



# *Die Rolle von psychosozialer Beratung und Psychotherapie für die Teilhabe von Geflüchteten in der Aufnahmegesellschaft*

Henriette Hermühlen & Marc Millies

Henriette Hermühlen studierte an der Universität Potsdam und im Master „Psychologie in Arbeit, Bildung und Gesellschaft“ an der Friedrich-Schiller-Universität Jena und ist derzeit bei REFUGIO Bremen als Psychologin und Heilpraktikerin Psychotherapie tätig.

Marc Millies studierte Kulturwissenschaften und Geschichte an der Universität Bremen und ist derzeit bei REFUGIO Bremen als Referent für Kommunikation tätig.

Diese Untersuchung wurde im Rahmen des Projekts „Traumatisierungsketten durchbrechen- Handlungsunsicherheiten überwinden- Schutzsysteme stärken“ durchgeführt. Am Projekt beteiligt waren neben REFUGIO Bremen 10 Zentren und die BAfF e.V., finanziert aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds und unterstützt von der UNO Flüchtlingshilfe.

(c) Bremen, 2020

# Inhalt

1. Einleitung	4
2. Darstellung des Kontextes	6
3. Methode	12
3.1 Beschreibung des Instruments	13
3.2 Durchführung	15
3.3 Stichprobenbeschreibung	16
4. Ergebnisse	18
4.1 Quantitative Ergebnisse	19
4.1.1 Achse III: Funktionsniveau	19
4.1.2 Achse I: Funktionssysteme	26
4.1.3 Achse II: Existenzsicherung	33
4.1.4. Zusammenfassung quantitative Ergebnisse	35
4.2 Qualitative Ergebnisse	37
4.3 Erkenntnisgewinn durch qualitative und quantitative Ergebnisse	40
5. Diskussion	44
Literatur	47
Anhang	49

---

# Einleitung

---

# 1.

**Weltweit müssen Millionen Menschen** vor Krieg und Folter fliehen. Nur ein geringer Teil von ihnen wählt und erreicht das Ziel Europa. Die Suche nach Schutz und Sicherheit beinhaltet auch den Zugang zu Gesundheitsversorgung und gesellschaftlicher Teilhabe. In der Realität vieler Schutzsuchender in Deutschland erfüllt sich diese Hoffnung nur eingeschränkt. Dies gilt insbesondere für diejenigen, die vor oder während der Flucht gewaltsame Misshandlung und/ oder Traumatisierungen erfahren haben.

Mit dieser Untersuchung wollen wir der Frage nachgehen, in welchem Umfang Geflüchtete am gesellschaftlichen Leben teilhaben bzw. Zugang zu staatlichen Angeboten der Regelversorgung in Anspruch nehmen können und ob und in welchen Bereichen dafür psychosoziale Beratung und Psychotherapie positiv wirksam sein können.

Grundlage dafür ist eine zweistufige, quantitative Erhebung, welche den Grad der Teilhabe in verschiedenen gesellschaftlichen Funktionssystemen misst und Interventionen aus der psychosozialen Beratung und Psychotherapie dazu in Bezug setzt.

Im Ergebnis erwarten wir Erkenntnisse über den Zusammenhang von psychosozialer Beratung und Psychotherapie mit dem Umfang der Teilhabemöglichkeiten.

---

## Darstellung des Kontextes der Untersuchung

## 2.

Ende 2018 lebten knapp 1,8 Millionen Geflüchtete in Deutschland. 27.220 von ihnen lebten im Bundesland Bremen. Etwa 16 % davon haben keinen anerkannten Schutzstatus; bei 2645 Menschen wurde über ihr Asylverfahren noch nicht entschieden. (Statistisches Bundesamt, 2019).<sup>1</sup>

Während 2015 in Bremen 10.274 Geflüchtete aufgenommen wurden, waren es laut Bremer Sozialsenat im Jahr 2018 1.358<sup>2</sup> und im Jahr 2019 1.191 Personen.<sup>3</sup> Zum Stichtag 31.10.2019 lebten insgesamt 2.578 Menschen in Bremer Übergangwohnheimen.<sup>4</sup>

Jeder fünfte Mensch in Krisengebieten ist psychisch krank. Grund dafür sind laut einer Meta-Studie Erlebnisse und Erfahrungen von Krieg, Folter und Menschenrechtsverletzungen.<sup>5</sup>

Vor dem Hintergrund dieser Ergebnisse ist die Einschätzung des Behandlungsbedarfs nach Deutschland geflüchteter Menschen relevant.

Im Jahr 2018 zeigt eine Befragung des Wissenschaftlichen Instituts der AOK (WIdO), dass mehr als drei Viertel aller Geflüchteten (in Deutschland) aus den Herkunftsländern Syrien, Irak und Afghanistan unterschiedliche Formen von Gewalt erlebt haben und dadurch oft mehrfach traumatisiert sind.<sup>6</sup> In der Befragung gaben 74,7 % der Schutzsuchenden an, Gewalt in unterschiedlichen Formen persönlich erlebt zu haben. 60 % der Befragten, die Angaben zu traumatischen Ereignissen gemacht haben, nannten Kriegserlebnisse, 40 % Angriffe durch Militär oder Bewaffnete. Nur weniger als ein Viertel (22,5 %) der Befragten hat keine dieser traumatischen Erfahrungen selbst erlebt, wurde aber möglicherweise Zeug\*in von Kriegsverbrechen oder Menschenrechtsverletzungen. Die WIdO-Untersuchung konkretisiert und aktualisiert Daten zur Versorgungssituation von Geflüchteten. Bereits 2009 stellte das Deutsche Ärzteblatt fest: „Traumatisierte Flüchtlinge: Psychische Probleme bleiben meist unerkannt“.<sup>7</sup>

1 [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html)

2 <https://www.senatspressestelle.bremen.de/sixcms/detail.php?id=317456&asl=bremen02.c.732.de>

3 [https://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadt\\_artikel,-bremen-ist-vorbereitet-auf-mehr-fluechtlinge-arid,1889643.html](https://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadt_artikel,-bremen-ist-vorbereitet-auf-mehr-fluechtlinge-arid,1889643.html)

4 <https://www.butenunbinnen.de/nachrichten/gesellschaft/asylbewerber-fluechtlinge-bremen-100.html>

5 [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30934-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30934-1/fulltext)

6 [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produkte/WIdOmonitor/wido\\_monitor\\_2018\\_1\\_gesundheit\\_gefluechtete.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WIdOmonitor/wido_monitor_2018_1_gesundheit_gefluechtete.pdf)

7 <https://www.aerzteblatt.de/archiv/66991/Traumatisierte-Fluechtlinge-Psychische-Probleme-bleiben-meist-unerkannt>

---

Die Fachzeitschrift nimmt Bezug auf eine Studie, die davon ausgeht, dass circa 40% der Asylbewerber\*innen und Flüchtlinge in Deutschland mehrfach traumatisierende Erfahrungen machten und Folter durchlitten haben.

*„Nach einer Vergewaltigung weisen mehr als die Hälfte der Opfer Traumafolgestörungen auf; nach der Folter sind es sogar 87 %. Insgesamt geht man davon aus, dass bei fünf bis sieben von zehn Flüchtlingen eine solche Störung vorliegt. Das Suizidrisiko nach einer Vergewaltigung ist über einen langen Zeitraum sehr hoch.“*<sup>8</sup>

Insgesamt ist also von einem speziellen Unterstützungs- und Versorgungsbedarf bei Geflüchteten, insbesondere besonders Schutzbedürftigen, auszugehen.

*„Eine bedarfsgerechte Unterstützung erfordert in den meisten Fällen die multiprofessionelle Integration eines komplexen Leistungsspektrums, das neben Psychotherapie auch psychosoziale Beratung, kreative und soziale Aktivitäten umfasst und die Kultur, die krankmachenden Erfahrungen und den rechtlichen Status der Betroffenen berücksichtigt.“*<sup>9</sup>

REFUGIO Bremen versorgt als psychosoziales Zentrum jährlich etwa 500 geflüchtete Menschen. Seit 1989 bietet REFUGIO in Bremen kostenlose psychosoziale Beratung und psychotherapeutische Behandlung für Geflüchtete. Die Arbeit von REFUGIO ist allen relevanten Fachbehörden in Bremen bekannt und etabliert und wird mit seinen Alleinstellungsmerkmalen als psychosoziales Zentrum mit multimodalem und integrativem Behandlungskonzept mit seiner Expertise herangezogen.

Vor dem Hintergrund der langjährigen Erfahrungen von REFUGIO Bremen mit der Zielgruppe und ihrer spezifischen Bedarfe, erscheint uns die geplante Erhebung und Evaluation der Kontextfaktoren als solide Basis um das Vorhaben erfolgreich durchführen zu können.

Wichtige Fragen in diesem Zusammenhang sind: Kann die psychosoziale Beratung und deren Interventionen auch einen Kompetenzzuwachs bei den Geflüchteten in Bezug auf ihre Teilhabemöglichkeiten bewirken? Wie werden diese Interventionen ausgestaltet und erzielen sie die geplante Wirkung?

---

<sup>8</sup> Ebd.

<sup>9</sup> Vgl. Baron et al, 2015 <https://soziales-kapital.at/index.php/sozialeskapital/article/viewFile/363/627.pdf>

Gesellschaftliche Teilhabe und das Recht auf Inanspruchnahme für Geflüchtete ist nicht nur in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte sondern u.a. auch im Integrationsgesetz verankert. Demnach ermögliche gesellschaftliche Teilhabe, sich unabhängig von individuellen Fähigkeiten und Voraussetzungen gleichberechtigt am gesellschaftlichen Geschehen zu beteiligen.<sup>10</sup>

Es ist jedoch festzustellen, dass einige für Geflüchtete relevanten Gesetze gleichzeitig ihre (Teil)Exklusion<sup>11</sup> von besonderen Gruppen von Geflüchteten in Deutschland festschreiben. Das sind u.a. das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz, das Integrationsgesetz oder das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Hierzu drei Beispiele:

Seit 1993 regelt in Deutschland das Asylbewerberleistungsgesetz den Zugang zu Sozialleistungen und medizinischer Versorgung für Asylsuchende. Das AsylbLG schränkt aber die materielle und gesundheitliche Situation der Geflüchteten ein, da der Leistungsumfang nicht dem Existenzminimum entspricht.<sup>12</sup> Leistungen zur medizinischen Versorgung werden nach § 4 AsylbLG nur bei „akuter“ Krankheit bzw. akutem Behandlungsbedarf und bei „schmerzhafter Krankheit“ erbracht. Leistungen für sonstige Behandlungen - insbesondere bei chronischen Erkrankungen und Behinderungen - „können“ nach § 6 AsylbLG als Ermessensleistungen gewährt werden, soweit dies „zur Sicherung der Gesundheit unerlässlich“ ist.

Betroffene des AsylbLG erhalten nicht dieselben Sozialleistungen wie andere unterstützungsbedürftige Menschen in Deutschland. Verbände weisen darauf hin, dass die niedrigeren Regelsätze bei Asylbewerber\*innen im Vergleich zu Hartz IV-Beziehenden ganz generell eine klare Diskriminierung von Geflüchteten darstelle.<sup>13</sup>

Zusätzlich ist auch das Zusammenwirken der Einschränkungen im Bereich Wohnen, etwa durch die Form der Unterbringung und der Wohnsitzauflage für Teilhabechancen auf dem Arbeitsmarkt, im Bereich Bildung und dem Zugang zur Gesundheitsversorgung für die Betroffenen relevant.

Diese Ausgangssituation bleibt zumeist nicht ohne Folgen.

<sup>10</sup> Ebd.

<sup>11</sup> Antonym zu Inklusion. „Prozess, durch den bestimmte Personen an den Rand der Gesellschaft gedrängt und durch ihre Armut bzw. wegen unzureichender Grundfertigkeiten oder fehlender Angebote für lebenslanges Lernen oder aber infolge von Diskriminierung an der vollwertigen Teilhabe gehindert werden“ (Europäische Kommission, 2004, S. 10)

<sup>12</sup> <https://www.asyl.net/themen/sozialrecht/asylbewerberleistungsgesetz/>

<sup>13</sup> <https://www.der-paritaetische.de/presse/pressemitteilungen/mogelpackung-asylbewerberleistungsgesetz-scharfe-kritik-des-paritaetischen-an-reformplaenen/>

## Darstellung des Kontextes der Untersuchung

---

*„Allgemeinere sozialwissenschaftliche Erkenntnisse legen nahe, dass eine von rechtlichen und materiellen Teilexklusion geprägte Anfangszeit (z.B. fehlender Zugang zu Sprachkursen, Erwerbslosigkeit aufgrund von Arbeitsverboten und Vorrangprüfungen) langfristig negative Auswirkungen auf Teilhabechancen haben kann, selbst wenn zu einem späteren Zeitpunkt Flüchtlingen ein sicherer Aufenthalt gewährt wird.“<sup>14</sup>*

Die Autorinnen der Studie „Wie gelingt Integration?“ der Robert-Bosch-Stiftung erwarten, dass die Förderung von Teilhabe ein ganzheitliches Verständnis erfordere, das strukturelle Aspekte wie Bildungssystem, Arbeitsmarkt, Gesundheits- und Fürsorgesystem ebenso im Blick habe wie vermeintlich ‚weiche‘ Integrationsfaktoren wie soziale Kontakte.<sup>15</sup>

*„Der Maßstab, an dem sich der Erfolg der Integration zu messen hat, zielt auf individuelle Teilhabe- und Verwirklichungschancen ab.“<sup>16</sup>*

Damit wird deutlich, dass ein hohes Maß an Teilhabe multifunktional bedingt ist und im engen Zusammenhang mit individuellen Bedingungen steht, welche z.B. durch den Gesundheitsstatus beeinflusst werden. Maßnahmen, Angebote und Interventionen sollten in diesem Zusammenhang zum Ziel haben, Geflüchtete darin zu unterstützen, ihre persönlichen Ressourcen zu (re)mobilisieren, Kompetenzen<sup>17</sup> zu nutzen und aufzubauen, sich in der neuen und ungewissen Lebenssituation zu stabilisieren oder Pre-, Peri- und Postmigrationsfolgen zu überwinden.

In Deutschland haben sich bereits Ende der 1980er Jahre psychosoziale Zentren (PSZ), u.a. in Bremen, gegründet, die auf die komplexe Bedürfnislage Geflüchteter spezialisiert sind und entsprechende Beratungs- und Behandlungsangebote bereitstellen. Diese werden jedoch nicht durch die Gesetzlichen Krankenkassen finanziert und stellen daher ein substituierendes Instrument für die Exklusion von der Regelgesundheitsversorgung dar.

Sie heben strukturelle Exklusion damit nicht auf, können aber - in begrenztem Maße - Einfluss nehmen auf den Grad der Teilhabe, können negative Auswirkungen von Exklusion möglicherweise abmildern oder verändern.<sup>18</sup>

---

<sup>14</sup> Söhn & Marquardsen, 2016, S.1

<sup>15</sup> [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/downloads/Studie\\_Wie\\_gelingt\\_Integration.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/downloads/Studie_Wie_gelingt_Integration.pdf)

<sup>16</sup> Söhn & Marquardsen, 2016, S. 7

<sup>17</sup> Kompetenzen umfassen alle Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, die für die Alltagsgestaltung, für die Orientierung in der Aufnahmegesellschaft, für ihre Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe, für Problemlösung und für ihre Positionierung zur Welt relevant sind. Entscheidend ist dabei nicht das einmal erworbene, sondern das derzeit zugängliche Niveau.

<sup>18</sup> Vgl. Baron et al, 2015



---

## Methode

---

### 3.

**Diese Untersuchung evaluiert, inwieweit die beratende und behandelnde Arbeit Psychosozialer Zentren auf die Teilhabe von Geflüchteten wirkt.**

Anhand eines Fragebogens, dem *IC\_Flü*,<sup>19</sup> kann erhoben werden, inwieweit Geflüchtete Zugang zu den Leistungen der gesellschaftlichen Infrastruktur haben und diese auch tatsächlich nutzen können. Ferner werden Mitarbeiter\*innen der Flüchtlingssozialarbeit sowie Therapeut\*innen dabei unterstützt, Interventionen zur Förderung der Teilhabe ihrer Klient\*innen zu planen, durchzuführen und ihre Arbeitsfortschritte nachvollziehbar zu beurteilen. Der *IC\_Flü* ist folglich ein Instrument, das nun Teilhabe als Ergebnis der Interventionen psychosozialer Arbeit mit Geflüchteten messbar macht, indem sich zum Beispiel der Gesundheitszustand der befragten Klient\*innen verbessert.

Inklusionschart\_Flüchtlinge: In der Sozialen Arbeit wurde am Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung der Fachhochschule St. Pölten mit dem „Inklusions-Chart“ (IC) ein Instrument entwickelt, mit dem die soziale Lebenssituation von Menschen erfasst und mit der anderer Personengruppen verglichen werden kann.<sup>20</sup> Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) nahm dies 2014 zum Anlass, ein Pilotprojekt zur Entwicklung von Indikatoren für die Inklusion Geflüchteter in Deutschland zu initiieren. Das einjährige Projekt „Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion“ wurde in Kooperation mit Expert\*innen aus der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten - der BAfF sowie den Psychosozialen Zentren Refugio München, Refugio Bremen und dem PSZ Düsseldorf - durchgeführt und von Forscherinnen der Charité Universitätsmedizin Berlin sowie dem Entwickler des Inklusionschart (IC), Prof. Dr. Pantuček, wissenschaftlich begleitet.

---

<sup>19</sup> Flüchtlingsspezifischer Inklusionschart. <http://www.inklusionschart.eu/ic-texte/texte/18-daten-fuer-taten>

<sup>20</sup> Vgl. Pantuček, 2012

Mit Hilfe eines praxisorientierten Ansatzes wurde der IC3 dem rechtlichen und sozialen Lebenskontext Geflüchteter angepasst und der flüchtlingsspezifische Inklusionschart entwickelt.

Diesem Fragebogen steht ein Manual zur Seite, welches Hinweise zur Einstufung des Inklusionsgrades von Klient\*innen in die verschiedenen gesellschaftlichen Funktionssysteme bzw. im Kontext struktureller Exklusion in entsprechende flüchtlingsspezifische „*Substituierende Systeme*“ gibt. Es werden Indikatoren für die Einstufung des Inklusionsgrades einer Person definiert und flüchtlingsspezifische Beispiele zur Veranschaulichung beschrieben.<sup>21</sup>

In dieser Untersuchung wird der *IC\_Flü* als Instrument einer Verlaufsdokumentation genutzt. Klient\*innen bei Refugio Bremen e.V. wurden mit einem Abstand von sechs bis neun Monaten in den Gesprächen zu den Maßen des Instruments befragt. Ein spezifisches Manual hat die Anwendung erleichtert.

Hinzu kommen teilstrukturierte, qualitative Interviews mit Expert\*innen aus den Bereichen Teilhabe und psychosoziale Gesundheit sowie mit einer Teilnehmerin der Untersuchung, um Ergebnisse aus der Erhebung zu vertiefen, und die Lebensrealitäten, Teilhabemöglichkeiten und Hindernisse der Teilnehmer\*innen zu beschreiben.

### 3.1 Beschreibung des Instruments

Der *IC\_Flü* erfasst das Niveau der Teilhabe der Befragten auf drei Achsen. Diese bilden die wichtigsten Funktionssysteme (Achse I), Status und Qualität der Existenzsicherung (Achse II) sowie Aspekte der Funktionsfähigkeit (Achse III) ab. Hierbei werden auch die Verhältnisse von gesellschaftlichen Bedingungen und individuellen Möglichkeiten sichtbar. Die Einschätzung der Teilhabe, also von Exklusion und Inklusion, wird vor allem auf der Achse I abgebildet, indem dokumentiert wird, in wie weit eine Person die gesellschaftliche Infrastruktur in den Dimensionen Arbeitsmarkt, Sozialversicherung, Geldverkehr, Mobilität, Bildungswesen, Medien, medizinische Versorgung, Kommunikation und lebensweltlicher Support, nutzen kann.

---

<sup>21</sup> Baron et al., 2015: <http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/10/Manual-zur-Inklusionschart.pdf>

„Hier ist anzumerken, dass die Möglichkeiten, die volle Inklusion bietet, vom aktuellen Entwicklungsstand der gesellschaftlichen Infrastruktur abhängig sind. Das Manual zum Inklusions-Chart enthält für jedes Item eine Definition dessen, was als ‚volle Inklusion‘ verstanden werden kann - bezogen auf europäische Gesellschaften im beginnenden 21. Jahrhundert. Die Einschätzung auf einer Skala von Inklusion/ Exklusion bezeichnet dabei ein Verhältnis zwischen Individuum und Gesellschaft.“<sup>22</sup>

Auf der dritten Achse wird ferner eine Einschätzung des Funktionsniveaus mithilfe der GAF-Skala<sup>23</sup> erfragt. Die GAF-Skala kodiert die globale Erfassung des Funktionsniveaus auf drei Ebenen (psychisch, sozial und beruflich), wobei zum Beispiel ein Code von 91-100 eine *„Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome“* widerspiegeln würde. Ein Code von 1-10 würde im Gegensatz dazu eine *„Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht“* widerspiegeln.

Auf der dritten Achse wird ferner die psychische Gesundheit auf einer vierstufigen Skala in Anlehnung an die GAF-Skala erhoben (1 = gefährdend, 4 = sehr gut). Psychische Gesundheit beinhaltet alle Faktoren, die bestimmen, wie die Person ihr intellektuelles und emotionales Potential verwirklichen, ihre Rolle in der Gesellschaft, in der Ausbildung und im Arbeitsleben erfüllen und normale Lebensbelastungen bewältigen kann.<sup>24</sup>

Eine *„gefährdende“* psychische Gesundheit bedeutet, dass die Person durch psychische Probleme auf unbestimmte Zeit in ihrer Funktionsfähigkeit und ihrem Wohlbefinden wesentlich eingeschränkt ist, und eine weitere Verschlechterung in Betracht gezogen werden muss. Außerdem ist die Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensgestaltung entscheidend eingeschränkt bzw. die Erkrankung wird zu einem Zukunftsthema.

Ebenso erfasst werden körperliche Gesundheit und Kompetenzen auf einer vierstufigen Skala. Kompetenzen umfassen alle Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten einer Person, die für die Alltagsgestaltung, für die Orientierung in der Aufnahmegesellschaft, für ihre Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe, für Problemlösung und für ihre Positionierung zur Welt relevant sind. Entscheidend ist dabei nicht das einmal erworbene, sondern das derzeit zugängliche Niveau.

<sup>22</sup> Baron et al, 2015

<sup>23</sup> Das GAF (Global Assessment of Functioning) ist eine Bewertungsskala aus der klinischen Psychologie und Psychiatrie (u.a. im DSM). Sie wird verwendet, um das allgemeine Funktionsniveau einer Person zu erfassen. Die GAF-Skala ist in 10 Funktionsniveaus mit je 10 Punkten unterteilt. Sie reicht von 100 (höchstes Leistungsniveau) bis zu 1 (niedrigstes Leistungsniveau). Vgl. Saß, 2003. Siehe auch Anhang I

<sup>24</sup> Angelehnt an die Definition der WHO

## Durchführung

---

Die einzelnen Skalen auf den Achsen werden vierstufig erhoben und zusätzlich durch die Angabe von Tendenzen erweitert. Zum Beispiel kann sich an der tatsächlichen Teilhabesituation nichts geändert haben, dennoch eine Tendenz zu erwarten sein, weil beispielsweise Bewerbungen um einen Ausbildungsplatz verfasst wurden. In Bezug auf die einzelnen Skalen gibt es zusätzlich Felder in denen geplante Interventionen von den Behandler\*innen eingetragen werden, sowie Kommentarfelder, in denen die quantitative Aussage um Informationen ergänzt werden können, wie z.B. dass ein Widerrufsverfahren eingeleitet wurde, oder die Mutter im Camp in Griechenland verstorben ist.

## 3.2 Durchführung

Mit dem *IC\_Flü* soll Inklusion als Ergebnis der Interventionen psychosozialer und therapeutischer Arbeit mit Geflüchteten messbar gemacht werden. Der Inklusionsgrad einer Person respektive der teilnehmenden Klient\*innen ist anhand der vorliegenden Fakten zu den Funktionssystemen auf der Basis der Daten einzuschätzen. In Bereichen, in denen Geflüchtete bereits strukturellen Exklusionsprozessen unterliegen (z.B. Bildungswesen, medizinische Versorgung, lebensweltlicher Support), wird die Inklusion in die entsprechenden „*substituierenden Systeme*“ erfasst. Nach der organisatorischen und inhaltlichen Vorbereitung des Vorhabens wurde im Herbst 2018 die erste Erhebung mit 46 Teilnehmenden durchgeführt und im Frühjahr 2019 ausgewertet. Die zweite Erhebung erfolgte im Winter 2019. Die Auswertung der zweiten Erhebung und die Auswertung aller Ergebnisse fanden dann im Frühjahr 2020 statt. Der Fragebogen wurde im geschützten Setting ausgefüllt, das heißt es waren maximal drei Personen anwesend und involviert (Klient\*in, Behandler\*in und ggf. Sprachmittler\*in). Ferner wurde die Durchführungsart den sechs beteiligten Behandler\*innen überlassen. Entweder füllten Sie den Fragebogen auf Basis der Gespräche aus, oder bearbeiteten ihn im Rahmen der Gespräche gemeinsam mit den Klient\*innen. In keinem Fall wurde allerdings der *IC\_Flü* allein durch die befragte Person ausgefüllt. Diese Entscheidung beruht auf der Tatsache, dass der *IC\_Flü* Fragen aufwirft, die im Behandlungskontext zum einen bereichern und die Exploration der Lebensrealität der Klient\*innen unterstützen, die aber auch in einem therapeutisch unterstützenden Rahmen Ressourcen und Problemfelder aufdecken können.

---

### 3.3 Stichprobenbeschreibung

Die Zielgruppe umfasst 46 Personen, davon sind  $N= 16$  weiblich und  $N= 30$  männlich. Das Durchschnittsalter beträgt 32,24 Jahre (Min.= 16, Max.= 67), wovon 4 Personen zum ersten Messzeitpunkt minderjährig waren. Unter den Frauen beträgt das Durchschnittsalter ( $M$ ) 40,83, unter den Männern ( $M$ ) 28,86 Jahre. Dieser Altersunterschied zwischen den Gruppen muss bei der Betrachtung der Ergebnisse berücksichtigt werden. Die Befragten kommen aus folgenden Herkunftsländern: Afghanistan (11), Syrien, Somalia (je 5), Mazedonien, Armenien, Tschetschenien (je 3), Iran, Aserbaidschan, Sri Lanka, Kosovo (je 2), Süd-Ossetien, Ukraine, Ägypten, Eritrea, Russland, Serbien, Türkei, Albanien (je 1). Alle Befragten waren noch im Asylverfahren ( $N= 21$ ) oder haben bereits eine Aufenthaltserlaubnis ( $N= 25$ ).

Zum ersten Messzeitpunkt sind  $N= 21$  ledig, davon nur 2 Frauen. Die Mehrheit der nicht ledigen Befragten ist verheiratet,  $N= 6$  verwitwet, und zwei Frauen sind geschieden. Nur eine der Teilnehmerinnen hat bei der ersten Erhebung kein Kind. Insgesamt hat etwa die Hälfte der Befragten mindestens ein Kind. Die Mehrheit derer, die die optionale Frage nach ihrer Religion beantwortete, gab an, muslimisch zu sein. Fast alle Teilnehmer\*innen ( $N= 43$ ) konnten Schulbildung im Herkunftsland wahrnehmen, und  $N= 13$  haben im Herkunftsland eine Berufsausbildung gemacht.  $N= 8$  Frauen und  $N= 14$  Männer gingen im Herkunftsland einer Arbeit nach.

Zum zweiten Messzeitpunkt wurden Daten von  $N= 41$  Teilnehmer\*innen erhoben, 5 Personen der ersten Erhebung waren zum zweiten Messzeitpunkt nicht mehr in regelmäßiger Behandlung. Ausgewertet werden also Daten von  $N= 12$  Frauen (davon 7 mit Aufenthaltserlaubnis und 5 im laufenden Asylverfahren), und  $N= 29$  Männern (davon 15 mit Aufenthaltserlaubnis und 14 im laufenden Asylverfahren).

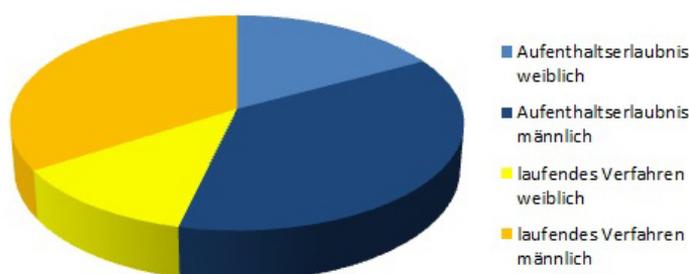


Abbildung 1

Abbildung 1: Subgruppen nach Aufenthaltsstatus und Geschlecht

---

# Ergebnisse

---

## 4.

**Die Stammdatenerhebung dient der Stichprobenbeschreibung und der Darstellung der Ausgangssituation.** Häufigkeitsverteilungen der Werte auf der Achsen I, II und III <sup>25</sup> geben Aufschluss über den Grad der Teilhabe zum ersten und zweiten Messzeitpunkt. Dabei wird in Bezug auf die Hypothese zwischen der Gruppe von Personen mit Aufenthaltserlaubnis, und der Gruppe von Personen im laufenden Asylverfahren unterschieden. Induktiv werden ebenso die Daten von Frauen und Männern vergleichend betrachtet weil sich auffällige Unterschiede abzeichnen.

Zunächst wird die Achse III mit ihren Werten zum Funktionsniveau im Mittelwerts-Vergleich und der Verteilung ausgewertet. Anschließend werden einzelne Variablen der Teilhabe (Achsen I & II) im Prä-Post-Vergleich dargestellt und zu Interventionen in Bezug gesetzt. Auf Grundlage der Daten, sowie in Fachgesprächen mit den durchführenden Behandler\*innen wurde gemeinsam entschieden, welche der erfassten Achsen für die betrachtete Stichprobe besonders relevant, weil zum Beispiel auffällig, scheint.

Ausgewertet werden demnach jene Teilhabe-Indizes, die sich in der Praxis und auf Grundlage der quantitativen und qualitativen Daten als besonders relevant in Bezug auf die Frage der Wirksamkeit von Psychotherapie auf den Grad der Teilhabe, zeigten. Ausgeschlossen werden Skalen, bei denen die Anzahl fehlender Werte besonders hoch war, weil sie etwa in der Lebensrealität der Teilnehmenden nicht relevant sind.

Im Anschluss werden Zusammenhänge zwischen den Variablen sowie die quantitativen Ergebnisse durch qualitative Daten validiert.

---

<sup>25</sup> Funktionssysteme (Achse I), Status und Qualität der Existenzsicherung (Achse II) sowie Aspekte der Funktionsfähigkeit (Achse III)

## 4.1 Quantitative Ergebnisse

### 4.1.1 Achse III: Funktionsniveau

**Global Assessment of Functioning Skala:** Die GAF (Global Assessment of Functioning) Skala erhebt die psychische Gesundheit und das Funktionsniveau der Befragten. Dieses steigt im Laufe der Beobachtungszeit signifikant von  $M= 54.26$  ( $SD= 16.0$ ) auf  $M= 60.9$  ( $SD= 13.46$ ),  $t(40)= -4.05$ ,  $p< 0.001$ . Zum ersten Zeitpunkt beschreiben die Teilnehmer\*innen also ein mittleres Funktionsniveau, welches sich im Durchschnitt von „mangelhaft“ auf „eingeschränkt“ verbessert. Diese Veränderung ist vergleichbar mit den Werten aus dem Jahresbericht 2014 des Psychosozialen Zentrums für Folteropfer Ulm. <sup>26</sup>

Hierbei handelt es sich um einen deutlichen Anstieg des Funktionsniveaus im Laufe der psychologischen Behandlung. Der Anteil von Frauen und Männern mit Aufenthaltserlaubnis und im laufenden Verfahren gestaltet sich aber nicht entsprechend der Vorannahmen: es bildet sich in der Häufigkeitsverteilung kein systematischer Einfluss des Aufenthaltsstatus ab.

Im positiven Verlauf des Funktionsniveaus über die Behandlung weisen die deskriptiven Daten darauf hin, dass es vor allem für die Personen im laufenden Verfahren eine Veränderung gibt. Laut National Institute of Mental Health <sup>27</sup> liegt der Cut-Off für eine psychische Erkrankung vor. Wie sich darstellt, liegen die meisten Angaben in der Stichprobe über diesem Wert. Dieser Befund ist zunächst überraschend, jedoch vergleichbar mit den Werten der Jahresstatistik des Psychosozialen Zentrums für Geflüchtete in Ulm (2014), <sup>28</sup> mit dem die hier untersuchte Gruppe vergleichbar ist. Diese Werte werden davon beeinflusst, dass die Erhebung in einem ambulanten Setting erfolgte, die Behandlung teilweise bereits vor der ersten Erhebung begonnen hatte, sowie die Beurteilung durch die Behandler\*innen stattfand. Für die Beratung bei REFUGIO Bremen e.V. ist das Vorliegen einer psychischen Erkrankung im diagnostischen Sinne außerdem keine Voraussetzung.

---

<sup>26</sup> <https://www.bfu-ulm.de/hintergrund/jahresberichte#2018-jahresbericht2018desbehandlungszentrums%C3%BCrfolteropferulmbfu>

<sup>27</sup> National Institute of Mental Health (US). (1987). IRG Bulletin. National Institute of Mental Health.

<sup>28</sup> <https://www.bfu-ulm.de/hintergrund/jahresberichte#2018-jahresbericht2018desbehandlungszentrums%C3%BCrfolteropferulmbfu>

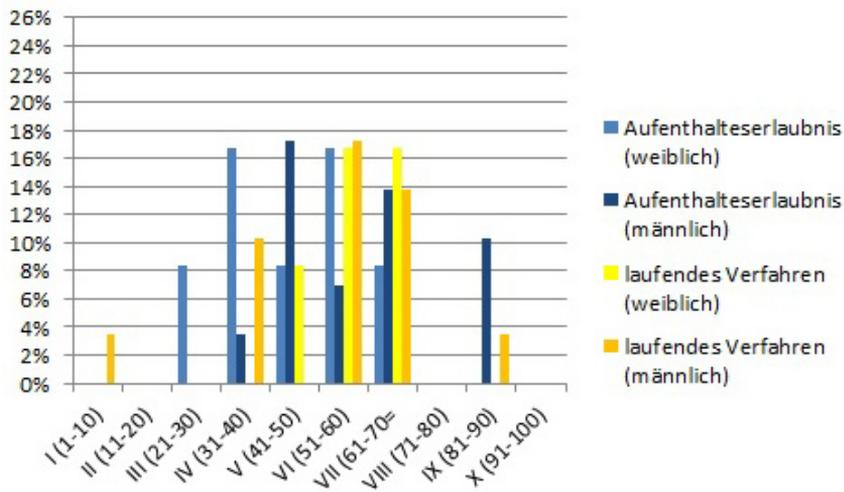


Abbildung 2

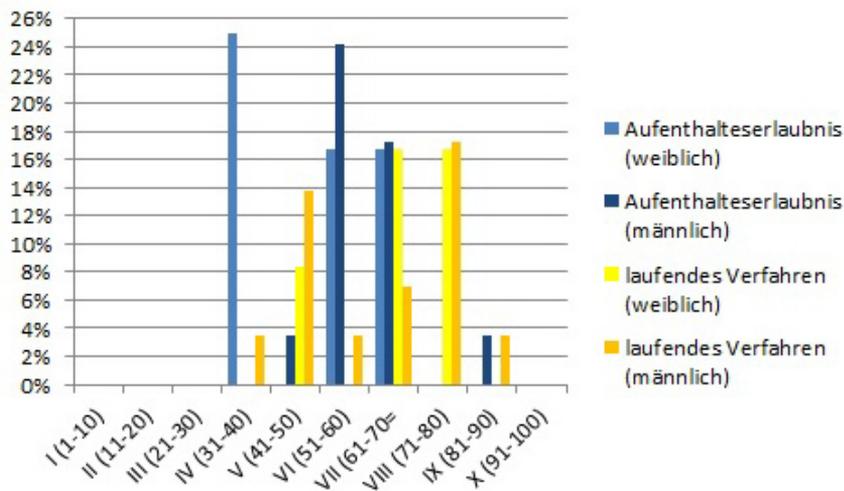


Abbildung 3

Abbildung 2: GAF-Skala zu T1 relativ nach Anteil von Frauen und Männern  
 Abbildung 3: GAF-Skala zu T2 relativ nach Anteil von Frauen und Männern

---

**Psychische Gesundheit:** Die psychische Gesundheit im *IC\_Flü* beschreibt „[...] alle Faktoren, die bestimmen, wie die Person ihr intellektuelles und emotionales Potential verwirklichen, ihre Rolle in der Gesellschaft, in der Ausbildung und im Arbeitsleben erfüllen und normale Lebensbelastungen bewältigen kann“. Das Manual beschreibt die Einschätzung in der Kategorie „psychische Gesundheit“ auf der Achse III Funktionsfähigkeit im Zusammenhang mit der GAF-Skala auf vier Stufen.

Eine „sehr gute“ psychische Gesundheit beschreibt demnach, es gäbe „keine nennenswerten Beeinträchtigungen in Funktionsfähigkeit und Wohlbefinden, Alltagsschwierigkeiten können bewältigt werden, höchstens harmlose oder alltägliche Verstimmungen, innere Konflikte bzw. Symptome [...] bei ansonsten guten Coping-Strategien“. Eine gefährdende psychische Gesundheit beschreibt „Die Person ist durch psychische Probleme auf unbestimmte Zeit in ihrer Funktionsfähigkeit und ihrem Wohlbefinden wesentlich eingeschränkt, eine weitere Verschlechterung muss in Betracht gezogen werden, die Fähigkeit zur selbstbestimmten Lebensgestaltung ist entscheidend eingeschränkt bzw. die Erkrankung wird zu einem Zukunftsthema“.

Die psychische Gesundheit wird in den überwiegenden Fällen als eingeschränkt beschrieben, welche auf Basis der Verteilung nicht als systematisch mit dem Aufenthaltsstatus im Zusammenhang stehend beschrieben werden kann. Mit Aufenthaltserlaubnis zeigen deutlich mehr Frauen eine mangelhafte psychische Gesundheit als Männer, andersherum verhält es sich bei der eingeschränkten, psychischen Gesundheit. Die ungleiche Verteilung deutet also auf einen Geschlechtereffekt hin.

Im Laufe der Behandlung zeigt sich außerdem tendenziell eine Verbesserung der durchschnittlichen, psychischen Gesundheit,  $t(41) = -1.98$ ,  $p = 0.06$ , bei  $M = 2.63$  ( $SD = 0.73$ ) zum ersten Messzeitpunkt und  $M = 2.78$  ( $SD = 0.76$ ) zum zweiten Messzeitpunkt. Des Weiteren wurden in 28 Fällen positive Tendenzen angegeben, nur in vier Fällen wurden negative Tendenzen erwartet. In drei der vier Fälle fand während des Beobachtungszeitraumes eine schulische Veränderung statt, beispielsweise Beendigung beziehungsweise Abbruch des Mittleren Schulabschlusses.

Zur Verbesserung der psychischen Gesundheit wurden Interventionen in folgenden Bereichen geplant: therapeutische Gespräche, Entlastungsgespräche, Psychoedukation, Selbstfürsorge, Stabilisierung, Kunsttherapie zur Stärkung der Selbstheilungskräfte, Traumatherapie, Planung einer Veränderung der Wohnsituation, Vernetzung mit Kriseneinrichtung, Aktivitäten Aufbau, Thematisierung von Medikamenteneinnahme, psychiatrische Behandlung, Suizidprävention, psychosoziale Beratung.

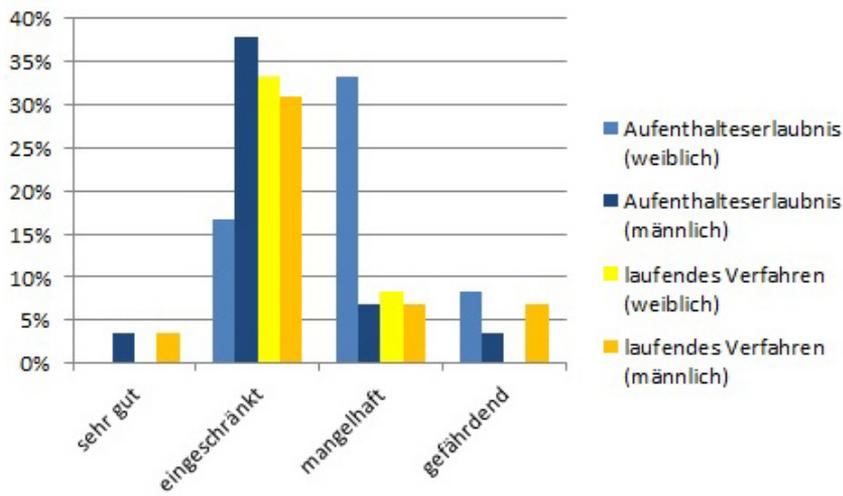


Abbildung 4

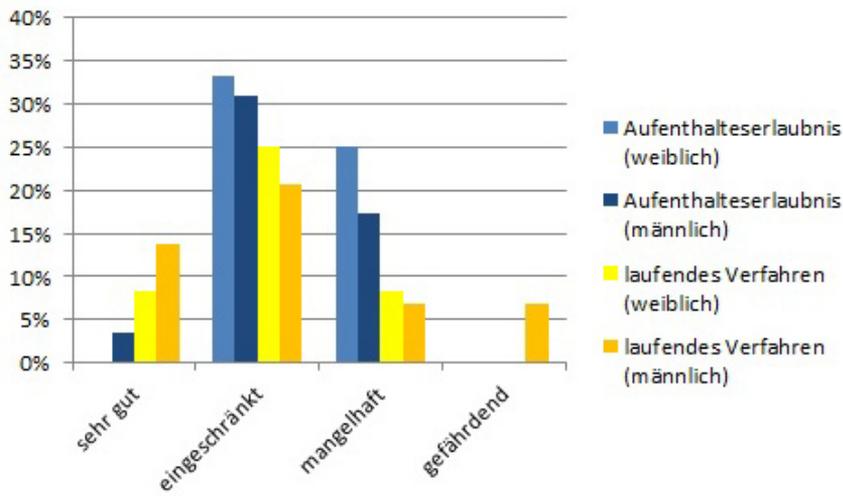


Abbildung 5

Abbildung 4: Psychische Gesundheit zu T1 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern  
 Abbildung 5: Psychische Gesundheit zu T2 relativ nach dem Anteil Frauen und Männern

---

**Kompetenzen:** Kompetenzen sind „*alle Kenntnisse, Fähigkeiten und Fertigkeiten der Person, die für die Alltagsgestaltung, für die Verständigung und Orientierung in der Aufnahmegesellschaft, für ihre Chancen auf gesellschaftliche Teilhabe, z.B. im Arbeits- oder (Aus-/ Weiter-) Bildungsprozess, für Problemlösungen und für ihre Positionierung zur Welt relevant sind*“. Entscheidend ist dabei nicht die im Herkunftsland erworbene Kompetenz, sondern das derzeit zugängliche Niveau. „*Beurteilt wird nicht die formale Bildung, sondern das tatsächliche Niveau, ganz gleich auf welchem Weg es erworben wurde*“ (Sehr gut = „*Die Person verfügt über ein gutes Bildungsniveau und umfassendes Wissen über im eigenen Lebenskontext relevante Fakten, die Person erkennt die Relativität und Ergänzungsbedürftigkeit des eigenen Wissens und ist fähig, entsprechend zu handeln [...]*“, gefährdend = „*Die Person verfügt nicht über die Grundfertigkeiten, die zur Alltagsbewältigung erforderlich sind [...] oder die Person ist nicht fähig, ihr Wissen als mangelhaft zu erkennen und darauf mit Lernaktivitäten zu reagieren*“).

Im Durchschnitt wird von den Teilnehmer\*innen eine eingeschränkte Kompetenz beschrieben. Der deskriptiven Statistik zufolge unterscheidet sich der Grad der verfügbaren Kompetenz dabei nicht systematisch durch den Aufenthaltsstatus. Im laufenden Verfahren geben relativ mehr Frauen eine sehr gute Kompetenz an, dagegen der überwiegende Teil der Frauen mit Aufenthaltserlaubnis eine mangelnde, verfügbare Kompetenz. Auf den Grad der verfügbaren Kompetenz wirken laut qualitativer Daten folgende Faktoren einschränkend: Sprachkenntnisse (11), körperliche & psychische Gesundheit (4), mangelnder Schulabschluss (3), Angewiesen-Sein auf Familienangehörige/ Konzentrationsschwierigkeiten (2), Unterstützungsleistungen für Familienangehörige/ Schlafstörungen/ fehlende Unterstützung und Angewiesen-Sein auf das Jobcenter (1).

Ein T-Test zeigt über den Verlauf der Behandlung einen signifikanten Anstieg der Kompetenz im Mittel von  $M= 3.07$  ( $SD= 0.69$ ) auf  $M= 3.17$  ( $SD= 0.67$ ),  $t(40)= -2.08$ ,  $p= 0.04$ . Auch die Angabe von 23 positiven Tendenzen sprechen für einen Anstieg der Kompetenzen über die Beobachtungszeit.

Folgende Interventionen wurden im Rahmen der Behandlung angeboten um die verfügbare Kompetenz zu erhöhen: Stärken der Motivation, Stärken der Selbstwirksamkeitserwartung, Beantragung von Sozialpädagogischer Familienhilfe, Kooperation mit der Psychiaterin, Selbstfürsorge stärken, Entlastung, Hinterfragen von Leistungsansprüchen, Kooperation mit der Schule, regelmäßige Therapie.

---

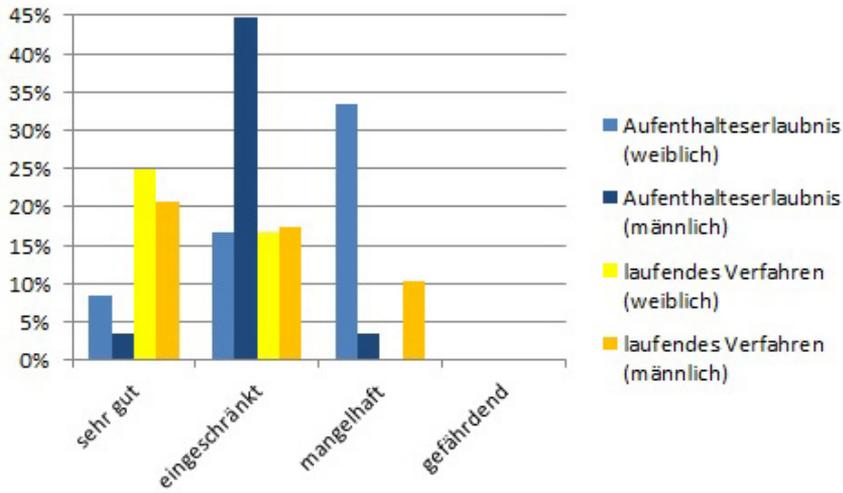


Abbildung 6

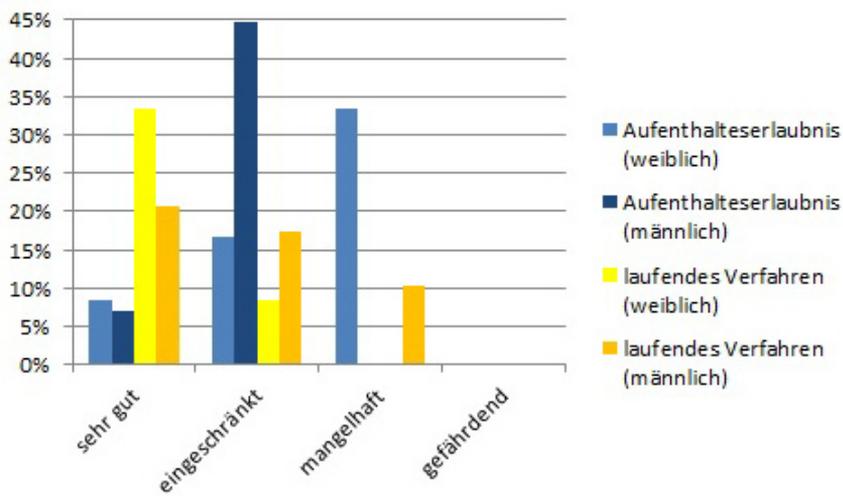


Abbildung 7

Abbildung 6: Kompetenzen zu T1 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern  
 Abbildung 7: Kompetenzen zu T2 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern

**Körperliche Gesundheit:** Der überwiegende Anteil der Teilnehmer\*innen gibt sowohl zum ersten, als auch zum zweiten Messzeitpunkt einen eingeschränkten Gesundheitszustand an. Mit Aufenthaltserlaubnis beschreiben relativ betrachtet vor allem Frauen eine schlechtere, körperliche Gesundheit als Männer mit Aufenthaltserlaubnis. Über den Verlauf der Behandlung zeigt sich eine signifikante Verbesserung der körperlichen Gesundheit zwischen den Werten der ersten ( $M= 2.88, SD= 0.84$ ), und zweiten Erhebung ( $M= 2.98, SD= 0.76$ ),  $t(40)= -2.08, p= 0.04$  im Mittel. Es wurden 22 positive, und nur zwei negative Tendenzen verzeichnet. Das heißt in der Hälfte der Fälle deutete sich eine positive Entwicklung an.

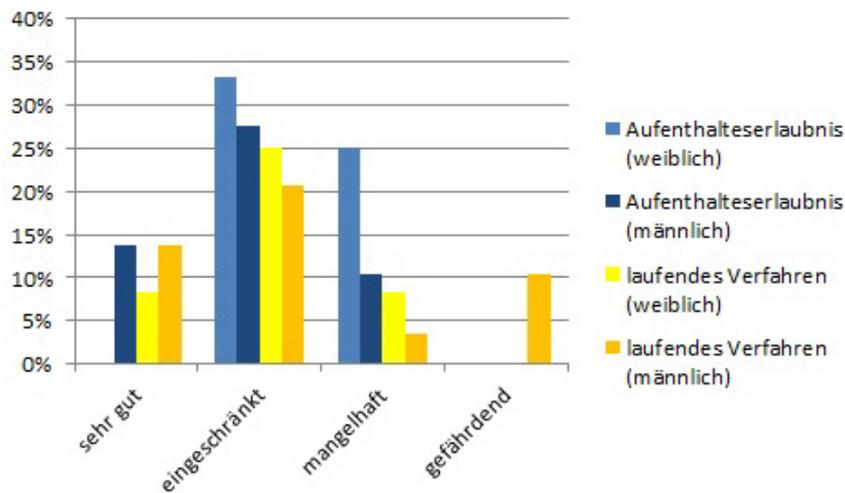


Abbildung 8

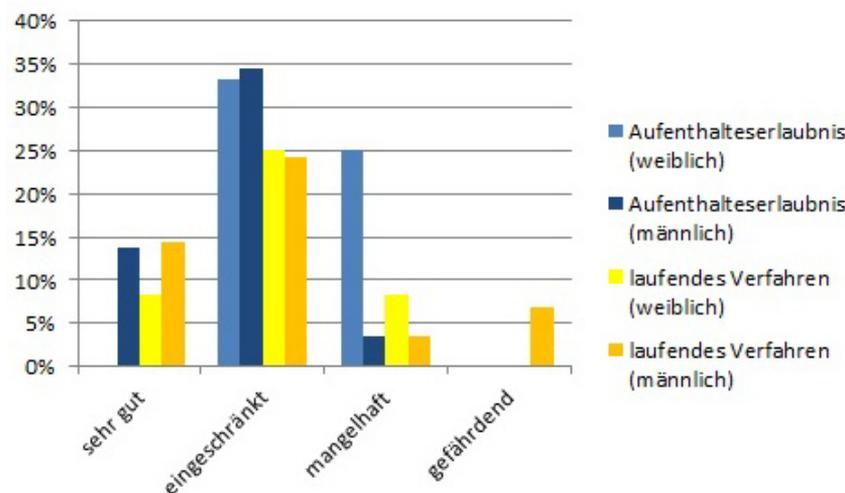


Abbildung 9

Abbildung 8: Körperliche Gesundheit zu T1 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern  
 Abbildung 9: Körperliche Gesundheit zu T2 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern

Im Rahmen der Behandlung wurden Interventionen in folgenden Bereichen geplant: Selbstfürsorge, Unterstützung und Motivation von regelmäßigen Arztbesuchen, Aktivitätssteigerung, Kuraufenthalt, Vermittlung zusätzlicher Unterstützung, Teilnahme an der Fußballgruppe (einem zusätzlichen Angebot im Behandlungszentrum), Stabilisierung, Perspektiverarbeitung, Sport, Selbstwertgefühl, Psychotherapie.

### 4.1.2 Achse I: Funktionssysteme

Bei der Betrachtung der ersten Achse „*Funktionssysteme/ substituierende Systeme*“ sind die Ausprägungen folgender Achsen besonders prägnant:

**Arbeitsmarkt:** Sowohl von den Teilnehmer\*innen mit Aufenthaltserlaubnis, als auch von jenen im laufenden Verfahren ist die Mehrheit mangelhaft am Arbeitsmarkt integriert oder exkludiert, weil kein reguläres Arbeitsverhältnis besteht, mit dem der Lebensunterhalt bestritten werden kann.

Anhand der deskriptiven Daten lässt sich kein systematischer Einfluss von Aufenthaltsstatus und Geschlecht erkennen.<sup>29</sup>

Es ist jedoch auffällig, dass von den Teilnehmenden mit Aufenthaltserlaubnis vor allem Frauen vom Arbeitsmarkt exkludiert sind, von den Teilnehmer\*innen im laufenden Verfahren jedoch anteilig mehr Frauen voll integriert sind.

Folgende Gründe für eine „*mangelhafte*“ Integration oder „*Exklusion*“ vom Arbeitsmarkt sind: Allgemeiner Gesundheitszustand (9), Fokus auf die Schule (6), mangelnde Sprachkenntnisse (5), psychische Gesundheit/ mangelnde Vorerfahrung mit Erwerbsarbeit (3), mangelnde Arbeitserlaubnis/ Kinderbetreuung (2), mangelnde Berufsausbildung/ mangelnde Motivation/ Schwangerschaft/ familiäre Situation (1).

Im Verlauf der Untersuchung ergab sich ein positiver Trend von  $M= 2$  ( $SD= 0.79$ ) auf  $M= 2.12$  ( $SD= 0.78$ ),  $t(32)= -1.68$ ,  $p= 0.10$ . Zu beachten ist jedoch der relativ hohe Anteil an fehlenden Werten, der unter anderem dadurch zustande kommt, dass Teilnehmer\*innen in substituierenden Systemen beschäftigt sind oder an Schulkursen/ Ausbildungen teilnehmen.

Es wurden von den Behandler\*innen Interventionen in folgenden Bereichen geplant: Motivation zum Spracherwerb, Informationsgabe, Thematisierung konkreter Arbeitsbereiche, Selbstwirksamkeitserwartung, Stärkung der häuslichen Situation, Validierung der Bemühungen, Stabilisierung, Koordination der Begutachtung zur Arbeitsfähigkeit, Vernetzung mit anderen Beratungsstellen.

<sup>29</sup> Detaillierte Informationen über den Zusammenhang zwischen Aufenthaltsstatus und Arbeitserlaubnis finden sich in einer Arbeitshilfe des Paritätischen Gesamtverbandes: [https://www.einwanderer.net/fileadmin/downloads/AsylbLG/2019\\_Soziale\\_Rechte\\_fuer\\_Fluechtlinge.pdf](https://www.einwanderer.net/fileadmin/downloads/AsylbLG/2019_Soziale_Rechte_fuer_Fluechtlinge.pdf)

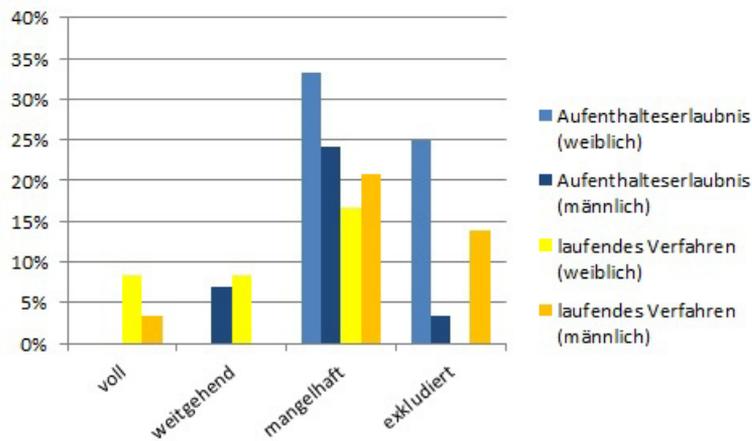


Abbildung 10

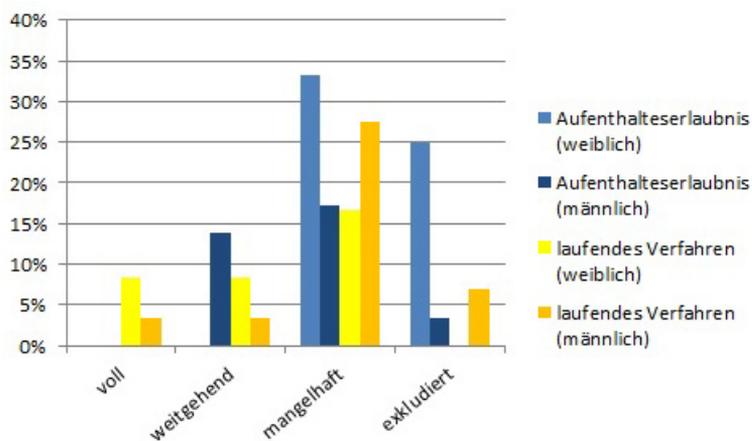


Abbildung 11

**Bildungswesen:** Der Grad der Teilhabe am Bildungswesen scheint mehr zu variieren als der Grad der Teilhabe am Arbeitsmarkt. Es lässt sich der deskriptiven Statistik nicht eindeutig ein Trend auf Grund des Aufenthaltsstatus erkennen, jedoch zeigt sich eine kleine Divergenz zwischen den Geschlechtern bei den Personen mit Aufenthaltserlaubnis: Die deskriptiven Daten weisen auf Interaktionen von Aufenthaltsstatus und Geschlecht hin, so sind von den Personen mit Aufenthaltserlaubnis, also potentiell einfacherem Zugang zum Bildungswesen, deutlich mehr Frauen nur mangelhaft integriert oder exkludiert. Gründe für geringe oder keine Teilhabe sind: fehlende Sprachkenntnisse/ mangelnde Motivation (4), psychischer Druck durch die Schule (2), mangelnde Vorerfahrung/ Schwangerschaft/ Alter/ psychische Gesundheit/ allgemeiner Gesundheitszustand/ mangelnde Nachweise über bisherige Schulzeiten/ Analphabetismus und ungeklärter Aufenthalt (1).

Abbildung 10: Teilhabe am Arbeitsmarkt zu T1 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern  
 Abbildung 11: Teilhabe am Arbeitsmarkt zu T2 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern

Über den Verlauf der Behandlung fand sich keine signifikante Veränderung im Mittel ( $t(40) = -0.77$ ,  $p = 0.45$ ,  $M(T1) = 2.39$ ,  $M(T2) = 2.46$ ). Deskriptive Daten weisen aber darauf hin, dass vor allem anteilig mehr Männer im laufenden Verfahren voll integriert, während anteilig mehr Männer mit Aufenthaltserlaubnis vom Bildungswesen exkludiert wurden. Zu erwarten waren 17 positive, und 3 negative Entwicklungen.

Als substituierendes Äquivalent für Geflüchtete werden **Deutschkurs + Bildungsangebote der spezialisierten Einrichtungen** erfasst. Hier ist die Mehrheit der Teilnehmer\*innen insgesamt weitestgehend integriert. Es fällt allerdings der relativ hohe Anteil von Frauen im laufenden Verfahren auf, die deutlich häufiger mangelhaft integriert sind als Männer im laufenden Verfahren.

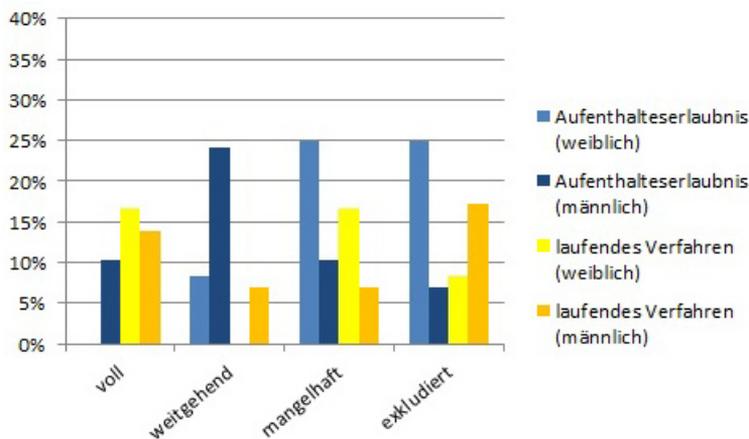


Abbildung 12

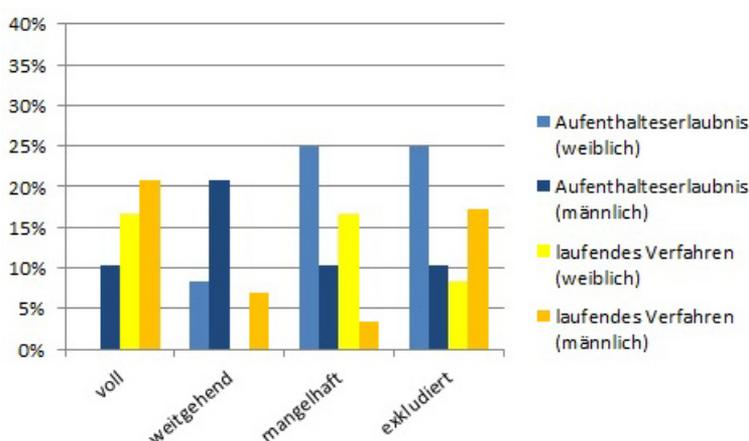


Abbildung 13

Abbildung 12: Teilhabe am Bildungswesen zu T1 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern

Abbildung 13: Teilhabe am Bildungswesen zu T2 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern

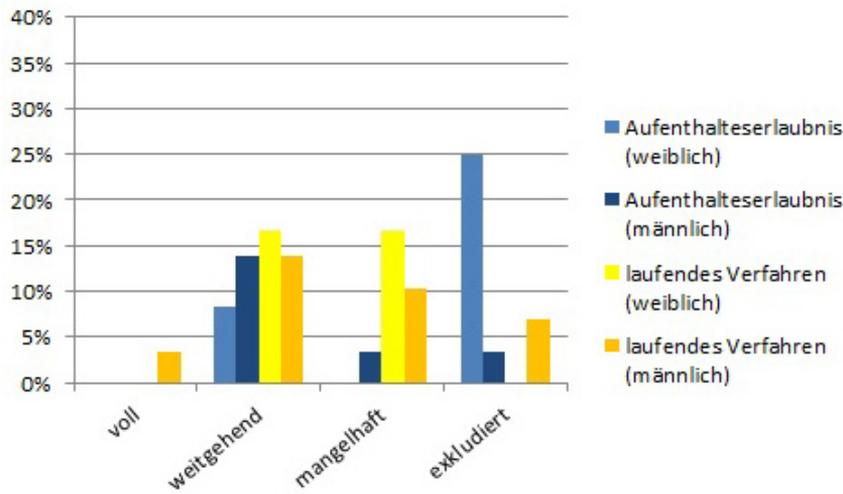


Abbildung 14

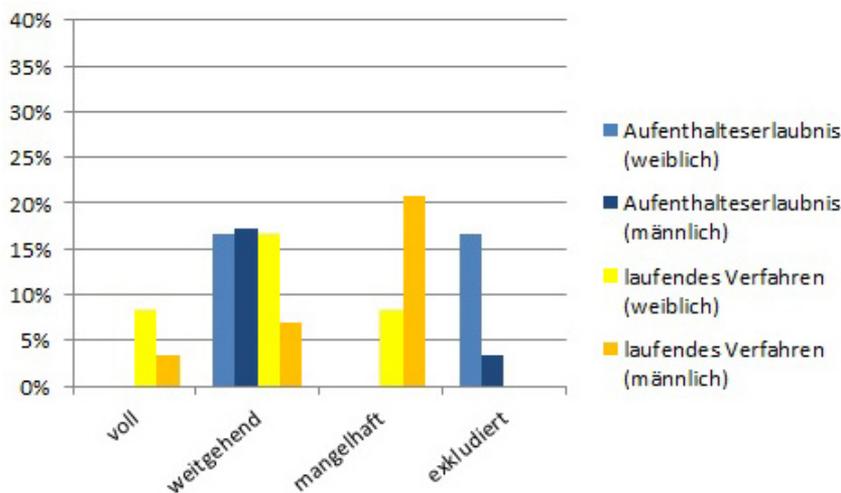


Abbildung 15

Dagegen sind Frauen mit Aufenthaltserlaubnis eher von den spezialisierten Einrichtungen ausgeschlossen. Hierunter fällt nicht der ‚Integrationskurs‘ als Teil des offiziellen Bildungswesens. Vorstellbar ist, dass die bereits o.g. Gründe für den Ausschluss aus dem regulären Bildungswesen, auch Gründe für den Ausschluss aus substituierenden Angeboten sind. Die signifikante Veränderung im Mittel von  $M(T1)= 2.29$  ( $SD= 0.91$ ) zu  $M(T2)= 2.67$  ( $SD= 0.82$ ),  $t(23)= -2.58$ ,  $p= 0.02$  verlief laut Häufigkeitsverteilung vor allem zugunsten der Teilnehmer\*innen: Die Divergenz von Männern und Frauen im laufenden Verfahren kehrt sich beispielsweise in der Stufe „mangelhaft“ um.

Abbildung 14: Teilhabe an Bildungsangeboten der spezialisierten Einrichtungen für Geflüchtete zu T1 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern

Abbildung 15: Teilhabe an Bildungsangeboten der spezialisierten Einrichtungen für Geflüchtete zu T2 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern

Über die Behandlungsspanne wurden für die Steigerung des Grades der Teilhabe am Bildungssystem folgenden Interventionen geplant: Stärkung der Motivation, Begleitung, Orientierung bei der Ausbildungssuche, Unterstützung bei der Suche nach Sprachkursen, Vernetzung mit anderen Beratungsstellen, Verbesserung der Gesundheit, Klärung von Nachhilfeoptionen, Stärkung der Selbstwirksamkeitserwartung.

**Lebensweltlicher Support:** Lebensweltlicher Support beschreibt nicht-professionelle Unterstützung und Aufmerksamkeit durch Personen im sozialen Umfeld. Auffällig ist eine Interaktion mit dem Geschlecht bei einer Aufenthaltserlaubnis: Mit Aufenthaltserlaubnis verfügen Männer über mehr lebensweltlichen Support als Frauen. Umgekehrt verhält es sich bei Teilnehmer\*innen im laufenden Verfahren. Eine Veränderung über die Zeit betrifft demnach vor allem Männer mit Aufenthaltserlaubnis, deren relativer Anteil an voll Integrierten im Vergleich zum ersten Messzeitpunkt ansteigt. Insgesamt wurde für 17 Teilnehmende eine positive Tendenz, und für 6 eine negative Tendenz erwartet. Eine statistische Veränderung im Mittel von  $M(T1)= 2.8$  ( $SD= 0.88$ ) zu  $M(T2)= 2.9$  ( $SD= 0.9$ ) wurde nicht gefunden ( $t(39)= -1$ ,  $p= 0.32$ ).

Als substituierende Unterstützung wird im *IC\_Flü (Semi)professioneller oder ehrenamtlicher lebensweltlicher Support* erhoben. Sie beschreiben andere Unterstützungsformen wenn Personen noch nicht über ein unterstützendes privates Umfeld in Deutschland verfügen. Die Verteilung erscheint linkschief, das heißt die Mehrheit der Teilnehmer\*innen ist voll oder weitestgehend integriert in substituierenden Lebenssupport. In der Verteilung wird deutlich, dass ausschließlich Frauen vom (semi)professionellen lebensweltlichen Support ausgeschlossen sind. Genannt werden in 73% der Fälle nicht-staatliche, institutionelle Formen des lebensweltlichen Supports. Folgende Unterstützungen werden konkret genannt: lokale Flüchtlingsarbeit (12), ehrenamtliche Begleitung/ Betreuung (4), aktive Rechtsberatung (3), Jugendhilfebetreuer\*in/ Familienhilfe (2), Casemanager\*in/ Mentor\*innenprogramme/ Jobcenter/ Berater\*in/ Schulsozialarbeiter\*in/ Leitung der Wohngruppe/ Psychiater\*in/ Verein für Dolmetscher\*innen (1).

Über die Untersuchung hinweg gab es keine signifikante Veränderung ( $t(34)= 0.27$ ,  $p= 0.79$ ), bei  $M(T1)= 3.06$  ( $SD= 0.84$ ) und  $M(T2)= 3.03$  ( $SD= 0.87$ ). Die Grafik bildet eine Verschlechterung des Teilhabegrades für Frauen mit Aufenthaltserlaubnis ab.

Für die Erweiterung des lebensweltlichen Supports wurden Interventionen in folgenden Bereichen geplant: Motivation, Unterstützung durch das Jugendamt, Vernetzung mit anderen Beratungsstellen, Misstrauen thematisieren, Wertschätzung vorhandener Kontakte, psychiatrische Behandlung.

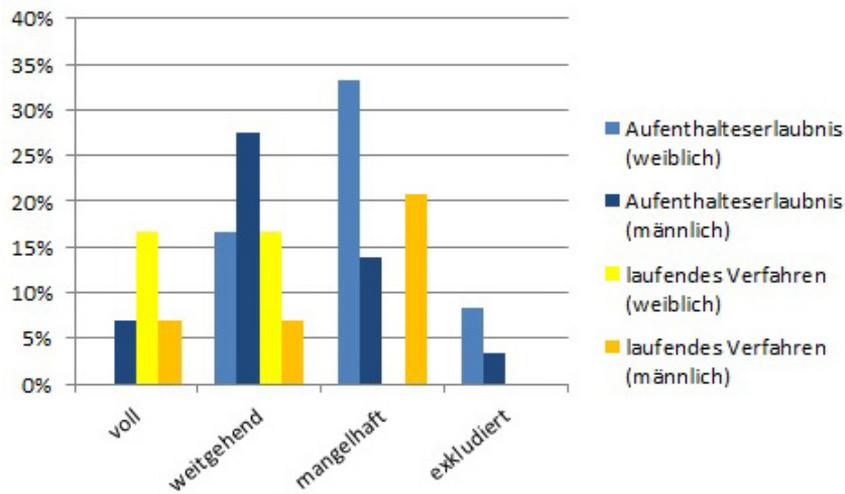


Abbildung 16

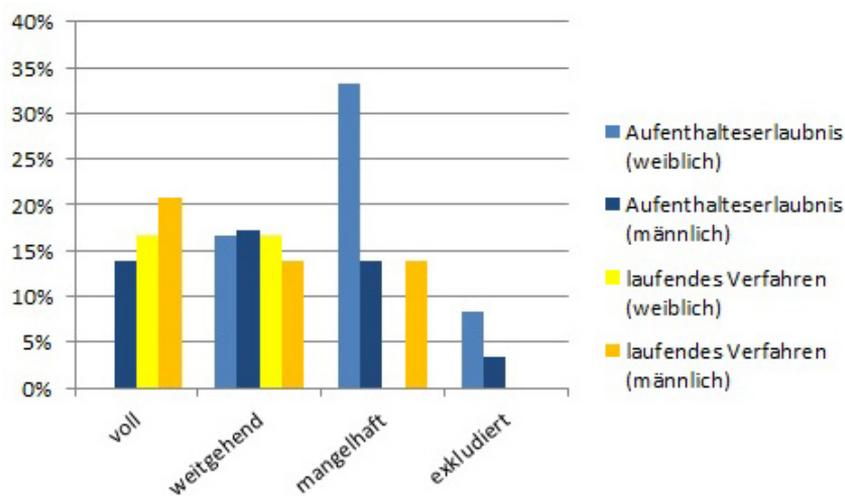


Abbildung 17

Abbildung 16: Grad des Lebensweltlichen Supports zu T1 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern  
 Abbildung 17: Grad des Lebensweltlichen Supports zu T2 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern

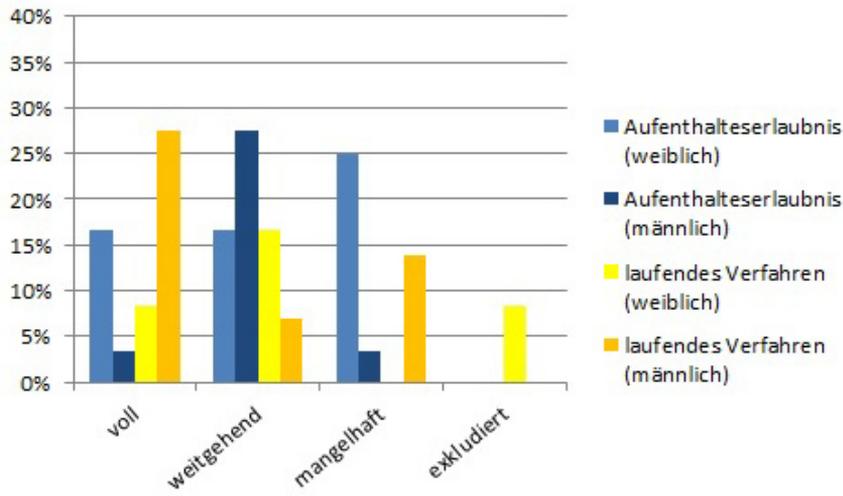


Abbildung 18

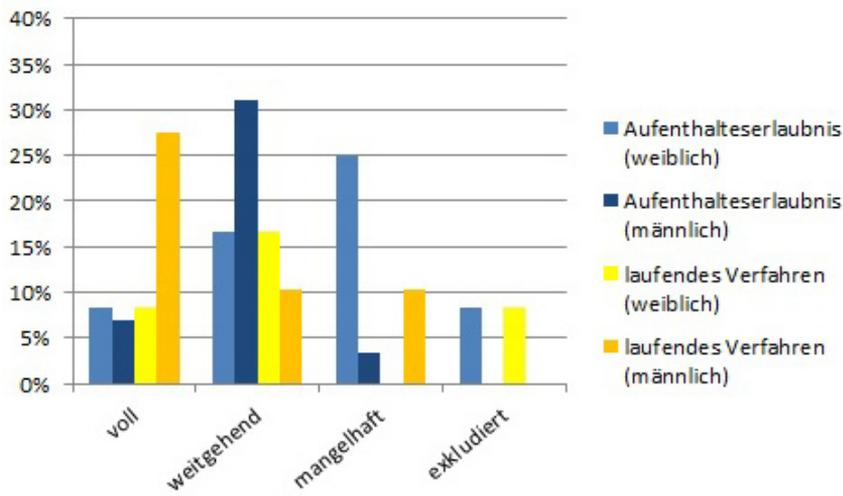


Abbildung 19

Abbildung 18: Grad an (semi)professionellem Lebensweltlichen Support zu T1 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern  
 Abbildung 19: Grad an (semi)professionellen Lebensweltlichen Support zu T2 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern

---

### 4.1.3 Achse II: Existenzsicherung

**Wohnen:** Auf der Achse „Existenzsicherung“ fiel vor allem in der Kategorie Wohnen auf, dass zum einen der Aufenthaltsstatus keinen systematischen Unterschied macht, zum anderen jedoch in 18 Fällen adäquate Wohnverhältnisse unter 100% Substitution angegeben werden (z.B. eine erwachsene Person lebt bei ihren Eltern, in einer Heimunterbringung oder im Kirchenasyl).

Ein adäquates Wohnverhältnis unter Substitution kann zum Beispiel eine eigene Wohnung in einem Wohnheim für Geflüchtete sein. Als adäquate Existenzsicherung im Bereich Wohnen wird eine gemietete Wohnung, entsprechend den Mindestanforderungen des Sozialamtes bezeichnet. Es gibt einen trockenen, beheizbaren und abschließbaren Raum mit Bett, sowie abschließbare Dusche und WC. Es wird ein möblierter Raum bewohnt, der die Möglichkeit bietet sich ungestört erholen zu können oder anderen Tätigkeiten nachzugehen.

Über den Untersuchungszeitraum entwickelte sich für einige Klient\*innen der Bereich Wohnen zum Positiven, jedoch ohne signifikanten Anstieg im Mittel ( $t(40) = -0.9$ ,  $p = 0.37$ ). So gab keine Person mehr an, die Existenzsicherung im Bereich Wohnen wäre nicht gewährleistet (keine Unterkunft vorhanden; nur tageweise Zugang zu einer Unterkunft möglich; Angewiesen-Sein auf die Bereitschaft von Dritten für den Zugang).

Es gab konkret in 2 Fällen eine Verbesserung der Wohnverhältnisse und in einem Fall eine Verschlechterung. In 12 Fällen war jedoch eine positive Tendenz abzusehen, nur in einem Fall wurde eine negative Entwicklung erwartet.

In folgenden Bereichen wurden Interventionen zur Verbesserung der Wohnverhältnisse geplant: Vernetzung mit anderen Beratungsstellen, Vernetzung mit anderen Unterstützer\*innen, Thematisierung von Angst, Ressourcenstärkung im Bereich Garten.

---

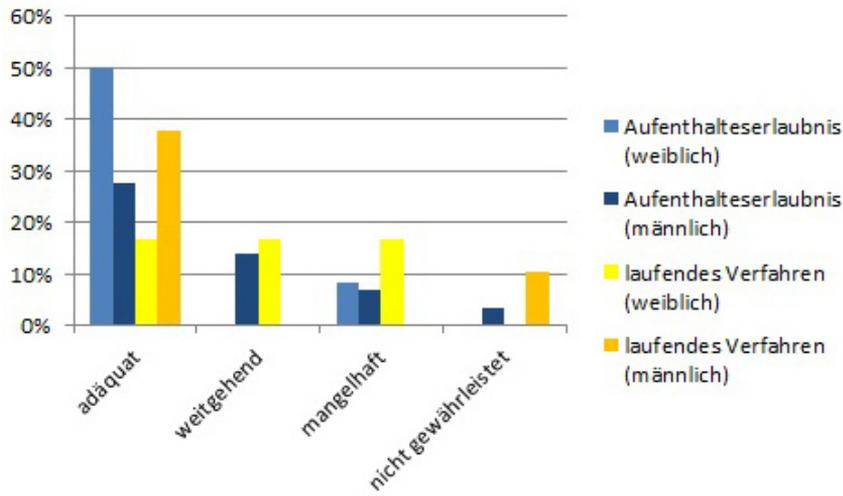


Abbildung 20

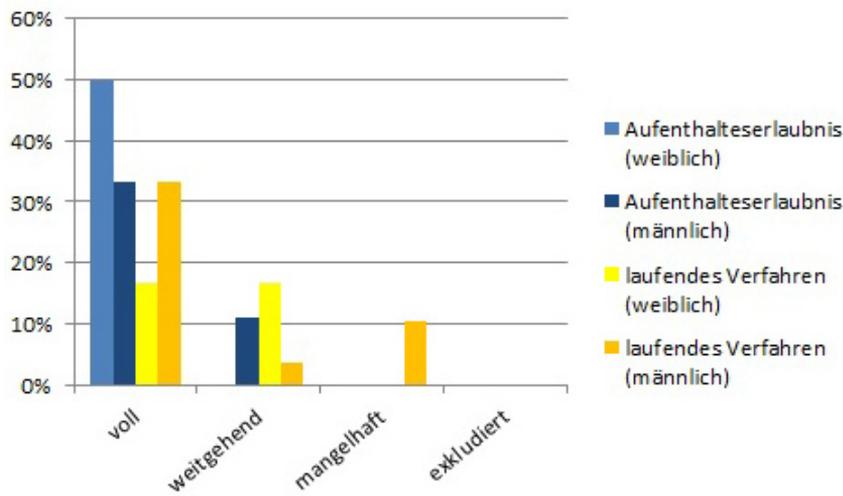


Abbildung 21

Abbildung 20: Grad der Existenzsicherung im Bereich Wohnen zu T1 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern  
 Abbildung 21: Grad der Existenzsicherung im Bereich Wohnen zu T2 relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern

---

#### 4.1.4 Zusammenfassung der quantitativen Ergebnisse

Mit der Erhebung ist es uns gelungen, den Inklusionsgrad einer Person respektive der teilnehmenden Klient\*innen anhand der vorliegenden Fakten zu den Funktionssystemen auf der Basis der Daten einzuschätzen. In Bereichen, in denen Geflüchtete bereits strukturell Exklusionsprozessen unterliegen (z.B. Bildungswesen, medizinische Versorgung, lebensweltlicher Support), wurde die Inklusion in die entsprechenden „substituierenden Systeme“ erfasst.

Zu beobachten ist ein deutlicher Anstieg des allgemeinen Funktionsniveaus. Das Funktionsniveau steht offenbar nicht systematisch mit dem Aufenthaltsstatus in Zusammenhang, eine positive Veränderung des Funktionsniveaus ergab sich aber vor allem für die Personen im laufenden Verfahren.

Die überwiegend eingeschränkte psychische Gesundheit steht ebenfalls nicht systematisch mit dem Aufenthaltsstatus im Zusammenhang, es deutet sich jedoch ein Geschlechtereffekt an: von den Personen mit Aufenthaltserlaubnis haben Frauen eher eine schlechtere psychische Gesundheit als Männer. Im Laufe des Untersuchungszeitraums gibt es eine Tendenz zur Verbesserung der psychischen Gesundheit.

In der Stichprobe fällt eine überwiegend eingeschränkte, aktuell zugängliche Kompetenz auf, ohne eindeutig erkennbaren Einfluss des Aufenthaltsstatus. Im laufenden Verfahren geben allerdings eher Frauen eine sehr gute Kompetenz an, mit Aufenthaltserlaubnis allerdings eher eine mangelnde Kompetenz. Sprachkompetenz und Gesundheit werden neben Kontextfaktoren als Haupteinflussfaktoren auf die verfügbare Kompetenz genannt. Die Kompetenz steigt über den Zeitraum der Untersuchung signifikant an, außerdem werden in circa der Hälfte der Fälle positive Tendenzen angegeben.

In der Regel wird von den Teilnehmenden ein eingeschränkter, körperlicher Gesundheitszustand beschrieben. Es ist ein Geschlechtereffekt bei den Personen mit Aufenthaltserlaubnis zugunsten der männlichen Befragten zu beobachten. Über alle Befragten hinweg gab es im Mittel eine signifikante Verbesserung, sowie zahlreiche positive Tendenzen.

Die Mehrheit der Befragten ist nur mangelhaft am Arbeitsmarkt integriert oder exkludiert, dabei liegt kein offenkundiger, systematischer Effekt von Aufenthaltsstatus oder Geschlecht vor. Jedoch sind von den Personen mit Aufenthaltserlaubnis vor allem Frauen vom Arbeitsmarkt exkludiert. Von den Personen im laufenden Verfahren sind jedoch eher Frauen voll integriert als Männer. Als Gründe für die Teil-Exklusion vom Arbeitsmarkt werden ebenso Gesundheit, Sprachkenntnisse oder die Konzentration auf Sprachkurse genannt. Es wurde im Mittel ein positiver Trend in der Entwicklung der Teilhabe am Arbeitsmarkt über den Untersuchungszeitraum beobachtet.

---

Es wurde keine signifikante Veränderung der Teilhabe am Bildungswesen beobachtet, jedoch positive Tendenzen. Auch bei der Teilhabe am Bildungswesen gab es keinen Trend aufgrund des Aufenthaltsstatus, aber von den Personen mit Aufenthaltserlaubnis sind eher Frauen mangelhaft integriert oder vom Bildungswesen exkludiert. Gründe gehen vor allem auf mangelnde Sprachkenntnisse, Motivation, psychischen Druck und den allgemeinen Gesundheitszustand zurück.

In substituierenden Bildungssystemen für Geflüchtete ist die Mehrheit der Befragten weitestgehend integriert. Jedoch sind auch hier von den Personen mit Aufenthaltserlaubnis eher Frauen ausgeschlossen als Männer. Die signifikante Verbesserung im Mittel verlief laut Häufigkeitsverteilung vor allem zugunsten der weiblichen Befragten.

Der Lebensweltliche Support verlief über den Untersuchungszeitraum bei den Teilnehmenden mit Aufenthaltserlaubnis in Interaktion mit dem Geschlecht. Eine Veränderung ist im Mittel nicht signifikant, nach der Häufigkeitsverteilung aber vor allem zugunsten der männlichen Befragten. Die Mehrheit der Befragten hat außerdem voll oder weitestgehend Zugriff auf (semi)professionellen oder ehrenamtlichen lebensweltlichen Support. Vom substituierenden lebensweltlichen Support sind nur Frauen exkludiert.

Die Wohnverhältnisse der Befragten sind bereits zum ersten Messzeitpunkt überwiegend adäquat, jedoch wird in 18 Fällen ein Substitutionsgrad von 100% angegeben. Es gab keine signifikante Veränderung der Wohnverhältnisse im Mittel.

Statistische Zusammenhänge der einzelnen Achsen und deren Unterskalen lassen sich nicht nur anhand von Korrelationen erkennen (s. Korrelationstabelle im Anhang), sondern werden auch dadurch deutlich, dass bei den genannten Interventionen große Überlappungen vorkommen. So werden über die Achsen hinweg im Rahmen der Behandlung folgende Interventionen genannt: Steigerung der Selbstwirksamkeitserwartung, Motivationsförderung, Stabilisierung, Vernetzung mit anderen Hilfsangeboten wie Beratungsstellen, Informationsvermittlung im Sinne einer Beratung, Begleitung und Orientierung.

---

## 4.2 Qualitative Ergebnisse

Anhand von teilstrukturierten Interviews mit zwei Expertinnen und einer geflüchteten Frau, die bereits als Klientin an der Befragung durch den *IC\_Flü* beteiligt war, sollen nun die vorgelegten Einschätzungen eingeordnet werden. Die Interviews wurden als Befragungsmethode ausgewählt, um Akteur\*innen aus dem Bereich Teilhabe/ Integration und Beratung bzw. Akteur\*innen aus dem Bereich Psychotherapie/ Psychiatrie sowie um aus der Perspektive der betroffenen Geflüchteten Hintergründe zu erläutern und ggf. Zusammenhänge zu erklären. Dementsprechend fiel die Auswahl auf eine Mitarbeiterin einer unabhängigen Integrationsberatungsstelle, eine niedergelassene Psychiaterin und eine geflüchtete Frau mit einem befristeten Aufenthaltstitel.

Die Leitfragen waren für alle drei nahezu identisch; unterschieden haben sich allein die Fragen, die auf die eigene Person bezogen sind.

Für die Forschungsfrage, ob psychosoziale Beratung und Psychotherapie für den Grad der Teilhabe von Geflüchteten bedeutsam ist, wurden folgende vier Kategorien herausgearbeitet: Teilhabe, Arbeit, Sprache und psychische Gesundheit. Diesbezüglich ließen sich in den Interviews einerseits individuelle Wirkfaktoren identifizieren und andererseits die Zusammenhänge untereinander als bedeutsam bestimmen. Während die Psychiaterin Integration als einen „Prozess“ betrachtet versetzt Teilhabe Geflüchtete in die Lage, *„sich in dieser Gesellschaft irgendwie zu äußern, sprachlich, beruflich, sozial“*. Die Integrationsberaterin benennt Teilhabe als eine Situation, in der *„die rechtlichen Rahmenbedingungen für alle gleich sein“* sollten. Beide stimmen überein, dass die individuelle Situation Geflüchteter im jeweilig anderen Arbeitsbereich der Expertinnen Einfluss auf den Grad des Gelingens von Teilhabe hat.

Hinzu kommt, dass die aufenthaltsrechtliche Situation der Geflüchteten als bedeutsam erachtet wird. Während der Aufenthalt in Deutschland der Klientin ein Gefühl von Sicherheit vermittelt, sehen die beiden Expertinnen viele Betroffene, deren Aufenthaltsstatus in der Praxis ein Hindernis für den Zugang zu Teilhabe darstellt und daher als Ursache für das Gefühl von Unsicherheit beschrieben wird.

Beispielhaft nennen die Beraterinnen die Angst, abgeschoben zu werden als einen Stressfaktor für Geflüchtete.

---

Es konnten in der Auswertung ferner die Zusammenhänge der Kategorien Arbeit und Sprache mit der Kategorie Teilhabe identifiziert werden. Die Klientin nennt beispielhaft dafür, die Sprache besser zu beherrschen, würde ihr bei der Teilhabe helfen. Für eine vollständige Inklusion würde ihr aber noch eine Arbeitsstelle fehlen. Als wesentliches Hindernis nennt sie den Arbeitsmarktzugang: *„Es ist schwer Arbeit zu bekommen.“*

Die Expertinnen bestätigen die Bedeutung der Sprache für die Teilhabe in den Bereichen Arbeitsplatzsuche, Gesundheitsversorgung, allgemeine Orientierung sowie Überwindung kultureller resp. sprachlicher Distanzen. Die Psychiaterin schildert aus ihrer Praxis, dass manche Patient\*innen keine Dolmetscher\*innen für einen Arztbesuch finden oder sprachliche Hemmnisse den Kauf von notwendigen Medikamenten erschweren.

Für den Bereich Erwerbstätigkeit erklärt die Beraterin: *„Um in eine Arbeit einzusteigen, je nachdem was man vorher gemacht hat, ist es schon wichtig, dass man die Sprache mindestens, meines Erachtens im Rahmen B1 beherrscht.“* Strukturelle Rahmenbedingungen, die abhängig vom Aufenthaltstitel variieren, erschweren zusätzlich den Zugang zu Sprachkursen oder einem Arbeitsplatz. Im Falle des Gelingens des Spracherwerbs und/ oder der Arbeitsaufnahme habe dies einen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl. Die Klientin assoziiert mit dem Begriff der „Arbeit“ beispielsweise das positive Gefühl von Jugend(lichkeit) sowie Unabhängigkeit und Selbstbestimmung. *„Geld verdienen zu können“*, so die Klientin konkret, erspare ihr *„auf die Zahlung des Jobcenters zu warten“*.

Die Befragten wissen um die Bedeutung der psychischen Gesundheit und die Häufigkeit von psychischer Belastung und Erkrankung bei Geflüchteten. Während die Klientin dies aus ihrer persönlichen Perspektive als Betroffene thematisiert, ist für die beiden Expertinnen das Wissen bedeutsam für ihre berufliche Tätigkeit und deckt sich mit ihren Praxiserfahrungen in der Arbeit.

Die Expertinnen bejahen die Frage nach dem Einfluss von psychischer Gesundheit eines Menschen für den Grad der Teilhabe. Sie bestätigen, dass die gesundheitliche Situation der Ratsuchenden und Patient\*innen einerseits ein Hindernis für die Teilhabe darstellen kann, also der Arbeitsaufnahme oder der Teilnahme an Sprachkursen. Insbesondere die psychische Gesundheitssituation wird dabei genannt, beispielsweise eine Depression. Umgekehrt kann der fehlende oder eingeschränkte Teilhabezugang einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Diese Wechselwirkung bestätigt die Klientin, in dem sie von einem gestiegenen Wohlbefinden und Selbstwertgefühl berichtet, seitdem sie arbeitet.

---

## Qualitative Ergebnisse

---

Beide Expertinnen betonen auch in Bezug auf diese Kategorie die Bedeutung von spezifischer Beratung, vor allem um Geflüchteten bei der Orientierung, Bedarfsklärung und damit der Verbesserung des Teilhabebezugs zu unterstützen.

Die Psychiaterin gibt das Beispiel: „*Manchmal wissen Patienten monatelang nicht, wo ein Arzt oder ein Jurist zu finden ist.*“ Diese Situation der fehlenden Orientierung und Beratung stellt für beide Expertinnen ein Hindernis für Teilhabe und für die psychische Stabilität der Betroffenen dar.

Gleichzeitig wird ein strukturelles Hindernis für das Erreichen der Teilhabe aufgezeigt: Die fehlende spezifische Beratung für Geflüchtete als wichtiges Instrument der Unterstützung - „*eine Beratungsstelle, juristisch, sozial und medizinisch*“. Der Klientin ist in Bezug auf die Beratung wichtig, eine (oder mehrere) Ansprechpersonen zu haben, denen sie vertraut und die sie als kompetent wahrnimmt: „*Über alles reden und immer wieder herkommen zu können*“, so die Klientin über die psychosoziale Beratung in einem Behandlungszentrum, bewirke, dass sie sich „*gestärkt fühle*“. In schwierigen Situationen führen Therapie und psychosoziale Beratung zu einer Entlastung, bestätigen die Expertinnen. Die Menschen haben dann wieder mehr Ressourcen sich auf etwas anderes zu konzentrieren, wie z.B. jetzt ganz einfach, die Sprache zu lernen.

Im Ergebnis besteht bei allen drei Befragten offenkundig ein Bezug zwischen den Kategorien Arbeit und Sprache zur Bewertung des Grades der Teilhabe. Übereinstimmend nennen alle drei ferner die Wechselwirkung von Teilhabe und psychischer Gesundheit. Deutlich wird auch, dass strukturelle Rahmenbedingungen als Wirkfaktor identifiziert wurden. Gleichzeitig wurden Beratungen und Therapien, deren Inhalte und konkrete Interventionen, als Einfluss auf den Grad der Kompetenzen der Ratsuchenden und Patient\*innen benannt.

Es lässt sich feststellen, dass die Verbindungen und Wechselwirkungen der untersuchten Kategorien im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit Geflüchteter stehen. Schließlich wurde übergreifend eine spezifische und komplementäre Beratung als Instrument benannt, welches die Situation Geflüchteter in Bezug auf ihre Teilhabemöglichkeiten und ihre psychische Gesundheit positiv verändern kann.

---

## 4.3 Erkenntnisgewinn durch qualitative und quantitative Ergebnisse

Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung werden von den Interviewpartnerinnen validiert: Beide Expertinnen teilen die Annahme, dass der Aufenthaltsstatus Einfluss auf den Grad der Teilhabe hat, zum einen über direkte Zugangsmöglichkeiten, zum anderen über Stressoren wie die permanente Angst abgeschoben zu werden. In Gesprächen mit allen drei Interviewten wurde ein Zusammenhang zwischen Arbeit und Sprache identifiziert. Für die Klientin ist besonders der Zugang zu einem Arbeitsplatz maßgeblich für ihre Integration, die Expertinnen bestätigen die Bedeutung der Sprache für die Teilhabe in den Bereichen Arbeitsplatzsuche, Gesundheitsversorgung, allgemeine Orientierung sowie Überwindung kultureller respektive sprachlicher Distanzen.

Im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit wird außerdem eine Wechselwirkung deutlich: Im Falle des Gelingens des Spracherwerbs und/oder der Arbeitsaufnahme habe dies einen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl. Andersherum bejahen die Expertinnen aus ihrer jeweiligen und unterschiedlichen beruflichen Perspektive die Frage nach dem Einfluss von psychischer Gesundheit eines Menschen für den Grad der Teilhabe. Sie bestätigen, dass die gesundheitliche Situation der Ratsuchenden und Patient\*innen einerseits ein Hindernis für die Teilhabe darstellen kann, also der Arbeitsaufnahme oder der Teilnahme an Sprachkursen.

Umgekehrt kann der fehlende oder eingeschränkte Teilhabezugang einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Sie identifizieren einen großen Bedarf an spezifischer Beratung, Orientierung und Begleitung - im Idealfall multimodal, also juristisch, sozial und medizinisch. Aus Perspektive der Klientin scheint besonders der Vertrauensbezug zu den beratenden Personen wichtig, „über alles reden und immer wieder herkommen zu können“, so die Klientin über die psychosoziale Beratung in einem Behandlungszentrum, bewirke, dass sie sich „gestärkt fühle“.

---

## Erkenntnisgewinn

---

In schwierigen Situationen führen Therapie und psychosoziale Beratung zu einer Entlastung, bestätigen die Expertinnen. Die Menschen hätten dann wieder mehr Ressourcen sich auf etwas anderes zu konzentrieren, wie z.B. die Sprache zu lernen.

Sowohl die quantitativen Ergebnisse geben Hinweise auf statistische Zusammenhänge zwischen den Variablen, als auch Überlappungen der Interventionen in Bezug auf verschiedene Achsen. Die Expertinnen und die befragte Klientin bestätigen die Wechselwirkung zwischen den Achsen, etwa psychischer Gesundheit, Spracherwerb und Teilhabe am Arbeitsmarkt. Anhand der Interventionen und der Korrelationen lässt sich Kompetenz dabei als Schlüsselkonstrukt identifizieren.

Es ist also anzunehmen, dass die Wirksamkeit der psychosozialen Beratung und Psychotherapie mit Geflüchteten für ihren Teilhabegrad maßgeblich mit dem hier genutzten Konstrukt Kompetenz im Zusammenhang steht. Über die Erweiterung der *„aktuell zugänglichen Fähigkeiten und Kompetenzen“*, welche eben genau durch Kontextvariablen, Aufenthaltsstatus, Informationsdefizite oder psychischen Druck mit Schlaf- und Konzentrationsstörungen oder Traumafolgestörungen in Zusammenhang stehen, können Klient\*innen im Rahmen ihrer rechtlichen Möglichkeiten den Grad der Teilhabe an den Funktionssystemen erhöhen. Mit einer möglicherweise empowernden Erfahrung als Folge.

---



---

## Diskussion

---

## 5.

**Die Ergebnisse sowohl der quantitativen als auch qualitativen Untersuchung machen deutlich, dass die teilnehmenden geflüchteten Menschen in hohem Maße im Grad ihrer Teilhabe an der Aufnahmegesellschaft ausgeschlossen sind.** Substituierende Systeme werden entwickelt, um sie in spezifischen Bereichen teilhaben zu lassen, aber auch in diesen substituierenden Systemen sind viele Menschen ausgeschlossen. Beispielsweise bieten einige Ehrenamtliche Unterstützung in der alltäglichen Orientierung an, aber nicht alle Geflüchtete werden von ehrenamtlichen Pat\*innen begleitet. Dies betrifft in unterschiedlichem Maße die weiblichen und männlichen Teilnehmer\*innen dieser Untersuchung.

Die Ergebnisse müssen unter Beachtung der Stichprobencharakteristik interpretiert werden: Demnach ist der vermeintlich und nicht explizit erwartete ‚Geschlechtereffekt‘ womöglich zurück zu führen auf z.B. das deutlich höhere Alter der Teilnehmerinnen, ihren allgemeinen Gesundheitszustand in Verbindung mit dem Alter, ihrer Mutterschaft und damit Betreuungsaufgabe von mind. einem Kind, sowie ggf. anderen Kontext- und Rollenfaktoren. Es ist davon auszugehen, dass der Effekt nicht mit dem Frau-Sein im Zusammenhang steht, sondern viel mehr mit Lebensumständen der befragten Klientinnen.

Im Gegensatz zu einem ‚Geschlechtereffekt‘ wurde ein deutlicher Einfluss des Aufenthaltsstatus auf den Grad der Teilhabe vorangenommen. Dieser zeigt sich nicht so deutlich und systematisch wie erwartet. Allerdings zeigt sich, dass auch (und teilweise gerade) die Personen mit Aufenthaltserlaubnis, also einem Status der formal mehr Teilhabezugang verspricht als eine Aufenthaltsgestattung im laufenden Verfahren, in einigen Fällen einen geringeren Teilhabegrad aufweisen als diejenigen im laufenden Verfahren. Für diesem Befund spricht die Prävalenz psychischer Beeinträchtigungen durch traumatische Erfahrungen: Trotz, oder gerade weil sich eine soziale Sicherheit eingestellt hat und sich Teilhabemöglichkeiten verbessert haben, wird die wesentliche Beeinträchtigung psychischer Gesundheit offenbar. Vielfach sind es die Gewalterfahrungen, Folter und Vertreibung, die eine individuell unterschiedliche traumatisierende Wirkung entfaltet haben und deren Bearbeitung

---

---

(psycho-)therapeutische Versorgung bedarf. Weitere Gründe für den Einfluss des Aufenthaltsstatus sollten in einer weiteren Untersuchung unter Berücksichtigung der aktuellen gesetzlichen Bestimmungen nachgegangen werden.

**Die statistisch relevante Veränderung des Funktionsniveaus über den Untersuchungszeitraum spricht grundsätzlich für eine Wirkungsweise der psychosozialen Beratung oder Behandlung.** Die Werte der GAF-Skala etwa sind vergleichbar mit Werten aus einer Untersuchung des PSZ Ulm. <sup>30</sup>

Sowohl in Gesprächen mit Expertinnen, Behandler\*innen und der Klientin, als auch anhand der angegebenen Interventionen für die Verbesserung der Gesundheit und den Grad der Teilhabe der Klient\*innen wird deutlich, dass die Behandlung einen wichtigen Wirkfaktor darstellt.

Sie ist dabei insbesondere wirksam, wenn sie multimodal erfolgt: Neben Interventionen zur Selbstwirksamkeitserwartung, Motivations- und Aktivitätssteigerung und Stabilisierung, sind Vernetzungen mit anderen Beratungsstellen, Orientierung und psychosoziale Beratung maßgeblich für eine Verbesserung der psychischen Gesundheit sowie der Teilhabe an der Aufnahmegesellschaft, sofern verfügbare Kompetenzen erweitert werden können.

Obgleich die Untersuchung gute Hinweise auf die Lebensrealität einiger Klient\*innen eines Beratungs- und Behandlungszentrums für Geflüchtete gibt, kann nicht von einer generalisierbaren Erkenntnis über alle Geflüchteten gesprochen werden: Zwar ist die betrachtete Gruppe in Geschlecht, Alter, Herkunft und Aufenthaltsstatus heterogen, jedoch ist die Gesamtzahl der Befragten verhältnismäßig gering. Außerdem wurde eine entscheidende Personengruppe nicht in die Untersuchung einbezogen, nämlich all diejenigen, die keine Aufenthaltserlaubnis haben und nicht im laufenden Verfahren sind. Es ist davon auszugehen, dass die Ergebnisse für geduldete oder papierlose Menschen noch deutlich drastischer aussehen.

Zu den Schwächen der Untersuchung zählen außerdem fehlende Werte insbesondere bei Skalen, die nicht eindeutig zu kodieren, oder in der Lebensrealität der Befragten nicht relevant waren (z.B. die Einschätzung der Teilhabe an der „*gesellschaftlichen Arbeitsteilung*“, beispielsweise ehrenamtliches Engagement als Substitution zur Teilhabe am Arbeitsmarkt). Insbesondere bei der Einschätzung der psychischen Gesundheit wurde in der Durchführung außerdem ein breites Interpretationsspektrum deutlich.

---

<sup>30</sup> <https://www.bfu-ulm.de/hintergrund/jahresberichte#2018-jahresbericht2018desbehandlungszentrumsf%C3%BCrfolteropferulmbfu>

Das Instrument zeichnet sich aber durch die parallele Erfassung breitgefächerter quantitativer und qualitativer Daten aus.

Es erwies sich außerdem im Beratungssetting als nützlich, so meldeten Behandler\*innen zurück, dass er durch die Aufdeckung von bislang verborgenen Themen (etwa im Bereich Mobilität oder Kontoführung) ein Mehrgewinn war.

Es stellt sich mit der Untersuchung heraus, dass ‚volle Inklusion‘ in verschiedenen Bereichen für verschiedene Bevölkerungsgruppen unterschiedlich schwer zu erreichen ist. Einschränkend wirken neben (aufenthalts-)rechtlichen Rahmenbedingungen (z.B. Arbeitsverbot bei unsicherer Bleibeperspektive) auch gesundheitliche Faktoren (z.B. körperliche, psychische und psychosomatische Beschwerden aufgrund von Prä-, Peri- und Postmigrationsstressoren) sowie Kontextfaktoren (z.B. Wohnverhältnisse, familiäre Rollenverhältnisse).

Der Komplexität dieser Gemengelage von Einflüssen auf den Grad der Teilhabe kann und sollte in ganzheitlicher Begleitung begegnet werden. Einseitige Behandlung einzelner Aspekte können zwar in einigen Bereichen wirksam sein, werden aber nicht der komplexen Lebensrealität der Zielgruppe gerecht. So kann zum Beispiel der Raum und das Vertrauensverhältnis in einer Psychotherapie und Psychosozialen Beratung für Fragen zur Vergrößerung des Teilhabegrades genutzt werden.

Die Bemühung um Inklusion kann und sollte dabei nicht nur von den Betroffenen und ihrem (ggf. vorhandenen) Unterstützungssystem ausgehen. Vielmehr ist Inklusion aller Menschen in der Bevölkerung eine Angelegenheit der strukturellen, institutionellen und individuellen Bedingungen, die für die Betroffenen geschaffen werden, also letztlich eine politische Frage, aber auch eine Frage des gesellschaftlichen Engagements.

---

## Literatur

Atac I. & Rosenberger, S. (Hrsg.). (2013). Politik der Inklusion und Exklusion. Göttingen: V & R Unipress

Baron, J., Schriefers, S., Windgasse, A. & Pantucek- Eisenbacher, P. (2015): Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion - Die flüchtlingsspezifische Inklusionschart (IC\_Flü), Soziales Kapital (13)

Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über die soziale Eingliederung, Europäische Kommission 2004: [https://ec.europa.eu/employment\\_social/soc-prot/soc-incl/final\\_joint\\_inclusion\\_report\\_2003\\_de.pdf](https://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/soc-incl/final_joint_inclusion_report_2003_de.pdf) (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)

Jahresbericht PSZ Ulm 2018, <https://www.bfu-ulm.de/hintergrund/jahresberichte#2018-jahresbericht2018desbehandlungszentrumsf%C3%BCrfolteropferulmbfu> (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)

National Institute of Mental Health (US). (1987). IRG Bulletin. National Institute of Mental Health.

Pantucek, P. (2012): Soziale Diagnostik. Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit [3. aktualisierte Auflage]. Wien: Böhlau.

Saß, H. et al. (2003): Diagnostische Kriterien des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen. DSM-IV-TR. Göttingen: Hogrefe, 47-49.

Söhn, J. & Marquardsen, K. (2016). Erfolgsfaktoren für die Integration von Flüchtlingen.: [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-484-erfolgsfaktoren-integration-fluechtlinge.pdf;jsessionid=FB54F5D62C075117748F071D024E1B1F?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-484-erfolgsfaktoren-integration-fluechtlinge.pdf;jsessionid=FB54F5D62C075117748F071D024E1B1F?__blob=publicationFile&v=3) (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)

---

- <https://www.aerzteblatt.de/archiv/66991/Traumatisierte-Fluechtlinge-Psychische-Probleme-bleiben-meist-unerkannt> (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)
  - <https://www.asyl.net/themen/sozialrecht/asylbewerberleistungsgesetz/> (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)
  - <http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/10/Manual-zur-Inklusionschart.pdf> (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)
  - [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/downloads/Studie\\_Wie\\_gelingt\\_Integration.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/documents/downloads/Studie_Wie_gelingt_Integration.pdf) (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)
  - <https://www.butenunbinnen.de/nachrichten/gesellschaft/asylbewerber-fluechtlinge-bremen-100.html> (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)
  - <https://www.der-paritaetische.de/presse/pressemeldungen/mogelpackung-asylbewerberleistungsgesetz-scharfe-kritik-des-paritaetischen-an-reformplaenen/> (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)
  - [https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/\\_inhalt.html](https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/_inhalt.html) (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)
  - <http://www.inklusionschart.eu/ic-texte/texte/18-daten-fuer-taten> (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)
  - <https://www.senatspressestelle.bremen.de/sixcms/detail.php?id=317456&asl=bremen02.c.732.de> (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)
  - [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30934-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30934-1/fulltext) (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)
  - [https://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadt\\_artikel,-bremen-ist-vorbereitet-auf-mehr-fluechtlinge-\\_arid,1889643.html](https://www.weser-kurier.de/bremen/bremen-stadt_artikel,-bremen-ist-vorbereitet-auf-mehr-fluechtlinge-_arid,1889643.html) (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)
  - [https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen\\_Produkte/WldOmonitor/wido\\_monitor\\_2018\\_1\\_gesundheit\\_gefluechtete.pdf](https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WldOmonitor/wido_monitor_2018_1_gesundheit_gefluechtete.pdf) (zuletzt abgerufen am 18.06.2020)
-

---

# Anhang

## Anhang 1: Kriterien zur Einschätzung nach GAF-Scale

100-91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.

90-81 Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).

80-71 Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).

70-61 Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.

60-51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) ODER mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).

50-41 Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).

40-31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).

30-21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).

20-11 Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).

10-1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltausübung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafter Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.

---

Anhang 2: Leitfragen der Expert\*inneninterviews

1. Wie würden Sie den Zustand „vollständiger Inklusion“ beschreiben?
2. Ggf. Unterscheidung der Begriffe Inklusion - Integration - Teilhabe
3. Welche Unterstützung bietet Ihre Einrichtung zur Maximierung der Teilhaben?
4. Welchen Hindernissen begegnen Ihre Klient\*innen?
5. Welche Rolle spielt auf Ihrer Sicht zum Beispiel die psychische Gesundheit?
6. Wen oder was braucht es für eine „vollständige Inklusion“ Geflüchteter aus Ihrer Sicht?
7. Halten Sie bereits bestehende, staatliche Unterstützungs-/ Fördermöglichkeiten für ausreichend?
8. Würden Sie erwarten, dass psychosoziale Beratung und Psychotherapie zu mehr Teilhabe führen kann? a) Wenn ja, warum / wie? b) Wenn nein, warum nicht?

Anhang 3: Pearsonkorrelation der Skalen

	GAF	Psych. Gesundheit	Körpl. Gesundheit	Kompetenz	Teilhabe am Arbeitsmarkt	Teilhabe am Bildungswesen	Teilhabe am Bildungswesen (subst.)	Lebensweltlicher Support	Lebensweltlicher Support (subst.)	Wohnen
GAF	1									
Psych. Gesundheit	0.73*** (<0.001)	1								
Körperl. Gesundheit	0.66*** (<0.001)	0.61*** (<0.001)	1							
Kompetenz	0.61*** (<0.001)	0.65*** (<0.001)	0.62*** (<0.001)	1						
Teilhabe am Arbeitsmarkt	0.41* (0.019)	0.45** (0.009)	0.60*** (<0.001)	0.5** (0.003)	1					
Teilhabe am Bildungswesen	0.54*** (<0.001)	0.48** (0.002)	0.44** (0.004)	0.51** (0.001)	0.22 (0.221)	1				
Teilhabe am Bildungswesen (subst.)	-0.11 (0.624)	0.3 (0.91)	-0.01 (0.979)	0 1	-0.05 (0.824)	-0.01 (0.966)	1			
Lebensweltlicher Support	0.53*** (<0.001)	0.71*** (<0.001)	0.56*** (<0.001)	0.78*** (<0.001)	0.45** (0.009)	0.61*** (<0.001)	-0.14 (0.534)	1		
Lebensweltlicher Support (subst.)	0.26 (0.128)	0.37* (0.027)	0.29 (0.088)	0.33 (0.051)	0.24 (0.192)	0.52** (0.001)	0.29 (0.216)	0.55** (0.001)	1	
Wohnen	-0.08 (0.598)	0.14 (0.380)	-0.10 (0.551)	0.07 (0.660)	-0.14 (0.45)	0.15 0.345	-0.03 (0.885)	0.10 (0.556)	-0.04 (0.820)	1

Vielen Dank für die Kooperation und Unterstützung:



