Psychosoziales Zentrum
für Flüchtlinge
PSZ Düsseldorf

Jahresbericht 2017

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf PSZ
Benrather Str. 7
40213 Düsseldorf

Tel: 0211 – 544 173 22
Fax: 0211 – 544 173 20
info@psz-duesseldorf.de

Inhaltsverzeichnis

Dank an unsere Förderer *3*

1. PSZ-Arbeit 2017- ein Überblick 5

2. PSZ-Intern 8

3. Aktivitäten und Ergebnisse 9

   A. Ziele und Schwerpunkte 9

   B. Ergebnisse in der Klientenarbeit 10

   C. Fortbildungs- und Netzwerkarbeit 14

4. Perspektiven und Schlussfolgerungen 16

5. Gender Mainstreaming und Partizipation 19

6. Einblicke in die PSZ Arbeit: Fachliche Beiträge von PSZ KollegInnen 22

   A. Dem Leben wieder einen Sinn geben: Die Arbeit im PSZ Düsseldorf (Dima Zito, Esther Mujawayo) 22

   B. Traumatherapie mit geflüchteten Menschen im PSZ und Traumatherapie mit Mehrheitsangehörigen in einer Praxis: Möglichkeiten und Grenzen (Maya Enomoto) 28

   C. Fallbeispiele aus der PSZ-Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen (Diana Ramos Dehn) 32

   D. Folterüberlebende im PSZ Düsseldorf – erste Eindrücke aus ärztlicher Sicht (Anja Kruse) 35

   E. Somatoforme Beschwerden bei Geflüchteten – erste Eindrücke aus ärztlicher Sicht (Angela Eisler) 38

   F. Düsseldorfer Erklärung (Eva van Keuk, Veronika Wolf) 40

   G. in2balance – Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung (Veronika Wolf, Mohamad Alaa Aldin Hilal, Olande Byamungu) 43

   H. DÜSSEL-NETZ für schutzbedürftige Flüchtlinge (Barbara Eßer) 49

Anhang 1: KlientInnenstatistik 2017 60

Anhang 2: Fortbildung und Vernetzung – Statistik 67

Impressum *77*

Dank an unsere Förderer

Wir danken für die finanzielle Unterstützung unserer Arbeit und für Ihren Einsatz, damit die Arbeit im PSZ Düsseldorf für Geflüchtete weitergehen kann!

Speziellen Dank an:

- viele großzügige Spenderinnen und Spender und die Mitglieder des Trägervereins
- zahlreiche Kirchenkreise und Kirchengemeinden, vor allen Dingen an das Servitinnenkloster, für Kollekten und Spenden
- für besonders großzügige und langfristige Spenden, u.a. einen Professor, der nicht genannt werden möchte und Wolfgang Heinemann, die Theatergruppe der Psychologen der Heinrich-Heine-Universität, Train GmbH, Schoß & Kohlhaas GmbH und weitere Spender
- Innenministerium NRW für die Förderung von fünf Personalstellen
- Gesundheitsamt der Stadt Düsseldorf - Förderung von Therapiestellen und Projektkofinanzierung sowie das LVR „Akuttherapie Flüchtlinge“ zur Förderung von Psychotherapie neu angekommener Geflüchteter
- Evangelische Kirche im Rheinland für einen Zuschuss zur PSZ-Arbeit und die landeskirchliche Kollekte, die es uns erlaubt, Projekte zu beantragen, in denen Eigenmittel benötigt werden
- Kirchenkreisverband Düsseldorf für die Förderung von Projekten, in denen Eigenmittel benötigt werden
- Stadtsparkasse Düsseldorf für einen Zuschuss aus Mitteln des P&S-Sparens für Ausstattung
- KD-Bank Duisburg für einen Zuschuss
- die Jugendämter im Umkreis des PSZ, die das PSZ für die ambulanten Hilfen zur Erziehung beauftragen

Unser besonderer Dank gilt 2017 u.a. folgenden Kooperationspartnern, die uns inhaltlich in unserer Arbeit enorm unterstützt haben und damit entscheidend dazu beigetragen haben, strukturelle und/oder qualitative Verbesserungen für traumatisierte Geflüchtete herbeizuführen:

- Institut für Rechtsmedizin des UKD Düsseldorf, Prof. Dr. med. Stefanie Ritz-Timme und ihr Team für die gemeinsame Veranstaltung 2017 „Folteropfer sehen“ und für die stetige Kooperation, die es ermöglicht, rechtsmedizinische Gutachten im Asylverfahren einzubringen
- Die TeilnehmerInnen der Monitoring Gruppe des Modellprojektes „in2balance“, die mit großem zeitlichen Aufwand und persönlichem Engagement dafür gesorgt haben, dass unser Modellprojekt erfolgreich durchgeführt werden konnte, wodurch mehr als 1000 Geflüchtete zusätzlich unterstützt werden konnten: Jörg Holke und Isil Ceylan (Gesundheitsministerium NRW), Miriam Koch und Birthe Früh (Stadt Düsseldorf), Dr. Martina Levartz (Geschäftsführerin des IQN), Eva Kanth (Psychotherapeutenkammer NRW), Dr. med. (YU) M. san. Ljiljana Joksimovic (Oberärztin der Transkulturellen Ambulanz des LVR Klinikums Düsseldorf) , Priv.-Doz. Dr. med. Wolfgang Wöller

(Ärztlicher Direktor und Leitender Abteilungsarzt der Rhein-Klinik Bad Honnef), Dr. med. Andrea Möllering (Chefärztin der Klinik für Psychotherapeutische und Psychosomatische Medizin im Evangelischen Klinikum Bethel in Bielefeld)

- Besonders erwähnen möchten wir die Zusammenarbeit mit Dr. Martina Levartz und Dr. Dagmar David vom Institut für Qualität im Gesundheitswesen, Nordrhein (IQN) der Ärztekammer Nordrhein (ÄKNO) und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein (KVNO). In enger Kooperation mit ihnen konnte ein Curriculum zur Fortbildung der LaienhelferInnen erfolgreich entwickelt und in den Räumen der Ärztekammer umgesetzt werden.
- Dietrich Eckeberg, Referent, Geschäftsführer des Fachverbandes Migration und Flucht des Diakonisches Werkes, für seine unermüdliche und ideenreiche Lobby – und Netzwerkarbeit, die für die Arbeit der Psychosozialen Zentren in NRW unersetzlich ist und dem wir viel gute Lobbyarbeit verdanken
- Unseren SupervisorInnen 2017: Anke Nottelmann, Beate Nitzschke, Peter Müssen, sowie Dr. Ljijlana Joksimovic (unsere Kooperationspartnerin und zuständig für ärztliche Supervision/Fachberatung), die uns kontinuierlich fachlich und empathisch begleitet haben und damit ermöglicht haben, die Qualität zu wahren – und gesund zu bleiben
- Gesundheitsamt Düsseldorf/ Ambulanz für Gewaltopfer und Trauma-Ambulanz, Herr Ulrich Pasch und seinem Team. Über die Kooperation wurde uns u.a. ermöglicht, mittels des LVR Programms „Akuttherapie für Flüchtlinge“ kurzfristige therapeutische Angebote für neu eingereiste Geflüchtete anzubieten (bis August 2017).
- Akademie für Verhaltenstherapie Köln, die über die Kooperation und die Lehrpraxis im PSZ Düsseldorf ermöglicht, dass angehende PsychotherapeutInnen von Anfang an lernen können, mit geflüchteten PatientInnen und mit Dolmetschereinsatz zu arbeiten – und damit kostenneutral neue therapeutische Kapazitäten entstehen.
- Servitinnenkloster für die Bereitstellung von Räumlichkeiten zur Psychotherapie von Geflüchteten
- Luise Reddemann für ihre Vortragsveranstaltung und ihre öffentlichkeitswirksame Förderung unserer Arbeit für Geflüchtete

Aufstellung der Geldgeber und Projekte 2017

Geldgeber	Projekt	Laufzeit
BürgerStiftung Düsseldorf	„D’dorfkind – Trauma- und kultursensible Behandlung von Flüchtlingskindern in Düsseldorf“	1.1.2017 - 31.12.2017
Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend	„Standardprogramm“ und „AKUT-Programm“	1.1.2017 - 31.12.2017
Deutsche Fernsehlotterie	„Therapiebegleitende Sozialarbeit für traumatisierte Flüchtlinge“	15.5.2016 - 14.5.2019
Ev. Kirche im Rheinland	„Zivilgesellschaftliches Engagement für vulnerable Flüchtlinge“	1.1.2017 - 31.12.2017
Stadt Düsseldorf, Gesundheitsamt	„Düssel-Netz für schutzbedürftige Flüchtlinge“	1.8.2016 - 31.12.2018

Gesundheitsministerium MGEPA	„Modellprojekt zur Unterstützung von traumabelasteten Flüchtlingen durch geschulte LaienhelferInnen“ – in2balace	31.8.2016 - 30.11.2017
Gesundheitsministerium MGEPA bzw. MAGS	„Psychisch belastete AsylbewerberInnen erkennen, beraten und vermitteln“. *Kooperationspartner: PSZ Hagen, PSZ Bielefeld (AK Asyl e.V. und Ev. Klinikum Bethel)*	1.9.2017 - 31.8.2018
United Nations high Commissioner for Human Rights – UN Voluntary Funds for Victims of Torture (UN-VFVT)	“Therapy and Human Rights for Survivors of Torture”	1.1.2017 - 31.12.2017
Susanne Henle Stiftung	Aufbau “Essener Traumahilfe für traumatisierte Flüchtlingskinder im Ruhrgebiet”	1.6.2017
UNO-Flüchtlingshilfe e. V.	“Kooperation und Koordination für eine bessere Versorgung traumatisierter Flüchtlinge”	1.1.2017 - 31.12.2017
EU über AMIF-Fonds	„Erkennen + Handeln = Schutz und Gesundheit für schutzbedürftige Flüchtlinge in Rheinland und Westfalen“ – Erkhan, *Kooperationspartner: Diakonie Düsseldorf, LVR Klinikum Düsseldorf/Kliniken der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, PSZ Bielefeld (AK Asyl e.V. und Ev. Klinikum Bethel) , Refugio Münster*	15.6.2015 - 14.6.2018
EU über AMIF-Fonds	„Ist Gesundheit teilbar? Kapazität, Struktur und Qualität: Meilensteine eines ganzheitlichen Konzeptes“ – KaSQu. *Antragsteller ist die BAFF (Bundesweite AG der PSZs), PSZ Düsseldorf ist Kooperationspartner, gemeinsam mit einer Vielzahl weiterer PSZs.*	1.6.2015 - 31.5.2018
Land NRW über Diakonisches Werk Rheinland-Westfalen-Lippe e. V.	„Werte im Wandel“	15.11.2017 - 28.2.2018

1. PSZ-Arbeit 2017- ein Überblick

2017 war gesellschaftspolitisch stark von dem Bundeswahlkampf (Wahl Sept. 2017) geprägt, der mittels zunehmend radikaler Aussagen über Geflüchtete ausgetragen wurde. Im Zuge der politischen Veränderungen wurde der Fokus auf die zügige Durchführung von Abschiebungen gelegt, was zu sehr hohen Belastungen von traumatisierten und gefolterten Geflüchteten 2017 führte. Bereits seit dem Asylpaket I (2015) dürfen Behörden nicht mehr im Vorfeld einer Abschiebung informieren. Die Zeugenschaft von vermehrten Abschiebungen in Unterkünften und die ständige Angst und Unsicherheit über die eigene Abschiebungsgefahr ist für psychisch schwer belastete Geflüchtete mit Gewalt – und Foltererfahrungen nicht zu handeln. In diesem Zusammenhang erlebten wir 2017 zunehmende, zeitintensive Kriseninterventionen und Klinikeinweisungen für schwer belastete Geflüchtete.

Unser Arbeitsalltag und die Lebensrealitäten unserer geflüchteten KlientInnen unterschieden sich 2017 erheblich von den drei Jahren zuvor, in denen wir eine insgesamt wohlwollende gesellschaftliche Atmosphäre und eine zunehmend offene behördliche Vorgangsweise erlebt hatten. Im Alltag des PSZ Düsseldorf spürten wir einen gesellschaftlichen Stimmungsumschwung beispielsweise in einer Zunahme rassistischer Beleidigungen gegenüber unseren geflüchteten KlientInnen, weniger Spenden, kleineren Sachbeschädigungen an PSZ-Schildern und insgesamt in einem Rückgang des ehrenamtlichen Engagements. Gleichzeitig aber ist die Anzahl der ankommenden Geflüchteten aufgrund der restriktiven Maßnahmen an den Grenzen stark gesunken (2017:198.317 Erstanträge beim Bundesamt für Migration und Flucht). Allerdings zu dem Preis, dass zehntausende Flüchtlinge unter unzureichenden Lebensbedingungen in der Türkei, in den EU-Eintrittsstaaten und den Balkanländern vor verschlossenen Grenzen verharren – eine Tatsache, die auch Auswirkungen auf die hier Angekommenen hat, die sich Sorgen um Angehörige und Landsleute machen. Auch bei Geflüchteten mit vorrübergehend sicherem Aufenthaltstitel wie den subsidiären Schutz bei syrischen Flüchtlingen mehrten sich Krisen durch die lange Trennung von Familienangehörigen. Die Aussetzung der Familienzusammenführung und die hohe Gefährdung der Familien in Syrien und in Flüchtlingslagern auf der Fluchtroute führten zu psychischen Zusammenbrüchen bei Familienvätern, die sich alleine in Deutschland aufhalten.

Zeitgleich führten Veränderungen im Gesundheitswesen zu einer erheblichen Verschlechterung der Versorgung von Geflüchteten in der Regelversorgung: Gute Modellprojekte und flüchtlingsspezifische Stellen außerhalb des PSZ Düsseldorf wurden 2017 teilweise wieder eingestellt, die sinkenden Flüchtlingszahlen dienten hierzu als Begründung. Psychiatriereform und Fachärztemangel führten zu einem verschärften Kosten- und Leistungsdruck in der Psychiatrie, wodurch geflüchtete PatientInnen, die aufgrund ihre Sprachbarrieren und rechtlichen Einschränkungen als besonders zeitaufwendig und schwer händelbar gelten, in der Regelversorgung als PatientInnen eher auf Abgrenzung stoßen. Wir erlebten dies deutlich im Sinne einer zunehmenden Drehtür-Psychiatrie: Schwerst-belastete psychisch kranke Geflüchtete wurden eingewiesen und nach kurzer Zeit ohne ambulante psychiatrische Versorgung und ohne Medikation wieder entlassen. Selbst PatientInnen mit englischen Sprachkenntnissen wurden aufgrund der „Sprachbarriere“ abgewiesen und auf das PSZ verwiesen, wobei wir natürlich keine akute psychiatrische Hilfe anbieten können. Dies beobachteten wir auch bei Institutionen, die geflüchteten PatientInnen gegenüber durchaus aufgeschlossen sind, aber keine Möglichkeiten mehr sehen und überfordert reagieren.

Hinzu kam die Reform der Psychotherapie-Richtlinie, die seit April 2017 dazu führte, dass ambulante Psychotherapien nicht mehr wie bisher über die so genannte “Kostenerstattung” mit Krankenkassen abgerechnet werden können, bzw. nur noch in speziellen Einzelfällen. Hierdurch fielen viele ambulante Behandlungsplätze weg, was für alle PsychotherapiepatientInnen in Deutschland gleichermaßen gilt. Unser gut funktionierendes, seit drei Jahren aufgebautes Therapienetz mit ambulanten PsychotherapeutInnen kam hierdurch quasi zum Erliegen, da die große Mehrheit hier bisher erfolgreich über Kostenerstattung abrechnen konnte. Nur wenige haben eine Ermächtigung zur kassenfinanzierten Psychotherapie mit Asylsuchenden bisher beantragt, weshalb wir zu diesem Thema eine ermutigende Informationsveranstaltung mit einer Referentin der kassenärztlichen Vereinigung durchführten – aber es gab 2017 keine schnelle Lösung für die wegfallenden ambulanten Behandlungskapazitäten außerhalb des PSZ Düsseldorf.

Die Schwierigkeit, krankheitsbedingte Faktoren in Asyl- und Aufenthaltsfragen zur Geltung zu bringen, war durch die Gesetzesänderung Anfang 2016 (Asylpaket II) bereits verschärft worden: Es werden nur noch ärztliche Stellungnahmen zur Frage gesundheitsbedingter Abschiebehindernisse nach Abschluss des Asylverfahrens anerkannt. Im Gesetzeskommentar wird postuliert, dass PTSD in der Regel keine schwerwiegende Erkrankung sei, die eine Abschiebung ausschließen kann. Hinzu kam in 2017, dass das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge plötzlich bereits zu Beginn des Asylverfahrens für Entscheidungen zum krankheitsbedingten Abschiebeverbot nur noch fachärztliche Atteste akzeptierte. Sowohl die Stellungnahmen von approbierten PsychotherapeutInnen als auch von (approbierten) ÄrztInnen ohne fachärztliche Qualifikation wurden als unzureichend bewertet. Damit verringerte sich der Wirkungsgrad der psychologischen Stellungnahmen 2017 deutlich. Dies geht zu Lasten der traumatisierten Geflüchteten, denen es krankheitsbedingt schwer fällt, den Anforderungen im Asylverfahren an Detailreichtum und logischer Konsistenz zu genügen.

Insgesamt führten diese veränderten Rahmenbedingungen 2017, insbesondere die asyl- und ausländerrechtlichen Ablehnungen und die Angst vor Abschiebungen zu vermehrten Krisen unter den KlientInnen des PSZ Düsseldorf.
Der hohe Leidensdruck ihrer KlientInnen und erlebte strukturelle Ungerechtigkeit führten auch zu einer erhöhten Belastung der MitarbeiterInnen.

Zur gleichen Zeit aber haben sich positive Entwicklungen aus den vorangegangenen Jahren verstetigt:

- Erstmals konnten wir ärztliche Kolleginnen im PSZ Düsseldorf einstellen, die mit ihren medizinischen Kompetenzen unser Team bereichern und eine umfassende, ganzheitliche Sicht auf Geflüchtete ermöglichen. Sie sind zudem dafür da, schutzbedürftige traumatisierte und psychisch kranke Geflüchtete ärztlich einzuschätzen und damit den Regeln des Asylpakets II zu genügen.
- Besonders in NRW, aber auch auf Bundesebene bestand in 2017 weiterhin die Bereitschaft, die Strukturen der Flüchtlingsarbeit finanziell stärker zu fördern. Allerdings sind auch damit bedarfsdeckende Angebote bei weitem nicht erreicht. Flüchtlinge aus Ländern, denen eine gute Bleibeperspektive zugeschrieben wird, haben schnelleren Zugang zu Integrationsangeboten. Auch für andere Flüchtlinge wurde eine Bleibeperspektive eröffnet, wenn sie einen Platz in einer regulären Berufsausbildung finden. Allerdings fällt es gerade Traumatisierten wegen ihrer starken psychischen und ggf. körperlichen Beschwerden oft besonders schwer, solche Angebote wahrzunehmen und dadurch weitergehende Perspektiven zu entwickeln. Zudem müssen zum Teil Ausländerbehörden sehr bestimmt auf die Möglichkeiten der Aufenthaltsverfestigung hingewiesen werden, oder es müssen zeitintensive Anträge bei Kommissionen gestellt werden, bevor von gesetzlichen Bleibemöglichkeiten im Wege des Ermessens Gebrauch gemacht wird.
- Die Schutzquote, d.h. der Anteil der positiv entschiedenen Asylanträge, ist laut BAMF-Asylstatistik für 2017 mit insgesamt 43 % weiterhin hoch. Dies ist aber auf Asylanträge von Flüchtlingen aus Syrien, Irak, Iran, Eritrea, Somalia und Afghanistan zurückzuführen. In anderen Fällen, insbesondere bei Geflüchteten aus so genannten sicheren Herkunftsländern wie dem Balkan, ist es inzwischen fast unmöglich geworden, überhaupt einen Rechtsanwalt für die Durchführung des Klageverfahrens zu gewinnen. Aufgrund der faktischen rechtlichen Aussichtslosigkeit lehnen die meisten

Anwälte KlientInnen aus den Balkanregionen ab. Letztere sind zudem oft von integrativen Angeboten wie z.B. Sprachkursen ausgeschlossen.

- Zwei Modellprojekte konnten umgesetzt werden und ermöglichten uns einen niedrigschwelligen Zugang zu belasteten Geflüchteten in den Unterkünften: „In2balance – Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung“ und das Screeningprojekt „Psychisch belastete AsylbewerberInnen erkennen, beraten, vermitteln“. Beide wurden vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert. Im Rahmen des ersten Projektes, das 2017 abgeschlossen wurde, sind 18 fortgebildete LaienhelferInnen in den Unterkünften auf Flüchtlinge zugegangen und haben in flüchtlingsrelevanter Sprache niedrigschwellige Stabilisierung und bei Bedarf Weitervermittlung in die Regelversorgung angeboten. In dem Screeningprojekt, das im September 2017 begonnen hat, screenen drei SozialarbeiterInnen (je eine halbe Stelle) in drei unterschiedlichen Städten in der kommunalen Flüchtlingsunterkunft Geflüchtete nach Vulnerabilität und psychischer Belastung, unterstützt von PsychologInnen. Wir halten die niedrigschwelligen Angebote für einen sehr sinnvollen Ansatz, mehr Geflüchtete zu erreichen und auch präventiv wirksam zu sein, um frühzeitig eine schwere Chronifizierung zu verhindern.
- In Kooperation mit der Akademie für Verhaltenstherapie in Köln können wir im Rahmen einer Lehrpraxis angehende PsychotherapeutInnen anleiten, geflüchtete PatientInnen ebenso ambulant zu versorgen wie alle anderen Patientengruppen. Zeitgleich schafft dies kostenneutrale Therapieplätze, die nicht abhängig sind von Projektfinanzierungen. Damit bauen wir dringend benötigte therapeutische Kapazitäten aus.
- Der Bedarf und die Nachfrage nach Fortbildung und Supervision waren 2017 weiterhin sehr groß. Die Institutionen der Regelversorgung im Gesundheitsbereich und in Erziehung/Bildung setzen sich ernsthaft mit der Zielgruppe Geflüchtete auseinander.

Die EU-Richtlinie zur Aufnahme vulnerabler Flüchtlinge wurde zwar weiterhin nicht umgesetzt, allerdings ist die Bereitschaft, sich mit diesem Thema zu befassen, bei politischen Entscheidungsträgern gestiegen. Vereinzelt gibt es Ansätze der Identifizierung von Vulnerabilität und die Bereitschaft, diese bei weiteren Maßnahmen zu berücksichtigen. Gleichzeitig jedoch verbleiben Geflüchtete vermehrt in Landesaufnahmeeinrichtungen, wo sie einen sehr eingeschränkten Zugang zu medizinischer Versorgung, Schulbesuch und anderen wichtigen Integrationsmöglichkeiten haben. Sie werden erst nach vielen Monaten kommunal verteilt. Eine schnellere Zuweisung setzt in der Regel eine positive Aufenthaltsperspektive voraus. Dieses Prinzip will die neue Bundesregierung 2018 explizit ausweiten, was die Erreichbarkeit von traumatisierten Geflüchteten und Folteropfern und ihren Zugang zu spezifischen Angeboten weiter erschweren wird – mit diesem Thema werden wir uns im kommenden Jahr intensiv auseinandersetzen müssen.

2. PSZ-Intern

Natürlich war das Jahr 2017 für uns im Team des PSZ Düsseldorf stark geprägt von unserem 30-jährigen Jubiläum und dem Leitungswechsel. Letzterer bestand im Abschied unserer langjährigen Leiterin und Gründerin Annette Windgasse und in der Einführung des neuen Leitungstrios Monika König (Verwaltung), Barbara Eßer (Sozial- und Verfahrensberatung)

und Eva van Keuk (Psychotherapie und klinische Arbeit). Die langfristige Übergabe und Vorbereitung durch Annette Windgasse, die große Unterstützung durch den Vorstand und die aktive, kompetente Gestaltung durch das Team haben dazu beigetragen, dass der Leitungswechsel gut über die Bühne gehen konnte. Einige der aktuellen Veränderungen sind auch nicht auf den Wechsel der Leitung, sondern auf veränderte Rahmenbedingungen für Geflüchtete und ein wachsendes Team und daher veränderte Bedarfe zurückzuführen. Weiterhin bleibt Annette Windgasse natürlich im engen Kontakt und Austausch mit dem PSZ und bietet sowohl Expertise als auch Ratschläge.

Die positiven Impulse der Politik und der zivilgesellschaftlichen Organisationen haben sich auch 2017 positiv auf das PSZ Düsseldorf ausgewirkt - das PSZ ist gewachsen von 15 auf 17 Vollzeitstellen, von 19 auf 27 MitarbeiterInnen. Neu im hauptamtlichen Team sind seit 2017:

- als approbierte Ärztinnen: Anja Kruse und Angela Eisler
- im psychologischen Team: Carina Heyde, Asita Shirali Dikloo, De Yong Jung
- im Sozialteam: Sara Schajan
- im Verwaltungsteam: Roland Moser

Das PSZ Team bestand 2017 aus….

- 14 MitarbeiterInnen im klinisch - psychotherapeutischen Team (8,1Vollzeitstellen)
- 6 MitarbeiterInnen im Sozialteam (5,0 Vollzeitstellen)
- 7 MitarbeiterInnen im Verwaltungs- und Organisationsteam (3,9 Vollzeitstellen inkl. Reinigungskraft)

Hinzu kamen 3 TherapeutInnen auf Honorarbasis, zwei angehende Psychologische PsychotherapeutInnen in Ausbildung in der Lehrpraxis, eine ehrenamtlich im PSZ tätige ärztliche Psychotherapeutin in Ausbildung, eine ehrenamtliche Logopädin und drei ehrenamtlich tätige FachärztInnen, ca. 65 Honorarkräfte – vor allem für Sprachmittlung, aber auch für Gruppen- bzw. Kursarbeit. Ca. 15 weitere Ehrenamtliche und insgesamt 29 PraktikantInnen unterstützten die Arbeit."

3. Aktivitäten und Ergebnisse

A. Ziele und Schwerpunkte

Unverändert blieb auch 2017 die *Schwerpunktsetzung* in den Arbeitsbereichen:

- An erster und wichtigster Stelle steht die unmittelbare *KlientInnenarbeit*: Beratung, Krisenintervention, Diagnostik, ärztliche ganzheitliche Untersuchung und Einschätzung, Psychotherapie, Sozialarbeit, therapiebegleitende Angebote, Stellungnahmen und Begutachtung zur Vorlage im Asylverfahren, Weitervermittlung und niedrigschwellige Angebote für belastete Geflüchtete.

Ziele: Verbesserung der gesundheitlichen, psychischen, sozialen und rechtlichen Situation und des Funktionsniveaus von geflüchteten KlientInnen im Alltag, Symptomreduzierung, Suizidprophylaxe, Stärkung der persönlichen und familiären Bewältigungsstrategien, Prävention.

- An zweiter Stelle steht die *Fortbildungs – und Netzwerkarbeit*: alle Angebote, mit denen durch Qualifizierung, Information und Kooperation die Versorgung von Flüchtlingen in Einrichtungen der Regelversorgung, Bildung und durch ehrenamtliches Engagement verbessert werden soll.

Ziele: Erhöhung der Bereitschaft und der Qualifikation zum trauma- und kultursensiblen Handeln in Einrichtungen der Regelversorgung (ärztliche und psychotherapeutische Praxen, Kliniken, Beratungsstellen, Schulen, Kindergärten, Ehrenamt, Sozialarbeit, Behörden) sowie in der Flüchtlingssozialarbeit im Umgang mit traumatisierten und psychisch belasteten Flüchtlingen. Sprach- und KulturmittlerInnen sollen vermehrt eingesetzt werden und im Sinne der KlientInnen soll eine interdisziplinäre Kooperation stattfinden.

- An dritter Stelle steht die *Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit* für die Belange von Flüchtlingen in rechtlicher, sozialer und politischer Hinsicht.

Ziele: Verbesserung der strukturellen Rahmenbedingungen für traumatisierte, psychisch belastete und besonders schutzbedürftige Flüchtlinge. Hier sind weiterhin insbesondere die Frage der Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie, der EU-Verfahrensrichtlinie, der UN-Kinderrechtskonvention von besonderer Bedeutung wie auch die fachlichen Stellungnahmen zu den Verschärfungen des Asylrechts, vor allem im Asylpaket II.

B. Ergebnisse in der KlientInnenarbeit

An dieser Stelle beschreiben wir zusammenfassend Ergebnisse und Trends - Einzelheiten sind aus den Tabellen der Statistik zu entnehmen.

2017 wurden im PSZ 1106 KlientInnen aus 53 verschiedenen Herkunftsländern versorgt (634 Index- KlientInnen und ihre 472 nächsten Familienangehörigen, die direkt mitversorgt wurden und so ebenfalls Behandlung und Beratung erfuhren). Hinzu kamen 2017 im Rahmen von zwei niedrigschwelligen, neuen Angeboten in den Unterkünften (Projekt in2balance und ein Screeningprojekt des Gesundheitsministeriums NRW) mindestens weitere 1000 Geflüchtete, die vor Ort von sprachkundigen LaienhelferInnen bzw. von einer Farsi-sprachigen Sozialarbeiterin angesprochen und niedrigschwellig psychosozial unterstützt bzw. in Behandlung vermittelt wurden. *(Anmerkung: Durch die niedrigschwellige Ausrichtung können nicht alle Betreuten namentlich erfasst werden. Es kann auch nicht ausgeschlossen werden, dass ein Geflüchteter bei verschiedenen LaienhelferInnen Hilfe suchte, ohne dass dies bekannt wurde. Aus den Kontaktzahlen der LaienhelferInnen mit Geflüchteten aber kann eine Schätzung abgeleitet werden, die wir sehr konservativ bei mindestens 1000 Geflüchteten in unseren niedrigschwelligen Angeboten vor Ort ansetzen).* Diese KlientInnen, die niedrigschwellig versorgt wurden, werden im weiteren nicht dargestellt – aber die Weitervermittlung und die Betreuung der aktiven LaienhelferInnen, welche die Geflüchteten direkt vor Ort beraten haben, waren sehr zeitintensiv und gleichzeitig laut der externen Evaluation, die mit den Geflüchteten und mit dem Personal in den Unterkünften sprach, enorm effizient und hilfreich.

Unter den 634 IndexklientInnen waren 58,5% männlich, 41,5% weiblich; sie kommen aus 53 verschiedenen Herkunftsländern und wurden in 31 verschiedenen Sprachen betreut.

Das PSZ führte 2017 insgesamt 7.855 Termine durch (Beratung - Therapie - Erziehungshilfe), erstellte 148 ausführliche Stellungnahmen/Gutachten und führte 55 Gruppentermine durch (Sprach – und Orientierungskurs für traumatisierte Frauen, Selbsthilfegruppe für ehe-

malige Klientinnen des PSZ, Therapiegruppen für junge Männer aus Eritrea). 2424 Termine fanden als Einzeltherapie bei TherapeutInnen des PSZ statt.

Zwar wurden mit 334 neu aufgenommen Fällen weniger als 2016 (440) neu aufgenommen, jedoch hatten wir es verstärkt mit zeitintensiven Kriseninterventionen und schwere Rückfällen von bereits stabilisierten KlientInnen zu tun, hervorgerufen durch belastende Nachrichten aus ihren Heimatregionen oder den zunehmend bedrohlichen Abschiebedruck in Deutschland. Hinzu kamen neue Aufgaben unserer psychotherapeutischen, psychologischen und sozialen Fachkräfte, die in die zeitintensive Begleitung im Rahmen der niedrigschwelligen Angebote eingebunden waren (vgl. Bericht S.43): LaienhelferInnen sprachen in Unterkünften Geflüchtete direkt an. Diese LaienhelferInnen wiederum erfuhren Unterstützung durch PSZ-Fachkräfte in der Wahrung ihrer Rolle, in der Bewältigung von Krisen, in der Organisation der Einsätze vor Ort; zudem waren fachliche Unterstützung in Kriseninterventionen, Diagnostik, Weitervermittlung von belasteten Geflüchteten notwendig. Da wir niedrigschwellig mindestens weitere 1000 KlientInnen 2017 unterstützen, stabilisieren und weiter verweisen konnten, hat sich an diesem Punkt die fachliche Unterstützung von Geflüchteten nicht verringert, sehr wohl aber verlagert. Hinzu kamen die schlechteren Möglichkeiten, die Geflüchteten mit Therapiebedarf weiter zu vermitteln, so dass wir wieder mehr therapeutische Kapazitäten intern aufbauen mussten (ab der 2. Jahreshälfte), was sich auf die geringere Anzahl an kurzfristigen Clearingterminen auswirkte.

Von den 634 Index KlientInnen waren 143 minderjährig und 75 unbegleitete Minderjährige, 503 hatten einen unsicheren Aufenthalt. Zu den Gewalterfahrungen der KlientInnen zählten 2017 u.a. (Mehrfachnennungen):

- 224 Folteropfer, (83 Geflüchtete mit körperlichen Foltererfahrungen, 74 mit psychischen Foltererfahrungen, 67 mit sexualisierten Gewalt – und Foltererfahrungen)
- 138 Kriegstraumatisierte
- 131 Traumatisierte durch sonstige schwere Gewalt
- 108 haben nahe Angehörige durch Flucht oder Gewalt verloren
- 96 durch Zeugenschaft traumatisierte Geflüchtete
- 81 sind Vergewaltigungsopfer
- 47 mit Traumatisierungen infolge von Inhaftierungen
- 24 mit traumatischen Entführungserfahrungen
- 16 sind Opfer von Genitalbeschneidung/-verstümmelung
- 11 mit traumatischen Kampfeinsätzen beispielsweise als Kindersoldaten
- 9 sind Opfer von Menschenhandel

Zu der Gruppe der LBGT(Abkürzung für Lesbian, Gay, Bisexual und Transgender) zählten 12 KlientInnen; diese sind durch die mögliche Bedrohung in der eigenen Community und in der Flüchtlingsunterkunft auch aktuell hoch belastet. Weitere Merkmale sind der Statistik zu entnehmen.

Eine Mehrheit der KlientInnen zeigte die Symptome einer PTBS, gefolgt von depressiven Symptomen. In 26 Fällen hatte bereits ein Suizidversuch stattgefunden, 160 gaben Suizidgedanken an. In 49 Fällen waren paranoide Symptome vorliegend und in 43 Fällen wurde selbstverletzendes Verhalten dokumentiert.

In 211 Fällen konnte eine Verbesserung der psychischen Verfassung erreicht werden, in 104 Fällen gelang eine Verbesserung der Bildungssituation, in 74 Fälle erreichten eine aufenthaltsrechtliche Verbesserung und in 71 Fällen konnte die Wohnsituation optimiert werden (Mehrfachnennungen möglich).

Psychosoziales Clearing 2017:
Trotz begrenzter Kapazitäten werden pro Woche 1-5 Termine angeboten und Kurzinterventionen durchgeführt, wie z.B. eine kurze Stellungnahme erstellt, Stabilisierungssitzungen mit Psychoedukation durchgeführt und in ärztliche Behandlung vermittelt. Die Clearingtermine mindern jedoch die Kapazitäten für längerfristige Therapieplätze. Durch die neuen niedrigschwelligen PSZ-Angebote kamen noch mehr Geflüchtete (2017: mind. 1000 weitere Geflüchtete) mit dem PSZ in Kontakt und deren Hilfebedarf wurde erfasst. Doch aufgrund des Zusammenbruchs des Therapienetzes (ausgelöst durch die Psychotherapiereform 2017), konnten in der 2. Jahreshälfte nur noch wenige der therapiebedürftigen KlientInnen an externe ambulante Therapieplätze vermittelt werden. 2017 musste das PSZ Düsseldorf daher gegensteuern und aus Mangel an ambulanten Alternativen wieder vermehrt im eigenen Haus Psychotherapie und längerfristige Stabilisierung anbieten. Dies ist ein Hauptgrund für die im Vergleich zu 2016 gesunkenen KlientInnenzahlen. Hier ist die Erweiterung um ärztlich-medizinische Expertise im Fachteam sowie die Lehrpraxis der AVT, die in 2018 zunehmend Therapieplätze ermöglichen wird, hilfreich.

Aufnahme- und Weiterverweisberatung 2017:
Telefonberatung und KlientInnenaufnahme für Clearings donnerstags 11 bis 15 Uhr
(In Klammern die Zahlen 2016):

- in der wöchentlich stattfindenden Telefonberatung wurden bei 51 Terminen insgesamt 517 (598) Anrufe für 523 (559) Fälle (einzelne Flüchtlinge oder Familien) sowie 90 (118) Fachberatungen dokumentiert.
- Von den 517 Fällen in der TB wurde für 148 Fälle ein Anmeldebogen versandt, in 223 Fällen wurden in der Telefonberatung Hinweise auf andere Stellen gegeben.
- Walk In: 158 (57) mal kamen Flüchtlinge ohne vorherige Anmeldung ins PSZ und fragten nach Beratung / Therapie.
- Mail/Fax/Post: durchschnittlich gibt es auf diesem Wege zusätzlich ca. 5 wöchentliche Anfragen zur Klientenaufnahme und ca. gleich viele zur Fachberatung.

Es kommen auch außerhalb der Telefonberatungszeit zahlreiche Anrufe bei MitarbeiterInnen des PSZ mit den Anliegen der Klientenaufnahme oder zwecks Fachberatung an. Hier ist der Anteil an Anliegen zur Fachberatung zu Einzelfällen oder Fachfragen größer als die Nachfrage nach Therapieplätzen, da vielen bekannt ist, bzw. sie darauf verwiesen werden, dass die KlientInnenaufnahme im Rahmen der Telefonberatung erfolgen sollte. Eine genaue Dokumentation dieser oft auch zeitaufwendigen Telefonate ist nicht leistbar. Geschätzt sind es durchschnittlich etwa 20 telefonische Anfragen in der Woche, im Jahr geschätzt 250 personenbezogene Anfragen, oft mit dem Ziel einer Aufnahme im PSZ, nicht selten in Krisenfällen, und etwa 650 fachliche Fragen, oft zu therapeutischen, gesundheitlichen Themen.
Insgesamt sollten demnach etwa 1.100 Fälle (Einzelpersonen und Familien) angemeldet werden und Fachberatung wurde ca. 900 mal nachgefragt.
Rund 30% aller Anfragen konnten aufgenommen werden.

	Kontakte	Fälle	Fachberatung
Telefonberatung	607	517	90
Walk Ins	158	173	20
Mail / Fax / Post (hochgerechnet)	278	158	120
Anfragen außerhalb der Telefonberatung (geschätzt)	900	250	650
	1.943	**1.098**	**880**

Bei den Anfragen zur Aufnahme als KlientInnen zu Clearing/ Therapie/Stellungnahme waren Geflüchtete aus Syrien (21%) und Afghanistan (21%) mit Abstand die beiden größten Gruppen, gefolgt von Guinea (7%), Irak (7%), Nigeria (6%), Iran (5%), Russische Föderation (4%), Kosovo (3%), Somalia (3%), Sri Lanka (3%). Insgesamt kamen Anfragen für Asylsuchende aus 47 Herkunftsländern. Bei den Anfragen lag der Anteil der Frauen bei 35% und der als unbegleitete minderjährige Eingereisten bei 4 % (Minderjährige gesamt 20 %) und in der Altersgruppe 18-26 Jahre bei 29 %.

Aktuelles Thema: Lehrpraxis im PSZ Düsseldorf

Da AsylbewerberInnen in einigen Kommunen von Beginn an eine Krankenkassenkarte erhalten und in allen Kommunen ab dem 15. Monat krankenversichert sind, hat das PSZ zukünftig die Möglichkeit, eine Lehrpraxis aufzubauen. Angehende PsychotherapeutInnen behandeln in PSZ-Räumen und unter Supervision der leitenden Psychologin des PSZ traumatisierte Flüchtlinge und Folteropfer, wobei über die Kassenzulassung des Ausbildungsinstitutes Kosten durch Krankenkassen erstattet werden. Die Vorteile: wir gewinnen bis zu 30 Stunden pro Woche zusätzliche Therapiekapazitäten, mit der Finanzierung durch die Krankenkassen lassen sich Raum-, Dolmetscher- und zum Teil Overheadkosten finanzieren. Und vor allem wird es so junge PsychotherapeutInnen geben, die schon in der Ausbildung gelernt haben, mit Flüchtlingen zu arbeiten und dies, so hoffen wir, später auch in eigener Praxis tun werden. Allerdings benötigt die gute Einarbeitung der angehenden PsychotherapeutInnen zeitliche Kapazitäten (Assistenz zur Terminvereinbarung, Verwaltung zur Abrechnung, Psychotherapeutische Leitung zur fachlichen Begleitung und Supervision). Nicht alle PsychotherapeutInnen in Ausbildung haben das Interesse, Geflüchtete zu behandeln, und nicht alle traumatisierten und therapiebedürftigen Geflüchteten sind bei einer PsychotherapeutIn zu Beginn der Ausbildung und ohne traumaspezifische Qualifikation gut aufgehoben. Daher ist der Erfolg der Behandlung nicht nur von guter Einarbeitung und supervisorischer Begleitung abhängig, sondern auch von einem guten Matching zwischen KlientIn, TherapeutIn und DolmetscherIn.

Aktuelles Thema: Abschiebungen

Das PSZ musste sich weitaus stärker als früher mit drohenden Abschiebungen von KlientInnen beschäftigen. In diesen Fällen muss – oft unter hohem Zeitdruck – besonders konzentriert und gut mit RechtsanwältInnen und anderen BeraterInnen vernetzt gearbeitet werden, um krankheitsbedingte Abschiebehindernisse in Stellungnahmen zu verdeutlichen, wobei zumindest bei Verwaltungsgerichten psychotherapeutische Stellungnahmen doch noch häufiger ernst genommen werden. Das Bundesamt verlangt mittlerweile ohne gesetzlichen Anlass standardmäßig fachärztliche Einschätzungen zur Feststellung eines krankheitsbedingten Abschiebeverbots. Vor einer drohenden Abschiebung dürfen infolge der gesetzlichen Änderungen im Asylpaket II nur noch ärztliche Stellungnahmen berücksichtigt werden. Zeitgleich sind Anwälte überlastet und nehmen insbesondere Geflüchtete aus Herkunftsländern

mit extrem geringer Bleibeperspektive oft gar nicht mehr an. Aber auch für Asylsuchende mit durchschnittlichen Klagechancen, die eine engagierte Rechtsvertretung brauchen, ist es schwer, eine engagierte RechtsanwältIn mit ausreichend Kapazitäten zu finden. Gleichzeitig erfordern gerade psychisch stark belastete Menschen, denen eine baldige Abschiebung droht, ein hohes Maß an persönlicher Unterstützung, um möglichen (suizidalen) Krisen vorzubeugen bzw. sie in solchen Krisen gut auffangen zu können. Im PSZ Düsseldorf versuchen wir, uns im Team gut kollegial zu unterstützen, um diese Belastungen über einen langen Zeitraum auffangen zu können und Geflüchteten auch in rechtlich aussichtslosen Lagen unsere Unterstützung anbieten zu können. Mit einzelnen abgeschobenen Familien bleiben wir in Kontakt.

C. Fortbildungen und Netzwerkarbeit

Das PSZ Düsseldorf erhält wesentlich mehr Anfragen als Kapazitäten vorhanden sind – selbst nach den Stellenaufstockungen. Daher gehört es zu unserem Selbstverständnis, kontinuierlich an der Verbesserung der Bedingungen für belastete Geflüchtete zu arbeiten – auch und gerade für diejenigen Flüchtlinge, die keinen Platz im PSZ Düsseldorf erhalten können. Mittels Fortbildungen, Netzwerkarbeit, Lobbyarbeit und öffentlichkeitswirksamen Maßnahmen wollen wir Know-how und Kompetenzen in die Regelversorgung weitertragen, sensibilisieren und uns für die Rechte von traumatisierten Geflüchteten einsetzen.

PSZ-MitarbeiterInnen wirkten 2017 mit Vorträgen, Workshops, Gremienarbeit, Interviews etc. an insgesamt 262 Veranstaltungen mit und erreichten damit 5793 TeilnehmerInnen, wobei rund 100 Termine davon Eigenveranstaltungen des PSZ waren. Diese Summe teilt sich auf in:

- Fortbildungsveranstaltungen: 148 Veranstaltungen mit 4560 TeilnehmerInnen (inklusive Supervisionen)
- Pressetermine: 8 Veranstaltungen mit 17 TeilnehmerInnen (nicht gezählt sind die wahrscheinlich erreichten Adressaten über diese Öffentlichkeitsarbeit)
- Netzwerk – und Gremienarbeit: 106 Veranstaltungen (inkl. Projekttreffen und Kooperationsgespräche)

Kooperationen und Netzwerkarbeit: Schwerpunkte 2017

- Kooperation mit dem rechtsmedizinischen Institut der Uni-Klinik Düsseldorf mit dem Ziel, Folterüberlebende zu erkennen, besser zu versorgen und Nachweise bei Bedarf im Asylverfahren einzubringen, mittels rechtsmedizinischer Untersuchung und ärztlicher Begutachtung. Wir führten am 10./11. März 2017 gemeinsam eine Fachtagung mit internationalen ExpertInnen durch:„Folteropfer sehen – Versorgungspfade bahnen“ (http://www.uniklinik-duesseldorf.de/folteropfer-sehen). Die Fachtagung wurde u.a. mit ReferentInnen aus Berlin, Istanbul, Kopenhagen und London vom PSZ Düsseldorf, dem Institut für Rechtsmedizin Düsseldorf und dem Zentrum für Psychotraumatologie des Alexianer-Krankenhauses in Krefeld in den Räumen der UKD durchgeführt. Hierbei wurden Entscheidungsträger und Akteure auf Landes- und kommunaler Ebene mit eingebunden. Während des Abschlussplenums wurden konkrete Forderungen formuliert, die als Grundlage der Düsseldorfer Erklärung dienten, vgl. Seite 40. Eine gemeinsame Veröffentlichung im Fachjournal „Rechtsmedizin“ 2017 Ausgabe 27; (Springer Verlag) erschien: „Rechtsmedizin in Zeiten von Migration und Flucht.

Von asylrechtlichen Aspekten von Folter bis zur Begutachtung von Folteropfern.“ Beiträge aus rechtsmedizinischer, psychotraumatologischer, menschenrechtlicher und juristischer Perspektive wurden in diesem Journal von einigen der teilnehmenden ReferentInnen veröffentlicht. Aktuell treffen sich Teammitglieder des rechtsmedizinischen Institutes und des PSZ Düsseldorf zwei Mal im Jahr und tauschen sich zu den Praxiserfahrungen in der Begutachtung von geflüchteten Folteropfern aus. Folteropfer können mittels Spendengeldern und den DolmetscherInnen des PSZ Düsseldorf im rechtsmedizinischen Institut vorgestellt und ggf. dort begutachtet werden.

- Kooperation der PSZ in NRW: das PSZ Düsseldorf bietet neuen KollegInnen der PSZ NRW Möglichkeiten zur Hospitation an, bietet Fortbildungen an und engagiert sich bei den Netzwerktreffen und bei den Vorschlägen der PSZ NRW zur Weiterentwicklung der landesgeförderten Flüchtlingsprogramme.
- Deutsche Gesellschaft für Trauma und Dissoziation (DGTD): In einer gemeinsamen Fachtagung am 1./2.9.2017 in Düsseldorf („Integration des Fremden? Trauma, Dissoziation, Migration“) konnten viele erfahrene TraumatherapeutInnen erreicht werden, die sich mit der Psychotherapie von geflüchteten PatientInnen auseinandersetzten.
- Aufbau “Essener Traumahilfe für traumatisierte Flüchtlingskinder im Ruhrgebiet”: Die große ambulante Praxis für Kinder– und Jugendpsychiatrie, Psychotherapie und Familientherapie von A. Kissenbeck in Essen öffnet sich für die geflüchtete Kinder, was ermöglicht wird durch die finanzielle Unterstützung der Stiftung Susanne Henle. Das PSZ Düsseldorf unterstützt die Öffnung für geflüchtete Kinder durch intensive Begleitung (Supervision, Beratung, Fortbildung), welche die Mittel der Fernsehlotterie und ermöglichen.

Die Stärkung der kommunalen Kooperation in der Stadt Düsseldorf und der regionalen Kooperation im Regierungsbezirk Düsseldorf stand auch 2017 wieder in unserem Fokus - mit folgenden Kooperationspartnern:

- Büro der Flüchtlingsbeauftragten Frau Miriam Koch und Kolleginnen
- Gesundheitsamt - hier ist vor allem die Ambulanz für Gewaltopfer / Trauma-Ambulanz beim Gesundheitsamt zu nennen, Herr Ulrich Pasch und sein Team. Über die Kooperation wurde uns u.a. ermöglicht, mittels des LVR-Programms „Akuttherapie für Flüchtlinge“ kurzfristige therapeutische Angebote für neu eingereiste Geflüchtete anzubieten (bis August 2017).
- Team der Erstaufnahmeeinrichtung
- Jugendamt, u.a. für die Aufträge an das PSZ Düsseldorf zu ambulanten Hilfen zur Erziehung
- im Rahmen der PSAG Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Düsseldorf, Runder Tisch Asyl , PSAG Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Düsseldorf, AK und Qualitätszirkel UMF (unbegleitete minderjährige Flüchtlinge)
- Sozialpsychiatrisches Kompetenzzentren Migration (SPKoM)
- Psychologische Beratungsstellen der Diakonie
- Frauenberatungsstelle
- Jugend-, Sucht-, und Erziehungsberatungsstellen des SKFM
- Wohlfahrtsverbände, Ehrenamtliche und Initiativen, (Diakonie, Caritas, Welcome Center, Johanniter, SKFM, AWO, DRK, Flüchtlinge willkommen in Düsseldorf e.V.)

Begleitet wurde dies durch Aktivitäten in der **Lobby- und Öffentlichkeitsarbeit,** Gremienarbeit und Gespräche mit Entscheidungsträgern:

- Ärztekammer Nordrhein/ Institut für Qualität IQN
- Psychotherapeutenkammer NRW
- Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Alter des Landes Nordrhein-Westfalen; nach der Landtagswahl: Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes Nordrhein-Westfalen
- Ministerium für Kinder, Familie, Flüchtlinge und Integration des Landes Nordrhein-Westfalen
- Ministerium des Inneren des Landes Nordrhein- Westfalen
- Mitarbeit an der „*Handreichung* zum Umgang mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen in *Nordrhein-Westfalen 2017*“ und am *Impulspapier 2017* zur weiteren Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention *„Uneingeschränkte Rechte für geflüchtete Kinder und Jugendliche“*
- Mitarbeit in Fachverbänden, u.a. DTPPP
- Mitwirkung im Vorstand der Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF)
- Menschenrechtsarbeit für den Berufsverband der deutschen Psychologen und Psychologinnen BDP
- Beteiligung an den Vorbereitungen der NRW-bedeutsamen Tagungen mit dem BAMF und dem Asylpolitischen Forum
- Pressearbeit und Veröffentlichungen, fachliche Stellungnahmen auf Anfrage, z.B. vom WDR, DW RWL oder von Fachverbänden (u.a. BDP)
- Internetpräsenzen per diversen Websites und per Facebook
- Infoveranstaltungen für Schulen, Universitäten, Kirchengemeinden etc.

PSZ-MitarbeiterInnen beteiligten sich an 106 Treffen von Arbeitskreisen bzw. Gremien, Runden Tischen, Vernetzungstreffen sowie Kooperationsgesprächen und Projektsitzungen. In zahlreichen Kontakten mit Entscheidungsträgern wurde vor allem die Notwendigkeit einer frühen Identifizierung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge betont, die die EU-Aufnahmerichtlinie vorsieht. Das PSZ setzte sich weiterhin intensiv mit den Änderungen auseinander, die das „Asylpaket II“ vor allem für traumatisierte Flüchtlinge gebracht hat. Mit Fach- und Berufsgesellschaften wurden Stellungnahmen dazu erarbeitet und verbreitet. Uns ist es ein besonderes Anliegen, ergebnisorientiert an Arbeitskreisen und Gremien mitzuwirken und daran mitzuwirken, konkrete Verbesserungen für traumatisierte und psychisch belastete Geflüchtete herbei zu führen.

Für Details siehe Anhang „Statistik 2017“

4. Perspektiven und Schlussfolgerungen

Perspektiven in der Klientenarbeit:

Mit großer Sorge beobachten wir die verschärfte Diskussion um abzuschiebende Geflüchtete

und die zunehmend rigide Abschiebepraxis. Zwar wurde die Organisation des Abschiebeprozesses optimiert, aber gleichzeitig wurde ein frühzeitiges Identifizierungsverfahren für vulnerable Flüchtlinge nach der EU-Leitlinie weiterhin versäumt. Wir werden uns daher auf allen Ebenen verstärkt dafür einsetzen, dass traumatisierte Geflüchtete frühzeitig in ihren Einschränkungen und besonderen Bedürfnissen erkannt werden und ggf. den dringend benötigten Schutz erhalten:

- Durch die ärztliche Untersuchung und Begutachtung für die PSZ NRW bei unseren ärztlichen Kolleginnen im PSZ Düsseldorf, vor allem für abschiebegefährdete Geflüchtete, bei denen nur noch ärztliche Einschätzungen akzeptiert werden
- Durch die aktive Mitwirkung in Gremien und Arbeitskreisen, die an der Umsetzung der EU-Richtlinien arbeiten
- Im Rahmen des Screening Modellprojektes des Ministeriums für Arbeit, Gesundheit und Soziales des Landes NRW, in dem wir wichtige Erkenntnisse in Kooperation mit den beteiligten Partnern sammeln und nutzen werden
- Durch zielgerichtete Fortbildungen und Kooperationsgespräche bei Entscheidungsträgern (u.a. RichterInnen und MitarbeiterInnen des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge), neue Fortbildungsformate zu dem Thema, Fortbildungen für AmtsärztInnen und PsychotherapeutInnen zur Begutachtung, Beteiligung an systematischer Lobbyarbeit im Rahmen der bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren (BAfF)

Die Situation der vulnerablen Geflüchteten in den Landesunterkünften, die in Zukunft wesentlich länger dort verbleiben sollen, wird neue Strategien und Versorgungsmodelle erfordern.

In der Versorgung traumatisierter Geflüchteter müssen wir wegen der abnehmenden Möglichkeiten, therapiebedürftige Geflüchtete extern zur Behandlung zu vermitteln, wieder vermehrt eigene therapeutische Kapazitäten ausbauen und neue externe Ressourcen auftun. Eine Möglichkeit bietet die Lehrpraxis in Kooperation mit der AVT Köln, die wir weiter ausbauen möchten. Aktuell gibt es dort 7 Therapieplätze, weitere 23 sind geplant. Zudem wollen wir die Kooperationen mit weiteren Versorgungsstrukturen ausbauen, beispielsweise mit KollegInnen, die per Ermächtigung Geflüchtete behandeln, aber auch mit sozialpsychiatrischen Angeboten und Beratungsstellen.
Wir hoffen zudem die niedrigschwelligen Angebote weiterführen zu können, auch nach Ablauf der Modellprojekte. Hierzu gilt es, Finanzierungsquellen zu finden und längerfristige Perspektiven zu entwickeln, ohne die PSZ-Kapazitäten zu überfordern.

Die rechtsmedizinische Untersuchung von Folteropfern möchten wir in Kooperation mit dem Institut für Rechtsmedizin weiter ausbauen. Gemeinsam beantragte Projekte können hier hoffentlich weitere personelle Kapazitäten schaffen.

Perspektiven in der Fortbildungs – und Vernetzungsarbeit

In der Fortbildungsarbeit gilt es, weiterhin die Balance zu halten zwischen den sehr vielen durchaus sinnvollen Vorhaben externer Veranstalter (die PSZ-MitarbeiterInnen als ReferentInnen gewinnen möchten) und den beschränkten zeitlichen Ressourcen. Gerade im Hinblick auf die hohe Anzahl an Veranstaltungen 2017 werden wir hier 2018 genau auswählen müs-

sen. Erste Frage ist grundsätzlich, ob die nötige Präsenz im PSZ vor Ort und für die Versorgung Geflüchteter gewährleistet werden kann. Weitere Kriterien sind:

- wird die Behandlung und Versorgung von Flüchtlingen konkret verbessert?
- werden Leitungskräfte motiviert, die ihrerseits steuern können, und ist dadurch ein Multiplikatoreneffekt zu erwarten?
- Werden strukturelle Lebensbedingungen in den Unterkünften vor Ort verbessert?
- Werden EntscheidungsträgerInnen über die spezifischen Bedarfe schutzbedürftiger Flüchtlinge aufgeklärt und dazu ermutigt, diesen gerechter zu werden?

Das PSZ plant selbst eine Reihe von Veranstaltungen:

- im Therapienetz Workshops zu Praxisfragen, Qualitätszirkel und Supervision
- Schwerpunkttagungen zu Guinea, zu Folteropfern, und zum Umgang mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen
- Fortbildungsveranstaltungen für Ehrenamtliche und Fachkräfte in der Flüchtlingsarbeit und in der Arbeit mit jungen Flüchtlingen
- Fortbildungsveranstaltungen für Personal und Leitungsebenen in Flüchtlingsunterkünften auf kommunaler sowie auf Landesebene

Interne Perspektiven:

Nach dem erfolgreichen Leitungswechsel 2017 wird es im Zuge des gewachsenen Teams und der zwei Standorte darum gehen, die internen Abläufe und Absprachen 2018 zu optimieren. Erforderlich sind nun stärkere Strukturierungen nach Fachlichkeit, Projektzusammenhängen und Kooperation in der Klientenarbeit, sowie transparente Entscheidungsstrukturen. Vor allem aber gilt es, bei dem gewachsenen Team und der gewünschten zunehmenden Diversität (alte und junge Kolleginnen, Männer und Frauen, mit und ohne eigene Migrationserfahrungen, schon seit langem im PSZ tätig und ganz neu in dem Aufgabenfeld) den guten Teamzusammenhalt zu bewahren und zu fördern. Hierzu sind gemeinsame Aktivitäten und interne Fortbildungen und die stärkere Fokussierung von kleineren Sub-Teams geplant. Aktuellen Anforderungen soll durch spezifische Inhouse-Schulungen begegnet werden: Ein Deeskalationstraining ist geplant, um dem Unsicherheitsgefühl zu begegnen und Handlungskompetenz auch in brenzligen Situationen weiter zu entwickeln. Ein White Awareness und Black Empowerment Training ist unter der Voraussetzung geplant, dass sich die nötigen Finanzen finden lassen, um den achtsamen Umgang miteinander und mit den zunehmenden Rassismuserfahrungen unserer KlientInnen zu fördern und Kompetenzen auf einer gemeinsamen Ebene zu entwickeln. Kleine Inhouse-Schulungen zum Thema Diversity sollen ebenso gewährleisten, dass wir gemeinsame Werte und fachliche Grundlagen entwickeln und teilen. Die unterschiedlichen Berufsfelder im PSZ Düsseldorf wurden 2017 bereichert um ärztliche Kompetenz, auch diese gilt es 2018 gut zu integrieren, und dabei auch die Ebene der PSZ NRW organisatorisch und fachlich gut einzubinden. Bei all dem gilt es den „besonderen Spirit“ des PSZ lebendig zu erhalten, der BesucherInnen oft positiv auffällt, der den KlientInnen gut tut und die Motivation aller Mitarbeitenden trägt und stärkt. Das Team der klinischen MitarbeiterInnen ist stark gewachsen (TherapeutInnen, PsychologInnen, Ärztinnen), das Sozialteam hingegen nicht im gleichen Ausmaß. Hier geraten die TherapeutInnen nicht selten an ihre Grenzen, wenn Geflüchtete durch soziale und rechtliche Realitäten auf Barrieren stoßen und Ausgrenzung erleben. Es gilt daher, hier die genaue Verzahnung der sozialen, rechtlichen und klinischen Unterstützung nochmal unter die Lupe zu nehmen und –

falls irgend möglich – die Kompetenzen und Ressourcen im Sozialteam zu stärken. Gerade unter den verschärften Bedingungen des Asylpaket II und den laufenden Veränderungen auf Bundes- und Landesebene benötigen traumatisierte Geflüchtete eben diese psycho-soziale Versorgung.

5. Gender-Mainstreaming und Partizipation

Gender: Im PSZ beziehen wir uns auf die Diversity-Merkmale, zu denen Geschlecht und sexuelle Orientierung ebenso gehören wie Alter, soziales Milieu, Zuwanderung, Hautfarbe, Religion und Behinderung. Insofern spielen genderspezifische Aspekte eine wichtige Rolle in der Zusammenschau der weiteren individuellen Faktoren. Die statistische Erfassung der KlientInnen erlaubt die Auswertung aller Variablen auch nach Gender-Aspekten. Bei allen Aktivitäten des PSZ werden die unterschiedlichen Lebenssituationen von Frauen und Männern berücksichtigt. Genderfragen spielen eine zentrale Rolle in den Diversity-Fortbildungen, die das PSZ durchführt. Eine ehemalige PSZ-Mitarbeiterin, die mittlerweile als Professorin an der Ev. Fachhochschule Bochum tätig ist und zur Frage von Gender und Ethnizität im Exil promoviert hatte, vermittelt Erkenntnisse aktueller wissenschaftlicher Diskurse ins Team. Gender-Aspekte werden bei der Aufnahme von KlientInnen berücksichtigt, wenn es um geschlechtsspezifische Verfolgung geht; wenn bei Frauen, die oft eine geringere formale Ausbildung haben, größere Schwierigkeiten im Kontakt zu Behandlern zu erwarten sind, die nicht ausreichend kultursensibel vorgehen; wenn die soziale Situation, z.B. eingeschränkte Kontaktmöglichkeiten und Mobilität die Lage erschweren; wenn die psychische Stabilität von Müttern für das Wohlergehen ihrer Kinder und Familie besonders ausschlaggebend ist.

Den unterschiedlichen Lebenssituationen und Bedürfnissen männlicher und weiblicher Flüchtlinge wird durch entsprechende Angebote Rechnung getragen. Wir konnten den Anteil der männlichen Mitarbeiter erhöhen. Bei der Gestaltung des Settings mit DolmetscherInnen wird auf die Unterschiede in Bezug auf Geschlecht und Alter besonderen Wert gelegt.

Genderaspekte sind in der Arbeit mit Opfern sexualisierter Gewalt zu berücksichtigen. Das betrifft nicht nur frauenspezifische Gewalt, sondern auch sexualisierte Gewalt gegen Männer. Von den 634 PSZ KlientInnen haben 2017 mehr als 16% sexualisierte Gewalterfahrungen und sexuelle Folter angegeben, alleine 13 % waren Opfer von Vergewaltigung, 2,5% von Genitalbeschneidung/-verstümmelung, knapp 1,5% waren Opfer von Zwangsprostitution.
Daher betrifft sexualisierte geschlechtsspezifische Gewalt einen erheblichen Anteil der PSZ-KlientInnen und ist immer wieder im Fokus der psychotherapeutischen Behandlung und auch der interkollegialen Fallbesprechungen und Supervisionen. Besonders problematisch ist der Umgang der juristischen Entscheidungsträger mit diesem Thema; häufig verhindern die Rahmenbedingungen von Interview und Gerichtsverhandlung, dass Opfer sexualisierter Gewalt ihre Gewalterfahrungen angeben können, oftmals werden sie aus Scham und Angst vor Abwertung oder Verfolgung verschwiegen.

Ein besonderes Augenmerk verlangt die Behandlung von Opfern von sexualisierter Gewalt hinsichtlich der Genderverteilung in der Therapiesitzung: Es liegt auch bei Männern, die Opfer von sexualisierter Gewalt wurden, in der Regel ein hohes Ausmaß von Scham und Vermeidungsverhalten vor allem gegenüber männlichen Dolmetschern/Landsleuten vor, weshalb wir ggf. besser weibliche Dolmetscherinnen einsetzen. Individuell sehr unterschiedlich ist hingegen, ob männliche oder weibliche PsychotherapeutInnen besser von männlichen Opfern sexualisierter Gewalt akzeptiert werden. Während die weiblichen Opfer so gut wie immer weibliche Beraterinnen und Sprachmittlerinnen wünschen, möchten die männlichen Opfer häufig keine männlichen Ansprechpartner, u.a. weil auch die Täter in allen Fällen Männer waren. Häufige Folge sind sexuelle Funktionsstörungen, was die Kooperation mit Urologen erfordert, Dolmetscher zu Untersuchungen mitzuschicken und Untersuchungsergebnisse in den psychotherapeutischen Verlauf einzubeziehen. Manche Klienten vermeiden Sexualität oder erleben sich als insuffizient und werten sich ab.

Der Anteil an LGBT-Personen ist weiterhin mit knapp 2% gering. Allerdings haben Anfragen für diese Personen zugenommen. Für den vorurteilsbewussten Umgang mit LGBT KlientInnen reicht die Diversität in unserem heteronormativen Team alleine nicht aus und wir sind angewiesen auf die Kooperation mit Fachinstitutionen und Selbsthilfeorganisationen. Viele Anfragen konnten gut an entsprechend spezialisierte Beratungs- und Therapieangebote sowie an LGBTI-Gruppen und -organisationen vermittelt werden. Problematische Konstellationen entstehen, wenn homosexuelle Klienten sexualisierte Foltererfahrungen durch männliche Täter erlebt haben, und zuvor keine genussvolle freiwillige Sexualität erlebt wurde; hier stellen das hohe Ausmaß an Selbstabwertung und Autoaggression die Therapeuten oft vor besondere Herausforderungen. Bewährt haben sich genderübergreifende kollegiale Kooperationen innerhalb des Behandlungsteams - beispielsweise bei einem Folterüberlebenden aus Bangladesh, der die Details seiner erektilen Dysfunktion mit einem männlichen Therapeuten besprechen kann, gleichzeitig aber in psychotherapeutischer Behandlung bei einer weiblichen Psychotherapeutin verbleibt.

Partizipation: Die Interessen und der Bedarf von besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen ist Ausgangspunkt für sämtliche Konzeptentwicklungen im PSZ. Die direkte Einbeziehung von traumatisierten Flüchtlingen in die Konzipierung der Maßnahmen gestaltet sich allerdings schwierig. Unsere Kapazitäten sind so ausgelastet, dass es uns logistisch nicht möglich ist, Flüchtlinge, die keine Klienten bei uns sind, für die Konzeptentwicklung zu kontaktieren. So bleiben derzeit ausschließlich die Klienten als Ideen- und Impulsgeber. Die meisten von ihnen sind allerdings zunächst durch das sehr hohe Ausmaß der Symptomatik schwer belastet und wenig für andere Themen wie z.B. Projektideen zu gewinnen. Im weiteren Verlauf der Behandlung aber ist es möglich, die konkreten Problemlöseansätze der KlientInnen zu erfassen. Aus den psychotherapeutischen Einzelgesprächen werden die Ideen und Anregungen der KlientInnen durch die Fachkräfte aufgenommen, in das Fachteam transportiert und in die Entwicklung und Fortschreibung der Maßnahmen einbezogen.

2017 konnten zudem durch die Mitarbeit von hoch engagierten LaienhelferInnen mit flüchtlingsrelevanten Sprachkenntnissen – viele von ihnen mit eigenen Flucht- und Migrationserfahrungen – weitere Perspektiven bei der Durchführung eines Modellprojektes (in2balance) integriert werden. Durch diese Kontakte - zwar nicht so zahlreich, dass sie statistisch aussagekräftig sein könnten, jedoch inhaltlich aussagekräftig - ergaben folgende Bedarfe aus Sicht der KlientInnen an das PSZ:

- Unterstützung in sozialen und rechtlichen Belangen
- Persönliche Vermittlung an zugewandte Fachleute in der Regelversorgung - bestenfalls persönlich begleitet und mit DolmetscherIn
- Muttersprachliche Behandlung, ggf. mit Dolmetschereinsatz
- Gefühl vermitteln, dass einem geglaubt wird, dass Flüchtlinge und Folteropfer die Wahrheit sagen
- Unterstützung, um aufenthaltsrechtliche Sicherheit zu bekommen (Kontakte zu Rechtsanwälten, Verfassen von psychologischen Stellungnahmen zur Vorlage bei Bundesamt und Verwaltungsgerichten und Begleitung bei Terminen, Zeugenaussagen als sachverständige Zeugen beim Verwaltungsgericht)
- Vermittlung an kompetente MedizinerInnen zur Behandlung körperlicher Beeinträchtigungen, z.B. der Folgen von Folter, ggf. mit Begleitung eines Dolmetschers
- Einbezug der Familienangehörigen, die willkommen sind im PSZ, und auch unter den Folgen der Symptome zu leiden haben

Die KlientInnen werden nach Abschluss der psychotherapeutischen Behandlung bzw. psychosozialen Beratung eingeladen, Mitglied im Trägerverein des PSZ und so Teil der demokratischen Basis des PSZ zu werden. Wir erhoffen uns darüber weitere Feedback- und Partizipationsmöglichkeiten.

6. Einblicke in die PSZ- Arbeit : Fachliche Beiträge von PSZ-KollegInnen

A. Dem Leben wieder einen Sinn geben: Die Arbeit im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf

Esther Mujawayo, Dima Zito

Zusammenfassung
In der psychosozialen Arbeit mit geflüchteten Menschen, deren Lebenssituation geprägt ist von Verlust und Unsicherheit, ist ein ganzheitlicher Ansatz sinnvoll. Dabei ist es wichtig, den Menschen, die mit ihrer vertrauten Umgebung und ihrem sozialen Status gewissermaßen auch ihre Würde verloren haben, Respekt und Wertschätzung entgegenzubringen. In der Flüchtlingsarbeit empfiehlt sich die Arbeit in einem multiprofessionellen und –kulturellen Team, um der Diversität der KlientInnen Rechnung zu tragen. Wenn es keine gemeinsame Sprache gibt, kommunizieren wir mit Hilfe von Sprach- und KulturmittlerInnen. Einen besonderen Stellenwert hat eine wohlwollende therapeutische Beziehung, die an die Ressourcen der KlientInnen anknüpft. Posttraumatisches Wachstum ist möglich, wenn es den Menschen gelingt, ihre Erlebnisse zu verarbeiten und ihnen einen Platz in ihrem Leben zu geben und darauf aufbauend neue Perspektiven zu entwickeln. Der vorliegende Artikel ist aus einem Gespräch mit Esther Mujawayo entstanden, das Dima Zito verschriftlicht, übersetzt und ergänzt hat. Die AutorInnen möchten ihre Grundhaltungen in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten vermitteln und haben dafür eine direkte, wenig theoretisierende Sprache gewählt.

Schlüsselbegriffe: Flucht, Trauma, Würde, Multiprofessionalität, Diversity, Netzwerkarbeit, Posttraumatisches Wachstum

„Ich bin Therapeutin geworden, weil ich selbst betroffen war. Ich habe den Genozid überlebt. Ich wusste nichts über Traumata. Wir haben gedacht, wir werden verrückt, weil unsere Reaktionen überhaupt nicht ‚normal' waren. Und es war fantastisch, dass jemand uns sagen konnte: ‚Nein, Frauen, ihr seid nicht verrückt. Ihr seid vollkommen normal. Was euch passiert ist, ist unnormal.' Als ich mir angesehen habe, wie Therapie gemacht wurde, habe ich gedacht: das ist großartig und die Menschen brauchen das. Und ich habe gedacht, es wäre gut, wenn ich das lerne, weil ich es dann in unsere eigene Kultur integrieren kann: Bilder, die ich benutze; Dinge, die die Menschen verstehen können. Deshalb habe ich die Ausbildung gemacht, weil ich gesehen habe, dass ich nicht mehr verrückt war. Ich war in Ordnung, ich wuchs und das war möglich." Esther Mujawayo

Flucht und Verlust
Um zu beschreiben, wie wir mit Flüchtlingen arbeiten, muss man sich zunächst die Situation der Menschen ansehen, die geflüchtet sind. Jemand, der hier Zuflucht sucht, Asyl in Deutschland beantragt, hat sein Land verloren und findet sich in einem Land wieder, das ihm fremd ist. Mit dem Land hast du die Sprache verloren, die Kultur, die Küche, Menschen, Orte, Aufgaben, Träume... Alles, was du hattest, was um dich herum war, was dich ausge-

macht hat, hast du verloren. Und häufig auch die Familie. Es gibt viele, die alleine ankommen und die keine Nachrichten mehr von ihrer Familie haben.
Viele, die kommen, sagen: „Ich war jemand." Sie hatten einen Beruf, sie haben etwas geleistet. Und wenn du hier bist, bist du Nichts. Du bist nur eine Nummer, ein Aktenzeichen. Wenn man dich als „Asylsuchenden" sieht, stellt man sich nicht vor, dass du vorher Krankenschwester warst, Journalist, Student. Wenn du so betrachtet wirst, als ob du nie etwas gehabt hättest, nie ein Leben gehabt hättest, wenn alles, was dich ausgemacht hat, negiert, vernachlässigt, nicht anerkannt wird, ist es sehr demütigend. Wenn du dich hier wiederfindest, mit all den Verlusten, und darüber hinaus mit dem Verlust deiner physischen und psychischen Gesundheit, ist es sehr schmerzhaft.
Viele, die bei uns ankommen, sind traumatisiert. Sie schaffen es nicht mehr, zu funktionieren. Vielleicht warst du Mutter einer Familie, die genau wusste, wie sie den Haushalt führt, eine Mutter, die den Alltag ihrer Familie geregelt hat, und die sich nun völlig desolat wiederfindet. Sie kann ihre Rolle als Mutter nicht mehr ausfüllen wie früher. Auch das verlierst du, deine Rolle, deinen sozialen Status. Es gibt viele, die berichten, wie schwer das auszuhalten ist.
Heute ist es ein wenig besser, zumindest erhalten die Flüchtlinge Geld und können selbst ihre Einkäufe tätigen. Früher, als sie Gutscheine bekommen haben, erlebten sie die Blicke, die die Menschen ihnen zugeworfen haben, wenn sie damit in die Geschäfte gingen. Die Blicke, die Menschen dir zuwerfen, sagen vieles über das, was sie über dich denken. Wenn du mit abschätzigen Blicken betrachtet wirst, fühlst du dich sehr, sehr unwohl. Weil du dich an den Menschen erinnerst, der du einmal warst: ein Mensch mit Würde. Und hier hast du deine Würde verloren.

Stabilität, Sicherheit und Würde

Also wenn man so will, setzen wir an diesem Punkt mit unserer Arbeit im PSZ an. Wenn uns diese Ausgangssituation klar ist, wissen wir, dass ein Flüchtling zunächst seine Stabilität wiederfinden muss. Das ist eine große Herausforderung. Der Mensch kommt in Deutschland an und denkt zunächst: „Ich habe es geschafft, ich bin angekommen, jetzt sind die Probleme zu Ende. Jetzt wird man mich aufnehmen." Dann folgt eine der ersten großen Enttäuschungen für die Mehrheit der Geflüchteten. Sie verstehen nicht, warum sie Asyl beantragen müssen, warum ihnen nicht geglaubt wird, was sie erlebt haben. Sie sind vielen Gefahren entkommen, nicht nur im Herkunftsland, sondern auch während der Flucht, auf der Reise, und es gibt Reisen, die Jahre dauern. Wir haben einen Klienten, der gerade angekommen ist, der sechs Jahre lang unterwegs war. Er hat Syrien verlassen und ist durch viele Länder gekommen. Er sagt: „Ich hoffe, ich bin jetzt angekommen!" Wirklich ankommen zu dürfen ist eine der großen Schwierigkeiten und leider liegt es nicht in unserer Macht, darüber zu entscheiden. Das hängt von den Behörden ab, mit denen wir auch arbeiten müssen. Wenn es nicht diese Sicherheit, nicht diese Stabilität gibt: „Du kannst dich ausruhen, du kannst ankommen, du hast einen Ort, an dem du bleiben kannst!", dann führt die Arbeit, die wir mit dem Menschen machen, zu nichts.
Wir arbeiten mit einem ganzheitlichen Ansatz. Wir versuchen, den Menschen mit all seinen Verunsicherungen zu sehen, in allen Bereichen. Bei uns im Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge werden wir einem Klienten nicht sagen: „Für diese Frage ist eine andere Einrichtung zuständig, und dafür ist wieder eine andere Stelle zuständig, und dafür noch eine…" Es handelt sich um einen ganzen Menschen, und seine Probleme hängen miteinander zusammen. In keinem Fall wirst du ihm sagen: „Erzählen Sie mir nichts davon, das geht mich nichts an, erzählen Sie mir von diesem und jenem, das ist mein Zuständigkeitsbereich." Das macht keinen Sinn.

Wir arbeiten daran, dass der Mensch die Sicherheit und Stabilität finden kann, die er sucht. Die Gesundheit, die er verloren hat, sei es physisch oder psychisch, wiederherzustellen. Aber vor allem geht es um die Wertschätzung des Menschen, die Würde wiederzufinden. Wenn der Mensch nicht mehr die Person sein kann, die er einmal war, ist das Ziel, weiter zu gehen, so dass er durch seinen Leidensweg noch weiter kommen kann, mehr sein kann. Wenn die Person es schafft, hier zu bleiben, sich hier zu integrieren, hat sie bereits wenigstens eine weitere Sprache dazugewonnen. Das ist schon einmal etwas: Du hast eine weitere Sprache dazugewonnen. Und du kannst eine Ausbildung machen, du kannst deinem Leben wieder einen Sinn geben.

Multiprofessionalität und Diversität

Wir versuchen, in unserer Arbeit möglichst viele Perspektiven zusammenzubringen. Außerdem sind wir ein multiprofessionelles Team. Es gibt SozialarbeiterInnen, SozialpädagogInnen und PsychotherapeutInnen. Wir ergänzen uns. Das eine ohne das andere würde nicht funktionieren. Ich kann nicht am Trauma eines Menschen arbeiten, wenn es jedes Mal, wenn er in das Heim zurückkehrt, in dem er wohnt, Dinge gibt, die ihn retraumatisieren, die ihn triggern. In den Fragen der Unterbringung ist die Psychotherapeutin vielleicht nicht spezialisiert, aber die Kollegin, die Sozialarbeiterin, kennt sich gut aus. Sie kann die Kontakte herstellen, damit die Unterbringungssituation verbessert werden kann. Oder Fragen von Schule, Ausbildung, Sprachunterricht erfordern die Kooperation mit den KollegInnen. Genauso sieht es mit der Gesetzeslage aus. Solange du keinen sicheren Aufenthalt hast, solange du diese Stabilität nicht hast, ist es sehr schwierig, dass es dir auf psychischer Ebene besser geht.
Wir haben also ein „Psychoteam“ und ein „Sozialteam“, die eng zusammenarbeiten. Aber das PSZ ist noch auf einer anderen Ebene „multi“. Wir versuchen, Diversity nicht nur als Schulungskonzept zu vermitteln, sondern auch im (Arbeits-)Alltag zu leben. Die KollegInnen haben vielfältige Migrationshintergründe und Auslandserfahrungen. So arbeiten in unserem Team Menschen mit christlichen, muslimischen, jüdischen und buddhistischen Hintergründen, mit spirituellen und atheistischen Haltungen zusammen. Und die 17 Hauptamtlichen sprechen 15 Sprachen: Arabisch, Dari, Englisch, Französisch, Deutsch, Farsi, Italienisch, Japanisch, Kinyarwanda, Tagalog, Russisch, Spanisch, Türkisch, Ukrainisch und Vietnamesisch. Für 50 weitere Sprachen arbeiten wir mit Sprach- und KulturmittlerInnen als Honorarkräften zusammen.
Und das ist sehr wichtig für die KlientInnen: Sie können sich in ihrer Muttersprache verständigen. Es ist wichtig, damit die KlientInnen sich sicher sein können, dass es wenigstens keine sprachlichen Missverständnisse gibt, dass sie also aus tiefstem Herzen sagen können, was sie wollen, so wie sie es ausdrücken möchten. Wenn wir nicht mit Sprach- und KulturmittlerInnen arbeiten, dann mit den Sprachen, die die KlientInnen fließend sprechen, häufig die Kolonialsprachen Englisch oder Französisch.

Netzwerkarbeit und Sensibilisierung

Darüber hinaus versuchen wir, in Netzwerken zu arbeiten. Wenn das PSZ alleine arbeiten würde, wenn wir uns auf uns selbst beschränken würden, würde nichts dabei herauskommen. Die KlientInnen kommen eine Stunde lang zu dir zu einem Gespräch, einer Therapiesitzung. Aber danach kehren sie dorthin zurück, wo sie wohnen. Wenn es sich beispielsweise um Minderjährige handelt, arbeiten wir mit ihren Schulen zusammen, mit den Jugendhilfeeinrichtungen, mit ihren BetreuerInnen, zum Beispiel um sie für kulturelle Diversität zu sensibilisieren. Das ist eine der großen Chancen des PSZ, dass wir häufig bereits viel wissen über die Regionen, aus denen die Klientinnen stammen, was dort angemessen ist, was man tut und was man nicht tut, was man isst und was man nicht isst. Wir versuchen, Einfluss zu

nehmen auf die anderen Stellen, wo die Flüchtlinge untergebracht sind. Wir versuchen, die ÄrztInnen, die AnwältInnen und die BetreuerInnen zu informieren. Es ist sehr wichtig, dass wir in Netzwerken arbeiten.

Wertschätzung und Anerkennung

Und das wichtigste, was die KlientInnen uns sagen, was dieses Zentrum hier im guten Sinne so besonders macht, ist die Behandlung als Mensch. Die menschliche Würde. Die Anerkennung dessen, was gut bei ihnen ist. Häufig sagen die Menschen, wenn sie die Therapie abgeschlossen haben, wenn alles gut gegangen ist: „Wir möchten euch etwas schenken." Alles, was wir annehmen, ist ein gemeinsames Essen. Wenn es ihnen gut geht, wenn sie denken, dass wir die Therapie abschließen können, oder die Sitzungen im PSZ, sind die Menschen meist sehr froh darüber, eine Mahlzeit aus ihrem Herkunftsland zuzubereiten und wir essen alle zusammen. Man spürt während dieser gemeinsamen abschließenden Mahlzeiten und auch im Verlauf der Sitzungen, dass die Menschen sich zuhause fühlen. Das ist wirklich Teil der Kultur des PSZ. Die Menschen fühlen sich wertgeschätzt. Die Vergangenheit, die nicht anerkannt wurde, die Würde, der Beruf, wer sie gewesen sind - hier haben sie die Chance, sich auszudrücken und ihnen wird geglaubt. In anderen Institutionen, in denen sie vorstellig werden, wird ihnen häufig unterstellt, dass sie lügen. Es gibt vielerorts ein negatives Bild von geflüchteten Menschen, das zum Teil auch in den Medien verbreitet wird, dass sie kommen und Probleme bringen. Hier finden sie Anerkennung und wir lassen sie wissen und spüren, dass sie ein Potenzial haben. Es geht darum, dieses Potenzial wieder zu finden, an die eigenen Fähigkeiten zu glauben und zu sehen, worin sie nützlich sein können hier in Deutschland.

Ressourcen und Beziehung

Es geht darum, an die eigene Basis anzuknüpfen. Wir arbeiten zum Beispiel mit einem jungen Erwachsenen aus Guinea, für den es stabilisierend und heilsam ist, an die Werte seiner Eltern anzuknüpfen, an das Vorbild seiner Mutter, die er zurücklassen musste. In einer Situation, in der man alles hinter sich gelassen, alles verloren hat und in gewisser Weise eine neue Familie sucht, und sich aber gleichzeitig extrem schuldig fühlt, seine Familie zurückgelassen zu haben, schafft es Verbundenheit, an Fragen anzuknüpfen wie: „Was wollte deine Mutter für dich? Worin war sie dir ein Vorbild? Wie könntest du sie hier mit deinem Leben ‚ehren'?" Wenn der junge Mann sich nach einer Mutterfigur sehnt, kann es hilfreich sein, wenn die Therapeutin die Rolle einer wohlwollenden Verwandten wie der „Tante" einnimmt. Es geht um Beziehung. Es ist notwendig, dass es jemanden gibt, der sich dafür interessiert, wie man die Prüfung bestanden hat. Zu vermitteln: „Wir stehen dir zur Seite um herauszufinden, wie du hier ein gutes Leben führen kannst, das auch deiner Mutter gefallen hätte." Es geht darum, sich mit den Werten und den Ressourcen der eigenen Erziehung wieder zu verbinden und herauszufinden, wie sie in diesen Kontext übertragen werden können – und gleichzeitig Orientierung zu geben, was in Deutschland ‚üblich' ist und wie man sich in dieser Gesellschaft bewegen kann.

Posttraumatisches Wachstum und Kohärenz

Es ist wichtig, eine Verbindung zwischen der Vergangenheit, der Gegenwart und der Zukunft herzustellen. Es geht nicht nur um denjenigen, der du einmal warst, es geht nicht nur um den „neuen Menschen", der du sein wirst, es ist eine Verbindung von allem. Es gibt auch etwas wie posttraumatisches Wachstum. Es geht darum, herauszufinden, wer man einmal war und zu versuchen, mehr zu sein. Es mag paradox klingen, aber durch das Leiden, das Flüchtlinge durchlebt haben, kann Wachstum entstehen. Wenn wir mit jungen Leuten sprechen,

durch welche Länder sie gekommen sind, was sie überlebt haben, ist es manchmal unglaublich. Und hier sind sie. Sie leben noch, obwohl sie all dies durchgemacht haben. Sie sind größer als das. Und sie haben vieles gelernt. Sie lernen aus dem Leiden und sie wachsen.
Das Gefühl von Kohärenz ist wichtig, also dass die Menschen den Dingen, die sie durchlebt haben, Sinn verleihen. Das bedeutet nicht, zu sagen: „Das war alles in Ordnung so." Unser junger Klient sagt zum Beispiel: „Ich habe gesehen, wie meine Schwester ermordet wurde. Ich bin gefoltert worden. Ich habe Menschen sterben sehen. Ich will daran mitarbeiten, dass solche Dinge nicht mehr passieren. Ich möchte eine Welt mitgestalten, in der solche Dinge nicht passieren. Ich möchte anderen Menschen helfen, die in einer Situation sind, wie ich es war." Er gibt seinen Erfahrungen Sinn. Er zieht Schlüsse daraus, er macht etwas damit. Dadurch gibt er ihnen einen Platz in seinem Leben, in seiner Geschichte, und das ist so hilfreich.
Die jungen Leute können ihrem Leben eine neue Richtung geben. Viel schwerer ist es für die alten Menschen. Diejenigen, die keine Zeit mehr haben, den Dingen einen Sinn zu verleihen. Diese Chance haben wir, wenn wir mit jungen Menschen arbeiten. Die Chance, ihnen zurückzugeben, was sie verloren haben: die Würde, die Ausbildung, den Beruf.

Professionelle Nähe

Heute rief eine junge Klientin an und sagte: „Ich habe zwei Ausbildungsstellen! Sie streiten darum, wer mich bekommt. Das bin ich!!!" Und sie brauchte jemanden, mit dem sie diese Freude teilen konnte. Wenn du ganz alleine bist und deinen Abschluss schaffst, eine Arbeitsstelle findest, dann gibt es niemanden, der dir sagt: „Das ist wirklich toll und ich bin so stolz auf dich". Dann hast du nicht die volle Freude. Und an dieser Stelle brechen wir vielleicht mit den Regeln professioneller Distanz. „Ich bin nur deine Therapeutin, ich bin nicht deine Tante." Wenn du nicht die Tante für deinen jungen Klienten bist, wer bist du dann? Natürlich wissen wir, dass Interferenzen problematisch sein können, aber dafür haben wir Supervision. Wir sind professionell, wir wissen das. Es hat etwas mit professioneller Nähe zu tun, und es hat etwas mit Liebe zu tun. Wenn du in einer Umgebung bist, die mehrheitlich nicht daran interessiert ist, ob du lebst oder nicht, brauchst du jemanden, der dir spiegelt, dass du wichtig bist, dass es gut ist, was du machst: „I do care." Man kann nicht neutral sein.
Dabei geht es auch um kulturelle Ressourcen. Manchmal kann man nicht die Therapeutin von Jemandem sein, ohne die „Schwester", die „Tante", die „Freundin" zu sein. In vielen Kulturen es undenkbar, zu einer anonymen Person über die Belange deines Herzens zu sprechen. Also ist es notwendig, psychotherapeutische Techniken an den Kontext zu adaptieren. Das Ziel der Therapie ist nicht die Sitzung selbst, es ist nicht die Profession an sich, das Ziel ist das Wohlergehen des Menschen, dem es schlecht geht und dem es besser gehen soll. Und es ist Beziehung, Begegnung, die hilft, und es ist notwendig, diese Beziehung einordnen zu können. Wer ist diese Frau, warum will sie mich unterstützen? Dafür muss ich einen emotionalen Platz finden.

Die Blumen auf dem Misthaufen

Es gibt einen Ausdruck auf Kinyarwanda: Icukiro. Das ist der Ort hinter dem Zaun, wohin du morgens den Dung der Kühe wirfst, wenn du den Hof gefegt hast, der Platz, wo der Kompost hingeworfen wird. Es ist wie auf dem Bauernhof, man kann sich vorstellen: es riecht schlecht. Es ist wirklich kein Ort, an den man sich hinsetzen würde, um Konversation zu betreiben. Aber wenn du dort eine Bananenstaude pflanzt oder eine Kürbispflanze, hat sie den besten Ertrag. Dort wachsen die größten Bananen, die besten Kürbisse. So ist es mit dem Leiden, das du durchlebt hast, all dem Schlechten, das du überlebt hast. Wenn es ungenutzt vor sich hin gärt, wenn du dich ihm nicht näherst, entsteht nichts daraus. Wenn du es aber

schaffst, daran zu arbeiten, es zu bearbeiten – denn darum geht es, sein Trauma zu bearbeiten – das dahinter zu betrachten und es zu schaffen, dort etwas zu pflanzen – die Blumen auf dem Dung, die Bananen auf dem Mist – etwas daraus entstehen zu lassen, dann wirst du wirklich stärker. Danach.

Literatur

Mujawayo, E. & Belhaddad, S. (2005). Ein Leben mehr – Zehn Jahre nach dem Völkermord in Ruanda. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.

Mujawayo, E. & Belhaddad, S. (2007). Auf der Suche nach Stéphanie – Ruanda zwischen Versöhnung und Verweigerung. Wuppertal: Peter Hammer Verlag.

Zito, D. & Martin, E. (2016). Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen. Ein Leitfaden für Fachkräfte und Ehrenamtliche. Weinheim: Beltz-Juventa.

Zito, D. (2015). Überlebensgeschichten. Kindersoldatinnen und –soldaten als Flüchtlinge in Deutschland. Eine Studie zu sequentieller Traumatisierung. Weinheim: Beltz-Juventa.

Zito, D. (2013). Arbeit mit dem Unaussprechlichen. Therapie mit Überlebenden von Folter. In: Kruse J. u.a. (Hrsg.) Folterbilder und -narrationen (S. 55–67) Göttingen: V&R unipress.

Kilian, J. & Zito, D. (2013). Jugendhilfe und junge Flüchtlinge – Soziale Arbeit als Menschenrechtsprofession. In: Boch, K. u.a. (Hrsg.) Jugend.Hilfe.Forschung. Grundlagen der Sozialen Arbeit, Band 31 (S. 251–258) Baltmannsweiler: Schneider Verlag Hohengehren.

Ghaderi C., Nguyen-Meyer, N. & Zito, D. (2012). Diversity in der Flüchtlings- und Migrationssozialarbeit - Das Düsseldorfer Modell, in: Effinger, H.; Borrmann, S.; Gahleitner, S.B.; Köttig, M.; Kraus, B.; Stövesand, S. (Hrsg.) Diversität und Soziale Ungleichheit - Analytische Zugänge und professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit Opladen (S. 228–240) Berlin & Toronto: Verlag Barbara Budrich.

Zito, D. (2010a). Alleine konnte ich das nicht schaffen. Psychische Belastung und Therapie bei jungen Flüchtlingen, in: P. Dieckhoff (Hrsg.) Kinderflüchtlinge – theoretische Grundlagen und berufliches Handeln (S. 113–124) Wiesbaden: VS-Verlag, S. 113–124.

Zito, D. (2010b). Traumatherapie mit jungen Flüchtlingen, in: P. Dieckhoff (Hrsg.) Kinderflüchtlinge – theoretische Grundlagen und berufliches Handeln (S. 125–140) Wiesbaden: VS-Verlag.

B. Traumatherapie mit geflüchteten Menschen im PSZ und Traumatherapie mit Mehrheitsangehörigen in einer ambulanten Praxis: Möglichkeiten und Grenzen

Maya Enomoto

Jede Woche erstaunt es mich in meiner Arbeit als Psychotherapeutin aufs Neue, wie unterschiedlich die Formen der Unterstützung sein können, die unter den Begriff „Traumatherapie" fallen. Insbesondere regen mich die Unterschiede zwischen der Arbeit im PSZ und in der Regelversorgung von Mehrheitsangehörigen in ambulanter Praxis zum Nachdenken an.

Auf grundlegender Ebene beginnt es mit der Tatsache, dass in der Therapie mit Geflüchteten Therapeut und Klient oft nicht dieselbe Sprache teilen und mit einem/einer Sprachmittler/In zusammenarbeiten.
Auf Setting-Ebene kann das bedeuten, dass es lange dauert, „bis alle am Tisch" sitzen. Wegen der hohen Auslastung der Sprachmittler/Innen (Doppelbelastungen durch viele Nebenjobs, Familie) sowie oftmals wegen sehr herausfordernder psychosozialer Lebenssituationen der Klienten (lange Anfahrten, zu organisierende Begleitung, Fahrtkosten, aufenthaltsbezogene Behördengänge) ist es manchmal schwer, regelmäßige Sitzungen mit dem/der Sprachmittler/In des Vertrauens zu gewährleisten. *Eine Mitte 50-jährige Klientin aus Afghanistan mit posttraumatischer Symptomatik, die aufgrund von über 15-jähriger körperlicher, psychischer und sexueller Gewalt durch ihren Ehemann sowie einer drohenden Zwangsverheiratung ihrer Tochter vor etwa 3 Jahren mit ihrem Sohn und ihrer Tochter nach Deutschland geflohen war, muss z.B. von ihrer 16-jährigen Tochter begleitet werden, um die Termine wahrnehmen zu können. Die einfache Fahrt dauert aufgrund von körperlicher Einschränkung der Mutter etwa 2 Stunden. Die Tochter muss an diesen Tagen die Schule ausfallen lassen, um die Mutter vorzubereiten. Sie selbst ist ebenfalls durch die große Verantwortung im Elternhaus überlastet. Weitere Hilfestrukturen vor Ort werden von der Familie durch diverse Bedenken immer wieder abgelehnt.*

Verglichen mit ambulanten Therapien mit Mehrheitsangehörigen kommt es so oftmals zu Ausfällen, was eine regelmäßige Behandlung erschwert. Bei ambulanten Therapien für Mehrheitsangehörige, die meist von freiberuflich tätigen PsychotherapeutInnen durchgeführt werden, sind so bedingte, häufige Ausfälle bei stetig laufenden Praxiskosten ein Risiko und kaum tolerabel. Eine Therapie wird unter diesen Umständen oftmals nur ungern angeboten oder sogar komplett abgebrochen.

Auf inhaltlicher Ebene bedeutet Traumatherapie über eine/n Sprachmittler/in, dass ich selbst als Empfänger/in keinen direkten Zugang zu den relevanten, sprachlich vermittelten Informationen habe. In Bezug auf die Sprache als sensibles Instrument des Informationstransports, welches auch subtile Hinweise „zwischen den Zeilen" enthält, ist der/die Therapeutin auf den Austausch und gute Zusammenarbeit mit dem/der Sprachmittler/In angewiesen. Herausfordernd gestaltet sich für die Therapie beispielsweise, dass belastende oder traumatisierende Erfahrungen oftmals auch mit tabuisierten Themen verknüpft sind - sowohl auf Seiten des Klienten als auch auf Seiten der Sprachmittlung. Themen, wie Sexualität, Religion und Suizidaliät gehören oft hierzu. *Dies war beispielsweise der Fall bei einer Mitte 30-jährigen Klientin aus Mazedonien, Frau G., die sich mit ihrem Ehemann und ihrem Sohn in Deutschland befand. Als Fluchtursache gab sie zunächst an, dass ihr Ehemann und später die gesamte*

Familie aufgrund der Tätigkeit des Ehemannes über Monate von der Polizei vor Ort bedroht worden seien. Später stellte sich heraus, dass sie im Zuge der Bedrohungen auch von einem Polizisten aufgegriffen und vergewaltigt worden war. Sie hatte jedoch mit Niemandem darüber gesprochen, auch nicht mit ihrem Ehemann. Dieser habe jedoch bemerkt, dass es ihr zunehmend schlechter ging und so seien sie nach Deutschland geflohen, da sich auch die Bedrohungssituation für die gesamte Familie zugespitzt habe. Frau G. war zum Zeitpunkt der Untersuchungen akut belastet (z.B. Zittern, Verlust der Orientierung zur Zeit, zum Ort und zur eigenen Person, Flashbacks, Widerhallerinnerungen, Konzentrationsstörungen). Eine Posttraumatischen Belastungsstörung wurde diagnostiziert. Zu Beginn der Behandlung deutete Frau G. sehr vage an, sexuelle Gewalt erlebt zu haben. Auf vermehrte Nachfrage wurde dies jedoch stets verneint. Erst im Nachgespräch mit der Sprachmittlerin stellte sich heraus, dass diese aus Rücksicht auf die Klientin die Nachfrage nicht wörtlich übersetzt hatte. Für sie sei klar gewesen, dass eine Vergewaltigung stattgefunden habe, sie habe jedoch im Gespräch nicht direkt gefragt, um die Klientin nicht mit den Folgen (Blutrache durch den Ehemann, Gesichtsverlust in der Familie) zu konfrontieren. Ein vertrauensvolles und offenes Arbeitsbündnis zum/zur Sprachmittler/In mit gemeinsamen Vor- und Nachbereitungen der Sitzungen sind unerlässlich, auch wenn dies im Hinblick auf die große zeitliche Auslastung eine Herausforderung darstellt. Einen besonders hohen Stellenwert bekommen zudem die nonverbale Kommunikation und die Verhaltensbeobachtung. Bei den Therapien von Mehrheitsangehörigen sind die Rahmenbedingungen einer Therapie schnell vermittelt und geklärt. Zudem würden über das Therapiegespräch gehende, aber zwingend notwendige Vor- und Nachbesprechungen die enge 50-minütige Taktung der kassenärztlich abzurechnenden Therapiegespräche „sprengen“.

Im Rahmen der Traumatherapie bei geflüchteten Menschen nehmen kontextuelle, psychosoziale Faktoren viel Raum ein. Diese sind zur *inneren und äußeren* Stabilisierung von hoher Relevanz. *Unter einer inneren Stabilisierung* versteht man den Aufbau der Fähigkeit des Klienten, starke Emotionen und Affekte selbstständig und funktional zu regulieren. Gerade Klienten mit posttraumatischer Belastungsstörung werden von stark negativen Gefühlszuständen, die meist mit den Erinnerungen an das traumatische Ereignis einhergehen, „überwältigt“ und verlieren dabei oft die Orientierung zur Zeit, zum Ort und zur eigenen Person. Die Fähigkeit, sich selbst aus diesen dissoziativen Zuständen zu „befreien“ bzw. adäquat mit unangenehmen Gefühlszuständen umzugehen, ist eine Grundlage für weitere Behandlungsschwerpunkte.
Unter der *äußeren Stabilität* versteht man die erlebte, äußere Sicherheit des Jeweiligen, die ebenfalls Grundlage dafür ist, dass sich ein Mensch auf einen therapeutischen Prozess überhaupt einlassen kann.
Somit geht es in den Sitzungen z.B. auch um Verfahrensberatung bezüglich des laufenden Asylverfahrens, um die Anbindung an Rechtsanwälte oder die Verlegung in ruhigere Unterkünfte. Dies sind Faktoren, die in Bezug auf die psychische Gesundheit des/der Klienten/in rasch zu klären sind, um zumindest das Minimum an Stabilität zu gewährleisten, das für eine traumaspezifische Therapie notwendig ist. Letztlich heißt das: Eine gute interdisziplinäre Vernetzung mit Sozialarbeiter/innen, Rechtsanwält/innen, Pädagog/innen und weiteren Versorgungsstrukturen der Umgebung gehören zu entscheidenden Aspekten der Wiederherstellung und Aufrechterhaltung der psychischen Gesundheit von Geflüchteten.
Die 40-jährige Frau R. stammt aus dem Iran und befindet sich seit etwa 3 Jahren in Deutschland. Sie leidet an einer Posttraumatischen Belastungsstörung und einer schweren Depressivität. Im Iran hatte sie seit der Kindheit zunächst durch den Vater und dann durch ihren Ehemann sexualisierte und körperliche Gewalt erlitten. Auch gegenüber ihren Kindern (18-

jähriger Sohn, 16-jährige Tochter) sei der Ehemann körperlich gewalttätig geworden. Da sie aus Verzweiflung eine Beziehung zu einem anderen Mann begonnen habe, um „da rauszukommen", habe ihr die Todesstrafe gedroht. So sei sie mit ihren Kindern geflohen.
Im Oktober 2017 sei es in Deutschland zu einem Polizeieinsatz gekommen, bei welchem 10 Polizisten in die Wohnung gestürmt seien, um den mittlerweile 18-jährigen Sohn zwangsweise in den Iran zurückzuführen, da seine Duldung abgelaufen war. Dieser war zu dem Zeitpunkt außer Haus. Mit anwaltlicher Unterstützung wurde die Rückführung verschoben. Bei der Klientin führte dieser Vorfall jedoch zu einer erneuten Verschlechterung des psychischen Zustandes (Impulskontrolldurchbrüche, d.h. Frau R. reagierte impulshaft mit plötzlichen Wutausbrüchen oder stürzte sich ohne Ankündigung auf den Boden; Wiedererlebenssymptomatik, bei welcher sie in vergangene traumatische Situationen zurückfiel und sich räumlich und zeitlich nicht mehr orientieren konnte; dissoziative Zustände, bei welchen sie apathisch anmutend für Minuten nicht mehr ansprechbar war). Auf Stabilisierungstechniken, die Frau R. bereits beherrschte, konnte sie nicht mehr zurückgreifen, die empfundene Lebensgefahr für sich und ihre Familie führte immer wieder zu impulsiven Verzweiflungshandlungen (Wiederholtes Kontaktieren des Rechtsanwaltes innerhalb von Minuten, Fluchtimpulse, psychotisch anmutendes Verhalten). In den Sitzungen selbst ging es im Sinne einer Krisenintervention in erster Linie um die Regelung der nächsten behördlichen Schritte unter Kontaktaufnahme zur Ausländerbehörde und dem Rechtsanwalt, um das Minimum an „äußerer" Stabilität wiederherzustellen.

Herausfordernd ist ebenfalls, dass akut belastete, aber nicht unmittelbar von einer Abschiebung bedrohte Klienten im Rahmen laufender Asylverfahren mit Situationen konfrontiert sind, die unter den vorherrschenden psychosozialen Bedingungen zu einer weiteren Dekompensation oder gar einer Retraumatisierung führen können (z.B. Anhörungen vor dem Bundesamt oder verwaltungsgerichtliche Verhandlungen zur asylrelevanten Vorgeschichte). Hier ist eine entsprechende Vorbereitung oder Nachbesprechung ebenfalls ein notwendiger Therapieinhalt. *Bei einem akut belasteten 19-jährigen Klienten aus Syrien, der in seiner Heimat Entführung, mehrfache Vergewaltigung, sexuelle Gewalt und die Ermordung des eigenen Vaters erlebt hatte, führte das Berichten seiner asylrelevanten Vorgeschichte im Rahmen seiner Anhörung vor dem Bundesamt zu einem impulshaften Suizidversuch durch Tablatteneinnahme und das Aufschneiden der Pulsadern am selben Abend sowie einer anschließenden stationär-psychiatrischen Einweisung. Im Rahmen der Anhörung hatte er zunächst geäußert, die Anhörung möglichst schnell „hinter sich" bringen zu wollen, da er „das Warten" nicht aushalte.*

In der ambulanten Therapie von Mehrheitsangehörigen kann ich meist davon ausgehen, dass meine Klienten und Klientinnen in einer Wohnung mit entsprechenden Rückzugsmöglichkeiten leben und finanziell abgesichert sind. Die therapeutische Arbeit kann sich meist auf die Stabilisierung des emotionalen /psychischen Zustandes konzentrieren. *Mit einer 45-järhigen deutschen Klientin, die durch ihren ehemaligen Mann psychische, körperliche und sexuelle Gewalt erfahren hatte, war nach einer initialen Phase der äußeren Stabilisierung (Wohnortänderung) und der Erarbeitung stabilisierender Techniken genügend interne wie externe Sicherheit gegeben, um in eine konfrontative Traumabearbeitungsphase zu gehen.*

Eine konfrontative Traumabearbeitung bedeutet eine schrittweise dosierte Konfrontation mit dem auslösenden Ereignis unter therapeutischen Bedingungen. Ziel hierbei ist ein Durcharbeiten des Traumas, die eine tiefergehende kognitive Verarbeitung des traumatischen Ereignisses ermöglicht. Die konfrontative Traumabearbeitung ist nach den S3-Leitlinien erst indi-

ziert, wenn eine äußere Sicherheit und eine hinreichend gute Emotionsregulierung (ausreichende Stabilisierung) vorhanden sind. Diese Hürde gestaltet sich für die Arbeit mit traumatisierten, geflüchteten Klienten als eine große Herausforderung.

Die engmaschige interdisziplinäre Zusammenarbeit im Rahmen einer Therapie bietet jedoch auch Möglichkeiten. *So war es im Fall von M., einer unbegleiteten 16-jährigen aus Guinea mit diversen körperlichen und psychischen Beeinträchtigungen durch Folter und Krieg, möglich, sehr schnell eine geeignete barrierefreie Wohnmöglichkeit zu finden (das Mädchen saß durch die Verletzungen im Rollstuhl). Eine psychodiagnostische Abklärung der Beschwerden sowie weitere langfristige unterstützende Maßnahmen wurden eingeleitet (regelmäßige Gespräche mit einer geschulten Sozialarbeiterin, Beginn des Schulbesuchs, Erstellung einer psychologischen Stellungnahme, Begleitung zur subjektiv stark belastenden Anhörung vor dem Bundesamt für Migration und Flüchtlinge etc.).*

Letztlich ist es beeindruckend und schön zu sehen, dass viele geflüchtete Klienten, trotz der massiven belastenden Ereignisse, die sie in der Vergangenheit im Heimatland oder auf der Flucht erleben mussten, auch viele *Ressourcen* mitbringen.

M. äußerte beispielsweise, dass sie trotz allem dankbar sei, in Deutschland zu sein und sich darauf freue, hier ein „normales Leben“ zu beginnen, in die Schule zu gehen und vielleicht irgendwann einmal anderen Menschen in Not zu helfen. Im letzten Gespräch äußerte sie außerdem, das „schreckliche Geschehene“, sowie auch ihre Angst und die Traurigkeit darüber, akzeptieren zu wollen. Nur so könne sie weiterleben.
Im Falle von M. war es durch die vielen unterstützenden Maßnahmen und die vorliegenden Ressourcen möglich, im weiteren Therapieverlauf traumakonfrontativ zu arbeiten und letztlich eine Integration des Erlebten in das aktuelle Leben zu vollziehen. Hierbei ging es u.a. um den Umgang mit den Verlusten, die sie erlitten hatte und den damit verbundenen „Schmerz“, der ihr teilweise unerträglich schien. M. arbeitete jedoch auch mit großer Bereitschaft an den Dingen, die ihr persönlich im Leben wichtig sind (wieder gehen lernen, eine gute Schülerin sein, deutsch lernen, anderen helfen). Im therapeutischen Prozess lernte sie, für jeden einzelnen Tag zu überlegen, welchen kleinsten Schritt sie in Richtung dieser Werte machen könnte. Am Ende war es ihr letztlich möglich, einigen Aspekten der belastenden Erfahrungen eine „tiefere Bedeutung“ für ihren weiteren Lebensweg zu geben. So kam sie z.B. zu dem Schluss, dass sie sich nur deshalb so gut in die Probleme anderer hineindenken und für sie da sein könne, weil sie selbst viele solcher Erfahrungen gemacht habe.

C. Fallbeispiele aus der PSZ-Arbeit mit geflüchteten Kindern

Dr. Diana Ramos Dehn

Afghanistan: ein sicheres Herkunftsland?

Yusuf ist ein Jugendlicher, der oft in Begleitung seines Betreuers zu den Sitzungen kam. Am Anfang war er sehr schüchtern; mittlerweile ist er das nicht mehr und kommt alleine zu den psychotherapeutischen Sitzungen. In der Kommunikation ist er sehr höflich und hält Blickkontakt mit mir. Zu Beginn unseres Kontakts saß er mit gebeugtem Kopf und zusammengepressten Händen in den Sitzungen. Mittlerweile sitzt er eher aufrecht und ist sehr gesprächig. Er erzählt z.B. spontan, was er in der Schule oder beim Fußballspielen erlebt hat. Sein Ziel ist es, wie die anderen Jugendlichen in seinem Alter zu sein, seine Ausbildung zu beenden, irgendwann seine Familie unterstützen zu können und ein guter Fußballer zu werden.

Yusuf (Name geändert) wurde am 05.09.2001 in Afghanistan geboren. Yusuf erzählte mir in den ersten Sitzungen, dass er zahlreiche schlimme Erfahrungen in seiner Heimat gemacht hat. Die Gründe für die Flucht aus seiner Heimat waren die gewalttätigen Aktivitäten der Taliban in seinem Dorf und der Krieg in Afghanistan. Bei den Bombardierungen und dem Raketenbeschuss durch die Taliban sind mehrere Familienmitglieder gestorben, z.B. Onkel, Großtante und Cousin. Als er 10 Jahre alt war, gab es viele Taliban in der Stadt und sie nahmen oft Kinder mit, um ihnen vermeintlich muslimische Werte beizubringen. Yusuf betonte mir gegenüber, dass die Werte der Taliban nicht muslimisch sind. Eines Tages kamen die Taliban in sein Dorf und wollten ihn entführen. Bei der versuchten Entführung wurde er mit einem Messer am Ellbogen verletzt. Ein Taliban stach ihm mit einem Messer in den Arm (ich konnte die Narbe an seinem Arm sehen) und der Mann sagte, dass er das Messer noch tiefer in den Arm hineindrücken würde, wenn er nicht mitkäme. Er rief daraufhin laut um Hilfe, so dass sein Vater herbeikam und die Entführung in letzter Minute verhindern konnte.
Eine Woche später kamen die Taliban wieder und schlugen Yusufs Vater, so dass dieser bis heute nicht mehr richtig laufen kann. Yusuf erzählt weiter, dass sein Onkel zu freiwilligen Kämpfern im Dorf gehörte, die das Dorf gegen die Taliban verteidigten. An einem Donnerstagabend wurde das Haus seines Onkels von einer Rakete getroffen und der Onkel starb bei dem Angriff. Zum Glück waren die anderen Familienmitglieder in Yusufs Elternhaus beim Abendessen und konnten so überleben. Die Familie des Onkels lebte daraufhin bei Yusuf und seiner Familie. Sonst konnten sie nirgends hin.

Sie alle, also die Familie von Yusuf und die Familie des Onkels, flohen später in den Iran. Das Leben im Iran konnte sich die Familie jedoch nicht leisten. Sie blieben dort nur zwei Monate kehrten daraufhin wieder in ihr afghanisches Dorf zurück. Sein Vater arbeitete dort wieder und auch Yusuf ging wieder arbeiten. Er arbeitete seitdem er acht Jahre alt war. Er reparierte Schuhe. Er arbeitete jeden Tag acht Stunden und ging nebenbei noch zur Schule. Dies konnte er bis zur 7. Klasse tun.

Als er noch jünger war, klagte er öfter über Atembeschwerden. Bei Stress bekam er Atemnot. Er beschrieb die Beschwerden als Krankheit in seiner Brust. Sein Bezugsbetreuer berichtet, dass diese Schmerzen auch auftreten, wenn es in der Wohngruppe lauter wird. Yusuf

berichtet, dass er diese Beschwerden schon länger hat. Das erste Mal traten die Beschwerden auf, als eine Rakete das Haus des Großonkels (dem Onkel seiner Mutter) traf. Dabei starb die Frau seines Großonkels und der Großonkel selbst wurde schwer verletzt. Danach hatte Yusuf große Angst, dass das Haus seiner Familie auch von einer Rakete getroffen würde. Die Schmerzen in der Brust wurden 2012 noch einmal schlimmer. Besonders schlimm wurde es 2014, als eine Rakete auf der Straße vor seinem Haus einschlug. Er hielt sich in dem Moment der Explosion auf derselben Straße auf und wurde während der Explosion am Fuß von etwas getroffen. Er fiel auf den Boden, und als er sich umsah, erkannte er, dass ihn die Leiche eines Kleinkindes am Fuß getroffen hatte. Zuerst dachte er, das Kind könnte noch leben, aber dann erkannte er, dass es tot war.
Nach diesem Ereignis sprach Yusuf eine Woche lang nicht und auch auf andere Menschen reagierte Yusuf nicht richtig. Seitdem kann Yusuf keine Kinder mehr berühren, geschweige denn auf den Arm nehmen. Sein Vater hatte nach diesem Ereignis so große Angst um die Gesundheit seines Sohnes, dass er entschied, Yusuf nach Europa zu schicken.
Diesmal sollte Yusuf jedoch allein fliehen. Auf der Flucht hatte Yusuf große Angst, vor allem als sie mit einem Schlauchboot von der Türkei nach Griechenland fuhren. Das Boot war überfüllt und mitten im Meer ging der Motor aus. Viele Minuten vergingen, bevor der Motor wieder anging. In der ganzen Zeit hatte er Todesangst, erzählt er.
Nach einigen Monaten in Deutschland verlor Yusuf den Kontakt zu seiner Familie. Seit einem Erdbeben in seinem Heimatdorf hat er keine Verbindung mehr nach Hause. Dies belastet ihn sehr und er macht sich große Sorgen um seine Familie. Er möchte etwas tun, um wieder in Kontakt mit seiner Familie zu kommen. Zusammen mit seinem Betreuer gab er eine Suchaktion beim internationalen Roten Kreuz ab, aber bis jetzt kam keine Antwort darauf. Zurzeit fühlt sich Yusuf sehr allein und verlassen. Das bisschen, was ihm heute sehr viel Freude und Hoffnung gibt, sind seine neuen Freunde im Jugendheim und der regelmäßige Besuch der Schule.

<u>Recht auf Leben mit Behinderung?</u>

Das neunjährige Kind kommt immer mit seiner Mutter zum PSZ, ab und zu ist auch sein großer Bruder dabei. Am Anfang war der Junge sehr schüchtern und kommunizierte sehr spärlich mit mir. Sein Blick war auf den Boden gerichtet und er sprach sehr leise. Er ging am Anfang unserer Besprechungen immer relativ langsam zum Besprechungszimmer und auch beim Händeschütteln drückte er meine Hand kaum.

In der zentralasiatischen Heimat lebte die Familie seit der Heirat von Mutter und Vater bei den Schwiegereltern. Die Mutter erzählte, dass der Vater zuletzt in einer Metallverarbeitungsfabrik arbeitete, während sie Arbeiten am PC ausführte. Ihr Ehemann trank viel Alkohol, an Feiertagen bis zu 25 Flaschen Bier pro Tag. Wenn er betrunken war, schlug er die Mutter des Kindes oft ohne Grund. Häufig sahen die zwei älteren Geschwister des Kindes dies. Sie versuchten ihrer Mutter zu helfen, aber ihr Ehemann habe die beiden Kinder mit Gewalt zur Seite geschoben.

Im Jahr 2010 brachte die Mutter das Kind (ihren dritten Sohn) zur Welt. Nach der Geburt war deutlich, dass das Kind nicht „normal“ war. Deshalb rieten die Schwiegereltern der Mutter dazu, das Kind im Krankenhaus zu lassen. Das Kind würde das Ansehen der Familie beschmutzen, meinten sie. Außerdem bringe der Junge Unglück über die Familie. Die Mutter erzählte, dass sie das nicht wollte. Sie konnte sich ein Leben ohne ihren Sohn nicht vorstellen. Deswegen nahm sie ihren Sohn mit nach Hause. Seitdem häuften sich die Streitereien

mit den Schwiegereltern und ihrem Ehemann. Der Vater des Kindes beschuldigte die Mutter unter anderem des Fremdgehens. Sie habe vielleicht eine Affäre und das dritte Kind sei von ihrem Liebhaber, denn so ein Kind könne nicht von ihm kommen! Dann sei ihr Ehemann im Jahr 2012 gestorben. Ihre Schwiegereltern meinten, sie sei schuld am Tod ihres Mannes, weil sie das 3. Kind mit nach Hause gebracht hätte. Sie habe damit das Unglück ins Haus gebracht. Nach der traditionellen Trauerfeier für den Vater des Kindes sagten die Schwiegereltern der Mutter, sie solle das Haus verlassen. Sie sollte eigentlich nur mit dem kleinsten Sohn weggehen, aber sie nahm alle drei Kinder mit und mietete in der Stadt eine Wohnung. Eines Tages kamen die Schwiegereltern und nahmen die zwei älteren Kinder einfach aus der Schule mit. Mit Hilfe ihrer Eltern konnte sie ihre Kinder wieder bekommen, doch ihre Schwiegereltern drohten ihr, sie würden ihr die Kinder erneut wegnehmen. Der Cousin ihres verstorbenen Mannes würde ihnen dabei helfen, denn er arbeite bei der Polizei. Sie beschloss daraufhin, das Land zu verlassen. Zunächst flog die Familie mit dem Flugzeug nach Moskau und von dort nach Weißrussland. Bis zur Grenze nach Polen fuhren sie dann mit dem Zug und von dort fuhren sie weiter in einem Auto nach Deutschland.
Mitte des Jahres jedoch holten sie mehrere Polizisten zwischen 3 und 4 Uhr morgens aus ihrem Zimmer in der deutschen Flüchtlingsunterkunft. Die Polizei klopfte laut an die Tür und die Polizisten sagten: „Zieht Euch an! Nehmt nur das, was ihr am dringendsten braucht!“ Alle hatten Angst und fingen an zu weinen. Die Polizei fuhr die Familie anschließend in einem Kleinbus weg. Sie waren allein; keine weiteren Personen waren in dem Bus. Zuerst wurden sie zur Ausländerbehörde - und dann zur polnischen Grenze gebracht. Dort wurden sie von der polnischen Polizei abgeholt. Die Kinder weinten unterwegs und mussten vor Angst erbrechen.

Aufgrund der schlechten Versorgung von Flüchtlingen in Polen ist die Familie auf eigene Faust wieder nach Deutschland gefahren. Hier sind sie auf sich allein gestellt und müssen alles selbst organisieren und bezahlen. Seitdem hat das Kind große Angst vor Polizisten. Wenn der Junge Polizisten sieht, rennt er schnell weg und versteckt sich (z.B. bei einem plötzlichen polizeilichen Besuch im Heim). Außerdem fragt er die Mutter fast jeden Abend, ob sie die Tür abgeschlossen hat. Trotzdem macht der Junge Fortschritte in der Psychotherapie!

Wenn er jetzt zur Therapiesitzung kommt, umarmt er mich kräftig zur Begrüßung und geht aufrecht zum Therapiezimmer. Er setzt sich gerne auf das große Sofa. Jedes Mal bestimmt er mit welchem Spielzeug er spielen möchte. Ab und zu erzählt er mir über seine schönen Erlebnisse in der „Arche-Noah“-Gruppe, die er nachmittags nach der Schule besucht. Er ist zu einem aufgeweckten Kind geworden und freut sich sehr auf die Schule.

Seit August 2017 gehören auch Ärztinnen zum Team des PSZ. Das Aufgabengebiet der Ärztinnen umfasst die Abklärung der medizinischen Behandlungsbedürftigkeit von KlientInnen, die Beratung und Aufklärung über Krankheitsbilder, -verlauf und -behandlung, das Verfassen von ärztlichen Stellungnahmen sowie die Kontaktaufnahme und Vermittlung in andere Fachrichtungen und Kliniken.

D. Folterüberlebende im PSZ Düsseldorf – erste Eindrücke aus ärztlicher Sicht

Anja Kruse

Einer der ärztlichen Tätigkeitsbereiche im PSZ Düsseldorf betrifft das Erkennen und die Dokumentation von Folterspuren. Hierbei kooperieren wir eng mit der rechtsmedizinischen Abteilung des Universitätsklinikums Düsseldorfs, mit der zusammen das PSZ auch im Mai 2017 die Tagung "Folter sehen" veranstaltete.

Fallbeispiel:
In den letzten Monaten stellte eine Kollegin den Kontakt zu einem 28-jährigen Klienten aus Afghanistan her, der während der psychotherapeutischen Sitzungen über massivste Folterungen berichtete. Die Untersuchung der Reflexe war nicht möglich, da sein Knie aufgrund der erlittenen Schläge bereits von außen sichtbar deformiert war. Hier muss durch bildgebende Verfahren der Zustand des Knieapparates untersucht werden, der Klient hat seit Monaten Schmerzen und kann nur sehr eingeschränkt gehen. Obwohl er mehrfach wegen einer Magenblutung stationär im Krankenhaus war, berichtet er, es habe sich bis heute noch niemand sein Knie angesehen.

Überlebende von Folter haben zwischenmenschliche Gewalt erlebt in erschreckendem Ausmaß und benötigen neben einer professionellen Vorbereitung der ärztlichen Untersuchung vor allem ein Sicherheit vermittelndes Untersuchungsumfeld und viel Zeit. In einigen Fällen waren an den Folterungen und Zwangsmaßnahmen auch Ärzte oder medizinisches Personal beteiligt, was eine besondere Sensibilität in der Herangehensweise erfordert.

Ein Großteil unserer KlientInnen sind Überlebende von Folter oder schweren Gewalterfahrungen im Herkunftsland. Auch auf dem Fluchtweg oder am Zielort erlebten sie oftmals Gewalt und Übergriffe. Die Folgen dieser Erlebnisse äußern sich körperlich wie auch seelisch in sehr variablen Erscheinungsformen. Viele Folterüberlebende leiden auch Jahre nach den Folterungen an chronischen Schmerzzuständen und körperlichen Einschränkungen. Häufig konnten sie aufgrund von Inhaftierung oder weiterer Verfolgung keine oder nur mangelhafte medizinische Hilfe in Anspruch nehmen, auch während der Flucht lebten sie meist unter sehr eingeschränkten hygienischen Bedingungen und ohne die Möglichkeit einer ausreichenden ärztlichen Versorgung. Im Vordergrund der beobachteten Symptome stehen hier neben (häufig orthopädischen) Funktionseinschränkungen vor allem Schmerzen sowie neurologische Beschwerden. Aber auch Probleme der Augen, Einschränkungen des Hörvermögens sowie beispielsweise die Entwicklung epileptischer Anfälle als Folge von Schlägen auf den

Kopf zählen zu den Symptomen unserer KlientInnen. Je nach angewendeter Foltermethode reichen die körperlichen Folgen auch bis zum Versagen von Organen.

Die medizinische Dokumentation durch ÄrztInnen kann einen Beitrag leisten, Folterüberlebenden eine Anerkennung ihres Leidens zu ermöglichen. Der international anerkannte UN-Standard hierfür ist das Istanbul-Protokoll. Das Istanbul-Protokoll ist ein Handbuch für die wirksame Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung und gilt als der interdisziplinäre Standard der Vereinten Nationen und des Weltärzteverbandes für die Begutachtung von „Personen, die den Vorwurf erheben, gefoltert oder misshandelt worden zu sein, für die Untersuchung von Fällen mutmaßlicher Folter und für die Meldung solcher Erkenntnisse an die Justiz und andere Ermittlungsbehörden“. Die angewendeten Foltermethoden und möglichen Gewalthandlungen sind so vielfältig und regional unterschiedlich, dass an dieser Stelle nur einige exemplarisch genannt werden können: Körperliche Gewaltanwendung wie Schläge oder andere Formen stumpfer Traumata, Stromstöße, Aufhängen des Körpers, Zwangspositionen, dentale Folter, Ersticken, Sexuelle Folter einschließlich Vergewaltigung, Schläge auf die Fußsohlen.
Die Intention von Folter ist oft weniger die Zuführung (dauerhaft sichtbarer) körperlicher Schäden, sondern das Erzeugen von Schmerzen und Erniedrigung. Dies ist auch ohne die Verursachung von physischen Schäden möglich.
Gerade die Anwendung systematischer Folter zielt vor allem darauf ab, möglichst "Unsichtbar" zu bleiben, indem sehr häufig Foltermethoden angewendet werden, die äußerlich zunächst keine eindeutigen Spuren hinterlassen. Hierzu zählt beispielsweise das Anbringen nasser Lappen auf dem Körper vor dem Schlagen, Schlafentzug, Hell- oder Dunkelhaft über Tage, Isolationshaft, Beibringen von Substanzen oder simuliertes Ertränken.

Abhängig von Art und auch Dauer der angewendeten Foltermethoden kann es zu sehr variablen Weichteil-, Haut-, Muskel- oder Knochenverletzungen kommen. Mithilfe moderner bildgebender Verfahren können oft auch minimale Veränderungen nachgewiesen werden.
Bei Knochenverletzungen können beispielsweise durch bildgebende Verfahren alte Frakturen nachgewiesen werden oder es können sich Hinweise auf Fehlstellungen ergeben, die auf eine mangelhafte Behandlung hinweisen.
Bei Folterphasen, die über 7 Tage angedauert haben, ist das Knochenszintigramm eine wirksame Methode zum Nachweis von Schädigungsmustern.
Aufgrund der unzureichenden Versorgung insbesondere von Klienten, die nur ein Anrecht auf die Versorgung akuter Schmerzzustände haben, sind diese oft kostenintensiven Untersuchungen sehr schwer zu organisieren.

Generell lässt sich sagen, dass die Gesundheitsversorgung von Geflüchteten nur unzureichend ist, die Zugangsmöglichkeiten sind vielerorts beschränkt. Gemäß Asylbewerberleistungsgesetz besteht in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts in Deutschland nur ein eingeschränkter Anspruch auf gesundheitliche Versorgung. Konkret bedeutet dies, dass nur akute Schmerzzustände behandelt werden sowie sonstige zur Genesung, zur Besserung oder zur Linderung von Krankheiten und Krankheitsfolgen erforderliche Leistungen gewährt werden. Dies ist nach Auffassung von Fachleuten unzureichend und führt oft zu medizinischer Unterversorgung.

Ein 50-jähriger Klient erfährt, dass nach ihm gesucht wird, nachdem er an Protesten gegen die Regierung teilgenommen hat. Er verlässt Frau und vier Kinder, um diese nicht zu gefährden und übernachtet bei wechselnden Freunden. Einige Wochen später wird sein Aufent-

haltsort entdeckt, er wird verhaftet und in ein Lager außerhalb der Stadt gebracht. Im Gespräch verstummt der Klient an dieser Stelle. Nach einiger Zeit sagt er, eigentlich wäre nichts Schlimmes passiert. Man hätte ihn gar nicht geschlagen. "Sie haben nur meinen Kopf unter Wasser getaucht. Immer und immer wieder. Später haben sie mich gezwungen, Kabel in meine Hände und meinen Mund zu nehmen. Ich dachte, meine Augen würden explodieren, als sie die Stromstöße anstellten."
Er berichtet, nach Worten ringend, wie er mitansehen musste, wie andere Häftlinge getötet wurden. In weiteren Gesprächen bittet er, noch etwas erzählen zu dürfen, was er bis jetzt noch niemandem erzählen konnte. Zitternd berichtet er von mehrfachen Vergewaltigungen durch das Gefängnispersonal. Er berichtet über seine Scham, seine Angst, danach kein richtiger Mann mehr zu sein. Er habe sich nicht wehren können, da ihm ein Messer an den Rücken gehalten wurde. In der Untersuchung zeigen sich fein säuberliche Schnittverletzungen am Rücken. Ansonsten sind die Verletzungen äußerlich spurenlos. Der Klient berichtet aber über Gefühllosigkeit und Schmerzen in Armen und Händen. Aus ärztlicher Sicht ist dies sehr typisch für die berichteten Folterungen mit Elektroschocks. Um die Verletzungen der Nerven zu dokumentieren, wäre eine zusätzliche neurologische Untersuchung der Nervenleitgeschwindigkeit notwendig. Ein Standard bei Kassenpatienten, der Klient bekommt jedoch nur Krankenscheine vom Sozialamt für Schmerzzustände, die akut aufgetreten sind.

Allein aus diesen Beispielen wird deutlich, dass die Barriere für Geflüchtete in der regulären Gesundheitsversorgung nach wie vor sehr hoch ist und eine der Herausforderungen bei der Untersuchung und Begutachtung von möglichen Folteropfern darin besteht, die individuellen Folgen für den Klienten sowie eine umfassende Begutachtung und Therapie interdisziplinär zu bewältigen. Hier ist noch viel zu tun!

E. Somatoforme Beschwerden bei Geflüchteten – erste Eindrücke aus ärztlicher Sicht

Angela Eisler

In den ersten körperlich/medizinischen Untersuchungen in Ergänzung zu den psychologischen Stellungnahmen machten sich verschiedene Schwierigkeiten bemerkbar. Insgesamt scheint es so, dass es zu Verschiebungen zwischen psychischen und körperlichen Beschwerden kommt, das heißt, ein Patient, der zuvor an starken psychischen Beschwerden litt, kann im weiteren Verlauf scheinbar über eine Verbesserung der psychischen Symptomatik berichten, bei weiteren Nachfragen zeigt sich dann aber, dass mit der Verbesserung der psychischen Symptomatik eine Zunahme von körperlichen Symptomen stattfindet. Auch in umgekehrter Weise können solche Verschiebungen stattfinden. An körperlichen Symptomen treten insbesondere Schmerzsyndrome und vegetative Beschwerden, z. B. Schlafstörungen und Magen-Darm-Symptome, verbunden mit Veränderungen von Appetit und Trinkverhalten, vermehrt auf.

Wie sind diese Beobachtungen nun zu verstehen und was können sie für unsere Arbeit mit geflüchteten Menschen bedeuten?
In dem noch recht jungen Fachgebiet der Psychosomatik werden genau diese Phänomene erforscht. Interaktionen zwischen unserem Körper und unserer Seele beherrschen unser tagtägliches Leben, was jeder bei sich selber feststellen kann, z. B. wenn der Puls bei Aufregung ansteigt. Untersuchungen zeigen, dass Menschen, die gehäuften Situationen ausgesetzt sind, die eine ständige erhöhte Reaktionsbereitschaft erfordern, was z. B. einer Flucht entspricht, in späteren, für andere scheinbar normalen Situationen, immer noch in dieser erhöhten Reaktionsbereitschaft verharren. Das Verharren hat Auswirkungen auf das vegetative Nervensystem, das heißt, dass diese Menschen sich quasi immer in Bereitschaft zu Angriff oder Verteidigung befinden. Die dauerhaften Anspannungen führen zwangsläufig zu körperlichen Dysfunktionen und damit verbunden zu Schädigungen:
So kann es z. B. zu Bluthochdruck kommen, zu schweren Magenschleimhautentzündungen, Schlafstörungen und Atembeschwerden. Häufig stellen sich Patienten dann mit diesen körperlichen Beschwerden in den entsprechenden Arztpraxen vor und werden dann meist medikamentös behandelt.

Untersuchungen haben gezeigt, dass z.B. das Gefühl der Hoffnungslosigkeit zu einer Verschlechterung des Immunsystems führen kann und damit verbunden zu gehäuften Infektionen. Dies kann zu einer vermehrten Verordnung von Antibiotika führen.
Durch dauerhafte Muskelanspannungen treten vermehrt Rückenschmerzen und andere Schmerzsyndrome auf. Oftmals treten starke Kopfschmerzen auf, die entweder durch gefäßbedingte oder auch muskuläre Anspannungen ausgelöst werden können. Hier findet meistens eine medikamentöse Behandlung mit Schmerzmitteln statt.
Manche unserer Patienten versuchen sich zu helfen, indem sie zu Cannabis oder ähnlichen Drogen greifen, um endlich in einen entspannten Zustand zurückfinden zu können.

Fallbeispiel:
Eine Frau aus dem Kosovo schilderte in der ärztlichen Exploration Albträume verbunden mit schweren Schlafstörungen, intensive psychosomatische Belastungen wie Kopfschmerzen,

Übelkeit, Brustschmerzen, trockener Husten, Luftnot und Taubheitsgefühle insbesondere bei Konfrontation mit traumaassoziierten Reizen/Situationen. In der Exploration selber ist die Frau durch Konfrontation mit stark belastenden Erinnerungen und Annahmen bezüglich der ihr drohenden Zukunft in einen dissoziativen Zustand geraten. Sie zeigte deutlich sichtbare vegetative Symptome wie Schwitzen und zusätzliche körperliche Anspannung, verbunden mit einer Veränderung der Atmung. Die von der Frau vorgebrachten Schmerzsymptome wurden zuvor durch den "Deutschen Schmerzfragebogen" abgefragt. Durch willentliche Steuerung schien eine Schmerzveränderung nicht möglich. Die Schmerzintensität in den letzten Monaten wurde von ihr als ansteigend erlebt. Eine Steigerung der Schmerzmitteleinnahme bei Zunahme der Kopfschmerzen in den letzten 2 Monaten war zu verzeichnen. Durch die Steigerung der Schmerzmitteldosis war zu vermuten, dass ein medikamentenbedingter Kopfschmerz eingetreten war, eventuell verbunden mit einer schmerzmittelbedingten psychischen Abhängigkeit. Die geklagten Beschwerden bzgl. des Magens mit Schmerzen und Sodbrennen könnten ebenfalls auf eine schmerzmittelbedingte Ursache zurückzuführen sein. Die Frau schilderte zudem Veränderungen in Bezug auf ihre Menstruation, die einer sogenannten „Abwehrblutung" entsprechen konnten. Abwehrblutungen treten häufig bei Frauen auf, die sexuelle Gewalt erleben mussten. Diese werden über die vegetative nervöse Bahn vasomotorisch ausgelöst und können aufgrund einer Abwehr bzw. Ablehnung der Lebenssituation auftreten. Die Schmerzerkrankung bestimmte den Alltag und verursachte eine schwere Beeinträchtigung im Zusammenleben mit Mann und Kindern.

In der Ausdrucksweise der körperlichen Beschwerden können Rückschlüsse auf psychische Vorgänge vorgenommen werden. Dabei sind gut ausgebildete Sprachvermittler wichtig, da diese in der Lage sein müssen, das von den Patienten in ihrer Sprachäußerung über die körperlichen Beschwerden mitschwingende Gefühl in die andere Sprache zu transportieren. Dies stellt oft auch ein Hindernis einer adäquaten Therapie bei niedergelassenen ärztlichen Kollegen dar, da sie entweder nicht über die entsprechenden sprachlichen und kulturellen Kenntnisse verfügen oder sich zeitlich nicht ausreichend einem geflüchteten Menschen widmen können. Dies führt zu Missverständnissen und Misstrauen und kann schon bestehende Symptomatiken verschlimmern.
Im Rahmen der hier untersuchten Geflüchteten sind die oben aufgeführten Zusammenhänge immer wieder deutlich geworden. Die Erkrankten stehen unter großem Druck, funktionieren zu müssen und zu wollen, und andererseits brauchen sie Zuwendung und Entängstigung bezüglich ihrer körperlichen Symptomatiken. Durch entsprechende Aufklärung und Strukturierung in den Behandlungsabläufen können diese Ängste in gewissen Maßen für die Betroffenen beherrschbar werden.

F. Düsseldorfer Erklärung

Eva van Keuk, Veronika Wolf

Während des Abschlussplenums der Fachtagung „Folteropfer sehen – Versorgungspfade bahnen“ (10./11.3.2017) wurden konkrete Forderungen formuliert, die als Grundlage der Düsseldorfer Erklärung dienten. Die ausführliche Version ist zu lesen unter: Van Keuk et al (2017) Düsseldorfer Erklärung, Rechtsmedizin 27; 263-265, Springer Verlag. Die Fachtagung wurde u.a. mit ReferentInnen aus Berlin, Istanbul, Kopenhagen und London vom PSZ Düsseldorf, dem Institut für Rechtsmedizin Düsseldorf und dem Zentrum für Psychotraumatologie des Alexianer Krankenhauses in Krefeld in den Räumen des UKD durchgeführt (http://www.uniklinik-duesseldorf.de/folteropfer-sehen).

Düsseldorfer Erklärung:

Folteropfer interdisziplinär erkennen, begutachten, behandeln und schützen!

Präambel

Die deutsche Verfassung, die Europäische Menschenrechtskonvention, die EU-Grundrechtecharta wie auch die UN-Anti-Folter-Konvention verbieten Folter und grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung. Der deutsche Staat ist in der Pflicht, dieses Folterverbot durchzusetzen.

Viele Herkunftsländer von Geflüchteten sind zugleich Länder, in denen Folter und Misshandlungen gängige Praxis sind. Unter den Flüchtlingen befindet sich demnach auch eine hohe Anzahl von Folteropfern. Nichtsdestotrotz sind im deutschsprachigen Raum die internationalen Standards zur Diagnostik und Therapie von Folteropfern wenig bekannt und unzureichend strukturell verankert.

Eine gezielte, flächendeckende Früherkennung von vulnerablen Geflüchteten findet, ebenso wie die Vermittlung in die erforderliche Behandlung, weiterhin regelhaft nicht statt.

Während der Anhörung und in verwaltungsgerichtlichen Verfahren wird oftmals nicht auf vorhandene Expertise zur Sachverhaltsaufklärung zurückgegriffen. So werden Folteropfer häufig nicht als solche erkannt. Auch in Bezug auf die Versorgung dieser besonders vulnerablen Gruppe ergeben sich eklatante Mängel.

Die „Düsseldorfer Erklärung“ entstand auf der Grundlage des Abschlussplenums der Fachtagung „Folteropfer sehen – Versorgungspfade bahnen“ am 11. März 2017 in Düsseldorf. Bei der hier veröffentlichen Version handelt es sich um eine gekürzte Fassung. Die lange Fassung wurde in der Fachzeitschrift „Rechtsmedizin“ publiziert (https://link.springer.com/article/10.1007/s00194-017-0178-6, vgl. Link auf der Homepage: http://www.uniklinik-duesseldorf.de/folteropfer-sehen). Folgende Feststellungen und Empfehlungen wurden durch das interdisziplinär zusammengesetzte Plenum formuliert:

Dokumentation und Begutachtung körperlicher *und* psychischer Folgen von Folter als Chance der objektivierbaren Sachverhaltsklärung

Wir stellen fest:

- Dokumentation und Begutachtung körperlicher und psychischer Folgen von Folter sind im Rahmen einer objektivierbaren Sachverhaltsklärung zur Prüfung der Plausibilität von Angaben zu erlebten Gewalthandlungen von großer Bedeutung.

- Die Indikation für eine qualifizierte ärztliche (möglichst durch Rechtsmediziner/innen) sowie psychotraumatologische Dokumentation und Begutachtung von Folterfolgen sollte großzügig gestellt werden.
- Die Interpretation der medizinisch erhobenen Befunde erfordert die sensible Erhebung einer Anamnese. Eine qualifizierte Sprachmittlung ist notwendig.
- Die sachgerechte Beurteilung der psychischen Symptomatik bei Vortrag von Folter erfordert psychotraumatologische und transkulturelle Expertise sowie ebenfalls den Einsatz professioneller SprachmittlerInnen.
- Abhängig von den angewandten Foltermethoden können körperliche Befunde unspezifisch sein oder fehlen. Psychische Folgen der Folter können die (rechts)medizinische Abklärung im Einzelfall behindern. Eine interdisziplinäre Sicht ist erforderlich.
- Derzeit werden weder durch das BAMF, noch durch die Verwaltungsgerichte Gutachtenaufträge in nennenswertem Umfang erteilt.

Wir empfehlen…

- *… flächendeckende Strukturen für die Identifikation sowie eine qualifizierte Dokumentation und Begutachtung von Folteropfern aufzubauen.*
- *… die Indikation für die Beauftragung von Gutachten im Sinne einer umfassenden Sachverhaltsklärung großzügig zu stellen.*
- *… die vorliegenden Standards zur Begutachtung von psychotraumatisierten Menschen www.sbpm.de (Curriculum der Bundesärztekammer) sowie die Leitlinien des Istanbul Protokolls (UN Dokument) einzuhalten.*
- *… auf einen sensiblen Umgang mit den Betroffenen zu achten, um Komplikationen im weiteren klinischen Verlauf zu vermeiden.*
- *… die psychotraumatologische Abklärung als grundsätzlichen Bestandteil einer umfassenden Begutachtung von Folterspuren zu etablieren.*
- *… die Begutachtung von Folteropfern grundsätzlich interdisziplinär durchzuführen.*
- *… dringend die Frage der Kostenübernahme für Begutachtung und Sprachmittlung zu klären.*

Bahnung von Behandlungspfaden für Folteropfer

Wir stellen fest:

- Foltererfahrungen korrelieren in hohem Ausmaß mit Traumafolgestörungen. Traumafolgestörungen treten teils erst nach monate- bis jahrelanger Latenzzeit symptomatisch in Erscheinung.
- Folterüberlebende stoßen auf gravierende Barrieren in der Gesundheitsversorgung, u.a. Sprachbarrieren, ungeklärte Kostenübernahme und fehlende Expertise bei klinischen ExpertInnen.
- Im ländlichen Raum ist die Gesundheitsversorgung in der Regel um ein Vielfaches schlechter als in strukturstarken Gebieten, beispielsweise in Ballungsräumen.
- Hoher bürokratischer Aufwand für BehandlerInnen und unrealistische Eingangsvoraussetzungen für die Behandlung geflüchteter PatientInnen stellen Hindernisse dar.

Wir empfehlen…

- *… eine flächendeckende Finanzierung von qualifiziertem Sprachmittlereinsatz für die Behandlung von Folteropfern zu gewährleisten.*

- *… für eine ausreichende und längerfristige Finanzierung der spezialisierten Behandlungseinrichtungen für Flüchtlinge und Folteropfer zu sorgen.*
- *… in der Regelversorgung gezielte Anreize für die Versorgung geflüchteter Folteropfer zu schaffen.*
- *… zusätzliche Behandlungskapazitäten für sprachkompetente BehandlerInnen zu schaffen.*
- *… niedrigschwellige Versorgungsangebote und Lotsen für Folteropfer im Gesundheitswesen als zusätzliche Angebote zu etablieren.*

Qualifizierung gewährleisten!

Wir stellen fest:

- Eine ausreichende Qualifikation von GutachterInnen, DolmetscherInnen, MedizinerInnen und PsychologInnen ist unabdingbar.
- Aufdeckende Befragungen von Folterüberlebenden ohne entsprechende Kompetenzen der InterviewerInnen bergen gesundheitliche Risiken für die Betroffenen.
- Behörden erlassen Regeln für klinische Bescheinigungen, die von der Regelversorgung ohne Vergütung nicht geleistet werden können. Für bezahlte Gutachtenaufträge erstellte Gütekriterien werden eingesetzt, um kurze Bescheinigungen aus der klinischen Behandlung als nicht relevant abzulehnen.
- Viele KlinikerInnen sind von der Komplexität der Anliegen von Folterüberlebenden und von dem asylrechtlichen Rahmen überfordert. Die Behandlung sowie die Ausstellung von Bescheinigungen bei laufender Behandlung werden oft abgelehnt.

Wir empfehlen…

- *... nur GutachterInnen, DolmetscherInnen, MedizinerInnen und PsychologInnen beizuziehen, welche über eine einschlägige Qualifikation verfügen.*
- *… grundlegende Kenntnisse zur Versorgung von Folteropfern sowie zu Dokumentation und Begutachtung nach dem Istanbul-Protokoll - wo einschlägig - zum Bestandteil von Aus- und Fortbildung zu machen.*
- *… die Mitarbeiter/innen des BAMF (Entscheider/innen) sowie auch Verwaltungsrichter/innen mit Blick auf die Sachverhaltsaufklärung bei stattgehabter Folter zu sensibilisieren und zu schulen.*
- *... professionelle Akteure in der Arbeit mit SprachmittlerInnen fortzubilden und den Erwerb transkultureller Kompetenz einzufordern.*

Netzwerke als Voraussetzung für eine adäquate Versorgung von Folterüberlebenden

Wir stellen fest:

- Eine adäquate Versorgung von Folterüberlebenden ist nur in interdisziplinären Netzwerken möglich, welche bislang nur im Ansatz und lokal auf Initiative engagierter AkteurInnen existieren.
- Enge regionale Zusammenarbeiten zwischen spezialisierten Institutionen, traumaspezifischen Angeboten der Regelversorgung, kommunalen Strukturen und rechtsmedizinischen Instituten ist wichtig, aber bislang nur vereinzelt etabliert.

Wir empfehlen…

- *… Schnittstellen in der Erkennung und Versorgung von Folteropfern genau zu definieren.*
- *… den Aufbau regionaler Netzwerke zu fordern und zu fördern.*

G. in2balance – Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung

Veronika Wolf

Im November 2017 endete das Modellprojekt „in2balance – Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung“, das wir im September 2016 begonnen hatten, mit einer feierlichen Abschlussveranstaltung in der Ärztekammer Nordrhein.

Was wollte das Projekt erreichen? Nicht alle Geflüchteten sind schwer traumatisiert – aber sehr viele sind belastet. Mit einem niedrigschwelligen Angebot sollen Geflüchtete in ihren Sprachen von qualifizierten Landsleuten angesprochen und beraten werden – damit sie in ihrer psychischen Gesundheit möglichst frühzeitig stabilisiert werden und bestenfalls psychische Erkrankungen präventiv verhindert werden.

Wer trägt und finanzierte das Projekt? Das Projekt wurde vom Ministerium für Arbeit, Gesundheit und Soziales (ehemals Ministerium für Gesundheit, Emanzipation, Pflege und Altern) finanziert. Bei der Konzeption des Projekts und der Durchführung der Schulungen der Laienhelferinnen und Laienhelfer haben das Institut für Qualität im Gesundheitswesen der Ärztekammer Nordrhein und der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein maßgeblich mitgewirkt. Die Koordination und Durchführung des Projekts erfolgte durch das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge (PSZ) Düsseldorf.

Wer sind die LaienhelferInnen? Im Rahmen des Projektes waren 18 Laienhelfer/-innen, die flüchtlingsrelevante Sprachen sprechen, von Dezember 2016 bis November 2017 durchschnittlich ca. 400 Stunden pro Monat in 12 Flüchtlingsunterkünften im Raum Düsseldorf sowie in einem Welcome-Point tätig. Die Laienhelfer/-innen unterstützten gering bis mittelgradig belastete Geflüchtete, damit sich diese psychisch stabilisieren können. Die Laienhelfer/-innen führten in den Unterkünften bzw. im Welcome-Point bedarfsorientiert Sprechstunden, Einzelgespräche, niederschwellige allgemeine Gruppenangebote (z. B. Infoveranstaltungen) sowie edukative und ressourcenaktivierende Kleingruppen durch. Es handelte sich um eine bezahlte Honorartätigkeit. Die Laienhelferinnen und Laienhelfer wurden qualifiziert

und durch zwei psychotherapeutisch erfahrene Fachkräfte im PSZ (die Koordinatorinnen) sowie 14- tägige Gruppensupervision bei ihrer Arbeit unterstützt.

Was sind die Erkenntnisse aus dem Modellprojekt? Das aufsuchende Angebot der Laienhelfer/-innen wurde in den Unterkünften gut angenommen. Im Verlauf des Projekts wurde deutlich, dass auch die hoch belastete Geflüchtete zusätzliche Unterstützung vor Ort benötigen – ursprünglich war das Projekt ja für gering bis mittelgradig belastete Geflüchtete konzipiert und eher präventiv ausgerichtet. In Rücksprache mit den psychotherapeutisch erfahrenen Fachkräften im PSZ unterstützten die Laienhelfer/-innen auch einige hoch belastete Geflüchtete durch eine Erkennung des Bedarfes sowie eine anschließende Vermittlung in Regelversorgungsangebote. Ziel hierbei war es, mittels frühzeitiger Vermittlung schwere psychische Krisen bei Geflüchteten zu verkürzen und Chronifizierungen vorzubeugen.

War das Projekt erfolgreich? Seitens der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter in den Unterkünften wurde vielfach rückgemeldet, dass die Geflüchteten durch das Laienhelferprojekt entlastet würden und dass sich das Projekt auch positiv auf die Atmosphäre in den Unterkünften auswirke. Diese Einschätzung zeigte sich auch in der Projektevaluation. Eine Befragung der Bewohner/-innen der Unterkünfte ergab, dass eine hohe psychische Belastung besteht, der Bedarf also hoch ist und das Projekt von den Klient/-innen der Laienhelfer/-innen mehrheitlich als hilfreich wahrgenommen wird.

Der niederschwellige Ansatz durch mehrsprachige, qualifizierte und bei ihrer praktischen Tätigkeit eng fachlich begleitete und supervidierte Laienhelfer/-innen ist nach bisherigem Erkenntnisstand ein effizientes, ergänzendes Angebot zur Versorgung der Zielgruppe.

Wie geht es weiter? Auch nach Abschluss des vom Land geförderten Modellprojektes besteht der Bedarf zu einer niederschwelligen Arbeit mit gering belasteten Geflüchteten sowie zur Begleitung während einer professionellen Behandlung von hoch belasteten Geflüchteten fort.

Eine Dokumentation der Abschlussveranstaltung und weitere Informationen finden Sie auf der Projektwebsite sowie im Rheinischen Ärzteblatt:

- http://www.laienhelferprojekt-nrw.de/
- https://www.aekno.de/page.asp?pageId=15926&noredir=True
- https://www.aekno.de/page.asp?pageID=17372&noredir=True

Im Folgenden finden Sie die Statements von dem Laienhelfer Mohamad Alaa Aldin Hilal und der Laienhelferin Olande Byamungu, die bei der Abschlussveranstaltung vorgetragen wurden und die eindrücklich ihre Erfahrungen mit dem Projekt schildern.

Erfahrungsbericht eines Laienhelfers aus dem in2balance-Projekt

Ansprache von Mohamad Alaa Aldin Hilal anlässlich der Abschlussveranstaltung des in2balance-Laienhelferprojektes am 21.11.2017 in der Ärztekammer Nordrhein

Sehr geehrte Damen und Herren,

ich möchte mich zuerst bedanken, dass ich diese Gelegenheit haben kann, um Ihnen über das Projekt zu berichten und von einigen Geschichten zu erzählen.

Ich möchte Ihnen erst über meine eigenen Erfahrungen in Deutschland als Asylbewerber berichten, als ich vor zwei Jahren hier ankam, und wie ich mich als Neuankömmling in einem ganz neuen Land fühlte. Ich war allein und fremd in einer Flüchtlingsunterkunft unter fremden Menschen verschiedener Nationalitäten. Alles war mir ganz neu und fremd, die Umgebung, die Sprache und die Mentalität der Menschen.

All diese Umstände sind mir schwergefallen. Ich benötigte Hilfe oder irgendjemanden, mit dem ich über meine Schwierigkeiten hätte reden können. Im Laufe der Zeit wurde ich belastet und gestresst.

Aus diesem Grund finde ich so ein Projekt wie "in2balance" sehr wertvoll und nützlich, um geflüchtete Menschen zu unterstützen und Ihnen dabei zu helfen, ihre schwierigen Phasen hier zu überstehen, bis sie sich niederlassen können. Manche sind mit schwierigen oder schrecklichen Erinnerungen aus ihrer Vergangenheit hergekommen oder sie haben brenzlige Momente während der Flucht erlebt. Deswegen ist die Hilfe sehr nötig.

Ich würde gerne ein Beispiel davon erzählen, nämlich von einer Frau, einer Mutter, die aus Syrien als Familiennachzug zu ihrem minderjährigen Sohn nach Deutschland gekommen ist. Die Mutter ist Witwe und ist für ihr einziges Kind nach langer Wartezeit nach Deutschland gekommen und wollte es hier unterstützen.

Anders als sie gedacht hat, musste sie getrennt von ihrem Sohn mit drei fremden Frauen in einem Zimmer wohnen, weil er vom Jugendamt in einem Internat untergebracht wurde. Das hat sie zusätzlich psychisch belastet nach der langen Trennung und der Ungewissheit, ob und wann sie mit ihrem Sohn wieder zusammenleben könne.

Als ich sie kennenlernte, merkte ich sofort, dass sie einsam, hilflos und desorientiert ist. Nach regelmäßigen Gesprächen, Entspannungsübungen und mit viel Unterstützung veränderte sich von Mal zu Mal ihr Zustand.

Es fiel ihr immer leichter, sich an ihre Umgebung und die ungewohnte Situation anzupassen. Sie hat gerne gemeinsam mit den anderen Bewohnern gekocht und sich engagiert. Es hat mich sehr gefreut, wie sie sich durch unsere Zusammenarbeit mit Hilfe des Projektes positiv entwickelt hat. Sie wohnt übrigens mittlerweile mit Ihrem Sohn zusammen und besucht einen Deutschkurs.

Ich würde sagen, ich habe persönlich vieles von dem Projekt durch unsere vielfältigen Aufgaben als Laienhelfer und Laienhelferinnen gelernt. Wir sollten mit sehr unterschiedlichen Charakteren von Menschen umgehen, aber das war für mich doch sehr positiv.

Meine Persönlichkeit wurde bereichert und ich konnte einige eigene Eigenschaften weiterentwickeln. Meine Kommunikationsfähigkeiten wurden stärker und professionell. Ich habe gelernt, wie ich Geduld haben und gut zuhören kann. Ich wurde selbstbewusster und mutiger im Zugehen auf Menschen.

Ein wichtiger Aspekt hat sich bemerkbar gemacht: dass hinter jeder Tat eines Menschen ein Grund oder eine Ursache steckt. Es können Gefühle, Emotionen oder Erinnerungen sein, die das Verhalten der Menschen prägen.
Als Neuankömmling in diesem Land habe ich eigentlich nicht erwartet, dass ich irgendwann diese Gelegenheit hätte, verschiedene staatliche Einrichtungen besuchen zu können. Ich habe die Ärztekammer, das LVR-Klinikum, das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf und noch viel mehr kennengelernt.

Ich muss ganz ehrlich sagen, während des Projekts hatten wir als Laienhelfer und Laienhelferinnen viele Schwierigkeiten. Wir mussten mit Menschen umgehen, die unterschiedliche Mentalitäten und Charaktere haben sowie aus verschiedenen Ländern und Kulturen kommen, welche manchmal nicht so weltoffen sind wie hier in Europa.

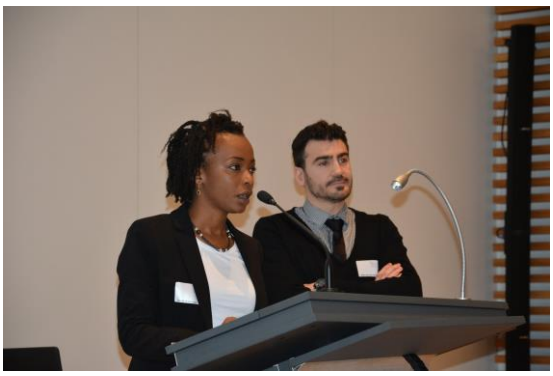
Deshalb war es für uns sehr schwer, diese Menschen innerlich zu erreichen und ihre Belastungen zu erkennen. Wir haben am Anfang immer versucht, ihr Vertrauen zu verdienen und enge Beziehung zu ihnen aufzubauen, damit sie sich uns gegenüber ohne Sorgen äußern konnten und uns erzählten, was ihnen weh tut.

Gleichzeitig mussten wir jedoch auf uns aufpassen, weil wir von den Bewohnern viele traurige Geschichten sowie schreckliche Erinnerungen und Erlebnisse aus ihrer Vergangenheit gehört haben. Hier war es sehr entscheidend, uns davor emotional zu schützen und zu isolieren und keinen negativen Einfluss zuzulassen.
Dabei hatten wir große Unterstützung von den Leiterinnen des Projekts. Wir haben immer mit ihnen die Fälle besprochen und Anleitungen bekommen, wie wir am besten mit dem jeweiligen Fall umgehen sollten. Gleichzeitig konnten wir unsere eigenen Schwierigkeiten aus der Arbeit mit ihnen in Einzelgesprächen besprechen. Außerdem hatten wir alle zwei Wochen Supervision, in der wir alles äußern und den Kopf davon frei machen konnten.

Zum Schluss möchte ich noch sagen, dass es mich immer sehr glücklich gemacht hat, wenn ich die Freude der Menschen gespürt habe, denen wir durch unsere Rolle in diesem Projekt geholfen haben, und ich werde immer stolz darauf sein, dass ich ein Teil des Projektes war.

Vielen Dank!

Interview mit Olande Byamungu, Laienhelferin im in2balance-Laienhelferprojekt



Was hat dir bei deiner Arbeit als Laienhelferin gefallen?

Zuerst war es schwierig, nach der Schulung meine Rolle als Laienhelferin zu finden. Erst während der Praxis habe ich gemerkt, dass ich als Laienhelferin wirklich helfen kann.

Es gibt viele kleine Stresssituationen, aber die Klienten empfinden das als großen Stress und als ein großes Problem, weil sie vieles in Deutschland nicht verstehen. Eine kleine Stresssituation wird dann zu großem Stress, der sie in schwierige Situationen bringen oder auch gesundheitliche Probleme verursachen kann. Zum Beispiel ist manchmal jemand krank und er weiß nicht, dass er zum Arzt gehen kann. Wenn ich ihm aber erkläre, wie und wohin er zum Arzt gehen soll, dann macht er es und es geht ihm besser.

Oder es gibt Probleme im Zusammenleben. Zum Beispiel gab es in einer Unterkunft ein Problem, weil acht junge Männer in einem zu kleinen Raum wohnten. Es gab Ärger, weil der eine nicht putzte, laut war, viel Platz im Kühlschrank einnahm, das Essen so lange im Kühlschrank ließ, bis es schlecht war usw. Da habe ich als Laienhelferin konkrete und einfache Lösungen gesucht, z.B. haben wir den Kühlschrank aufgeteilt, Regeln aufgestellt, wer wann putzen muss. Oder ich habe gesagt, ab wieviel Uhr man nicht mehr telefonieren darf, damit die anderen lernen oder schlafen können. Das hat geklappt. Sie haben auf Anhieb die Regeln eingehalten, respektiert und verstanden, dass in Deutschland viel mit Regeln läuft.

Ich mache etwas Kleines und es tut mir gut, wenn mein Klient mir dann das Feedback gibt, dass es ihm besser gehe, er etwas besser verstehe.

Es ist auch schön, wenn einer zu mir kommt und ich frage: „Woher kennst du das LH-Projekt?“ und er sagt, ein Freund habe ihm davon erzählt und ich habe letzterem geholfen. Deswegen sei auch er zu mir gekommen. Das tut gut, wenn die Information von Flüchtling zu Flüchtling weitergetragen wird.

Was waren die Herausforderungen?

Manchmal geht man zur Arbeit und weiß nicht, was man vorfindet. Du hast mit dem Klienten besprochen, dass du kommst und mit ihm über Stress sprechen willst, und kannst dich zuhause darauf vorbereiten. Dann bist du da und der Klient sagt, dass er Bauchschmerzen hat und zum Arzt gehen will. Er will, dass du mitkommst, dass du alles machst, was er braucht, du bist die erste Hilfe für ihn. Er versteht nicht, dass du Laienhelfer bist und nicht Dolmetscher oder eben auch nicht Freundin.

Eine andere Herausforderung ist: Du planst Schritt für Schritt, was du mit deinem Klienten besprechen willst, aber es kann sein, dass du zu ihm kommst und er ist weg. Vielleicht in einer anderen Unterkunft, aber du weißt nicht, wohin er ist und du kannst deinen Klienten nicht finden. Es kann sogar sein, dass er abgeschoben wurde und weg ist - und du weißt es nicht.

Was hast du für dich gelernt?

Ich habe für mich viel gelernt, denn ich bin Ausländerin, und durch die Schulungen und Erfahrungen bekomme ich auch viele für mich selbst nützliche Informationen, z.B. über ver-

schiedene Beratungsstellen oder über die Rechte von Frauen und Kindern in Deutschland. Auch tut es mir gut, Anerkennung zu bekommen und Geld verdienen zu können.
Viele Klienten haben gesagt: „Bevor ich dich getroffen habe, waren meine Augen zu, aber seitdem du kommst, kann ich sehen.“ Meine Arbeit gibt Hoffnung. Das haben schon viele Klienten gesagt und das tut gut. Das Wissen, etwas Sinnvolles zu tun, tut gut.

„Jetzt sind meine Augen auf“. Das hat auch Herr K. gesagt. Mit ihm habe ich viele Erfahrungen gesammelt. Als ich ihn traf, sagte er selbst: „Die Zeit hat stillgestanden, nichts ging mehr für ihn“. Er lebte ganz still und zurückgezogen in seiner Unterkunft. Die Security sagte mir, da gäbe es jemand, der sehe komisch aus. Ich habe dann mit der Security bei ihm geklopft und da ich seine Sprache beherrschte, wollte er mir ein paar Fragen stellen. So haben wir gesprochen und er fragte mich, was die Gesundheitskarte ist. Er ist mit mir ins Büro gekommen und ich habe ihm mehr über die Laienhelfer erzählt, und wozu ich da war. Ich war die erste Person, die ihm in seiner Sprache etwas erklären konnte und seine Fragen beantwortete.

Seine Geschichte zu erzählen war für ihn nicht einfach: Herr K. wurde in Libyen heftig gefoltert. Als er im Büro angefangen hat mit erzählen, begann er zu schwitzen und er wollte mir all seine Narben zeigen. Dann habe ich ihn beruhigt und stabilisiert und habe versucht, ihm zu erklären, dass er Hilfe braucht. Nach zwei Tagen habe ich ihn wieder besucht und er hat wieder über seine Geschichte gesprochen. Das war für mich selber nicht einfach, weil er sehr unruhig war - und sein Körper veranschaulichte, dass er sehr schlimme Sachen erlebt hatte. Ich habe ihn dann wieder stabilisiert und mit meiner Koordinatorin gesprochen. Die ist dann mit in die Unterkunft gekommen und hat mit Herrn K. gesprochen. Sie hat einen Termin in der Rechtsmedizin für ihn gemacht und ich habe ihn begleitet, um ihn auch da zu beruhigen und zu stabilisieren. Er hat danach schnell einen Therapieplatz im PSZ bekommen. Ich habe ihn weiter regelmäßig gesehen - es war ihm ganz wichtig, weiter Kontakt mit mir zu haben. Zwischen den Besuchen habe ich auch viel mit ihm telefoniert, um ihn zu beruhigen.

H. DÜSSEL-NETZ für schutzbedürftige Flüchtlinge

Barbara Eßer

Flüchtlinge, die als Opfer von Gewalt oder wegen psychischer Erkrankung besonders schutzbedürftig sind, sollen frühzeitig erkannt werden. Dabei kooperiert DÜSSEL-NETZ mit städtischen Unterkünften und betreuenden Wohlfahrtsverbänden, mit Flüchtlingsberatungsstellen und Ehrenamtlichen. Die schutzbedürftigen Flüchtlinge in Düsseldorf sollen Beratung bekommen und an geeignete Stellen vermittelt, in Einzelfällen auch im Projekt therapeutisch weiterbegleitet werden. Dafür kooperiert DÜSSEL-NETZ mit psychologischen Beratungsstellen, Kliniken, PsychotherapeutInnen und ÄrztInnen.

Das Projekt „DÜSSEL-NETZ“ richtet sich an schutzbedürftige Flüchtlinge, vor allem an Opfer schwerer Gewalt und / oder psychisch erkrankte Menschen, die als AsylbewerberInnen in Düsseldorf leben. Nach der EU-Aufnahmerichtlinie haben sie einen Anspruch darauf, dass ihr Schutzbedarf erkannt und im Laufe ihres Asylverfahrens bei Entscheidungen berücksichtigt wird. Für Gewaltopfer sieht die Aufnahmerichtlinie explizit das Recht auf angemessene medizinische bzw. psychologische Versorgung vor.

Projektteam

Um dieses Anliegen für Düsseldorfer Flüchtlinge umzusetzen, fördert die Stadt Düsseldorf das Projekt DÜSSEL-NETZ, das am 1.August 2016 zunächst für ein Jahr begann. Im Projekt sind insgesamt zwei Personalstellen beschäftigt:

- eine Sozialarbeiterin B.A. afghanischer Herkunft mit Dari als Muttersprache, mit Erfahrungen in der Arbeit mit Opfern von Menschenhandel und mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen, auf einer Vollzeitstelle
- ein Diplom-Psychologe in Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten deutsch-russisch-ukrainischer Herkunft, geboren in Kasachstan, mit Russisch als Muttersprache, und mit Erfahrungen in der Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen, in der Psychiatrie und Psychotherapie, Sozialpsychiatrie und berufsbezogener Eignungs- und Testdiagnostik, auf einer 30-Stunden-Stelle
- Eine Psychologin M.A., PH.D., Psychotherapie HPG ägyptischer Herkunft mit Arabisch als Muttersprache, mit Erfahrungen in Psychiatrie, Suchtarbeit und in der The-

rapie mit Flüchtlingen, auf einer 9-Stunden-Stelle (und weiteren Stunden in anderen PSZ-Projekten)

Das Projektteam setzt bei Bedarf Sprachmittlerinnen des PSZ ein, die für mehr als dreißig Sprachen zur Verfügung stehen. Die ProjektmitarbeiterInnen kooperieren eng mit den anderen Projekten und Arbeitsbereichen des PSZ: der allgemeinen Therapie, Sozialarbeit und Beratung, den LaienhelferInnen des MGEPA-geförderten Projektes *in2balance* und der Multiplikatorenarbeit. Sie nehmen an den Supervisionen und Mitarbeiterfortbildungen des PSZ-Teams teil.

Projektziele

Identifizierung schutzbedürftiger Flüchtlinge, v.a. von Opfern schwerer Gewalt und psychisch Erkrankten, und Feststellung ihrer daraus resultierenden Bedürfnisse

Die beiden hier beantragten Personalstellen im PSZ sollen für jährlich ca. 200 – 250 AsylbewerberInnen der Stadt Düsseldorf in Form eines psychosozialen Clearings den individuellen Schutzbedarf ermitteln. Bei Bedarf erfolgen im Anschluss an die Identifizierung Kurzinterventionen wie Stabilisierungsgespräche, qualifizierte Vermittlung oder gezielter Weiterverweis, bei Vorhandensein entsprechender Kapazitäten psychologische Stellungnahmen beziehungsweise Psychotherapie / längerfristige Beratung.

Ergänzend sollen in Kooperation mit dem übrigen PSZ-Team Fortbildungen für das Personal, das in den Unterkünften arbeitet, angeboten werden, um es (besser) zu befähigen, Anzeichen eines spezifischen Schutzbedarfs zu erkennen und sich in Krisen- und Konfliktsituationen sicherer und kompetenter trauma- und kultursensibel verhalten zu können.

Die Projekt-KlientInnen

Im Projektjahr (August 2016 bis Juli 2017) haben etwa 232 Klientinnen und Klienten das Angebot des DÜSSEL-NETZ-Projekts in Anspruch genommen. Insgesamt wurden im Rahmen des DÜSSEL-NETZ-Projekts **169** Flüchtlinge im PSZ mit durchschnittlich 5,2 Gesprächsterminen, in Einzelfällen bis zu 26 Terminen, im PSZ direkt sowie weitere **63** Flüchtlinge indirekt (d.h. ohne persönlichen Termin im PSZ) unterstützt. Die Intensität der Unterstützung hing vom Schwierigkeitsgrad und der Komplexität des Falles ab. Um die Problemlagen der Hilfesuchenden und die Schwerpunkte der Arbeit differenzierter darstellen zu können, wurden für die Veranschaulichung Cluster gebildet. Für das erste Projektjahr ergibt sich folgende Zuordnung der KlientInnen:

Cluster A: **Leicht- bis mittelgradig Belastete: 55** Personen
Cluster B: **Mittel- bis schwer Belastete: 40** Personen
Cluster C: **Schwer- bis hochgradig schwer Belastete: 50** Personen
Cluster D: **Risikofälle und Kriseninterventionen: 24** Personen
Cluster E: **Fachberatung zu Einzelfällen: 63** (hierzu wurden keine Klientendaten erhoben)

Die KlientInnenarbeit wird im Folgenden anhand von Fallbeispielen konkretisiert. (Namenskürzel, Herkunft und für das Verständnis des Falls unwesentliche Daten wurden stark modifiziert, um den Datenschutz und die Anonymität der KlientInnen zu gewährleisten.)

Cluster A: Leicht- bis mittelgradig Belastete

Zu dieser Gruppe zählen die Personen, die zwar psychisch belastet sind, jedoch mit niedrigschwelliger Unterstützung und der Aktivierung vorhandener Ressourcen in der Lage sind, ihren Alltag zu bewältigen. Diesem Cluster sind **55 Hilfesuchende** zuordnen. In der Regel reichten bei diesem Cluster ein bis zwei Gespräche zwecks Klärung der Problematik, Aufklä-

rung und Beratung, und eine anschließende Anbindung an das vorhandene Versorgungssystem, um eine Verbesserung der Befindlichkeit und der Situation der Betroffenen zu bewirken.

Fallbeispiel für diese Gruppe:
Als Frau M. zum vereinbarten Gespräch kam, wirkte sie sehr gestresst, weil sie zuvor den Weg nicht finden konnte. Sie hatte ein großes Bedürfnis zu reden. Ihre Erzählungen waren zusammenhanglos. Sie erzählte direkt, sie habe Angst und Probleme. In A. sei Krebs diagnostiziert und operiert worden. Sie habe jahrelang Chemotherapie erhalten. Nun sei ihr in Deutschland gesagt worden, die Diagnose sei wohl falsch, es gebe kein Anzeichen für eine Krebserkrankung.
Sie habe keinen Kontakt zu ihrem Ehemann, der sie häufig geschlagen und behauptet habe, sie habe eine Affäre. Zu dem Zeitpunkt, als sie nach Deutschland angekommen sei, sei ihre Mutter an einem Herzinfarkt gestorben. In ihrer Heimat habe sie eine Ausbildung zur Krankenschwester absolviert.
Frau M. war in Deutschland in einer Klinik, wo unter anderem „eine schwere depressive Episode, Panikstörung, somatische Störung sowie Anpassungsstörung" diagnostiziert wurde. Sie klagte über ständige Kopfschmerzen, sie vergesse alles, könne sich an vieles nicht erinnern. Trotz der Belastungen besuche sie einen Sprachkurs.
Frau M. berichtete von großen Sorgen um ihren 11-jährigen Sohn, der ständig nervös und unruhig sei. Er sei in großer Gefahr, denn sein Vater sei in „dunkle Geschäfte" verwickelt. Ihr Sohn spiele gern Fußball. Frau M. erzählte, sie sei bereits bei „Solwodi" in der Beratung. AWO, Diakonie und „Solwodi" hätten ihr sehr geholfen.
Da Frau M. bereits einen Termin bei einem Psychiater in Düsseldorf vereinbart hatte, war die Vermittlung in eine psychiatrische Behandlung nicht erforderlich.
Vom PSZ erwartete sie psychologische Unterstützung, Hilfe für ihren Sohn sowie eine Stellungnahme für das Asylverfahren.

Erfolgte Maßnahmen:

- *Terminvereinbarung bei der Psychosomatischen Ambulanz des LVR für eine psychotherapeutische Unterstützung.*
- *Klärungsgespräch mit Betreuerin und Betreuer in der Unterkunft.*
- *Kontaktaufnahme mit dem Jugendmigrationsdienst der Diakonie und Terminvereinbarung für den Sohn*

Cluster B: Mittel bis schwer Belastete

Zu dieser Gruppe gehörten **40 Personen**. Die Alltagsbewältigung dieser Personen ist durch eine hohe Belastung und im geringeren Maße vorhandene Ressourcen deutlich eingeschränkt. Bei den meisten besteht ein ausgeprägtes Misstrauen gegenüber dem Versorgungssystem (z.B. der psychiatrischen Versorgung: „Ich bin doch nicht verrückt, warum soll ich zum Psychotherapeuten / Psychiater gehen!"). Zusätzlich zu der für Cluster A beschriebenen Vorgehensweise ist eine kultursensible Motivationsarbeit notwendig, um Brücken zwischen den Kulturen zu bauen. Aus diesem Grund werden mehrere Kontakte benötigt, durchschnittlich zwei bis fünf Gespräche, um die Stabilität, eine langfristige Anbindung an das Versorgungssystem und eine Aufklärung der bisher entstandenen Missverständnisse mit einzelnen Stellen im System zu erreichen. Von großem Vorteil sind hierbei die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe und Erfahrungen sowie die Mehrsprachigkeit der Mitarbeitenden in diesem Projekt.

Fallbeispiel Herr D.

Herr D. ist ein 24-jähriger Mann aus G. (aufgewachsen bei Verwandten in M.), ledig, seit 2 Jahren in Deutschland. Er wirkte extrem misstrauisch, verunsichert, anfänglich schwer bis kaum zugänglich, innerlich unter Druck, angespannt beobachtend, etwas ängstlich, ansonsten affektarm und vordergründig freundlich im Kontakt. Er wurde von einer Einrichtung aufgrund aufkommender Aggressionen in Belastungssituationen und eines deutlichen sozialen Rückzugs vorgestellt. Mit zunehmendem Vertrauen berichtete Herr D. kleinschrittig u.a. über akustische und optische Halluzinationen, das Gefühl, verfolgt zu sein (seit vielen Jahren fühle er sich verfolgt, habe Halluzinationen und habe darüber noch mit niemandem sprechen können). Er schilderte von ausgeprägter Schlafproblematik, starken Konzentrations- und Kommunikationsproblemen, Misstrauen, innerer Unruhe und Vergesslichkeit. Es gebe männliche und weibliche sowie gute und schlechte Stimmen, die er höre. Die Stimmen würden ihn unter Druck setzen und manchmal mit dem Tod bedrohen. Die Halluzinationen seien erstmals nach dem Tod der Eltern und verstärkt nach dem Umzug zu den Verwandten gekommen. Bei den Verwandten habe er sich nicht mehr sicher gefühlt.

Es war anfänglich schwer, Herrn D. für die medikamentöse Einstellung beim TAZ in Düsseldorf (LVR Tagesklinik- und Ambulanzzentrum) zu gewinnen. Zum ersten vereinbarten Termin erschien er dort nicht, weil er den neuen Menschen, vor allem den Ärzten, stark misstraue. Zum zweiten Termin wurde der erfahrene Kultur- und Sprachmittler als „Vertrauensbrücke“ zwischen dem PSZ und dem neuen Ort zum Gespräch mit dem Psychiater des TAZ mitgeschickt, wodurch es Herrn D. möglich wurde, sich mit seiner ganzen Problematik anzuvertrauen und nicht nur über seine begleitende depressive Symptomatik zu berichten (weitere Termine finden mit einem vom TAZ selber organisierten Sprachmittler statt). Beim TAZ wurde die Verdachtsdiagnose (paranoide Schizophrenie, F 20.0) bekräftigt und eine Einstellung auf Olanzapin vorgenommen.

Da in den Gesprächen deutlich wurde, dass sich Herr D. oft außerhalb der Unterkunft aufhält, weil er durch den Zimmernachbarn und das sonstige Geschehen in der Unterkunft zu vielen Reizen ausgesetzt ist, und er bei der Alltagsbewältigung häufig überfordert ist und Hilfe benötigt, wurde für ihn eine seiner Erkrankung besser entsprechende Unterbringung im Rahmen vom Düsseldorfer Asyl Plus angestrebt.

Er konnte im Rahmen des Asylverfahrens seine Asylgründe nicht plausibel darstellen und bekam eine Ablehnung. Er wurde bei der Kontaktaufnahme zu einem Rechtsanwalt unterstützt, der dann um ein kurzes Schreiben über die psychische Verfassung seines Mandanten bat.

Erfolgte Maßnahmen:

- *Fünf klärende und vermittelnde Gespräche*
- *Terminvereinbarung beim TAZ und Mitschicken des Sprachmittlers*
- *Vorstellung beim Düsseldorfer Asyl Plus*
- *Unterstützende Vermittlung zum Rechtsanwalt*
- *Kurze psychologische Bescheinigung*

Cluster C: Schwer- bis hochgradig schwer Belastete

Diese Gruppe machte ca. **50 Personen** aus. Die Alltagsbewältigung dieser Personen ist durch eine massive Belastung und kaum vorhandene Ressourcen extrem eingeschränkt. Zusätzlich haben diese Personen oft auch negative Erfahrungen auf mehreren behördlichen Ebenen gemacht. Zum einen im Versorgungssystem im Rahmen einer psychiatrischen Anbindung/Einweisung, die keine Verbesserung der Situation und Befindlichkeit nach sich gezogen hat. Zum anderen beispielsweise beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) im Rahmen einer Anhörung, wo nicht mit ausreichender Sensibilität die besonderen Belastungen der Asylsuchenden berücksichtigt wurden. Diese Personen benötigen im Schnitt mindestens ca. zehn Gespräche sowohl in psychologisch-psychotherapeutischer, als auch in aufenthaltsrechtlicher und beratend-sozialarbeiterischer Hinsicht. Das primäre Ziel ist zunächst eine Stabilisierung der Person, um langfristig eine Anbindung an das Versorgungssystem zu ermöglichen.

Fallbeispiel Herr K.

Ein 37-jähriger gebildeter Mann (Abitur, 3 Jahre Studium (nicht abgeschlossen) wurde durch die Sozialarbeiter der Düsseldorfer Erstaufnahmeeinrichtung für Flüchtlinge im Düssel-Netz angemeldet. Anlass waren starke Verhaltensauffälligkeiten. Bereits vor dem ersten Gespräch war Herr K. wegen einer massiv ausgeprägten Schlafproblematik und starker depressiver Symptome beim TAZ (Tagesklinik- und Ambulanz-Zentrum des LVR Düsseldorf) in Behandlung. Die dortige Anordnung von Medikamenten hatte seine psychische Symptomatik vermutlich deswegen verstärkt/verschlechtert, weil er, wie er berichtete, auch mit Hilfe von Zwangsmedikation gefoltert wurde.

Über seine Erlebnisse erzählte Herr K.: „In Z. habe ich mich in Kinderschutz- und Frauenrechtsorganisationen, auch im Umweltschutz engagiert. Ich war nicht direkt aktiv, sondern habe Theater- und Musikstücke bei Versammlungen aufgeführt… Z.B. haben wir Müll in den Bergen oder der Wüste gesammelt… Gegen die Todesstrafe demonstriert… Ich wurde immer wieder verhaftet... Sie haben meine Zähne ausgeschlagen und mein Knie zertrümmert. Mein linkes Ohr hat geblutet, ich höre darauf kaum noch… Sie sagten, die würden meine Verlobte und meine Mutter vergewaltigen… Einmal haben sie mir sogar eine Schlinge um den Hals gelegt… Nachts Tabletten in den Mund getan und Wasser eingeflößt… Die drei Gefängnisse gehörten zum Geheimdienst… Nach vier Jahren Haft sollte ich entlassen werden. Sie haben mir die [80] Peitschenhiebe gegeben… Eines Nachmittags haben sie mich angerufen… Ich sollte mich in einer halben Stunde bei Ihnen melden. Sollte ich das nicht tun, würde Sie in mein Dorf kommen und mich vor Augen aller vergewaltigen… Bin in die Berge gegangen… Ich habe dann später erfahren, dass sie zuhause waren, die Haustür aufgebrochen haben, meine Mutter und meine schwangere Frau geschlagen haben [Kind verloren]… Das Schlimmste war, dass ich vier Jahre gefangen war und Freunde gefunden habe. Die wurden dann abgeholt und gehängt. Das kann ich nicht vergessen.“

Herr K. berichtete, er sehe immer wieder Bilder vor Augen, wie er abgeholt werde, um „hingerichtet“/erhängt zu werden. Herr K. zieht sich stark zurück, meidet Menschen, grübelt, hat Albträume, Kopfschmerzen und erlebt die traumatischen/belastenden Situationen aus der Vergangenheit im „Hier und Jetzt“ immer wieder.

Erfolgte Maßnahmen:

- *es fanden mit Herrn K. 10 psychologische Stabilisierungsgespräche und 3 psychosoziale Beratungsgespräche im PSZ statt.*
- *Er wurde zur Ausländerbehörde und zu einem Gespräch mit einem Vertreter einer Düsseldorf Firma begleitet. In dieser konnte er ein mehrmonatiges Praktikum absolvieren, was er nach den Jahren des Leids und Ungerechtigkeit sehr positiv als eine Möglichkeit erlebte, wieder professionell tätig zu sein.*
- *Eine Vorbereitung auf das Asylverfahren erfolgte, da Herr K. psychisch sehr labil und dadurch nicht in der Lage war, detailliert seine Fluchtgründe und –umstände beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge in Bielefeld vorzutragen.*
- *Es wurde ein kurzes Schreiben an das Bundesamt mit der Bitte für eine SonderentscheiderIn für Traumatisierte bei der Anhörung verfasst. Vor eineinhalb Monaten bekam er die Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft und ist nun aufenthaltsrechtlich in Deutschland gesichert.*
- *Mehrere Klärungsgespräche mit der Betreuerin in der Unterkunft, da die dortige Situation mit seinem Zimmernachbarn zu psychischen Krisen führte.*
- *Versuche, Herrn K. an eine niedergelassene TherapeutIn oder sonstige Strukturen zu vermitteln, führten zu einer Verschlechterung seiner depressiven Symptomatik, weshalb die psychologischen Gespräche fortgesetzt werden, bis seine Stabilität ausreicht, um sich auf eine externe therapeutische Unterstützung und evtl. auch eine Medikamenteneinnahme einlassen zu können.*
- *Herr K. wurde an das Welcome Center in Düsseldorf (Initiative Flüchtlinge willkommen) angebunden, wo er bzgl. der Wohnungssuche beraten wurde und an einer wöchentlich stattfindenden Musikgruppe teilnimmt.*
- *Ein PSZ-Praktikant (Student der Politikwissenschaft) nahm Herrn K. zu politischen Veranstaltungen mit. Dort konnte er sich mit Studenten und politisch aktiven Menschen austauschen und so wieder seine Freude entdecken, sich für andere, für Politik etc. zu interessieren und zu engagieren.*

Einige der mittel- bis hochgradig Belasteten aus dem DÜSSEL-NETZ werden längerfristig als KlientInnen im PSZ therapeutisch weiter versorgt.

Cluster D: Risikofälle und Krisenintervention

Ca**.** 24 Personen mit ausgeprägten Impulskontrollstörungen, akuter Suizidalität bzw. selbst- oder fremdaggressivem Verhalten. Das Setting in unserer Einrichtung ist für diese Fälle wenig geeignet, da das PSZ außerhalb der Öffnungszeiten keine Krisenintervention sicherstellen kann. Personen, bei denen fremdaggressives Verhalten zu befürchten ist, können im PSZ auch zum Schutz der anderen, sehr vulnerablen KlientInnen nicht versorgt werden. Ein gewaltausdrückendes Verhalten, z.B. wenn ein solcher Klient sehr laut wird, würde die anderen KlientInnen zu stark belasten. Die offene Komm- und Willkommensstruktur des PSZ Düsseldorf ist zudem nicht das geeignete Setting für KlientInnen, die in erster Linie durch fremdaggressive Verhaltensweisen auffallen und zum eigenen Schutz und zur Sicherheit der MitarbeiterInnen auch Begrenzungen benötigen. Bei potentiell aggressiven Personen fanden

daher telefonische Beratungen, Gespräche mit BetreuerInnen bzw. SozialarbeiterInnen und in Einzelfällen Kontakte vor Ort, beispielsweise in Anwesenheit der Securitykräfte oder zu zweit, statt. Ziel war bei der Gruppe der Risikofälle und Personen in akuten Krisen die möglichst umgehende Vermittlung an andere, geeignete Stellen im Versorgungssystem (z.B. Psychiatrie).

Fallbeispiel für diese Gruppe:
Frau T. aus E. lebt mit ihrem Mann und zwei Söhnen (13 und 8 Jahre alt) in einer Unterkunft. Ein weiterer 18-jähriger Sohn, der allein in einer anderen Stadt lebt, hat bereits einen Ablehnungsbescheid bekommen und dreimal versucht, sich zu töten. Bei dem Clearing-Gespräch sah die Klientin sehr müde aus. Ihre Gesichtsfarbe war fast gelb und sie musste immer wieder zur Toilette, weil ihr übel war. Sie sprach sehr leise und undeutlich. Sie legte den Kopf auf den Tisch und schloss die Augen.
Sie berichtete, ihre Familie habe nach mehreren Drohungen und Drohbriefen in einer Nacht- und Nebelaktion ihre Heimatstadt verlassen müssen. Nach einem 18-stündigen Marsch durch die Berge habe ihre Familie ein Boot besteigen sollen, das völlig überfüllt war. Als die Familie sich geweigert habe, an Bord des nicht meerestauglichen Bootes zu gehen, sei sie mit Waffengewalt zum Mitfahren gezwungen worden. Auf der gesamten Route habe sie unter starker Angst gelitten. Einmal sei sie fast ertrunken, das Wasser habe ihr bereits bis zum Hals gereicht, als ihr Sohn sie wieder aus dem Wasser gezogen habe.
Die Gliedmaßen von Frau T. sind stark geschwollen, sie leide an Rheuma und Arthrose. Auf Nachfrage werden als psychische Symptome deutlich: Schlafstörung; Müdigkeit; starke Kopfschmerzen; Appetitlosigkeit; Übelkeit; Reizbarkeit; Aggressionen; Interessensverlust; Rückzug; Ständige Angst; Stimmen, die ihr befehlen, sich und ihre Kinder zu töten; starke unkontrollierbare Suizidgedanken.

Aufgrund der schweren Symptomatik und akuten Belastungsreaktion musste schnell gehandelt werden. Die Klientin hatte zuerst Angst, sich stationär behandeln zu lassen. Nach umfassender Aufklärung in der Muttersprache der Klientin willigte sie schließlich ein, noch am selben Tag die Notfallambulanz aufzusuchen.

Erfolgte Maßnahmen:

- *Krisengespräch im PSZ*
- *Kontaktaufnahme mit dem diensthabenden Arzt im Uni-Klinikum und Übermittlung eines Schreibens mit Angaben zur persönlichen Situation der Klientin.*
- *Ein muttersprachlicher Begleiter wurde organisiert, der die Klientin in die Uni-Klinik begleitete und ihre stationäre Aufnahme unterstützte.*

Cluster E: Klientenbezogene Fachberatung

Gemeint sind hier etwa 63 Personen[1], zu denen kein persönlicher Kontakt bestand, für die jedoch eine umfassende, mehrmalige telefonische oder persönliche Beratung mit einzelnen Akteuren erfolgte, die in Kontakt mit diesen Flüchtlingen standen (Betreuern, Sozialarbeitern vor Ort etc.). So konnte durch eine Klärung der Problematik sowie anschließende Vermitt-

[1] Die Personen dieser Gruppe wurden nicht in die PSZ-Klientenstatistik aufgenommen.

lung an das vorhandene Versorgungssystem erreicht werden, dass sich Situation und Befindlichkeit der Betroffenen auch ohne persönliche Vorsprache verbessern ließen. Zu dieser Gruppe gehörten z.B. Personen mit Suchterkrankung und Familien mit Problemen im Bereich der Erziehung, für die es in der Regelversorgung jeweils spezifische Angebote gab. Eine indirekte Vorgehensweise war sinnvoll, wenn so eine schnelle und flexible Unterstützung der Flüchtlinge notwendig und möglich war. Die längere Wartezeit und notwendige Organisation von Terminen fiel weg und die indirekte Beratung förderte die Kompetenz anderer Stellen im Umgang mit besonders schutzbedürftigen Personen. Besonders wenn die Kompetenzen der Anfragenden bereits bekannt sind, kann darauf aufbauend gut kooperiert und fachspezifisch beraten werden.

> *Fallbeispiel für diese Gruppe:*
> *Ein Sozialpsychiatrisches Zentrum wandte sich wegen eines anerkannten Flüchtlings aus I. ans DÜSSEL-NETZ, der sich in Deutschland orientierungslos fühle und Unterstützung brauche. Es war in diesem Fall in erster Linie keine psychologische Unterstützung erforderlich, sondern eine umfassende Beratung und Begleitung, damit der Klient in Deutschland „ankommt" und sich hier zurechtfindet. Es wurde mit einer Evangelischen Erziehungs-, Ehe- und Lebensberatung Kontakt aufgenommen und der Fall geschildert. Die Beratungsstelle erklärte sich bereit, den Fall zu übernehmen. Dem PSZ wurden die Kontaktdaten der Mitarbeiterin der evangelischen Beratungsstelle genannt. Das DÜSSEL-NETZ hatte hier eine vermittelnde Funktion.*

Multiplikatorenarbeit: Fortbildungen, Vernetzung, Fachberatung

Ausbau der Vernetzungsstrukturen

Vor allem zu Beginn des Projektes stand ein Ausbau der Vernetzung sowohl außerhalb als auch innerhalb des PSZ im Vordergrund. So gab es außerhalb des PSZ Kooperationstreffen, Gespräche, gegenseitige Hospitationen und einen engen Austausch seitens des Projekt- und des PSZ-Teams mit VertreterInnen

- der kommunalen behördlichen Strukturen und Ämter,
- der Versorgungsstrukturen in psychologischen, therapeutischen, pädagogischen, psychosomatischen, psychiatrischen, ärztlichen und aufenthaltsrechtlichen Bereichen,
- der Wohlfahrtsverbände,
- und mit Ehrenamtlichen und Initiativen, die für Flüchtlingsberatung und die Betreuung in den Unterkünften zuständig sind.

Das Projekt ist innerhalb des PSZ eingebunden in die kollegiale Vernetzung, den Austausch und die enge Zusammenarbeit auf mehreren Ebenen *(KlientInnenarbeit, Fortbildungsangebote, Projektarbeit und Supervision)*. Diese Kooperation ist notwendig und förderlich. Beispielsweise konnte das DÜSSEL-NETZ-Projektteam bei gemeinsamen Kriseninterventionen für die „hochgradig belasteten" Flüchtlinge von der Expertise der PSZ-MitarbeiterInnen sehr profitieren. Die jahrelang aufgebauten Kontakte des PSZ haben die Vernetzung und die Orientierung des Projekts in einem vielfältigen Aktionsfeld erleichtert.
Die anderen PSZ-MitarbeiterInnen bekamen ihrerseits durch das Projekt mehr Einblick in die kommunalen Versorgungsstrukturen und Gegebenheiten und konnten dies wiederum für ihre Klienten und Klientinnen aus Düsseldorf besser nutzen. So wurde z.B. die Vermittlung an die

neuen Kooperationspartner bei speziellen Fragestellungen *(wie z.B. Konsum illegaler Drogen)* möglich.
In besonderen Einzelfällen erfolgten durch die MitarbeiterInnen des Düssel-Netzes Gespräche vor Ort in den Unterkünften. Durch die verbesserten Kenntnisse der Situationen vor Ort und das persönliche Kennenlernen der MitarbeiterInnen konnte der Austausch und die Beratung verbessert und erleichtert werden. Ebenso konnte die Kooperation dadurch verbessert werden, dass einige SozialarbeiterInnen die Möglichkeit wahrnahmen, bei Clearinggesprächen im PSZ dabei zu sein *(vorausgesetzt, der Hilfesuchende stimmte dem im Vorfeld ausdrücklich zu).*

Fortbildungen

Es fanden unter Mitwirkung oder in alleiniger Verantwortung der DÜSSEL-NETZ-MitarbeiterInnen sieben Fortbildungen mit dem Schwerpunkt auf Früherkennung und Umgang mit besonders schutzbedürftigen Flüchtlingen statt. Zudem wurden weitere Fortbildungsangebote des PSZ auch von Ehren- und Hauptamtlichen aus Düsseldorf genutzt, die z.T. durch das DÜSSEL-NETZ auf das Angebot aufmerksam wurden.

Mitwirkung in Gremien, Arbeitskreisen

Die MitarbeiterInnen des DÜSSEL-NETZ-Projektteams nahmen an zahlreichen Gremien und Veranstaltungen auf lokaler Ebene und an (für die überregionale Vernetzung) relevanten Fachveranstaltungen teil. U.a. stellte ein Projektmitarbeiter die Situation schutzbedürftiger Flüchtlinge in Düsseldorf beim Runden Tisch Asyl dar. Das Projekt-Team beteiligte sich aktiv an Überlegungen zur Unterbringung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge, v.a. in Bezug auf Gewaltopfer, Traumatisierte, psychisch Erkrankte sowie auf UMF und am weiteren Ausbau des PSZ-Therapienetzes. Dazu gehörte die Beteiligung an der Entwicklung des Düsseldorfer Asyl Plus. Mit dem Konzept von Asyl Plus hat die Stadt Düsseldorf eine Wohn- und Betreuungsform geschaffen, die eine bessere Betreuung und geschütztere Unterbringung für besonders schutzbedürftige Flüchtlinge bietet, die aufgrund von Traumatisierung oder schwerer psychischer Erkrankung einer engeren sozialarbeiterischen Betreuung bedürfen. Mittlerweile werden in einem Aufnahmegremium regelmäßig Fälle hinsichtlich der Notwendigkeit und Möglichkeit, ins Asyl Plus zu wechseln, besprochen.

Telefonische Beratung zu allgemeinen Fachfragen

Im Projektzeitraum haben sich zahlreiche AkteurInnen der Flüchtlingshilfe und aus behördlichen Institutionen (v.a. SozialarbeiterInnen, VormünderInnen, TherapeutInnen, PsychiaterInnen, SchulsozialarbeiterInnen) telefonisch an die Mitarbeitenden des DÜSSEL-NETZ-Teams mit allgemeinen Fachfragen gewandt. Themen waren hier u.a.:

- Passbeschaffung
- Geburtsurkundenbeschaffung
- Dolmetscherkosten und Fahrtkosten
- Anhörungsvorbereitung bei unbegleiteten Minderjährigen
- Vorgehen bei eingestellten Asylverfahren und Wiederaufnahme-Prozessen
- Einsetzen und Vermitteln von Sprach- und KulturmittlerInnen
- Therapieplatzsuche
- Vermittlung zu muttersprachlichen Ärzten in Düsseldorf
- Beantragung des Beratungshilfescheins
- Anerkennung der beruflichen Zeugnisse

- Fragen zu Stellungnahmen bzw. zu Bescheinigungen für BAMF und Ausländerbehörde
- Suche nach Hebammen
- Vorgehensweise beim Umverteilungsantrag

Fazit und Perspektiven

Im Laufe des Berichtszeitraumes wurde bei 169 AsylbewerberInnen im Rahmen eines psychosozialen Clearings der individuelle Schutzbedarf ermittelt und eine angemessene Versorgung in die Wege geleitet. Zudem wurden 63 Flüchtlinge indirekt unterstützt. Die personelle Zusammensetzung des Teams erwies sich dabei als besonders hilfreich. Vor allem die Multilingualität und die unterschiedlichen kulturellen Hintergründe der Mitarbeitenden erleichterten den Zugang zu und den Umgang mit den KlientInnen.
Die interne und externe Kooperation verlief insgesamt gesehen gut. Die Fortbildungsangebote wurden gut genutzt. Durch die Fortbildungen wurden auch die Mitarbeitenden der Erstaufnahmeeinrichtung für die Früherkennung von besonderem Schutzbedarf sensibilisiert. Es war erfreulich zu erleben, dass Anregungen zur Identifizierung besonders schutzbedürftiger Flüchtlinge und ihrer Bedürfnisse in die alltägliche Arbeit konstruktiv aufgenommen und nach Möglichkeit umgesetzt wurden. Sicher sind weitere Verbesserungen wünschenswert.
Die Zusammenarbeit sowohl mit den kommunalen Behörden der Unterbringung und Versorgung als auch mit psychotherapeutischen und medizinischen Einrichtungen war an einer Verbesserung der Angebote orientiert. Sehr positiv war die Möglichkeit der Mitwirkung an der Konzeption des Düsseldorfer Asyl Plus zur Verbesserung der Unterbringung von psychisch stark belasteten Geflüchteten.
Auch die Kooperation mit den BeraterInnen der Wohlfahrtsverbände war in der Regel konstruktiv. Nachdem zunächst in einigen Fällen die Frage gestellt wurde, welchen zusätzlichen Nutzen die sozialarbeiterische Tätigkeit des DÜSSEL-NETZ-Teams bringe und Empfehlungen des Teams (wie z.B. die dringend notwendige Weitervermittlung von KlientInnen in eine ärztliche Praxis) ignoriert wurden, hat sich die Kooperation besonderes im ersten Halbjahr 2017 dank eines intensiven Austausches deutlich verbessert.
Dank der guten Zusammenarbeit mit dem Welcome Center der Initiative „Flüchtlinge willkommen in Düsseldorf“ engagierten sich deren Ehrenamtliche in mehreren DÜSSEL-NETZ-Fällen intensiv für die Betreuung und Begleitung von besonders Schutzbedürftigen, so etwa bei der Job- und Wohnungssuche, beim Spracherwerb sowie bei der Freizeitgestaltung. Diese Kooperation soll auf jeden Fall fortgesetzt werden.
Durch die Teilnahme an den Arbeitskreisen und Gremien sowie durch die zunehmende Vernetzung wurde der Austausch mit Akteurinnen und Akteuren in der Flüchtlingshilfe intensiviert und auf eine breitere Basis gestellt. Es konnte eine verbesserte Anbindung der KlientInnen an das Regelsystem erreicht werden.
Allerdings ist darauf hinzuweisen, dass sich aufgrund der Folgen der am 1.4.2017 in Kraft getretenen Strukturreform der Psychotherapie-Richtlinie die Möglichkeiten, Flüchtlinge bei niedergelassenen PsychotherapeutInnen in Therapie zu vermitteln, gravierend verschlechtert haben (auch für das DÜSSEL-NETZ-Team).
Seit dem 1.9.2017 wird für ein Jahr eine halbe Projektstelle Sozialarbeit vom Gesundheitsministerium finanziert, die in der Erstaufnahme und (solange keine neuen Flüchtlinge kommen) in Düsseldorfer Unterkünften arbeitet. Ziel ist, die Methoden der Früherkennung psychischer Belastungen weiterzuentwickeln und bei Bedarf in psychosoziale und therapeutische Angebote zu vermitteln. Die damit verbundene Nachfrage nach einer vertieften psychologischen und psychosozialen Abklärung der Bedarfe von psychisch stark belasteten Flücht-

lingen braucht die Kooperation mit dem DÜSSEL-NETZ. Die Nachfragen nach Clearings, Therapie, Stellungnahmen an das PSZ Düsseldorf aus dem Regierungsbezirk Düsseldorf und darüber hinaus übersteigt nämlich die vorhandenen Kapzitäten um etwa ein Vierfaches. Das DÜSSEL-NETZ-Team wird dank guter Vernetzung das Screening-Projekt bei der Vermittlung von Geflüchteten innerhalb des Regelsystems unterstützen. Bei komplexeren Fällen kann das DÜSSEL-NETZ -Team ein vertieftes Clearing anbieten und ggf. die KlientInnen übernehmen.
Eine frühe Feststellung der Bedarfe und Einleitung von psychosozialen und therapeutisch-medizinischen Maßnahmen/ Vermittlung in Angebote wird langfristig Probleme vermindern und Kosten sparen, da frühzeitig Schritte eingeleitet werden, die Heilungsprozesse anstoßen, wenn nicht sogar erst ermöglichen. Eine gravierende Verschlechterung des Gesundheitszustands, schwere, chronische Krankheitsverläufe, langfristige Arbeitsunfähigkeit und stationäre Aufenthalte können so verhindert werden.
Wichtige Bedarfe, deren Gewährleistung für die Stabilisierung und langfristig auch Verbesserung der Gesundheit psychisch stark belasteter Flüchtlinge eine Bedeutung haben, bräuchten dringend einen Ausbau folgender Angebote:

- Geschützte und/oder betreute Wohnformen für Flüchtlinge mit schweren psychiatrischen Erkrankungen, bei denen die Steuerungsfähigkeit eingeschränkt ist
- Unterstützung und Begleitung bei der Wohnungssuche
- Nachsorge nach einem Klinikaufenthalt
- Psychiatrie-Sprechstunden, die einen entspannten Erstkontakt und so eine bessere Compliance bei störungsbedingt besonders misstrauischen PatientInnen ermöglichen
- tagesstrukturierende Angebote z.B. für schwer depressive KlientInnen
- Angebote für aggressive / impulsgestörte KlientInnen
- ambulante Psychotherapiemöglichkeiten mit Sprachmittlung
- Angebote im Bereich Betreutes Wohnen
- Angebote zur Betreuung und Begleitung von Geflüchteten mit geistiger/körperlicher Behinderung

Ein Schwerpunkt in der künftigen Arbeit wird es sein, weitere Fortbildungen für Mitarbeitende in den Unterkünften und Einrichtungen der Regelversorgung durchzuführen. Die Zusammenarbeit mit sozialpsychiatrischen Zentren und mit den Angeboten der Sozial- und Gemeindepsychiatrie in Kooperation mit dem SPKom in Düsseldorf soll ausgebaut werden, um die Öffnung weiterer Angebote im Regelsystem der Arbeit mit psychisch kranken Flüchtlingen zu unterstützen.
Als neues Angebot ist eine Telefonberatung auf arabischer Sprache für psychisch belastete KlientInnen geplant, die nicht im PSZ aufgenommen werden können. Wann dieser Plan umgesetzt werden kann, hängt jedoch zurzeit von personellen Fragen ab.
Insgesamt hat sich das Projekt gut etabliert und leistet in der Kooperation mit anderen Akteurinnen und Akteuren eine wertvolle, wenn auch längst nicht flächen- und bedarfsdeckende Arbeit im Sinne der Vorgaben der EU-Aufnahmerichtlinie.

Anhang 1: KlientInnenstatistik 2017

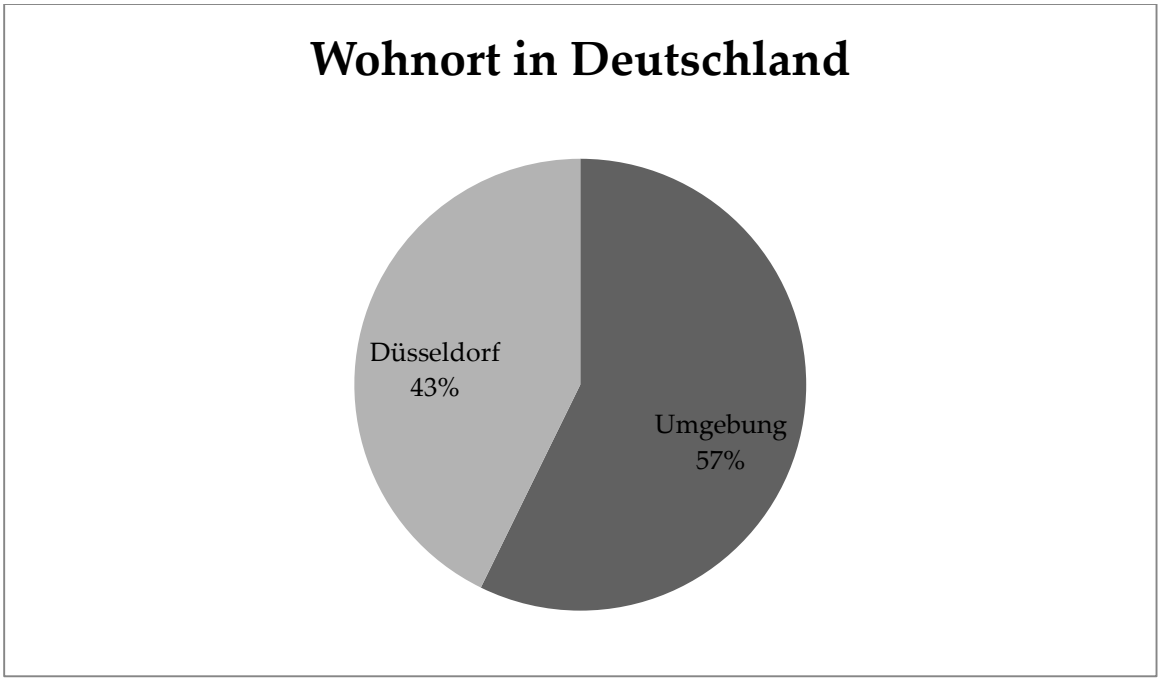
Carina Heyde, Eva van Keuk

A. Die KlientInnen

2017 wurden im PSZ 634 KlientInnen („IndexklientInnen“) plus 472 Angehörige, welche direkt mit in die Unterstützungsformen einbezogen wurden, versorgt. Insgesamt profitierten von den Leistungen des PSZ 1106 Personen. (Plus mindestens weitere ca. 1000 Geflüchtete, die über niedrigschwellige Angebote in den Unterkünften erreicht wurden, aber nicht namentlich erfasst wurden.)

Wohnort

Das PSZ Düsseldorf kümmert sich im Schwerpunkt um Geflüchtete, die in Düsseldorf und Umgebung untergebracht sind. 271 KlientInnen leben aktuell in Düsseldorf. Trotzdem kommen die KlientInnen aus vielen verschiedenen Orten zu uns:



Wohnort	Anzahl
Bedburg	2
Bedburg-Hau	2
Bornheim	2
Bottrop	3
Castrop-Rauxel	1
Dinslaken	3

Wohnort	Anzahl
Dormagen	3
Dortmund	27
Duisburg	35
Düsseldorf	271
Eickel	1
Engelskirchen	1

Wohnort	Anzahl
Ennepetal	2
Erkelenz	3
Erkrath	9
Essen	19
Finnentrop	1
Geldern	2
Gelsenkirchen	1
Grevenbroich	5
Haan	5
Hagen	1
Hamminkeln	1
Heiligenhaus	2
Herten	3
Hilden	3
Hückelhoven	1
Isselburg	1
Issum	1
Jüchen	3
Jülich	2
Kaarst	10
Kalkar	2
Kempen	6
Kerken	1
Kevelaer	4
Kleve	4
Köln	12
Korschenbroich	4
Krefeld	7
Kreuzau	1
Lage	1
Leichlingen	1
Lengerich	1
Leverkusen	3
Linnich	1
Lüdenscheid	1
Lüdinghausen	1
Marl	1
Meerbusch	4

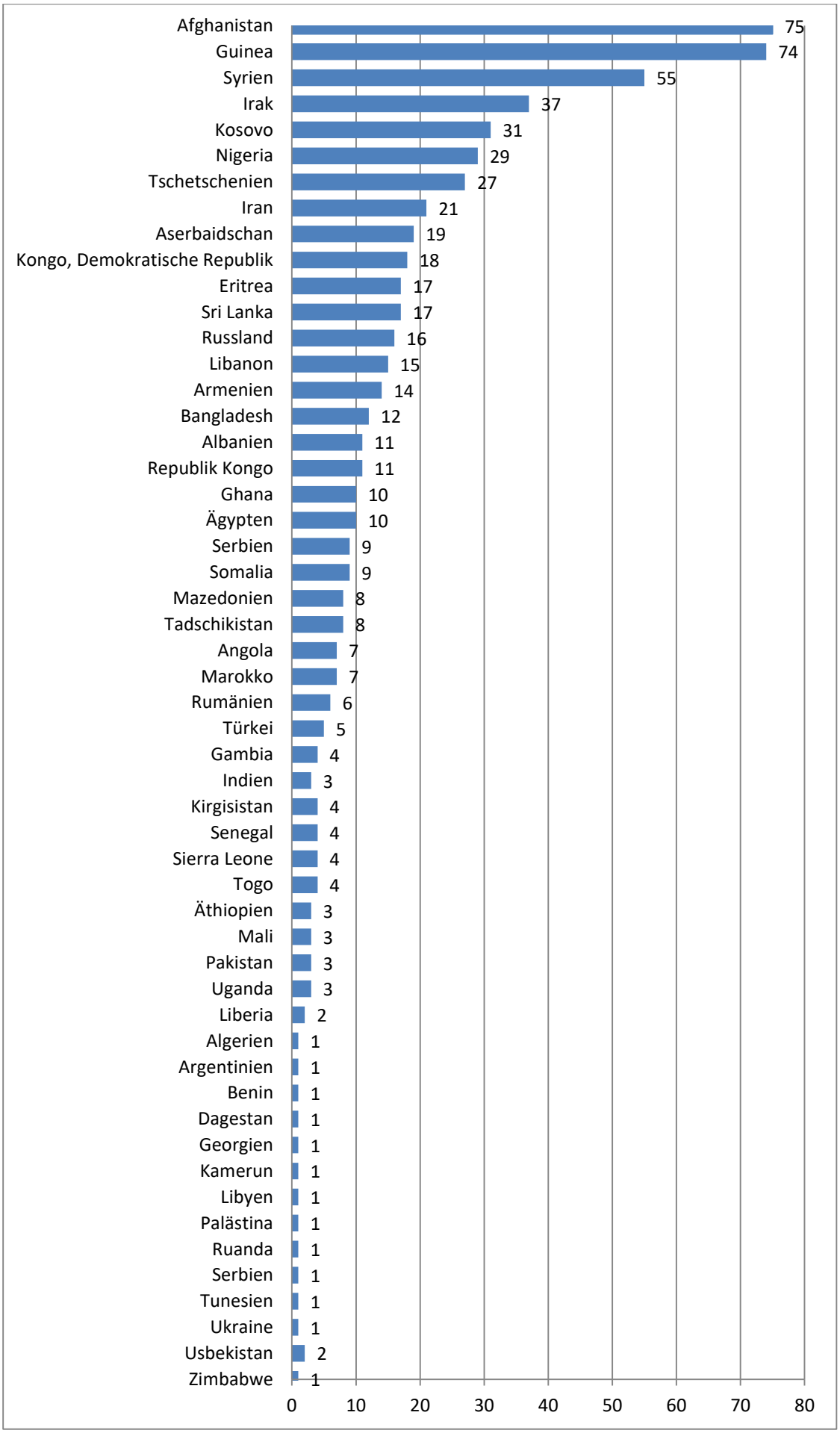
Wohnort	Anzahl
Mettmann	3
Moers	7
Mönchengladbach	7
Monheim	5
Mülheim	7
Neuenkirchen	1
Neukirchen-Vluyn	4
Neuss	5
Oberhausen	19
Oer-Erckenschwick	1
Overath	1
Plettenberg	2
Pulheim	1
Radevormwald	1
Ratingen	8
Rees	1
Remscheid	5
Rheinbach	1
Rheinberg	3
Rheurdt	1
Rommerskirchen	2
Rüthen	1
Sankt Augustin	1
Schwelm	3
Solingen	4
Sonsbeck	1
Sprockhövel	1
Tönisvorst	1
Velbert	4
Weilerswist	1
Wesel	4
Willich	2
Wülfrath	5
Wuppertal	34
keine Angabe	6
Gesamt	**634**

Herkunft

Die KlientInnen des PSZ stammen aus 53 verschiedenen Herkunftsländern. Top 6: Afghanistan – Guinea – Syrien – Irak – Kosovo - Nigeria

Kontinent	Land	m	w	Insgesamt
Afrika	Ägypten	8	2	10
	Algerien	1	0	1
	Angola	3	4	7
	Äthiopien	2	1	3
	Benin	1	0	1
	Eritrea	12	5	17
	Gambia	2	2	4
	Ghana	7	3	10
	Guinea	52	22	74
	Kamerun	0	1	1
	Kongo (Republik)	6	5	11
	Kongo (DR)	9	9	18
	Liberia	2	0	2
	Libyen	0	1	1
	Mali	3	0	3
	Marokko	6	1	7
	Nigeria	10	19	29
	Ruanda	0	1	1
	Senegal	1	3	4
	Sierra Leone	3	1	4
	Somalia	7	2	9
	Togo	2	2	4
	Tunesien	0	1	1
	Uganda	1	2	3
	Zimbabwe	0	1	1
Gesamt		**138**	**88**	**226**
Asien	Afghanistan	48	27	75
	Aserbaidschan	9	10	19
	Bangladesch	7	5	12
	Indien	1	2	3
	Irak	29	8	37
	Iran	13	8	21
	Kirgistan	2	2	4
	Libanon	10	5	15
	Pakistan	3	0	3
	Palästina	1	0	1
	Sri Lanka	10	7	17
	Syrien	42	13	55
	Tadschikistan	4	4	8
	Usbekistan	0	2	2
Gesamt		**179**	**93**	**272**
Europa	Albanien	2	9	11
	Armenien	7	7	14
	Dagestan	1	0	1
	Georgien	0	1	1
	Kosovo	14	17	31
	Mazedonien	3	5	8
	Rumänien	1	5	6

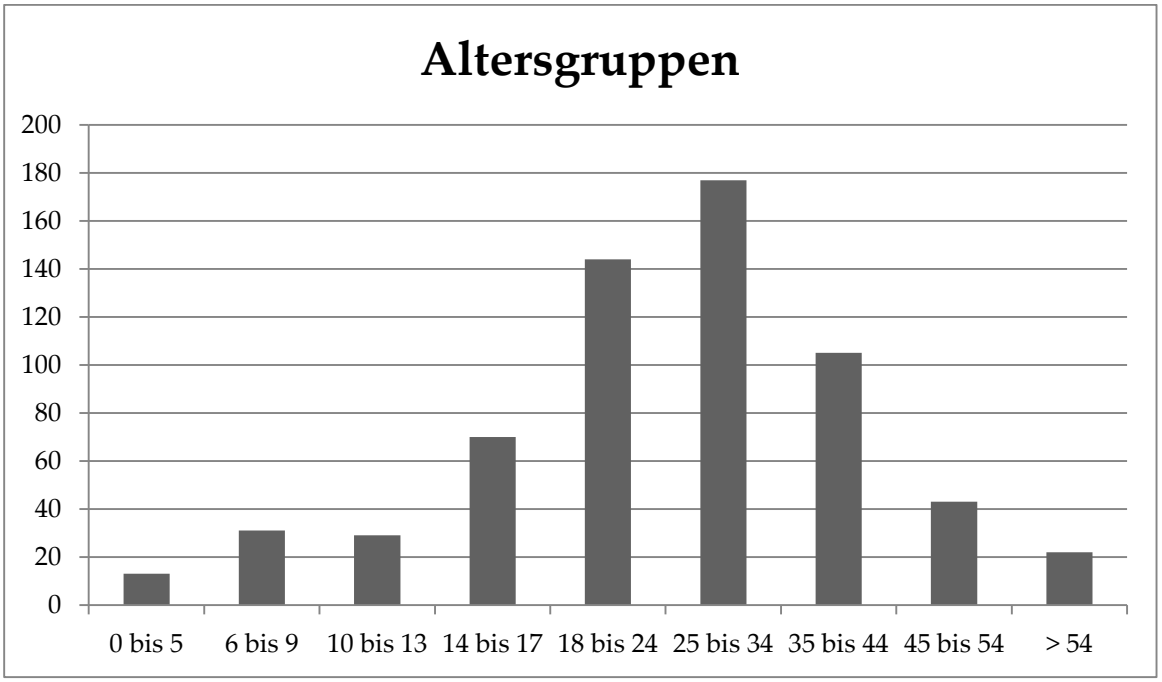
	Russland	9	7	16
	Serbien	2	7	9
	Tschetschenien	9	18	27
	Türkei	2	3	5
	Ukraine	1	0	1
Gesamt		**51**	**79**	**130**
Südamerika	Argentinien	0	1	1
Insgesamt		**0**	**1**	**1**
Übrige	Staatenlos, unge-klärt	3	2	5
Gesamt		3	2	5
Alle Konti-nente		**371**	**263**	**634**


Afghanistan 75
Guinea 74
Syrien 55
Irak 37
Kosovo 31
Nigeria 29
Tschetschenien 27
Iran 21
Aserbaidschan 19
Kongo, Demokratische Republik 18
Eritrea 17
Sri Lanka 17
Russland 16
Libanon 15
Armenien 14
Bangladesh 12
Albanien 11
Republik Kongo 11
Ghana 10
Ägypten 10
Serbien 9
Somalia 9
Mazedonien 8
Tadschikistan 8
Angola 7
Marokko 7
Rumänien 6
Türkei 5
Gambia 4
Indien 3
Kirgisistan 4
Senegal 4
Sierra Leone 4
Togo 4
Äthiopien 3
Mali 3
Pakistan 3
Uganda 3
Liberia 2
Algerien 1
Argentinien 1
Benin 1
Dagestan 1
Georgien 1
Kamerun 1
Libyen 1
Palästina 1
Ruanda 1
Serbien 1
Tunesien 1
Ukraine 1
Usbekistan 2
Zimbabwe 1
0
10
20
30
40
50
60
70
80

Geschlecht

371 Klienten waren männlich, 263 Klientinnen waren weiblich.
Alter: Das Durchschnittsalter lag bei 27,5 Jahren.143 Klientinnen waren minderjährig – das ist etwa ein Viertel der KlientInnen, Der älteste Klient war 65 Jahre alt.

0 bis 5 Jahre	13	(Kleinkinder)
6 bis 9 Jahre	31	(Grundschulkinder)
10 bis 13 Jahre	29	(Sekundarstufe I)
14 bis 17 Jahre	70	(Jugendliche)
18 bis 24 Jahre	144	(Junge Volljährige)
25 bis 34 Jahre	177	(Erwachsene)
35 bis 44 Jahre	105	
45 bis 54 Jahre	43	
> 54 Jahre	22	



Aufenthaltsstatus

Unsicherer Aufenthaltsstatus		
	2016	**2017**
Duldung	128	124
BÜMA	84	19
Aufenthaltsgestattung	271	333
Keine Papiere/anderes/unbekannt	26	50
Gesamt	509	526

Mittel- oder langfristig sicherer Aufenthaltsstatus		
	2016	**2017**
Aufenthaltserlaubnis	103	97
Niederlassungserlaubnis	17	11
Eingebürgert (Erziehungshilfe- Fälle)	18	19
Gesamt	138	127

Aufenthaltsstatus

Unsicherer Aufenthaltsstatus		
	2016	2017
Duldung	128	124
BÜMA	84	19
Aufenthaltsgestattung	271	321
Keine Papiere/anderes/unbekannt	26	39
Gesamt	**509**	**503**

Mittel- oder langfristig sicherer Aufenthaltsstatus		
	2016	2017
Aufenthaltserlaubnis	103	95
Niederlassungserlaubnis	17	11
Eingebürgert (v.a. Erziehungshilfe)	18	19
Gesamt	**138**	**125**

Psychische Erkrankungen und Symptome

Anmerkung: nicht alle PSZ-KlientInnen erhalten Diagnosen, da nicht alle bereits klinisch vorbehandelt wurden oder im PSZ therapeutisch-diagnostisch eingeschätzt werden, beispielsweise wenn im Vordergrund soziale Probleme stehen. Daher beziehen sich die folgenden Angaben nur auf einen Teil der PSZ-KlientInnen.

Diagnosen	**Anzahl**
PTBS	392
Depression	366
Somatoforme Störung	48
Dissoziative Störung	52
Anpassungsstörung	30
Andauernde Persönlichkeitsveränderung nach Extrembelastungen	74
Panikstörung	8
Angststörung	40
Alkohol-/ Drogenabhängigkeit	16
Störung des schizophrenen Formenkreises	24
Sonstige	18
Medikamentenabhängigkeit	4
Essstörung	10
Zwangsstörung	0

Symptome	Anzahl
Schlafstörungen	272
Konzentrationsstörungen	273
Angst	237
Somatoforme Schmerzen	164
Schmerz	81
Paranoide Symptome	39
Selbstverletzendes Verhalten (nicht suizidal)	39
Suchtverhalten	18
Fremdgefährdendes Verhalten	21
Sonstige	15
Suizidgedanken	169

Suizidale Absichten	40
Suizidversuch	25

Vulnerabilität und EU-Schutzkriterien

Kriterium	Anzahl
Folteropfer	224
Ohne Familie in Deutschland	150
Minderjährige	115
Opfer sonstiger schwerer psych., phys. oder sexueller Gewalt	131
Verlust naher Angehöriger (durch Verfolgung/ Flucht/ Gewalt)	108
Unbegleitete Minderjährige	75
Traumatisierung im Alter von 0-12 Jahren	59
Traumatisierung im Alter von 13-18 Jahren	80
Vergewaltigungsopfer	81
Alleinerziehende mit minderjährigen Kindern	47
Angehöriger von Folteropfer	46
Angehöriger einer anderweitig besonders schutzbedürftigen Person	41
Schwere körperliche Erkrankung	40
Ältere Menschen	5
Frühe Störung	20
Behinderte	22
Opfer des Menschenhandels	9
Opfer von Genitalverstümmelung	16
Verwitwet	7
Schwangere	6
Kinder verstorben	11
LGBT	12
Kinderlos bei Kinderwunsch	4

B. PSZ-Dienstleistungen

Aufnahme und Durchführung von Therapien/ Beratungen/ Begleitungen:

334 Fälle wurden in 2017 neu aufgenommen. Zwar wurden weniger neue Fälle als 2016 aufgenommen, jedoch hatten wir verstärkt zeitintensive Kriseninterventionen und schwere Rückfälle von bereits stabilisierten KlientInnen zu händeln, hervorgerufen durch belastende Nachrichten aus ihren Heimatregionen oder zunehmend bedrohlichen Abschiebedruck in Deutschland. Hinzu kamen neue Aufgaben unserer psychotherapeutischen, psychologischen und sozialen Fachkräfte, die in die zeitintensive Begleitung im Rahmen der niedrigschwelligen Angebote eingebunden waren (vgl. Bericht S.43) und daher weniger eigene KlientInnen betreuen konnten. Da wir niedrigschwellig mindestens weitere 1000 KlientInnen 2017 unterstützen, stabilisieren und weiterverweisen konnten, hat sich an diesem Punkt die fachliche Unterstützung von Geflüchteten nicht verringert, sehr wohl aber verlagert.

Nachdem im Jahr 2016 aufgrund hoher Flüchtlingszahlen ein starker Fokus auf der Durchführung von kurzfristigen Clearings lag, konnten im Jahr 2017 vermehrt KlientInnen wieder engmaschiger betreut werden, zumal externe Behandlungsmöglichkeiten zur zweiten Jahreshälfte zunehmend wegbrachen. Insgesamt wurden 7855 KlientInnentermine durchgeführt.

Davon: … 879 in Beratung
… 2424 in Therapie
… 35 mit unseren PraktikantInnen
… 4517 in der Erziehungshilfe

Sprachen:

In 207 Fällen wurde mit Sprachmittlereinsatz in 31 verschiedenen Sprachen gearbeitet:

Sprache	Anzahl
Dari	38
Arabisch	28
Französisch	22
Romanes	15
Albanisch	12
Farsi	12
Tamil	12
Bengali	9
Amharisch	6
Tigrinja	6
Lingala	5
Russisch	4
Armenisch	3
Aserbaidschanisch	3
Hindi	3
Kurdisch	3
Malinke	3
Somali	3
Sorani	3
Fula	2
Mazedonisch	2
Serbisch	2
Türkisch	2
Twi	2
Urdu	2
Bosnisch	1
Englisch	1
Kroatisch	1
Kurmanci	1
Pashtu	1

Anhang 2: Fortbildung und Vernetzung – Statistik

Insgesamt wurden 2017 im Rahmen von 262 Veranstaltungen 5793 TeilnehmerInnen erreicht:

- in Düsseldorf 1190 TeilnehmerInnen
- in der Region 1400 TeilnehmerInnen
- in NRW 1936 TeilnehmerInnen
- auf Bundesebene 1165 TeilnehmerInnen
- international 102 TeilnehmerInnen

Diese Summe (262 Veranstaltungen) teilt sich auf in:

- Fortbildungsveranstaltungen: 148 Veranstaltungen mit 4560 TeilnehmerInnen (inklusive Supervisionen)
- Pressetermine: 8 Veranstaltungen mit 17 TeilnehmerInnen (nicht gezählt sind die wahrscheinlich erreichten Adressaten über diese Öffentlichkeitsarbeit)
- Netzwerk – und Gremienarbeit: 106 Veranstaltungen (inkl. Projekttreffen und Kooperationsgespräche)

Im Folgenden ein Überblick über die unterschiedlichen Zielgruppen, die auf den Ebenen erreicht wurden. *Anmerkung: Mehrfachnennungen der Zielgruppen sind möglich.*

Veranstaltungen	**D'dorf**	**Region**	**NRW**	**Bund**		**Gesamt**
					International	
Zielgruppen / Ebene						
Sozialbereich / Flüchtlingsarbeit	13	17	29	5	1	65
Öffentlichkeit	5	3	6	1		15
Jugendarbeit	4	2	3	3	1	13
Psychotherapiebereich	13	28	7	4		52
Gesundheitsbereich	6	6	15	5	1	33
Ehrenamtliche	8	9	2	1		20
Entscheidungsträger in Politik und Verwaltung	21	6	26	2		55
andere PSZ	2	1	5	6		14
Behördenmitarbeiter	3	1	5	0		9
Flüchtlinge als MultiplikatorInnen	0	2	0	0		2
SprachmittlerInnen	9	3	3	0		15
intern PSZ Düsseldorf	*2*	*1*	*3*			6
Laienhelfer	*1*	*4*	*2*			7
Studenten			*1*			1

In den eigenen Veranstaltungen des PSZ Düsseldorf, die jährlich in einem Fortbildungskalender herausgegeben werden, fanden 100 Veranstaltungen mit insgesamt 1461 TeilnehmerInnen statt:

Eigenveranstaltungen des PSZ		TN-Zahl
D-dorf	26	244
Region	46	760
NRW	26	337
Bund	1	20
Internat.	1	100
Gesamt	100	1461

Gremien und Arbeitskreise u.a. :

- Vorstand der BAfF
- Aufsichtsrat der UNO-Flüchtlingshilfe
- Arbeitskreis Flüchtlingsfrauen bei der Diakonie Deutschland
- Forum Flughafen NRW
- Arbeitstreffen der FlüchtlingsberaterInnen und der VerfahrensberaterInnen beim DW RWL
- Gespräche des Netzwerks der PSZ in NRW bei der Psychotherapeutenkammer und beim MGEPA
- Flüchtlingsrat NRW und Flüchtlingsrat Düsseldorf
- Runder Tisch Asyl der Stadt Düsseldorf und Unterarbeitskreise
- PSAG – Psychosoziale Arbeitsgemeinschaft Düsseldorf
- Lokales Netzwerk Flüchtlingsarbeit Düsseldorf
- Runder Tisch des LVR-Klinikums Düsseldorf
- AK Asyl der Grünen Ratsfraktion Düsseldorf
- Arbeitskreis des Integrationsministeriums zur Erkennung vulnerabler Flüchtlinge

Fachgespräche wurden u.a. geführt mit:

- MGEPA – Gesundheitsministerium NRW
- MIK – Innenministerium NRW
- MFKJKS - Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport
- Gesundheitsamt Düsseldorf
- Amt für Soziale Sicherung und Integration Düsseldorf
- Kommunale Erstaufnahme Düsseldorf
- Evangelische Kirche im Rheinland
- Psychotherapeutenkammer NRW
- Ärztekammer NRW
- Akademie für öffentliches Gesundheitswesen NRW
- Rechtsmedizinisches Institut der Uni-Klinik Düsseldorf
- LVR-Klinikum Düsseldorf
- Wohlfahrtsverbände in Düsseldorf
- AVT - Akademie für Verhaltenstherapie Köln
- anderen PSZ in NRW

Projektzusammenarbeit u.a. mit:

- Diakonie Düsseldorf
- LVR Klinikum Düsseldorf/Klinik der Heinrich Heine Universität: Klinik für Psychosomatik und Klinik für Psychiatrie
- Refugio Münster
- PSZ Bielefeld (AK Asyl und Ev. Krankenhaus)
- PSZ Hagen

- BAfF: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren

Außerdem ca. 50 interne Sitzungen:

- Teamsitzungen (Gesamtteam / Fachteam / Psychol.-Team / Sozialteam / Verwaltungsteam / Aufnahmeteam)
- Teamsupervision
- Fallsupervision
- Ärztliche Supervision
- Interne Mitarbeiterfortbildung
- Konzept- und Planungsteams
- Vorstandssitzungen

Tabelle: Übersicht über alle Veranstaltungen des PSZ Düsseldorf 2017

Veranstaltungsart	Zielgruppen	Teiln.	Veranstalter	Ort
Kooperationsgespräch	Sozialarbeiter / Sozialbereich	3	Jugendamt Leichlingen	Leichlingen
Supervision	Studenten	5	Universität Köln	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	3	Bezirksregierung Düsseldorf	Wuppertal
Weiterbildung	Ärzte / Gesundheitsbereich	40	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen	Düsseldorf
Vortrag	Ärzte / Gesundheitsbereich	40	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen	
Workshop	Ärzte / Gesundheitsbereich	40	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen	Düsseldorf
Vortrag	Sozialarbeiter / Sozialbereich	25	Universität Köln	Köln
Arbeitskreis	Ärzte / Gesundheitsbereich	1	Rechtsmedizinisches Institut Düsseldorf	Düsseldorf
Weiterbildung	Psychologen / Psychotherapeuten	6	Schulreferat Kirchenkreis Wuppertal	Düsseldorf
Arbeitskreis	Ärzte / Gesundheitsbereich	0	Gesundheitsamt Düsseldorf	Düsseldorf
Gremium	Sozialarbeiter / Sozialbereich; Behördenmitarbeiter	13	Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport	Düsseldorf
Weiterbildung	PSZ	4	PSZ	Düsseldorf
Pressetermin	Lehrende / Schule, Kita, Jugendarbeit	1	Universität Köln	PSZ
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	10	PSZ	PSZ
Weiterbildung	Sozialarbeiter / Sozialbereich	12	Caritas Düsseldorf	Düsseldorf
Arbeitskreis	Sozialarbeiter / Sozialbereich; Ehrenamtliche; Öffentlichkeit	26	Flüchtlingsrat NRW	Bochum
Kooperationsgespräch	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	2	Bezirksregierung Köln	Kreuzau
Weiterbildung	Ehrenamtliche	17	PSZ	Düsseldorf
Vortrag	Öffentlichkeit	3	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	Laienhelfer	14	PSZ	PSZ
Arbeitskreis	Ehrenamtliche	5	PSZ	Düsseldorf
Workshop	Psychologen / Psychotherapeuten	22	PSZ	PSZ
Arbeitskreis	Sozialarbeiter / Sozialbereich	28	Diakonie RWL	Düsseldorf
Infoveranstaltung	Öffentlichkeit	14	Evgl. Kirchengemeinde Gerresheim	Düsseldorf
Vortrag	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	90	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf
Weiterbildung	Ärzte / Gesundheitsbereich	34	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen	Düsseldorf

Supervision	Sozialarbeiter / Sozialbereich	20	Caritas Geldern	Geldern
Arbeitskreis	Psychologen / Psychotherapeuten	2	Liddy-Dörr-Haus, Kaiserswerther Diakonie	Düsseldorf
Arbeitskreis	Sozialarbeiter / Sozialbereich	4	Sana-Klinikum Remscheid GmbH	PSZ
Kurs	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	40	Justizakademie NRW	Trier
Tagung / Konferenz	Psychologen / Psychotherapeuten	50	MedEcon Ruhr GmbH	Essen
Supervision	SprachmittlerInnen	5	PSZ	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	Ärzte / Gesundheitsbereich	0	Rechtsmedizinisches Institut Düsseldorf	Düsseldorf
Tagung / Konferenz	Öffentlichkeit	102	PSZ	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	Laienhelfer	2	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	Lehrende / Schule, Kita, Jugendarbeit	22	AWO Landesverband OWL	Herford
Weiterbildung	intern PSZ Düsseldorf	6	PSZ	PSZ
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	0	Grüne Ratsfraktion Düsseldorf	Düsseldorf
Pressetermin	Öffentlichkeit	5	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	40	Bezirksregierung Düsseldorf	Düsseldorf
Supervision	Sozialarbeiter / Sozialbereich	6	PSZ	Düsseldorf
Gremium	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	10	SKFM Düsseldorf	Düsseldorf
Weiterbildung	Lehrende / Schule, Kita, Jugendarbeit	15	PSZ	Düsseldorf
Team	Psychologen / Psychotherapeuten	5	PSZ	Düsseldorf
Gremium	PSZ	1	Netzwerk der PSZ in NRW	Bochum
Weiterbildung	PSZ	5	PSZ	PSZ
Vortrag	Ärzte / Gesundheitsbereich	18	LVR Akademie	Solingen
Kooperationsgespräch	Laienhelfer	4	PSZ	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	Ärzte / Gesundheitsbereich	1	Rechtsmedizinisches Institut Düsseldorf	Düsseldorf
Team	intern PSZ Düsseldorf	3	PSZ	PSZ
Arbeitskreis	Ehrenamtliche	5	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	SprachmittlerInnen	15	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	intern PSZ Düsseldorf	14	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Psychologen / Psychotherapeuten; Ärzte / Gesundheitsbereich; Sozialarbeiter / Sozialbereich; Polit. / Verw. Entscheidungsträger	1	Haus der Universität	Düsseldorf
Projekttreffen	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	4	PSZ	Düsseldorf
Tagung / Konferenz	Ärzte / Gesundheitsbereich	100	PSZ	Düsseldorf
Gremium	Ehrenamtliche	0	UNO-Flüchtlingshilfe	Bonn
Weiterbildung	Ehrenamtliche	18	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	Psychologen / Psychotherapeuten	4	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Sozialarbeiter / Sozialbereich	15	Diakonie Deutschland	Düsseldorf
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	10	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	20	Bezirksregierung Düsseldorf	Düsseldorf
Arbeitskreis	Ärzte / Gesundheitsbereich	1	Kompetenzzentrum Frauen & Gesundheit NRW	Bochum

Vortrag	Ehrenamtliche	12	SKFM Düsseldorf	Düsseldorf
Vortrag	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	30	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf
Gremium	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	13	Forum Flughafen NRW	Düsseldorf
Vortrag	Ehrenamtliche	7	Flüchtlingshilfe Kreis Mettmann	Hochdahl
Weiterbildung	Psychologen / Psychotherapeuten; Ärzte / Gesundheitsbereich; Sozialarbeiter / Sozialbereich	103	LVR Klinikum Bedburg Hau	Goch
Workshop	Sozialarbeiter / Sozialbereich	15	DW RWL	Düsseldorf
Workshop	Psychologen / Psychotherapeuten	16	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	Psychologen / Psychotherapeuten	20	Akademie für Verhaltenstherapie Marburg	Marburg
Weiterbildung	Ärzte / Gesundheitsbereich	16	PSZ	Düsseldorf
Pressetermin	Lehrende / Schule, Kita, Jugendarbeit	1	Refugio Stuttgart	Düsseldorf
Podiumsdiskussion	Sozialarbeiter / Sozialbereich	400	Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege	Düsseldorf
Projekttreffen	PSZ	11	Diakonie Düsseldorf	Düsseldorf
Weiterbildung	SprachmittlerInnen	12	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Sozialarbeiter / Sozialbereich; Polit. / Verw. Entscheidungsträger; Öffentlichkeit	29	Grüne NRW	Düsseldorf
Gremium	Sozialarbeiter / Sozialbereich; Behördenmitarbeiter; Polit. / Verw. Entscheidungsträger	18	Ministerium für Familie, Kinder, Jugend, Kultur und Sport	Düsseldorf
Vortrag	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	12	Integrationsbeauftrage Bund	Dortmund
Supervision	SprachmittlerInnen	5	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Sozialarbeiter / Sozialbereich	1	Diakonie RWL	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	Psychologen / Psychotherapeuten; Sozialarbeiter / Sozialbereich	6	Ev. Beratungsstelle	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	SprachmittlerInnen	5	PSZ Münster	Münster
Kooperationsgespräch	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	4	PSZ	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	Lehrende / Schule, Kita, Jugendarbeit	1	Netzwerk frühe Hilfen und Familienhebammen	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	Laienhelfer	1	PSZ	Düsseldorf
Vortrag	Sozialarbeiter / Sozialbereich	20	PSZ	PSZ
Supervision	Sozialarbeiter / Sozialbereich	8	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	30	Gesundheitsamt Düsseldorf	Düsseldorf
Tagung / Konferenz	Sozialarbeiter / Sozialbereich	100	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Sozialarbeiter / Sozialbereich	40	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf
Pressetermin	Sozialarbeiter / Sozialbereich	1	Universität Bonn	Düsseldorf
Tagung / Konferenz	Psychologen / Psychotherapeuten; Ärzte / Gesundheitsbereich; Sozialarbeiter / Sozialbereich; Ehrenamtliche; Polit. / Verw. Entscheidungsträger	1	Haus der Universität	Köln
Arbeitskreis	Psychologen / Psychotherapeuten	10	Sana-Klinikum Remscheid GmbH	Wuppertal
Kooperationsgespräch	Psychologen / Psychotherapeuten	15	PSZ	Essen
Gremium	Ärzte / Gesundheitsbereich; Sozialarbeiter / Sozialbereich; Ehrenamtliche	1	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf

Gremium	Sozialarbeiter / Sozialbereich; Polit. / Verw. Entscheidungsträger	7	BAMF Bochum	Bochum
Weiterbildung	Laienhelfer	14	PSZ	Düsseldorf
Workshop	Psychologen / Psychotherapeuten	15	PSZ	Düsseldorf
Tagung / Konferenz	Psychologen / Psychotherapeuten; Sozialarbeiter / Sozialbereich; PSZ	38	BAFF	Frankfurt
Weiterbildung	Öffentlichkeit	20	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Ehrenamtliche	7	PSZ	Düsseldorf
Gremium	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	8	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf
Workshop	SprachmittlerInnen	20	PSZ	Düsseldorf
Tagung / Konferenz	Sozialarbeiter / Sozialbereich; Behördenmitarbeiter; Polit. / Verw. Entscheidungsträger	25	Diakonie RWL	Mülheim
Arbeitskreis	Psychologen / Psychotherapeuten; Sozialarbeiter / Sozialbereich; Behördenmitarbeiter; Ehrenamtliche; Polit. / Verw. Entscheidungsträger; SprachmittlerInnen	1	Haus der Universität	Düsseldorf
Projekttreffen	intern PSZ Dü	7	PSZ	PSZ
Pressetermin	Öffentlichkeit	6	PSZ	Düsseldorf
Kulturveranstaltung	Öffentlichkeit	140	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	9	Paritätischer NRW	Essen
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	1	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf
Gremium	PSZ	14	BAFF	Berlin
Arbeitskreis	Sozialarbeiter / Sozialbereich	21	Diakonie RWL	Düsseldorf
Arbeitskreis	Psychologen / Psychotherapeuten	35	MFH Bochum	Bochum
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	10	PSZ	Düsseldorf
Vortrag	Psychologen / Psychotherapeuten	12	PSZ	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	Psychologen / Psychotherapeuten	15	PSZ	Essen
Arbeitskreis	Sozialarbeiter / Sozialbereich	15	DW RWL	Region
Gremium	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	8	Gesundheitsamt Düsseldorf	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	PSZ	3	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Sozialarbeiter / Sozialbereich	15	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf
Supervision	Psychologen / Psychotherapeuten	3	PSZ	Düsseldorf
Supervision	Ehrenamtliche	3	PSZ	PSZ
Vortrag	Öffentlichkeit	80	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf
Supervision	Sozialarbeiter / Sozialbereich	20	Caritas Geldern	Geldern
Gremium	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	11	Forum Flughafen NRW	Düsseldorf
Kurs	Ärzte / Gesundheitsbereich	12	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen	Dortmund
Weiterbildung	Ärzte / Gesundheitsbereich	10	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen	Dortmund
Vortrag	Ärzte / Gesundheitsbereich	10	Akademie für öffentliches Gesundheitswesen	Dortmund
Workshop	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	16	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf

Vortrag	Ehrenamtliche	60	Notfallseelsorge der Ev. Kirche	Köln
Vortrag	Öffentlichkeit	20	Gesundheitsamt Düsseldorf	Düsseldorf
Weiterbildung	Psychologen / Psychotherapeuten	4	PSZ	Düsseldorf
Supervision	Psychologen / Psychotherapeuten	6	Praxis Kissenbeck	Essen
Workshop	PSZ	9	MFH Bochum	Dortmund
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	16	Innenministerium NRW	Düsseldorf
Workshop	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	15	Stadt Düsseldorf	Stadt Düsseldorf, Moskauer Str.
Workshop	Psychologen / Psychotherapeuten	16	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	Sozialarbeiter / Sozialbereich	200	Gesundheitsamt Düsseldorf	Düsseldorf
Kurs	Sozialarbeiter / Sozialbereich	20	Landschaftsverband Westfalen-Lippe	Münster
Gremium	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	8	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	Laienhelfer	2	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf
Weiterbildung	Psychologen / Psychotherapeuten	15	PSZ	Düsseldorf
Workshop	SprachmittlerInnen	20	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Psychologen / Psychotherapeuten	0	PSZ	Köln
Supervision	Psychologen / Psychotherapeuten	3	PSZ	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	Psychologen / Psychotherapeuten	5	PSZ	Düsseldorf
Pressetermin	Lehrende / Schule, Kita, Jugendarbeit	1	Health Focus	PSZ
Vortrag	Öffentlichkeit	30	Gesundheitsamt Düsseldorf	Düsseldorf
Kulturveranstaltung	Öffentlichkeit	50	Diakonie Düsseldorf in Kooperation mit dem PSZ	Düsseldorf
Supervision	SprachmittlerInnen	5	PSZ	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	Sozialarbeiter / Sozialbereich	1	PSZ	PSZ
Gremium	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	8	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf
Supervision	Psychologen / Psychotherapeuten	3	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	Laienhelfer	12	PSZ	Düsseldorf
Workshop	Ärzte / Gesundheitsbereich	15	Uniklinikum Köln	Köln
Supervision	Psychologen / Psychotherapeuten	1	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Ehrenamtliche	3	PSZ	Düsseldorf
Supervision	Psychologen / Psychotherapeuten	1	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	Psychologen / Psychotherapeuten	170	DGTD	Düsseldorf
Workshop	Psychologen / Psychotherapeuten	10	DGTD	Düsseldorf
Podiumsdiskussion	Öffentlichkeit	25	BDP Berufsverband deutscher PsychologInnen	Frankfurt
Workshop	Sozialarbeiter / Sozialbereich	20	DGTD	Düsseldorf
Team	intern PSZ Düsseldorf	12	PSZ	PSZ
Kooperationsgespräch	Ärzte / Gesundheitsbereich	6	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Psychologen / Psychotherapeuten	10	JUMP, Diakonie Düsseldorf	Düsseldorf
Projekttreffen	PSZ	11	PSZ	PSZ

Weiterbildung	Psychologen / Psychotherapeuten	60	PSZ	Düsseldorf
Gremium	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	8	SKFM Düsseldorf	Düsseldorf
Workshop	SprachmittlerInnen	5	PSZ	Düsseldorf
Vortrag	Psychologen / Psychotherapeuten	5	Gesundheitsamt Düsseldorf	Düsseldorf
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	10	PSZ	Düsseldorf
Workshop	Sozialarbeiter / Sozialbereich; Behördenmitarbeiter	26	Diakonie RWL	Mülheim
Arbeitskreis	Psychologen / Psychotherapeuten; Sozialarbeiter / Sozialbereich; Ehrenamtliche; SprachmittlerInnen	1	Haus der Universität	Düsseldorf
Tagung / Konferenz	Ärzte / Gesundheitsbereich	100	LVR	Köln
Workshop	Ärzte / Gesundheitsbereich	15	Uniklinikum Köln	Köln
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	100	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf
Vortrag	Lehrende / Schule, Kita, Jugendarbeit	20	Schulreferat Duisburg	Duisburg
Workshop	Psychologen / Psychotherapeuten	10	PSZ	PSZ
Arbeitskreis	Sozialarbeiter / Sozialbereich	40	Diakonie RWL	Essen
Supervision	Psychologen / Psychotherapeuten	1	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	10	PSZ	PSZ
Weiterbildung	Ärzte / Gesundheitsbereich	18	Uniklinikum Köln	Köln
Gremium	Ärzte / Gesundheitsbereich; Sozialarbeiter / Sozialbereich; Behördenmitarbeiter; Polit. / Verw. Entscheidungsträger	1	Haus der Universität	Köln
Supervision	Psychologen / Psychotherapeuten	1	PSZ	Düsseldorf
Gremium	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	11	Ev. Landeskirche	Düsseldorf
Podiumsdiskussion	Sozialarbeiter / Sozialbereich	75	LIGA Wohlfahrtsverbände	Düsseldorf
Gremium	Ärzte / Gesundheitsbereich	10	Gesundheitsamt Düsseldorf	Düsseldorf
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	12	Grüne NRW	Düsseldorf
Workshop	Psychologen / Psychotherapeuten	15	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	Lehrende / Schule, Kita, Jugendarbeit	45	Stadt Oberhausen	Oberhausen
Weiterbildung	intern PSZ Düsseldorf	14	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	20	Bezirksregierung Detmold	Bad Driburg
Weiterbildung	SprachmittlerInnen	20	PSZ	PSZ
Weiterbildung	Psychologen / Psychotherapeuten	8	PSZ	PSZ
Gremium	Sozialarbeiter / Sozialbereich	15	Flüchtlingsrat NRW	Bochum
Supervision	Psychologen / Psychotherapeuten	1	PSZ	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	1	Gesundheitsministerium NRW	Düsseldorf
Projekttreffen	PSZ	1	BAFF	Berlin
Arbeitskreis	Ärzte / Gesundheitsbereich	12	PSZ	PSZ
Arbeitskreis	Ärzte / Gesundheitsbereich	10	PSZ	PSZ
Tagung / Konferenz	PSZ	80	BAFF	Berlin

Vortrag	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	25	Fachhochschule für öffentliche Verwaltung	Mülheim
Workshop	Ärzte / Gesundheitsbereich	15	Uniklinikum Köln	Köln
Pressetermin	Sozialarbeiter / Sozialbereich	1	Universität Maastricht	Düsseldorf
Arbeitskreis	Sozialarbeiter / Sozialbereich	50	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf
Workshop	Sozialarbeiter / Sozialbereich	20	LaG Autonomer Frauenhäuser	Heek
Workshop	Sozialarbeiter / Sozialbereich	50	Autonome Frauenhäuser	Heek
Weiterbildung	Sozialarbeiter / Sozialbereich	20	Kommunales Integrationszentrum Herford	Herford
Vortrag	Psychologen / Psychotherapeuten	70	LVR Klinikum Düsseldorf	Düsseldorf
Weiterbildung	PSZ	13	PSZ	PSZ
Gremium	PSZ	15	BAFF	Berlin
Vortrag	Sozialarbeiter / Sozialbereich	12	PSZ	PSZ
Pressetermin	Sozialarbeiter / Sozialbereich	1	SKM katholischer Verein	Düsseldorf
Workshop	Sozialarbeiter / Sozialbereich	25	DRK Deutschland	Göttingen
Arbeitskreis	Lehrende / Schule, Kita, Jugendarbeit	20	PSZ	PSZ
Weiterbildung	Psychologen / Psychotherapeuten	150	Psychotherapietage NRW	Bad Salzuflen
Supervision	Psychologen / Psychotherapeuten	1	PSZ	Düsseldorf
Gremium	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	11	CDU Düsseldorf	Düsseldorf
Workshop	Lehrende / Schule, Kita, Jugendarbeit	25	Kita Leverkusen	Leverkusen
Gremium	Sozialarbeiter / Sozialbereich; Behördenmitarbeiter; Ehrenamtliche; Polit. / Verw. Entscheidungsträger	45	Stadt Düsseldorf	Düsseldorf
Vortrag	Lehrende / Schule, Kita, Jugendarbeit	80	Kommunales Integrationszentrum Düsseldorf	Düsseldorf
Supervision	Sozialarbeiter / Sozialbereich	20	Caritas Geldern	Geldern
Workshop	Ehrenamtliche	3	PSZ	PSZ
Gremium	PSZ	80	BAFF	Bremen
Gremium	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	8	Gesundheitsamt Düsseldorf	Düsseldorf
Arbeitskreis	Ärzte / Gesundheitsbereich	16	Bundesministerium für Familien	Berlin
Workshop	Sozialarbeiter / Sozialbereich	30	BSFK	Berlin
Weiterbildung	Lehrende / Schule, Kita, Jugendarbeit	17	PSZ	Düsseldorf
Tagung / Konferenz	Sozialarbeiter / Sozialbereich	70	BSFK	Berlin
Workshop	Psychologen / Psychotherapeuten	10	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	Psychologen / Psychotherapeuten	20	PSZ	Düsseldorf
Tagung / Konferenz	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	85	PSZ	Düsseldorf
Workshop	Sozialarbeiter / Sozialbereich	10	PSZ	Düsseldorf
Weiterbildung	Ehrenamtliche	10	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	18	Integrationsministerium NRW	Düsseldorf
Gremium	Sozialarbeiter / Sozialbereich; Behördenmitarbeiter; Polit. / Verw. Entscheidungsträger	14	ABK Duisburg	Duisburg
Workshop	Sozialarbeiter / Sozialbereich	20	DW RWL	Bonn
Weiterbildung	SprachmittlerInnen	8	Caritas Leverkusen	Leverkusen
Weiterbildung	Sozialarbeiter / Sozialbereich	20	DW RWL	Düsseldorf

Kurs	Flüchtlinge	2	PSZ	PSZ
Vortrag	Ärzte / Gesundheitsbereich	60	PSZ Sachsen	Dresden
Gremium	Sozialarbeiter / Sozialbereich	48	Diakonie RWL	Düsseldorf
Weiterbildung	Lehrende / Schule, Kita, Jugendarbeit	40	Berufsschule Linz	Linz am Rhein
Kooperationsgespräch	SprachmittlerInnen	3	Intermigras Düsseldorf	Düsseldorf
Kulturveranstaltung	Flüchtlinge	20	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Sozialarbeiter / Sozialbereich; Behördenmitarbeiter; Ehrenamtliche	5	Flüchtlingsrat Düsseldorf	PSZ
Weiterbildung	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	30	PSZ	PSZ
Kooperationsgespräch	Sozialarbeiter / Sozialbereich	2	Stop Mutilation	Düsseldorf
Gremium	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	12	Forum Flughafen NRW	Düsseldorf
Gremium	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	10	PSZ	Düsseldorf
Arbeitskreis	Ärzte / Gesundheitsbereich	1	Ärzte ohne Grenzen Deutschland	Berlin
Weiterbildung	Psychologen / Psychotherapeuten	23	PSZ	Düsseldorf
Tagung / Konferenz	Sozialarbeiter / Sozialbereich; Polit. / Verw. Entscheidungsträger; Öffentlichkeit	120	Ev. Akademie Villigst	Schwerte
Arbeitskreis	Polit. / Verw. Entscheidungsträger	1	AG SBPM	Berlin
Workshop	Sozialarbeiter / Sozialbereich	27	Ev. Akademie Villigst	Schwerte
Supervision	Psychologen / Psychotherapeuten	1	PSZ	Düsseldorf
Supervision	Psychologen / Psychotherapeuten	3	PSZ	Düsseldorf
Workshop	SprachmittlerInnen	24	Bezirksregierung Arnsberg/ Frauenberatungsstelle Arnsberg	Arnsberg
Vortrag	Ärzte / Gesundheitsbereich	30	LVR Klinikum Viersen	Viersen
Supervision	Psychologen / Psychotherapeuten	1	PSZ	Düsseldorf
Kooperationsgespräch	Sozialarbeiter / Sozialbereich	2	Runder Tisch Moers	Moers

Information in eigener Sache:
Sehr geehrte Leser und Leserinnen unseres Jahresberichtes,
liebe UnterstützerInnen und FreundInnen des PSZ Düsseldorf,
anders als in den vergangenen Jahren haben sich die Anforderungen der Geldgeber an Berichte verändert – und wir gehen darauf ein. Daher halten Sie nun eine kompakte Version des Jahresberichtes in Ihren Händen, während die einzelnen Geldgeber und Projektförderungen ihrerseits zusätzliche Berichte entlang ihrer Anforderungen erhalten. Zudem planen wir ab Mitte des kommenden Jahres, ein neues Format des Jahresberichtes zu layouten, das dann sowohl digital und online als auch in Print-Version erhältlich sein wird. Ihr Feedback ist uns willkommen!

Impressum

Herausgeber: Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf (PSZ)
Redaktion: Eva van Keuk
Fotos: PSZ

Der Trägerverein Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf e.V. ist Mitglied im Diakonischen Werk Rheinland - Westfalen - Lippe. Vorsitzender ist Pfr.i.R. Gerhard Gericke. Das PSZ ist Träger der freien Jugendhilfe nach §75 SGB VIII. Das PSZ ist Gründungsmitglied der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAFF) und Mitglied des Netzwerk der PSZ in NRW.

Benrather Str.7 - 40213 Düsseldorf
Tel.: 0211 / 544 173 22 Fax: 0211 / 544 173 20 E-Mail: info@psz-duesseldorf.de
Zweigstelle: Benrather Str. 10, 40213 Düsseldorf

Websites: www.psz-duesseldorf.de
www.wiki.psz-duesseldorf.de
www.trauerort-duesseldorf.de
www.fluechtlingsfrauen.de
www.psz-nrw.de
www.facebook.com/PSZ.Duesseldorf

KD-Bank Duisburg - IBAN: DE 54 3506 0190 1011 7420 13 – BIC: GENODED1DKD
Spendenkonto Trauerort: IBAN: DE 86 3005 0110 1005 3366 39 – BIC: DUSSDEDDXXX