapeutischen Behandlung das Zusammenwirken mit anderen Professionen notwendig, um den Gesundungsprozess voranzutreiben. Die Folgen von Nichtbehandlungen der psychischen Erkrankungen zeichnet sich in Form von Suchterkrankungen und möglicherweise schlimmeren Formen, wie Suizidversuchen, ab. Daraus resultierend ist eine gesundheitliche Versorgung bei psychischen Problemen unabdingbar.

Aus der Erkenntnis heraus wurden im zweiten Kapitel Personenkreise betrachtet, die unterschiedliche Zugänge zum Gesundheitssystem haben. Dabei folgte die Unterteilung in Personen mit und ohne Bleibestatus. Während Aufenthaltsgestattete und Geduldete (ohne Bleibestatus) Leistungen nach dem AsylbLG erhalten, fällt der andere Personenkreis in die Zuständigkeit der Sozialgesetzbücher II oder XII. In der Gegenüberstellung wurde erkennbar, dass die Personen ohne Bleiberechtigung neben weniger Geldleistungen auch nicht den Zugang zum Gesundheitssystem im Rahmen der GKV und somit höhere Hürden zu bewältigen haben, um adäquate Behandlungen zu bekommen. Dies lässt sich anhand der gesetzlichen Regelungen klar ableiten und stellt eine Ungleichbehandlung in der Gesundheitsversorgung dar.

Weil der Fokus in den weiteren Betrachtungen auf den schlechter gestellten Personen ohne Bleibestatus liegt und diese in die Zuständigkeit des Sozialamtes fallen, wurden im dritten Kapitel die Tätigkeiten behördlicher Migrationssozialarbeiter*innen beleuchtet. Da das Aufgabenfeld der kommunalen Beschäftigten sehr umfangreich ist, wurden die Haupthandlungsfelder: Wohnsituation; Finanzen und soziale Absicherung; Sprache; Ausbildung und Arbeit; Familie, Kindergarten und Schule; Aufenthaltsstatus und Rückkehr ins Heimatland und Gesundheit thematisiert. Zusammenfassend wurde klar, dass die Beratungs- und Betreuungstätigkeiten viele Problemlagen des alltäglichen Lebens der Migrant*innen abdecken und diese Unterstützung enorm wichtig für das weitere Leben in Deutschland.

Bei der Arbeit der Sozialarbeiter*innen kommt es des öfteren zu Kontakt mit anderen Akteuren der Migrationssozialarbeit. Die Netzwerkarbeit hat insbesondere hierbei eine besondere Bedeutung, da Geflüchtete mehrere Anlaufstellen gleichzeitig nutzen, um Probleme schnellstmöglich lösen zu können. Es bedarf einer engen Zusammenarbeit zwischen den Akteuren um die bestmögliche Betreuung zu gewährleisten. Dabei sollten die unterschiedlichen Ziele der einzelnen Unterstützer beachtet werden und auch das Spannungsverhältnis der behördlichen Migrationssozialarbeiter (Kommune-Profession-Klient) berücksichtigt werden.

Funktioniert allerdings eine geordnete und gut strukturierte Netzwerkarbeit können die Problemlagen der Geflüchteten, die ein Belastungsfaktor sind und somit dazu beitragen

psychische Erkrankungen zu fördern, verringert werden und einen wichtigen Beitrag in der gesundheitlichen Versorgung leisten.

Um noch gezieltere Unterstützungsleistungen zu nennen und Anforderungen an die behördlichen Sozialarbeiter*innen zu definieren, wurden im abschließenden vierten Kapitel noch einmal die wichtigsten Ansatzpunkte genannt, die erheblich förderlich für die Gesundung sind.

In der Beratungs- und Betreuungstätigkeit der Sozialarbeiter*innen sind vor allem die Wohnsituation, Sprache und Beschäftigung in Form von Ausbildung und Arbeit die Eckpfeiler für eine gesunde Stabilität. Zudem kommt der Auftrag hinzu, die eigenen Ressourcen, die die Geflüchteten haben, zu mobilisieren. Dies sind Schwerpunktthemen, die die behördlichen Mitarbeiter*innen in der täglichen Arbeit in Angriff nehmen müssen.

Grenzen sind ihnen in den gleichermaßen wichtigen Themen der medizinischen Versorgung und in der Frage des Aufenthaltsstatus gesetzt. Dies liegt zum einem in der Profession begründet und zum anderen im begrenzten Einfluss auf Entscheidungen des BAMF. Die Selbstfürsorge ist für die Sozialarbeiter*innen ebenso wichtig, da die ganzen tragischen Schicksale und Erlebnisse nicht nur die Geflüchteten beeinflussen, sondern auch Auswirkungen auf die Sozialarbeiter*innen haben. Dieser Punkt, der häufig in Betrachtungen zu kurz kommt, sollte unbedingt mehr Beachtung finden.

Neben diesen Möglichkeiten und Grenzen die behördliche Sozialarbeiter*innen haben, habe ich einen für das Thema passenden Forderungskatalog der DGPPN aus dem Jahr 2016 in die Bearbeitung mit einfließen lassen, da er sich genau auf die Erkenntnisse der gesamten Kapitel bezieht und klare Anforderungen für die derzeitige und zukünftige Arbeit der Migrationssozialarbeiter*innen stellt.

1. Schulungen und Weiterbildungen zu psychischen Erkrankungen für Personal, welches mit Geflüchteten zusammenarbeitet.

Ziel ist ein frühzeitiges Erkennen von bestimmten Anzeichen und Merkmalen psychischer Erkrankungen zur Weiterleitung an Spezialisten.

2. Schaffung einer stabilen Alltagsstruktur für Geflüchtete

Ziel ist Belastungsfaktoren zu reduzieren und Resilienz zu fördern.

3. Gezielte Streuung mehrsprachiger Informationsmaterialien zu den verschiedenen Gesundheitsthemen.

Ziel ist die Aufklärung und das Verständnis bei Geflüchteten zu schaffen und für die Themen zu sensibilisieren.

4. Ausbau von interdisziplinärer Zusammenarbeit / Netzwerkarbeit

Ziel ist eine optimale Versorgungsstruktur zu schaffen und das Zusammenwirken der Akteure zu stärken.

Mit diesem Erkenntnisgewinn, aus den vorher genannten Themenschwerpunkten im Feld der gesundheitlichen Versorgung, kann eine Umsetzung in die Praxis gelingen. Viele Unterstützungsleistungen werden durch die behördlichen Sozialarbeiter*innen bereits durchgeführt. Allerdings nicht immer mit dem Wissen, durch bestimmte Hilfestellungen bei dem Geflüchteten für psychische Stabilität zu sorgen. Durch meine Bachelorarbeit hat sich mein Blick auch dahingehend geschärft, welche Rolle die tägliche Arbeit spielt und welchen Beitrag sie leisten kann, allerdings eine hohe eigene mentale Stärke erfordert und ohne Selbstfürsorge nicht gelingen kann.

6. Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: BAMF. IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016.....	5
Abbildung 2: BAMF. Gesamtverfahrensdauer Asylverfahren. Das Bundesamt in Zahlen 2019.....	9
Abbildung 3: Informationsverbund Asyl und Migration. AsylbLG-Regelsätze ab 01.01.2021.....	18
Abbildung 4: Die Bundesregierung. SGB II und XII Regelsätze ab 01.01.2021.....	23

7. Literaturverzeichnis

Altinzencir, Mahmut. In Wartenpfehl, Birgit (Hrsg.): Soziale Arbeit und Migration – Konzepte und Lösungen im Vergleich. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Kiel 2019. S. 64 - 70

Aner, Kirsten / Hammerschmidt, Peter. In Arbeitsfelder und Organisationen der Sozialen Arbeit. Basiswissen Soziale Arbeit - Band 6. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Kassel u.a. 2018. S. 88 – 93 + S. 114f

BAfF - Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.). Versorgungsbericht – Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland. 6. aktualisierte Auflage. Berlin 2020. S. 15 + S. 34f

Benkert, Otto / Hautzinger, Martin / Graf-Morgenstern, Mechthild. In Psychopharmakologischer Leitfaden für Psychologen und Psychotherapeuten. Springer Medizin Verlag Heidelberg. Mainz u.a. 2008. S. 136 – 151 + S. 178

Boeckh, Jürgen u.a.: Sozialpolitik in Deutschland – Eine systematische Einführung. 4. grundlegend überarbeitete und erweiterte Auflage. Soziale Probleme, Lebenslagen und Sicherungssysteme. Springer VS - Springer Fachmedien Wiesbaden. Wolfenbüttel u.a. 2017. S. 259 - 264, S. 300 - 306, S. 354 – 360, S. 363 - 366

Böttche, Maria / Heeke, Carina / Knaevelsrud, Christine. In Bundesgesundheitsblatt 2016: Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. Springer Verlag Berlin Heidelberg 2016. Berlin April 2016. S. 622 + S. 624

Böttche, Maria / Stammel, N. / Knaevelsrud, Christine. Psychotherapeutische Versorgung traumatisierter geflüchteter Menschen in Deutschland. In: Der Nervenarzt 2016. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016. S. 1138ff

Brüggemann, M. / Pölcher, C.. Psychische Störungen. In Schaps, Klaus-Peter / Kessler, Oliver / Fetzner, Ulrich (Hrsg.): Gesundheitsstörungen. Springer Medizin Verlag Heidelberg. Wilhelmshaven u.a. 2008. S. 611 + S. 650

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Ablauf des deutschen Asylverfahrens. 2. aktualisierte Fassung. Nürnberg 02/2019. S. 15 + S. 21 – 25 + S. 32f

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: Das Bundesamt in Zahlen 2019. Asyl, Migration und Integration. Dauer der Asylverfahren. Nürnberg August 2020. S. 61

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge: IAB-BAMF-SOEP-Befragung von Geflüchteten 2016: Überblick und erste Ergebnisse. Auf der Flucht – Motive und Kosten. Nürnberg 2018. S. 24

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. ICD-10-GM. URL:
<https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/> [Stand: 14. März 2021]

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. ICD-10-GM. URL:
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-f30-f39.htm> [Stand: 28. März 2021]

Bundesinstitut für Arzneimittel und Medizinprodukte. ICD-10-GM. URL:
<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2021/block-f40-f48.htm> [Stand: 28. März 2021]

Calliess, Iris Tatjana / Bauer, Susanne / Behrens, Katharina. In Psychotherapeut 2012: Kulturdynamisches Modell der bikulturellen Identität. Springer Verlag. Hannover 2012. S. 36 – 40

Danzinger, Carryn u.a.. Positionspapier zur Flüchtlingsversorgung. In F. Riffer u.a. (Hrsg.). Das Fremde: Flucht – Trauma – Resilienz. Springer-Verlag GmbH Deutschland. Eggenburg (Österreich) 2018. S. 107f

DGPPN. Positionspapier: Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen verbessern. Berlin 22. März 2016. S. 1 - 7

Die Bundesregierung. Grundsicherung und Sozialhilfe: Mehr Geld bei den Sozialleistungen. 1. Januar 2021. URL:
<https://www.bundesregierung.de/breg-de/suche/regelsaetze-steigen-1775798>
[03. Mai 2021]

Franzke, Bettin. In: Geflüchtete in Ausbildung und Arbeit vermitteln. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Köln 2020. S. 5 – 9

Farrokhzad, Schahrzad. In In Ceylan, Rauf / Ottersbach, Markus / Wiedemann, Petra (Hrsg.): Neue Mobilitäts- und Migrationsprozesse und sozialräumliche Segregation. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Osnabrück u.a. 2018. S. 158 - 168

Gahleitner, Silke Birgitta / Zimmermann, Dorothea / Zito, Dima. In Brandmaier, Maximiliane / Bräutigam, Barbara / Gahleitner, Silke Birgitta / Zimmermann, Dorothea (Hrsg.): Psychosoziale und traumapädagogische Arbeit mit geflüchteten Menschen. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG, Göttingen 2017, S. 23 - 26 + S. 50 - 56 + S. 74f + S. 79 - 83

Geiger, Dorothee. Scherr, Albert (Hrsg.). In Handlungsfähigkeit von geduldeten Flüchtlingen. Springer Fachmedien Wiesbaden 2016. Freiburg 2016. S. 23 – 28 + S. 31ff + S. 119ff

Granato, Mona. In Ceylan, Rauf / Ottersbach, Markus / Wiedemann, Petra (Hrsg.): Neue Mobilitäts- und Migrationsprozesse und sozialräumliche Segregation. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Osnabrück u.a. 2018. S. 146 - 151

Henkel, K. / Schneider, F. In Schneider, Frank: Klinikmanuel – Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2. Auflage. Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2008, 2016. Aachen 2016. S. 571f

Hilz, Wolfram. Hilz, Wolfram / Nötzold, Antje (Hrsg.): Die Zukunft Europas in einer Welt im Umbruch. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Bonn u.a. 2018. S. 76 – 85

Hollederer, Alfons. Die Gewährleistung von Krankheitshilfen bei asylsuchenden Menschen: Zweiklassenmedizin in Deutschland?. In Bundesgesundheitsblatt 63. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 10 / 2020. S. 1203f + S. 1217

Informationsverbund Asyl und Migration. Anpassung der AsylbLG-Regelsätze und Streichung von Leistungsausschlüssen zum 1. Januar 2021. 14.12.2020. URL: <https://www.asyl.net/view/detail/News/anpassung-der-asylblg-regelsaetze-und-streichung-von-leistungsausschluessen-zum-1-januar-2021/> [25. April 2021]

Klein, Jan Philipp / Klein, Eva Margaretha: Mein Leitfaden Psychiatrie – Basiskompetenzen für den Klinikalltag. Springer-Verlag GmbH Deutschland. Lübeck u.a. 2021. S. 337f

Klein, P. / Kipke, R: Asylbewerber und ihre Versorgungssituation. In Notfall – Rettungsmedizin 05 / 2016. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 2016. S. 325 – 330

Klus, Sebastian. In Blank, Beate u.a. (Hrsg.) : Soziale Arbeit in der Migrationsgesellschaft: Grundlagen – Konzepte - Handlungsfelder. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Villingen-Schwenningen 2018. S 725ff

Kolhoff, Ludger. In Kolhoff, Ludger u.a.: Sozialmanagement in der Arbeit mit Geflüchteten. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Wolfenbüttel u.a. 2020. S. 8 - 12

Kühnel, Michael. Flüchtlingseinsätze 2016: eine Reise von Idomeni bis Tripolis. In F. Riffer et al. (Hrsg.). Das Fremde: Flucht – Trauma – Resilienz. Springer-Verlag GmbH Deutschland. Eggenburg (Österreich) 2018. S. 96 - 104

Liedl, Alexandra. Psychotherapeutische Versorgung von Geflüchteten Menschen. Vandenhoeck & Ruprecht GmbH & Co. KG. Göttingen 2018. S. 17 – 20 + S. 23f + S. 77 – 80

Lindert, Jutta. Traumatische Ereignisse bei Migranten und ihre Auswirkungen.
In T. Hegemann, & R. Salman, Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Psychiatrie
Verlag GmbH. 2. Auflage. Köln 2016. S. 383 - 389

Maercker, Andreas / Augsberger, Mareike. Die posttraumatische Belastungsstörung.
In Maercker, Andreas (Hrsg.). Traumafolgestörungen. Springer-Verlag GmbH
Deutschland. Zürich (Schweiz) 2019. S. 15 – 20

Mandl & Schwarz-VERLAG. Simonsberg. 2021. URL:
<https://www.vocavision.de> [14.Mai 2021]

Müller, Matthias. In Brandmaier, Maximiliane u.a. (Hrsg.): Migrationsfachdienste –
Sozialarbeiterische und stärkeorientierte Hilfeprozesse gestalten. Vandenhoeck &
Ruprecht GmbH & Co. KG. Göttingen 2020. S. 11ff

Nutsch, Niklas / Bozorgmehr, Kayvan. Der Einfluss postmigratorischer Stressoren auf die
Prävalenz depressiver Symptome bei Geflüchteten in Deutschland. Analyse anhand der
IAB-BAMF-SOEP-Befragung 2016. In Bundesgesundheitsblatt 63.
Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 12 / 2020.
S. 1470 + 1476f

Ottersbach, Markus. In Ceylan, Rauf / Ottersbach, Markus / Wiedemann, Petra (Hrsg.).
Neue Mobilitäts- und Migrationsprozesse und sozialräumliche Segregation. Springer
Fachmedien Wiesbaden GmbH. Osnabrück u.a. 2018. S. 38

Pichl, Maximilian. In Scherr, Albert / El-Mafaalani, Aladin / Yüksel, Gökçen (Hrsg.),
Handbuch Diskriminierung. Diskriminierung von Flüchtlingen und Geduldeten. Springer
Fachmedien Wiesbaden GmbH 2017. Freiburg u.a. 2017. S. 456

Razum, Oliver / Butler, Jeffrey / Spallek, Jacob. In Gesemann, Frank / Roth, Roland
(Hrsg.): Handbuch Lokale Integrationspolitik. Springer Fachmedien Wiesbaden 2018.
Berlin u.a. 2018. S. 568

Rehklau, Christine. In Ghaderi, Cinur / Eppenstein, Thomas (Hrsg.): Flüchtlinge – Multiperspektivische Zugänge. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Bochum 2017. S. 312ff

Reker, Martin / Heinz, Thomas W. / Biakowski, André. In Gillessen, Anton u.a. (Hrsg.): Interkulturelle Kommunikation in der Medizin. Springer-Verlag GmbH Deutschland. Münster u.a. 2020. S. 323

Roller, Claudia. In Mobile Gesellschaft und Soziale Arbeit. VS Verlag für Sozialwissenschaften / Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2012. Köln 2012. S. 102f

Schellong, J. / Epple, F. / Weidner, K. In Zeitschrift: Der Internist 2016 - 57: Artikel-Psychosomatik und Psychotraumatologie bei Geflüchteten und Migranten – Herausforderungen für den Internisten. Springer-Verlag Berlin Heidelberg. 2016. S. 440

Scherr, Albert. In Bröse, Johanna / Faas, Stefan / Stauber, Barbara (Hrsg.): Flucht – Herausforderungen für Soziale Arbeit. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018. Tübingen u.a. 2018. S. 53

Schneck, Ulrike. In Bröse, Johanna / Faas, Stefan / Stauber, Barbara (Hrsg.): Flucht – Herausforderungen für Soziale Arbeit. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH 2018. Tübingen u.a. 2018. S. 180ff + S. 188

Schultz, Caroline / Kolb, Holger. In Gesemann, Frank / Roth, Roland (Hrsg.): Handbuch Lokale Integrationspolitik. Springer Fachmedien Wiesbaden 2018. Berlin u.a. 2018. S. 514ff

Schweitzer, Helmuth. In Gesemann, Frank / Roth, Roland (Hrsg.): Handbuch Lokale Integrationspolitik. Springer Fachmedien Wiesbaden 2018. Berlin u.a. 2018. S. 435 - 438

Sluzki, C. E. Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In T. Hegemann, & R. Salman, Handbuch Transkulturelle Psychiatrie. Psychiatrie Verlag GmbH. 2. Auflage. Köln 2016. S. 109f

Sprung, Manuel. Fluchttrauma. In F. Riffer et al. (Hrsg.). Das Fremde: Flucht – Trauma – Resilienz. Springer-Verlag GmbH Deutschland. Eggenburg (Österreich) 2018, S. 65f

Statistisches Bundesamt. (15. Oktober 2020). Destatis. URL: <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Soziales/Asylbewerberleistungen/Tabellen/4-3-zv-aufenthaltsrechtli-status.html> abgerufen [Stand 23. Januar 2021]

Tabatt-Hirschfeldt, Andrea. In Kolhoff, Ludger u.a.: Sozialmanagement in der Arbeit mit Geflüchteten. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Wolfenbüttel u.a. 2020. S. 95f

UNHCR. (18. Juni 2020). URL: <https://www.unhcr.org/dach/de/ueber-uns/zahlen-im-ueberblick> [Stand 06. Februar 2021]

von Beyme, Klaus. Migrationspolitik - Über Erfolge und Misserfolge. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Heidelberg 2020. S. 143-155

Wenk-Ansohn et. al., Belastungen durch Flucht und anhaltenden Stress in den Aufnahmeländern. In A. Maercker (Hrsg.). Traumafolgestörungen. Springer Verlag GmbH Deutschland. Zürich (Schweiz) 2019. S. 484

Westphal, Manuela / Otyakmaz, Berrin Özlem / Uçan, Yasemin. In Genkova, Petia / Riecken, Andrea (Hrsg.): Handbuch Migration und Erfolg – Psychologische und sozialwissenschaftliche Aspekte. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Osnabrück 2020. S. 266 – 269

Wiedemann, Petra. In Ceylan, Rauf / Ottersbach, Markus / Wiedemann, Petra (Hrsg.): Neue Mobilitäts- und Migrationsprozesse und sozialräumliche Segregation. Springer Fachmedien Wiesbaden GmbH. Osnabrück u.a. 2018. S. 75ff