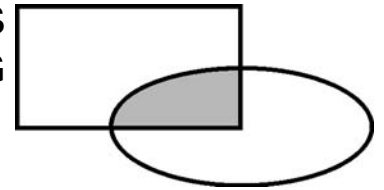


KLINISCHE SOZIALARBEIT

ZEITSCHRIFT FÜR PSYCHOSOZIALE PRAXIS
UND FORSCHUNG



12. Jg. ■ Heft 3 ■ Juli 2016

Inhalt

Themenschwerpunkt: Hilfe für Geflüchtete – Herausforderungen für die Klinische Sozialarbeit

- 3 Editorial
- 4 *Anton Schlittmaier*
Ethische Aspekte Klinischer Sozialarbeit im Kontext
der Geflüchtetenhilfe
- 7 *Sibel Atasayi und Lea Flory*
Versorgung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten
- 10 *Norbert Frieters-Reermann*
Das kulturelle Kapital minderjähriger Geflüchteter
- 12 *Maximiliane Brandmaier*
Widersprüche und Möglichkeiten in der Unterbringung
und Betreuung von Geflüchteten und Asylsuchenden
- 14 *Claire Schaub-Moore*
Projekt »Begleitung und Beratung von Flüchtlingen
im Landkreis Leer«
- 15 *Rezension von Dieter Röh*
- 2 Pressemeldungen, Veranstaltungs- & Projekthinweise
- 2 Zu den AutorInnen dieser Ausgabe
- 2 Wissenschaftlicher Beirat und Impressum

Herausgeber

- Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit
- Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit e.V.
- Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen e.V.
- European Centre for Clinical Social Work e.V.



Zu den AutorInnen dieser Ausgabe

Sibel Atasayi. Diplom-Psychologin, Referentin bei BAfF e.V., Psychotherapeutin in verhaltenstherapeutischer Weiterbildung an der PUK der Charité im St.-Hedwig-Krankenhaus. *Kontakt: sibel.atasayi@baff-zentren.org*

Maximiliane Brandmaier. Diplom-Psychologin, Doktoratsstudentin der Universität Klagenfurt, Forschungsprojekt zu Handlungsfähigkeit und Anerkennung von Geflüchteten in österreichischen Sammelunterkünften. *Kontakt: maxi_brandmaier@yahoo.de*

Lea Flory. Diplom-Psychologin, Mitarbeiterin bei BAfF e.V., Expertise in Friedens-, Mediations- und Konfliktforschung. *Kontakt: lea.flory@baff-zentren.org*

Norbert Frieters-Reermann. Prof. Dr., Erziehungswissenschaftler, Professor für Theorien und Konzepte Sozialer Arbeit an der Katho NRW. Schwerpunkte: u.a. Soziale Arbeit im Kontext von Flucht und Migration. *Kontakt: n.frieters-reermann(at)katho-nrw.de*

Gerhard Klug. Klinischer Sozialarbeiter (M.A.), Diplom-Sozialpädagoge (FH), Fachsozialarbeiter für Kli-

nische Sozialarbeit (ZKS), Mitarbeiter im Stadtjugendamt Augsburg. *Kontakt: gerhard.klug@gmail.com*

Anna Lena Rademaker. M.A. Soziale Arbeit, wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Katholischen Hochschule NRW, Fachbereich Sozialwesen, Abteilung Paderborn. *Kontakt: al.rademaker@katho-nrw.de*

Dieter Röh. Prof. Dr., Diplom-Sozialarbeiter/-Sozialpädagoge, MPH, Professor für Sozialarbeitswissenschaft an der HAW Hamburg. *Kontakt: dieter.roeh@haw-hamburg.de*

Claire Schaub-Moore. Prof. Dr. phil., Psychologische Psychotherapeutin, Professorin an der Fachhochschule Emden/Leer im Fachbereich Soziale Arbeit und Gesundheit. *Kontakt: praxis.moore@ewe.net*

Anton Schlittmaier. Prof. Dr., Direktor der Berufsakademie Sachsen – Staatliche Studienakademie Breitenbrunn. Schwerpunkte: Philosophische, anthropologische und ethische Aspekte Sozialer Arbeit. Sozialarbeitswissenschaft. *Kontakt: a.schlittmaier@ba-breitenbrunn.de*

Wissenschaftlicher Beirat

Prof. Dr. Peter Buttner
Hochschule München

Prof. Dr. Peter Dentler
Fachhochschule Kiel

Prof. Dr. Matthias Hüttemann
Fachhochschule Nordwestschweiz Olten, Schweiz

Prof. Dr. Johannes Lohner
Hochschule Landshut

Prof. Dr. Albert Mühlum
Bensheim

Prof. Dr. Helmut Pauls
Hochschule Coburg

Prof. Dr. Elisabeth Raab-Steiner
Fachhochschule FH Campus Wien

Prof. Dr. Günter Zurhorst
Hochschule Mitweida

19.-24.08.2016: TiSSA Conference in Ghent

»Social Work as a Forum for Democracy«
The 14th TiSSA plenum and Phd Conference will be held at Ghent University in Belgium. The TiSSA Phd Pre Conference will start at Friday 19th of August in conjunction with the TiSSA Plenum Conference from Monday August 22nd until Wednesday August

24th. All researchers are cordially invited to submit an abstract of maximum 500 words after registration on the TiSSA website. The deadline for submitting is May 27th, 2016.

Information and registration: <http://www.tissa.net>

Abschied von Helmut Pauls

Kaum ein Name ist mit der Etablierung und Konkretisierung der Klinischen Sozialarbeit als Fachsozialarbeit in Deutschland so verbunden wie der von Helmut Pauls. Mit 63 Jahren hielt er seine letzte Vorlesung an der Hochschule Coburg, an der er als erster Hochschule in Deutschland und im deutschsprachigen Raum einen Schwerpunkt in Klinische Sozialarbeit anbot und kurze Zeit später den ersten Masterstudiengang in Klinischer Sozialarbeit konzipierte. In Kooperation mit der Alice Salomon Hochschule Berlin gelang Pauls die Aufstellung des Studiengangs auf mehrere Schulern, was schließlich zur Etablierung des Studiengangs führte. Wei-

tere Hochschulen folgten mit gleichen oder ähnlichen Schwerpunkten in den Weiterbildungsmarkt. Mit der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS), dem ZKS-Verlag und ZKS-Peerconnect förderte Pauls die Verbreitung und Profilierung der Klinischen Sozialarbeit in der Praxis. Helmut Pauls verabschiedet sich in den Ruhestand.

Wir freuen uns auf die weitere Zusammenarbeit außerhalb der Hochschule und sagen Danke für das Geleistete. Mit dem Eintrag auf dieser Website soll der wichtige Beitrag von Helmut Pauls sichtbar werden: <https://www.hs-coburg.de/news-detailseite/news/News/detail/ruhestand-in-raten.html>

DGSA-Stellungnahme zur Geflüchtetenhilfe

In ihrer aktuellen Stellungnahme spricht sich die Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA) für eine Willkommenskultur und eine faire Auseinandersetzung darüber aus, wie einheimische Bevölkerung und Geflüchtete zusammenleben können. SozialarbeiterInnen nehmen in diesem Prozess der gegenseitigen Annäherung eine Schlüsselstellung ein. Der Vorstand der DGSA schließt sich den Erklärungen der IFSW – International Federation of Social Workers (www.ifsw.org) sowie der EASSW – European Association of Schools of Social Work (www.eassw.org) zur aktuellen Situation der Geflüchteten in Europa an.

Wir rufen die verantwortlichen Regierungen, internationalen Organisationen und Zivilgesellschaften dazu auf, strukturelle Fluchtursachen und Gründe zu beseitigen sowie den aus Kriegen oder Not geflüchteten Menschen jene Hilfe zukommen zu lassen, die sie im Sinne der Humanität dringend benötigen und die ihnen im Sinne der Menschenrechte zusteht. Dazu gehören auch: die Schaffung von Bedingungen und Kulturen des Willkommens und Zusammenlebens in den Aufnahmeländern; der Wille und die Bereitschaft der BürgerInnen, mit den neu ankommenden Menschen in eine aktive und faire Auseinandersetzung über ein gemeinsames Zusammenleben zu treten; der Aufbau aller dazu förderlichen gesellschaftlichen und institutionellen Bedingungen sowie die Bereitschaft, vorhandenen Reichtum gerecht zu verteilen.

SozialarbeiterInnen leisten einen wichtigen Beitrag bei der Gestaltung der damit verbundenen Aufgaben und Herausforderungen. Durch ihre professionellen Interventionen und die Anleitung von einer beeindruckend großen Zahl von ehrenamtlichen und engagierten HelferInnen nehmen sie eine Schlüsselstellung im Hilfesystem ein. Um das hierzu Erforderliche tun zu können, brauchen sie die dafür nötigen Ressourcen. Dies schließt eine angemessene Bezahlung ein sowie Arbeitsbedingungen, die den hohen Anforderungen durch Supervision, Fortbildung und Arbeitszeitausgleich Rechnung tragen.

Die Tätigkeit der SozialarbeiterInnen in der Geflüchtetenhilfe ist eine fachlich komplexe und besonders herausfordernde Aufgabe. Der anhaltende und an manchen Orten nur schwer erfüllbare quantitative Bedarf an SozialarbeiterInnen in diesem Handlungsfeld darf nicht dazu führen, dass fachliche Standards abgesenkt oder in diesem sensiblen Feld Personen tätig werden, die die nötigen fachlichen Qualifikationen und Kompetenzen dafür nicht aufweisen. Wir rufen die politisch Verantwortlichen in Bund und Ländern dazu auf, den fachlichen Nachwuchs in ausreichender Zahl zu qualifizieren und bereitzustellen.

Weitere Informationen

Sabine Stövesand
(sabine.stoebesand@haw-hamburg.de)
Christian Spatscheck
(christian.spatscheck@hs-bremen.de)

Impressum

Herausgeber

Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen (DVSG) (v. i. S. d. P.), Deutsche Gesellschaft für Soziale Arbeit (DGSA), Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit (ZKS) und European Centre for Clinical Social Work e. V. (ECCSW)

Redaktionsteam

Karlheinz Ortman (Leitung)
Gerhard Klug, Ute Antonia Lammel, Ingo Müller-Baron, Anna Lena Rademaker, Dieter Röh

Anzeigenakquise

Ingo Müller-Baron
Deutsche Vereinigung für Soziale Arbeit im Gesundheitswesen, ingo.mueller-baron@dvsg.org

Anschrift der Redaktion

Redaktion »Klinische Sozialarbeit«
c/o Prof. Dr. Karlheinz Ortman
Katholische Hochschule für Sozialwesen
Köpenicker Allee 39-57
10318 Berlin
Tel. 030 50 10 10-84
karlheinz.ortman@khsb-berlin.de

Schlussredaktion & Gestaltung

Ilona Oestreich

Druck

Bachmann & Weiss Offsetdruck GmbH, Karlsruhe

Erscheinungsweise

viermal jährlich als Einlegezeitschrift in:
DVSG – FORUM sozialarbeit + gesundheit

ISSN

1861-2466

Auflagenhöhe

2350

Copyright

Nachdruck und Vervielfältigungen, auch auszugsweise, sind nur mit Genehmigung der Redaktion gestattet. Die Redaktion behält sich das Recht vor, veröffentlichte Beiträge ins Internet zu stellen und zu verbreiten. Der Inhalt der Beiträge entspricht nicht unbedingt der Meinung der Redaktion. Für unverlangt eingesandte Manuskripte, Fotos und Datenträger kann keine Gewähr übernommen werden, es erfolgt kein Rückversand. Die Redaktion behält sich das Recht vor, Artikel redaktionell zu bearbeiten.

In ihrem Bericht für das Jahr 2015 konstatiert die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e.V. (BAfF; Baron & Schriefers, 2015), dass die psychosoziale Versorgung von Geflohenen und Folteropfern in Deutschland bei Weitem noch nicht sichergestellt ist (ebd., S. 57f.). Zwar konnten 2013 durch 23 Beratungs- und Behandlungszentren in ganz Deutschland über 10.000 Menschen versorgt werden (ebd., S. 32), der aktuelle Bedarf ist damit aber noch nicht annähernd gedeckt. Hinzu kommen bundesweit fast 5.000 Geflohene, die abgelehnt und nicht einmal auf den Wartelisten bedacht werden (ebd., S. 41). Aufgrund physisch und psychisch belastender Erfahrungen bis hin zu traumatischen Erlebnissen zeigt sich jedoch in der Gruppe Geflohener ein besonders hoher Bedarf an Beratung, Begleitung, Unterstützung und Therapie (vgl. Gahleitner & Golatka, 2016). In ihrer Verbindung von psychosozialer Beratung, Ressourcenerschließung und pragmatischer Alltagsunterstützung wie auch sozialwissenschaftlichen und -politischen Engagements ist die Klinische Sozialarbeit mit ihrem Person-in-der-Umwelt-Konzept (vgl. Pauls, 2011) aktuell mehr denn je gefragt, sich diesen Herausforderungen zu stellen und sich mit den Fragen zu beschäftigen, was nach der Flucht kommt, was die psychosoziale Versorgung Geflohener leisten muss und wie sie sichergestellt werden kann.

Mit der vorliegenden Schwerpunktausgabe wollen wir einige dieser Herausforderungen für die Klinische Sozialarbeit aufzeigen, kritisch diskutieren und Möglichkeiten des Umgangs aufzeigen. Ein erster Beitrag soll gesetzt sein, indem wir der LeserInnenschaft die ethische Intention einer anderen Sprachnutzung aufzeigen. Damit soll nicht das persönliche Empfinden Einzelner angesprochen, sondern hingewiesen werden auf die oftmals negative Konnotation des Begriffs »Flüchtling«. Das Suffix »ling« verleiht einem Adjektiv (z. B. schwach – Schwächling, dumm – Dummling) oder Verb (fliehen, flüchten – Flüchtling) in unserem Sprachgebrauch zudem eine passive und/oder abhängigkeitsbetonte Perspektive (vgl. Stefanowitsch, 2012). Klinische Sozialarbeit tut gut daran, nach innen und außen über sprachliche Sensibilität ihren Kompetenzstatus in der Arbeit mit Geflüchteten und in der Zusammenarbeit mit anderen Professionen zu unterstreichen. Psychosoziale Behandlung passiert stets im Kommunikativen, und diese kommunikativen Prozesse ermöglichen es erst, die Passung »zwischen

subjektivem Erleben und individuellem Verhalten (psychologische Merkmale), den interpersonalen Beziehungen (soziale Unterstützung) und den Bedingungen und Anforderungen der »objektiven« Außenwelt (sozialstrukturelle, sozioökonomische, sozialrechtliche) zu verbessern« (Pauls, 2013, S. 38). Für diese Ausgabe wählten wir in allen Beiträgen die neutralen Begriffe *Geflüchtete/r* und *Geflohene/r*, um damit den Menschen als aktives Subjekt hervorzuheben, und erhoffen uns eine kritische und sensible Auseinandersetzung in der Praxis.

Den Beginn dieser Ausgabe markiert *Anton Schlittmaier* mit seinem Beitrag »Ethische Aspekte Klinischer Sozialarbeit im Kontext der Geflüchteten«. Der Autor unterstreicht die besondere Aufgabe Klinischer Sozialarbeit in diesem Arbeitsfeld und zeigt die Notwendigkeit, sich unabhängig des politischen Umfeldes nach fachlichen Standards zu richten. Hierbei spricht Schlittmaier von der Verantwortung Klinischer Sozialarbeit, professionelle und ethische Standards einzuhalten, die sich in den Werten Menschenwürde, Verantwortung, Wohlergehen, Selbstbestimmung, Informed Consent und Gerechtigkeit widerspiegeln. Er plädiert dafür, dass Klinische SozialarbeiterInnen im Handlungsfeld der Geflüchtetenarbeit verstärkt einen ethischen (notwendig gewordenen) Diskurs führen sollen, Angebote für Geflüchtete vor dem Zurückschneiden ethischer und fachlicher Standards bewahren und ihre Beratung und Supervision ethiksensibel gestalten.

Der Beitrag von *Sibel Atasayi* und *Lea Flory* greift das Thema der Versorgung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten auf. Die Autorinnen beschreiben den Versorgungsbedarf von Geflüchteten und gehen auf den psychosozialen Behandlungsbedarf infolge von Traumafolgestörungen ein. Differenziert zeigen sie auf, wie eine Behandlung aussehen könnte und welche Aspekte sie einschließen sollte.

Das kulturelle Kapital minderjähriger Geflüchteter zu nutzen und zu fördern, wird von *Norbert Frieters-Reermann* als Plädoyer für eine ressourcenorientierte und partizipative Soziale Arbeit mit Geflüchteten gefordert. Anschaulich wird dargelegt, dass minderjährige Geflüchtete trotz der vielfältigen Belastungen und Erkrankungen, die sie mitbringen bzw. die ihnen soziokulturell und gesellschaftlich zugeschrieben werden, über vielfältige Ressourcen, Fähigkeiten und Fertigkeiten verfügen. Würde stärker aus den Erfahrungen internationaler Entwicklungsarbeit gelernt, so der Autor, könnte

es gelingen, die notlagen- bzw. defizitorientierte Perspektive zugunsten einer partizipativen zu ändern.

Anschließend beschreibt *Maximiliane Brandmaier* die Widersprüche, in denen sich die Soziale Arbeit bei der Arbeit mit Geflüchteten und Asylsuchenden befindet. SozialarbeiterInnen fördern der Autorin zufolge indirekt die Desintegration von Geflüchteten und sind AkteurlInnen staatlicher Gewalt, die gleichzeitig unterstützen und reglementieren können. Mithilfe einer »reflektierten Parteilichkeit« als professioneller Haltung kann es gelingen, Anerkennungsräume wie auch eine Integrationsmöglichkeit und Passungsarbeit zu schaffen, nicht selten vor dem Hintergrund von Posttraumatischen Belastungsstörungen (PTBS), Trauma und weiteren psychosozialen Belastungen.

Die hohe Zahl an Geflüchteten in den letzten Monaten stellte viele amtliche und insbesondere ehrenamtliche Kräfte vor besondere Herausforderungen und belastet beide Gruppen mehr als erwartet. Gerade die Gruppe der ehrenamtlichen HelferInnen wird in der fachöffentlichen Diskussion zu wenig berücksichtigt. Mit dem letzten Beitrag möchten wir diese Lücke ein wenig schließen und ein Konzept aus dem Landkreis Leer von *Claire Schaub-Moore* vorstellen, das den Haupt- und Ehrenamtlichen in der Arbeit ein Basisrüstwerk für die besonderen Anforderungen der psychosozialen Versorgung Geflohener vorschlägt. Vielleicht könnte dieses Konzept eine Anregung für all jene KollegInnen darstellen, die in und an dieser Schnittstelle arbeiten oder beratend tätig sind.

Für die Redaktion
Gerhard Klug und Anna Lena Rademaker

Literatur

- Baron, J. & Schriefers, S. (2015). *Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*. Berlin: BAfF. Online verfügbar: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht_mit-Umschlag_2015.compressed.pdf [05.05.2016].
- Gahleitner, S. B. & Golatka, A. (2016). Schützende Inselerfahrungen. Psychosoziale Zufluchtsorte als adäquate Antwort auf traumatische Fluchterfahrungen. *Forum sozialarbeit + gesundheit*, 11(2), 6-10.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (Reihe: Grundlagentexte Soziale Berufe; 2., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Pauls, H. (2013). Das biopsychosoziale Modell als Grundlage sozialtherapeutischer Beratungsperspektiven. In H. Pauls, P. Stockmann & M. Reicherts (Hrsg.), *Beratungskompetenzen für die psychosoziale Fallarbeit. Ein sozialtherapeutisches Profil* (S. 36-54). Freiburg: Lambertus.
- Stefanowitsch, A. (2012). Flüchtlinge und Geflüchtete. *Sprachlog*, 01.12.2012. Online verfügbar: www.sprachlog.de/2012/12/01/fluechtlinge-und-gefluechtete/ [05.05.2016].

Ethische Aspekte Klinischer Sozialarbeit im Kontext der Geflüchtetenhilfe

Anton Schlittmaier

Derzeit wird die Problematik geflüchteter Menschen mit hoher Halbwertszeit diskutiert. Positionsbestimmungen, die gestern noch vertreten wurden, erscheinen heute obsolet und umgekehrt. Der politische Diskurs ist wie gebannt und konzentriert sich auf die Frage des berechtigten und unberechtigten Zugangs. Die Zukunft Deutschlands wird als gefährdet angesehen, angesichts der Millionen von Zufluchtssuchenden, die unkontrolliert ins Land kommen. Rufe nach Grenzschießung werden laut.

In diesem Kontext erscheint es schwierig, die Ebene des konkreten Umgangs mit Geflüchteten zum öffentlichen Thema zu machen. Integration ist die allgemeine Leitbestimmung, die auch konkretes Handeln leiten soll. Letzteres gilt für jeden Bürger, aber natürlich primär für Fachkräfte des sozialen Sektors.

Klinische Sozialarbeit als Integrationsarbeit

Die Soziale Arbeit und damit auch die Klinische Sozialarbeit ist durch den starken Zustrom von Geflüchteten massiv gefordert.¹ Dies gilt auf unterschiedlichsten Ebenen. Institutionell geht es um die Verankerung von Hilfen vor Ort und um die schnelle Akquirierung von Fachkräften (zum rasanten Anstieg der Zahl unbegleiteter geflüchteter Minderjähriger vgl. Weingartner & Plickert, 2015). Dabei können professionelle Standards allzu leicht über Bord geworfen werden. Wenn es gilt, in kürzester Zeit für sehr viele Geflüchtete, insbesondere Kinder und Jugendliche, Strukturen aufzubauen, steht oft das Notwendigste im Vordergrund, das häufig hinter etablierten professionellen Standards zurückbleibt.

Integration ist ein Thema der Sozialen Arbeit im Allgemeinen. Als Integrationsarbeit ist sie primär Bildungsarbeit. Dabei richtet sie sich an Benachteiligte. Professionelle und disziplinäre Bezugspunkte sind damit sowohl Bildungsarbeit als auch psychosoziale Hilfen (Göppner & Hämäläinen, 2004).²

Klinische Sozialarbeit erhält ihre – die Soziale Arbeit im Allgemeinen spezifizierende – Rolle im Kontext verbreiteter Traumatisierung (Zimmermann, 2012/2015). Dabei muss sie die interkulturelle Differenz reflektieren,³ gleichzeitig gilt es aber auch, die Traumata zu erfassen, zu

begreifen und zu bearbeiten, die bei Geflüchteten, insbesondere bei Kindern und Jugendlichen, vorliegen (Siebert, 2010).

In ihrer bisherigen Geschichte wurde Klinische Sozialarbeit als Soziale Arbeit verstanden, die sich über die Schwere der sozialen Probleme und den sozialen Bezug definiert (Geißler-Pilz et al., 2005). Hier liegt auch eine deutliche Differenz zur Klinischen Psychologie, die nicht in vergleichbarer Weise den sozialen Kontext thematisiert und berücksichtigt. Gerade im Bereich der Geflüchtetenhilfe – insbesondere mit Kindern und Jugendlichen – ist neben der psychischen Problematik die soziale Dimension von entscheidender Bedeutung.⁴ Man denke hier insbesondere an die katastrophale Situation im Heimatland, die zur Flucht geführt hat, aber auch an die teilweise lange währende Zeit der Flucht, die dann auftretenden Schwierigkeiten bei der Integration in Deutschland und obendrein noch die Bedrohungen, die von politisch rechten Gruppen ausgehen. Hier wird die spezifische Problematik, die Klinische Sozialarbeit als eine in vielen Fällen nicht nur geeignete, sondern sogar notwendige Zugangsweise erscheinen lässt, konkret deutlich.

Die fachlichen Standards für Klinische Sozialarbeit müssen auch Anwendung auf Geflüchtete finden. Professionelle dürfen sich in ihrem Wirkungsbereich durch politische Infragestellung der gesamten Arbeit in ihren Überzeugungen bezüglich des Wertes ihrer Arbeit nicht irritieren lassen. Hier gilt der Luther zugeschriebene Satz »Auch wenn ich wüsste, dass morgen die Welt zugrunde geht, würde ich heute noch einen Apfelbaum pflanzen« (vgl. z. B. Habdank, 2011). Unabhängig von der politischen Bewertung muss die Profession ihre Aufgaben gegenüber den Menschen, für die sie Verantwortung übernommen hat oder für die ihr Verantwortung zugewiesen wurde, orientiert an den professionellen und ethischen Standards der Klinischen Sozialarbeit ausüben.

Ethische Werte professionellen Handelns

Im Zentrum stehen dabei Werte, die das Handeln der Professionellen leiten sollen. Zu nennen wären hier *Menschenwürde*, *Verantwortung*, *Wohlergehen*, *Selbstbe-*

stimmung, *Informed Consent* und *Gerechtigkeit* (Vieth, 2006; Quante, 2003). Diese Werte ergeben sich aus zentralen Berufskodizes (vgl. Dentler & Pauls, 2000) für Klinische SozialarbeiterInnen (Schlittmaier, 2014, S. 21-52).

Unabhängig von Fragen der Berechtigung bzw. Nichtberechtigung eines Verbleibs in Deutschland, wie sie im Rahmen politischer und rechtlicher Diskussion stattfinden, sind Klinische SozialarbeiterInnen verpflichtet, *jede/n*, mit dem sie im Rahmen ihrer professionellen Tätigkeit arbeiten, in seiner/ihrer *Menschenwürde* zu achten. Dies hat vielfältige Implikationen auch in Bezug auf Grenzbeziehungen des methodischen Vorgehens. Insbesondere die schnelle Integration, ohne Berücksichtigung der Intentionen der Betroffenen, erscheint fragwürdig. Eine ökonomisch inspirierte Aufrechnung im Sinne eines Tausches zwischen Bleiberecht und Überanpassung ist ebenfalls mit der Menschenwürde (Stoecker & Neuhäuser, 2013) nicht vereinbar und könnte auch unter utilitaristischen Aspekten (Höffe, 1992) mittel- bis langfristig als kontraproduktiv gewertet werden.⁵

Insbesondere für geflüchtete Kinder und Jugendliche tragen Klinische SozialarbeiterInnen in ihrem Zuständigkeitsbereich *Verantwortung*. Dabei erscheint die Dimension der Verantwortung gegenüber dem/der Anderen im Sinne von Lévinas (1982/1986) zentral. Der bzw. die Andere ist kein Tatbestand, sondern ein Ruf an mich (Schlittmaier, 2014, S. 37).⁶ Der Gedanke, dass diese Ethik überfordert und man nicht allen helfen kann, drängt sich sicher auf. Auf der anderen Seite haben Klinische SozialarbeiterInnen es jedoch immer *hier und jetzt* mit der ethischen Herausforderung zu tun, und ihnen gegenüber sitzen nicht zugleich Millionen von Zufluchtssuchenden, sondern aktuell diese/r Einzelne.⁷

Das *Wohlergehen* der betreuten Geflüchteten ist zu achten, wobei auch in diesem Sektor kein Rollback erfolgen darf. Wohlergehen mit Integration im Schellverfahren kurzzuschließen, steht sicher konträr zur Würde des Menschen, konterkariert jedoch auch das Wohlergehen im Sinne von Glück und Zufriedenheit. Die Gefahr eines Rückschritts in den professionellen und ethischen Standards ist derzeit durchaus gegenwärtig. Angesichts der Vielzahl der Geflüchteten und des möglicherweise nicht abreißen-

Zustroms neuer Zufluchtsuchender kann es durchaus zu gesenkten Standards kommen. Das gesamte Gefüge des professionellen Habitus kann ins Rutschen kommen, wenn z. B. in Einrichtungen, die Geflüchtete betreuen, Erziehungsmittel empfohlen werden, die in Deutschland bereits als historisch überwunden eingestuft wurden.⁸ Ein Ruf nach neuer Strenge könnte hier erfolgen und einen Druck entfalten, angesichts der Masse von Fällen eben doch nicht so empathisch, Würde attribuierend und die Selbstbestimmung fördernd zu arbeiten, wie es sich in einem längeren geschichtlichen Prozess als Standard der Profession entwickelt hat.

Informed Consent meint die Zustimmung der KlientInnen zu den Maßnahmen, die sich auf sie beziehen. Auch hier gilt, was eben bereits skizziert wurde: In einem Klima gesellschaftlicher Erregung und angesichts des Drucks wachsenden Hilfebedarfs kann es dazu kommen, dass die Stimme des/der Anderen eben nicht mehr so gehört wird, wie dies in der Vergangenheit der Fall war.

Gerechtigkeit ist sicherlich eine Gretchenfrage einer Ethik in Bezug auf Geflüchtete. Gerechtigkeit hat auch mit Ansprüchen zu tun. Wer als Zufluchtsuchende/r kommt, hat erst einmal nichts anzubieten, was ihn bzw. sie berechtigten wür-

de, Ansprüche zu stellen. Auf der anderen Seite gibt es auch eine Gerechtigkeit, die von den Bedürfnissen ausgeht und die Schwächsten berücksichtigen soll (Kerber, 1998, S. 75-86). Bisher haben wir diese Art der Gerechtigkeit vor allem national gedacht. Ein Umschwenken auf globale Perspektiven steht nun an.

Forderung nach Ethikberatung

Insgesamt fällt auf, dass über Geflüchtete in erster Linie politisch und rechtlich diskutiert wird. Die ethische Dimension der Thematik bleibt weitgehend außen vor. Teilweise wird sogar eine völlige Abkopplung im Sinne des Rechtspositivismus⁹ gefordert (Kirste, 2010).

Der Diskurs lässt sich – unabhängig von der Ebene (Institution oder Fall) – aber nicht nur politisch (Horn, 2003) und rechtlich (Schöning, 2014) führen.¹⁰ Geht es doch um Grundfragen wie die nach dem Umgang mit dem Fremden, nach der Reichweite von Solidarität und – christlich gesprochen – nach der Nächstenliebe (Anzenbacher, 1997). Wie oben bereits skizziert, sind die politischen und rechtlichen Rahmenbedingungen eine Thematik, die die Klinische Sozialarbeit nur indirekt beeinflussen kann (z. B. durch politisches Engagement¹¹ Klinischer Sozial-

arbeiterInnen oder durch Einwirken ihrer Verbände auf die Politik).¹²

Konkret ist die Klinische Sozialarbeit gefordert im Kontakt mit den KlientInnen. Und hier ist entscheidend, dass Standards (vgl. für geflüchtete Minderjährige z. B. Separated Children in Europe Programme: SCEPT & BumF, 2012), die ethisch und fachlich etabliert wurden, nicht zurückgefahren werden dürfen. Ökonomische und utilitaristische Rationalität legen dies zwar nahe; aber im Rahmen einer Gesinnungsethik (Ott, 2016)¹³ dürfen bestimmte Rechte von KlientInnen, die sich aus den angesprochenen Werten ergeben, nicht beliebig reduziert werden.

Abschließend leitet sich hier die Forderung nach Ethikberatung oder ethisch unteretzter Supervision ab (Großmaß & Perko, 2011). Gerade im Handlungsfeld der Geflüchtetenarbeit liegen vermehrt Konflikte vor zwischen dem, was aufgrund individueller Ansprüche an ethisch qualifizierter Arbeit zu leisten ist, und dem, was strukturell möglich und ggf. aufgrund der Rahmenbedingungen gewünscht ist. Diese Konflikte gilt es aufzuarbeiten und insbesondere lösungsorientiert zu bewältigen. Dabei dürfen natürlich Klinische SozialarbeiterInnen nicht zwischen den ethischen Ansprüchen und dem real Möglichen zerschissen werden.

Anzeige



Berufsbegleitender Masterstudiengang Klinische Sozialarbeit

Start des 16. Kurses im Sommersemester 2017

Studieninhalte:

- Theorien, Interventions- und Forschungsmethoden und Evaluation
- psycho-soziale Diagnose und Beratung
- Soziale Therapie
- Krisenintervention
- Rehabilitation
- Case Management
- Qualitätssicherung

Durchführung:

- 10 Blockveranstaltungen pro Jahr
- Expertise in Beratung und Behandlung, praxisorientierter Forschung und systemischen Management-Kompetenzen
- Intensive Begleitung und Betreuung bei der Erstellung der Masterarbeit
- International anerkannter Abschluss mit Promotionsmöglichkeit

Weitere Informationen finden Sie unter: www.hs-coburg.de und www.ash-berlin.eu



Anmerkungen

- 1 Dies gilt natürlich auch, wenn durch kurzfristige »Schließungen« von Routen in der Öffentlichkeit der Eindruck entsteht, das Problem weiteren Zugangs bestehe nun nicht mehr. Möglicherweise sind solche »Schließungen« nur kurzfristige Stauungen, die dann an anderen Stellen zu Durchbrüchen führen.
- 2 Bildungsarbeit wird traditionell der Sozialpädagogik zugeordnet. Im Zusammenhang mit geflüchteten Jugendlichen ist vielfach erst die Voraussetzung für Bildungsarbeit zu leisten. Diese besteht in psychosozialer Hilfe. Geflüchtete Jugendliche verweigern z. B. teilweise den Schulbesuch und machen damit deutlich, dass die hier nötige Soziale Arbeit mehr ist als Bildungsmanagement.
- 3 Die interkulturelle Differenz soll durch Bildungsarbeit überbrückt werden. Dabei wird im Allgemeinen davon ausgegangen, dass eine Anpassung der Geflüchteten anzustreben ist. Ein Lernen aus der Vielfalt, das wechselseitige Lernprozesse in Gang setzt, wird in diesem Zusammenhang nicht bzw. kaum thematisiert.
- 4 Psychische und soziale Problematik hängen somit konstitutiv zusammen (Balluseck, 2003), wobei die soziale Situation (z.B. Situation im Herkunftsland, Flucht) als primär problemgenerierend anzusehen ist. Die soziale Situation ist dabei nicht nur im Sinne des sozialen Nahraums zu begreifen, sondern als weiterer sozio-politischer Kontext.
- 5 Schnelle Integration kann ggf. wenig nachhaltig sein; insbesondere die Ausblendung der psychischen Probleme kann zu einem nur oberflächlichen Bildungsprozess (Dörpinghaus & Uphoff, 2014) führen. Möglicherweise resultiert aus negativen Erfahrungen der ersten Zeit in Deutschland auch eine Ablehnung der deutschen Kultur und Gesellschaft (hohe Erwartungen vs. Enttäuschung).
- 6 Der/die Andere ist kein Objekt, dem ich nachträglich Wert beifügen muss. Der/die Andere ist vielmehr ein »Du«, das mich ohne Vermittlung über Werte in die Verantwortung ruft. Das schreiende Kind wird beispielsweise nicht als neutrales Faktum wahrgenommen, dem dann nachträglich ein Wert beigemessen wird. Ein um Hilfe schreiendes Kind ist ein unmittelbarer Ruf in die Verantwortung.
- 7 Systemtheoretisch gesprochen (Luhmann, 2005) wird die Komplexität des Problems durch Temporalisierung bearbeitet (erst dies, dann das).
- 8 Beispielsweise die Abnahme des Handys: Das Handy ist für die Kinder das zentrale Mittel, um mit ihren Verwandten in Kontakt zu bleiben; die Wegnahme des Handys impliziert weit mehr als die Wegnahme eines Spielzeugs und muss unter dem Aspekt der Angemessenheit von Erziehungsmaßnahmen diskutiert werden.
- 9 Der Rechtspositivismus geht davon aus, dass Recht durch Rechtsetzung zu Recht wird. Ein Bezug zu Ethik und Moral wird abgelehnt. Das Recht hat oberste Priorität, und moralische Fragen werden als dem Recht wesensfremd ausgeblendet. So wurde in der politischen Diskussion über Geflüchtete im letzten Jahr (2015/2016) häufig Bezug genommen auf einen Zustand des Unrechts, der durch den Zuzug der Geflüchteten heraufbeschworen wird. Die moralische Pflicht hat – nach dieser Auffassung – gegenüber dem Recht eine nur nachgeordnete Bedeutung.

- 10 Rechtsphilosophisch betrachtet vertritt Klinische Sozialarbeit eine vernunftrechtliche Position. Diese beinhaltet – im Normalfall – nicht, dass gegen geltendes Recht verstoßen wird. Das Recht bildet jedoch nicht den umfassenden Bezugsrahmen. Dieser liegt im Sinne z.B. Kants in einem übergeordneten Rahmen einer Pflicht zum Guten (Rommerskirchen, 2015).
- 11 In der Berufsethik des Deutschen Berufsverbands für Soziale Arbeit (DBSH; diese gilt für alle SozialarbeiterInnen und SozialpädagogInnen) wird diese ethische Pflicht der politischen Einmischung direkt angesprochen und als ethische Pflicht der SozialarbeiterInnen bzw. SozialpädagogInnen gesehen.
- 12 Schiller (2016) setzt das Hilfeprinzip als fundamental für die Geflüchtetenpolitik; den entscheidenden Ansatz sieht er jedoch nicht in der Individual-, sondern in der Sozialethik; Hilfspflichten müssen weiter in individuellen juristischen Rechten konkretisiert und kodifiziert werden (ebd., S. 131); die Probleme müssen im Zusammenhang mit dem gesellschaftlichen Ganzen gesehen werden (ebd., S. 135); die Reflexion der Ebene konkreter Hilfebedarfs darf nicht dazu führen, den globalen Wirtschaftsliberalismus, den militärischen Interventionismus und den »westlichen« Kulturalismus auszublenden (ebd.). Dieser Sichtweise ist absolut zustimmen, jedoch tritt das Problem auf, dass für den Fall der Thematisierung nur dieser einen Ebene die Professionellen für die konkrete Situation keine ethischen Hilfestellungen erhalten. Hier ist davon auszugehen, dass die individuelle Ebene nicht ohne die sozialetische bearbeitet werden kann und vice versa. Im hier vorliegenden Artikel habe ich mich auf die Ebene der Interaktion mit den KlientInnen konzentriert.
- 13 Im Gegensatz zur Gesinnungsethik, die sich auf ein Prinzip (z.B. die Nächstenliebe) bezieht, berücksichtigt die Verantwortungsethik die Folgen. Im Zusammenhang mit der Geflüchtetenpolitik stünde dann die Frage nach den Konsequenzen einer permanenten Zuwanderung im Zentrum der Betrachtung.

Literatur

- Anzenbacher, A. (1997). *Christliche Sozialethik* (Reihe: UTB für Wissenschaft – Theologie). Paderborn: Schöningh.
- Balluseck, H. v. (2003). *Minderjährige Flüchtlinge. Sozialisationsbedingungen, Akkulturationsstrategien und Unterstützungssysteme*. Opladen: Leske + Budrich.
- Dentler, P. & Pauls, H. (2000). *Code of Ethics der Clinical Social Work Federation*. Deutsche Übersetzung. Coburg: IPSG.
- Dörpinghaus, A. & Uphoff, I. K. (2014). *Grundbegriffe der Pädagogik* (3., unveränd. Aufl.). Darmstadt: WBG (letzte überarb. Aufl. 2012).
- Geißler-Piltz, B., Mühlum, A. & Pauls, H. (2005). *Klinische Sozialarbeit*. München: Reinhardt.
- Göppner, H.-J. & Hämäläinen, J. (2004). *Die Debatte um Sozialarbeitswissenschaft. Auf der Suche nach Elementen für eine Pragmatik*. Freiburg: Lambertus.
- Großmaß, R. & Perko, G. (2011). *Ethik für Soziale Berufe*. Paderborn: Schöningh.
- Habdank, J. (2011). *Predigttext Pfarrer Johannes*

- Habdank* [Predigt vom 11.09.2011]. Online verfügbar: <http://berg-evangelisch.de/pages/posts/predigttext-pfarrer-johannes-habdank-242.php> [28.04.2016].
- Höffe, O. (Hrsg.) (1992). *Einführung in die utilitaristische Ethik. Klassische und zeitgenössische Texte* (2., überarb. u. akt. Aufl.). Tübingen: Francke.
- Horn, C. (2003). *Einführung in die politische Philosophie*. Darmstadt: WBG.
- Kerber, W. (1998). *Grundkurs Philosophie. Bd. 13: Sozialethik*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kirste, S. (2010). *Einführung in die Rechtsphilosophie*. Darmstadt: WBG.
- Lévinas, E. (1986). *Ethik und Unendliches. Gespräche mit Philippe Nemo*. Graz: Böhlau (französisches Original erschienen 1982).
- Luhmann, N. (2005). *Einführung in die Theorie der Gesellschaft*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Ott, K. (2016). *Zuwanderung und Moral*. Stuttgart: Reclam.
- Quante, M. (2003). *Einführung in die Allgemeine Ethik*. Darmstadt: WBG.
- Rommerskirchen, J. (2015). *Das Gute und das Gerechte. Einführung in die praktische Philosophie*. Wiesbaden: Springer.
- Schiller, H.-E. (2016). Ethische Grundlagen der Flüchtlingspolitik. *Soziale Arbeit*, 65(4), 129-135.
- Schliittmaier, A. (2014). *Ethische Grundlagen klinischer Sozialarbeit* (2., erg. Aufl.). Coburg: ZKS-Verlag. Online verfügbar: <http://fhdo.opus.hbz-nrw.de/volltexte/2014/98/pdf/Schliittmaier-Ethische-Grundlagen-klinischer-Sozialarbeit-Onlineversion-2014.pdf> [28.04.2016].
- Schöning, E. (2014). *Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge und Soziale Arbeit in Deutschland. Sozialpolitik zwischen Menschenrechten und ordnungspolitisch bestimmter Zuwanderungspolitik*. München: Akademiker Verlag.
- Separated Children in Europe Programme (SCEP) & Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge (BumF) (Hrsg.) (2012). *Standards für den Umgang mit unbegleiteten Minderjährigen* (4., überarb., erw. u. rev. Aufl.). Karlsruhe: Loeper Literaturverlag.
- Siebert, E. (2010). *Schwere Last auf kleinen Schultern. Aufgaben und Grenzen der Sozialen Arbeit mit minderjährigen traumatisierten Flüchtlingen aus Kriegsgebieten*. Marburg: Tectum.
- Stoecker, R. & Neuhäuser, C. (2013). Erläuterungen der Menschenwürde aus ihrem Würdecharakter. In J. C. Joerden, E. Hilgendorf & F. Thiele (Hrsg.), *Menschenwürde und Medizin. Ein interdisziplinäres Handbuch* (S. 37-72). Berlin: Duncker & Humblot.
- Vieth, A. (Hrsg.) (2006). *Einführung in die angewandte Ethik*. Darmstadt: WBG.
- Weingartner, M. & Plickert, P. (2015). Bayern schlägt Alarm wegen minderjähriger Flüchtlinge. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, 27.07.2015. Online verfügbar: <http://www.faz.net/aktuell/wirtschaft/eurokrise/bayern-schlaegt-alarm-bei-minderjaehrigen-fluechtlingen-13721416.html> [28.04.2016].
- Zimmermann, D. (2015). *Migration und Trauma. Pädagogisches Verstehen und Handeln in der Arbeit mit jungen Flüchtlingen* (3., unveränd. Aufl.). Gießen: Psychosozial (Original erschienen 2012).

Anzeige



ZKS Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit

■ Fachsozialarbeiter/-in für Klinische Sozialarbeit (ZKS)

- Vorbedingungen: mehrjährige klinische Berufserfahrung. Nachweis einschlägiger psychosozialer Fort- und Weiterbildungen, Selbsterfahrung und Supervision
- Vorteile: Sichtbarkeit von Qualifikation, Berufserfahrung und Kompetenzen, Anteil am Netzwerk von Hochschulen, Verbänden und Praxis
- Informationen: Gerhard Klug, E-Mail: gerhard.klug@klinische-sozialarbeit.de
- Website: www.klinische-sozialarbeit.de



■ Interaktive Wissensdatenbank als soziales Medium

- Vernetzung von FachsozialarbeiterInnen
- Austausch von Wissen, Inhalten, Konzepten, Veröffentlichungen
- Website: www.zks.peerconnect.eu

Versorgung und Behandlung von traumatisierten Geflüchteten

Sibel Atasayi und Lea Flory

Geflüchtete Menschen und unser Gesundheitssystem

Die Menschenrechtssituation in Syrien, Afghanistan, Somalia, Sudan und vielen weiteren Ländern, aus denen Menschen fliehen, hat sich in den letzten Jahren alarmierend zugespitzt. Es drohen Inhaftierung, Folter oder Vergewaltigungen als Kriegswaffe, sodass die Flucht oftmals der einzige Weg aus dieser Situation darstellt. Nach Angaben des Flüchtlingskommissariats der Vereinten Nationen (UNHCR) sind weltweit derzeit mehr als 60 Millionen Menschen auf der Flucht (UNHCR, 2015). Dies ist die höchste Zahl, die jemals verzeichnet wurde. Durch abstrakte Zahlen rücken oftmals die Menschen, ihre Fluchtgeschichte und ihre psychische Verfassung in den Hintergrund.

Dabei nehmen nur wenige den Weg nach Europa auf, die meisten Menschen fliehen innerhalb ihres eigenen Landes oder in benachbarte Länder. Viele der ankommenden Geflüchteten haben extreme Erfahrungen gemacht, sind durch diese Erlebnisse in ihrer Heimat oder auf der Flucht traumatisiert. Etwa 60% der Geflüchteten, die in Deutschland ankommen, sind minderjährig und manche davon unbegleitet (BumF, 2016). Einige von ihnen benötigen dringend spezialisierte Betreuung und Behandlung, damit die psychischen Störungen nicht lebenslange Auswirkungen haben.

Der Zugang zum Gesundheitssystem ist für Geflüchtete erheblich eingeschränkt, und die Bedingungen in den Erstaufnahme- und Übergangseinrichtungen in Deutschland verstärken die erhöhte Vulnerabilität und prekäre Sicherheitslage der Fluchtbedingten. Die psychosoziale Versorgung für Geflüchtete wird fast ausschließlich von den inzwischen bundesweit vorhandenen 32 psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer angeboten, die außerhalb des regulären Gesundheitssystems arbeiten. Wie stark der Versorgungsbedarf dieser heterogenen Gruppe ist und welche Behandlungsformate und -ansätze sich in der multiprofessionellen Praxis bewährt haben, wird in diesem Artikel kurz dargestellt (für weiterführende und ausführliche Informationen vgl. den BAFF-Versorgungsbericht: Baron & Schriefers, 2015, sowie die Informationsbroschüre »Flüchtlinge in unserer Praxis«: Kleefeldt et al., 2016).

Versorgungsbedarf und Traumafolgestörungen bei Geflüchteten

Die enormen Belastungen durch Menschenrechtsverletzungen in den Herkunftstaaten, aber auch die Erlebnisse während der Flucht und die Situation im Aufnahmeland gelten als starke Einflussfaktoren auf die physische und psychische Gesundheit und als Risikofaktoren für die Entwicklung psychischer Störungen. Die Reaktionen auf traumatische Erfahrungen sind sehr unterschiedlich, und nicht jedes traumatische Ereignis führt mit gleicher Wahrscheinlichkeit zu einer psychischen Störung.

Posttraumatische Belastungsstörung. Eine mögliche Traumafolgestörung ist die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), bei der die Menschen an wiederkehrenden Erinnerungen und ungewollten Gedanken an das Trauma leiden. Häufig haben die Betroffenen nächtliche Alpträume, oder auch tagsüber werden sie durch intensive Bilder und filmartige Szenen (Flashbacks) an die Situationen erinnert. Schlaf- und Konzentrationsprobleme, emotionale Taubheit, Angst- und Suizidgedanken treten häufig auf, bei Kindern kommt es zu Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten (Flatten et al., 2011).

Menschen mit Folter- und Fluchterfahrung stellen eine Gruppe mit besonders erhöhtem Suizidrisiko dar, sodass u. a. bei PTBS von einer achtfach erhöhten Rate an Suizidversuchen ausgegangen wird (Huber, 2003). Die Rate für die Entwicklung einer PTBS bei Geflüchteten ist im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung aufgrund der Erfahrungen vor, während und nach der Flucht deutlich erhöht. Laut einer Untersuchung leiden Asylsuchende in Deutschland mit einer Prävalenz von etwa 33,2% an einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Niklewski et al., 2012).

Verlauf von Traumafolgestörungen. Traumafolgestörungen gehen über die Diagnose PTBS hinaus und umfassen u. a. auch Depressionen, Angststörungen, somatoforme Störungen oder Substanzabhängigkeiten. Komorbide Störungen sind sehr häufig, bei etwa 88% der PTBS-PatientInnen kann mindestens eine weitere psychische Störung diagnostiziert werden (Perkonig et al., 2000). Zudem besteht eine hohe Chronifizierungsneigung,

und Überlebende von Folter und Gewalt leiden oftmals auch noch Jahrzehnte nach den traumatisierenden Situationen am Wiedererleben von traumatischen Ereignissen, Vermeidungsverhalten und Übererregung (Carlsson et al., 2006).

Studien belegen, dass *Post-Migrationsstressoren* wie die Unterbringung in Heimen, unsicherer Aufenthaltsstatus oder die Dauer des Asylverfahrens ein fortdauerndes Kontinuum von Stress schaffen (Hanewald et al., 2015; Murray et al., 2010). Neben diesen Risiko- und Stressfaktoren gibt es aber auch Schutzfaktoren, die die Entstehung einer psychischen Erkrankung nach einer Traumatisierung verhindern oder minimieren können. Darunter fallen z. B. soziale Unterstützung, familiäre Bindungen und äußere Sicherheit (durch einen gesicherten Aufenthaltsstatus).

Traumatische Erlebnisse im Kontext von Krieg, Verfolgung und Flucht beziehen sich zudem immer auf das Individuum und die gesamte Gesellschaft, sie bleiben nicht auf ein Ereignis beschränkt und verlaufen in Prozessen. Bereits 1979 verwies der Psychiater Keilson auf die traumatisierenden Lebensbedingungen im Exil, die *nach* der Flucht fortauern, und verdeutlichte, dass gerade diese späten traumatischen Sequenzen die Schwere der traumatischen Folgeschäden bestimmen (Keilson, 1979/2005). Deshalb spielen die gesellschaftliche Anerkennung der Leiden und die Inklusion im Sinne eines sozialen und gesellschaftlichen Anschlusses eine zentrale Rolle in der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten.

Behandlungsformate und -ansätze für traumatisierte Geflüchtete

Um den besonderen Bedürfnissen der PatientInnengruppe von traumatisierten Geflüchteten gerecht zu werden, sind einerseits die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen und die rechtlichen Restriktionen der PatientInnen zu berücksichtigen, andererseits muss ein berufsgruppenübergreifender Ansatz mit ganzheitlichen sowie multidisziplinären Behandlungs- und Versorgungsangeboten verfolgt werden. Letzterer umfasst das Fachwissen von und die enge Zusammenarbeit zwischen PsychotherapeutInnen, Fach-

ärztInnen, SozialarbeiterInnen, RechtsanwältInnen, ErgotherapeutInnen und in zunehmendem Maße auch Ehrenamtlichen.

Therapie zu dritt. Die Sprachbarriere ist eines der wichtigsten Hemmnisse für die frühzeitige Versorgung von traumatisierten Geflüchteten. Da es in Deutschland nicht genügend muttersprachlich qualifizierte ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen gibt, können sprachliche Barrieren durch professionelle Sprach- und Kulturvermittler überwunden werden. Die dolmetscherInnengestützte Psychotherapie erweist sich dabei als genauso wirksam wie eine Psychotherapie, bei der keine Sprach- und Kulturvermittler benötigt werden (Brune et al., 2011). Allerdings sind DolmetscherInnenleistungen bisher keine Leistungen der gesetzlichen Krankenkassen und werden entsprechend nicht finanziert.

Rahmenbedingungen der Behandlung. Um traumatisierten Geflüchteten haltgebende Begleitung, Beratung und Behandlung im neuen Aufnahmeland anzubieten, müssen ihre Grundbedürfnisse sichergestellt werden. Die Beratungsangebote von SozialarbeiterInnen reichen von einer passenden Unterbringung über Sicherung der Ernährung und Deutschkursen bis hin zur engen Kooperation mit RechtsanwältInnen des Asylrechts und mit öffentlichen Behörden mit dem Ziel eines sicheren Aufenthaltsstatus und decken dabei einen wichtigen Teil dieser Grundbedürfnisse Geflüchteter ab. Ergänzende ergotherapeutische Angebote fördern die Integration der Betroffenen in die Sozial- und Arbeitswelt durch sinngebende sowie alltägliche Beschäftigungsmöglichkeiten.

Gestaltung der Behandlung von Traumafolgestörungen. Als Grundlage jed möglicher Intervention dient der Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung, die von Sicherheit- und haltgebender Natur ist und eine offene, wohlwollende Haltung sowie authentische Neugierde (»transkulturelle Kompetenz«) für die Betroffenen mit einschließt. Auf dieser Grundlage können besondere Herausforderungen in der Behandlung von traumatisierten Geflüchteten bewältigt werden. Die idealtypische Traumatherapie gliedert sich entsprechend der »S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung« in drei Phasen: (1) Abklärung der Stabilität und ggf. Stabilisierung, (2) Traumabearbeitung und (3) Psychosoziale Reintegration. Auch wenn diese Leitlinienempfehlungen den verbindlichen Standard zur Behandlung einer Posttraumatischen Belastungsstörung darstellen (Flatten et al., 2011), gilt es, therapeutische Methoden flexibel anzuwenden und im Sinne einer Individualisierung der

Psychotherapie auf die ganzheitlichen Bedürfnisse der Betroffenen anzupassen. Die Therapieplanung und -durchführung sollte offen und transparent mit dem Betroffenen verhandelt werden.

Phase 1: Abklärung der Stabilität und ggf. Stabilisierung. Das Arbeiten mit traumatisierten Menschen mit Fluchterfahrung kann rasche Kriseninterventionen erfordern, wenn migrationsspezifische Belastungsfaktoren wie Entwurzelung und unsicherer Aufenthaltsstatus akkumulierend hoch sind und eine psychische Dekompensation bis hin zu Suizidalität droht. Geflüchtete befinden sich in einer andauernden stressigen Lebenssituation u. a. aufgrund aufenthaltsrechtlicher und finanzieller Unsicherheiten, die wiederum regelmäßig dazu führen können, dass im Laufe des psychotherapeutischen Prozesses mehrere Kriseninterventionen notwendig werden. Daher ist eine wohlwollende und offene Grundhaltung von Fachkräften u. a. von SozialarbeiterInnen im klinischen Kontext wichtig, um den Betroffenen psychosoziale und psychotherapeutische Stabilisierung und Psychoedukation anzubieten, damit diese ihre eigenen Störungsbilder besser verstehen, wieder Vertrauen in sich und ihre Mitmenschen fassen, um trotz noch bestehender psychosozialer Belastungen ihre vorhandenen Ressourcen stärken zu können.

Phase 2: Traumabearbeitung. Die Behandlung der Posttraumatischen Belastungsstörung ist unerlässlich, da bei einer Nichtbehandlung die Krankheit meist chronisch verläuft (Falk et al., 1994) und als fester Bestandteil des Alltags in das Leben der Betroffenen integriert wird. Dabei ist Psychotherapie die Behandlungsmethode der Wahl sowohl bei PTBS als auch komorbid auftretenden psychischen Störungen wie z. B. Depressionen. Symptome können dadurch signifikant reduziert werden (Lambert & Alhasoon, 2015). Eine alleinige medikamentöse Behandlung reicht nicht aus und soll daher eher als Unterstützung der Symptomkontrolle eingesetzt werden (Flatten et al., 2011). Obgleich bekannt ist, dass Überlebende von Folter lebenslang vulnerabel sein werden, kann eine spezialisierte Behandlung entscheidende gesundheitliche und soziale Bedeutung für das weitere Leben der Opfer, deren Familien, der nächsten Generationen oder auch der Gemeinschaft, in der sie leben, haben.

Phase 3: Psychosoziale Reintegration. Es kann zudem nicht alles durch eine Therapie »verarbeitet« werden. Das Erfahren erniedrigender Behandlung durch Folter, das Erleben von Gewalt und Verlust kann durch eine Therapie nicht kompensiert werden. Die Therapie gibt lediglich



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Fluchtopfer (BAFF e.V.)

Während die traditionellen Gesundheitsversorgungssysteme bislang nur zögerlich Angebote für die komplexe Problemlage Geflüchteter entwickelt haben, bauten in den letzten 40 Jahren Bürgerinitiativen, Kirchen und Wohlfahrtsverbände Angebote der gesundheitlichen – insbesondere der psychosozialen und psychotherapeutischen – Versorgung auf. Diese inzwischen 32 psychosozialen Behandlungszentren werden seit 1996 durch die BAFF e.V. als ihren Dachverband auf nationaler, europäischer und internationaler Ebene vernetzt. An dieser Stelle schließen der Dachverband und seine Mitgliedsorganisationen eine Versorgungslücke in der Regelversorgung.

Darüber hinaus koordiniert die BAFF den Austausch von Erfahrung, Wissen und Information zwischen AkteurInnen des Flüchtlingssschutzes und der psychosozialen Beratung sowie Behandlung. Mithilfe der gebündelten Fachexpertise aus den Zentren und aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen entwickelt die BAFF Qualitätskriterien und Leitlinien für eine angemessene Behandlung traumatisierter Geflüchteter, worunter u. a. auch der Einsatz von professionellen Kultur- und SprachvermittlerInnen fällt. Die Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit stellt ein Kernstück der Aufgabenbereiche dar und umfasst Fort-/Weiterbildungen und ExpertInnenrunden sowie Gespräche mit EntscheidungsträgerInnen des Gesundheits- und Sozialsystems.

Wir setzen uns für den Abbau von Barrieren ein, die Geflüchtete am Zugang zur Gesundheitsfürsorge und sozialen Sicherheitssystemen behindern. Dabei verfolgen unsere Aktivitäten das Ziel, die öffentliche und auch die professionelle Wahrnehmung für die Folgen organisierter Gewalt und unfreiwilligen Exils zu sensibilisieren und dabei Geflüchteten selbst über die Dokumentation von Zeitzeugnissen eine Stimme im öffentlichen Raum zu geben.

Informationen: www.baff-zentren.org

Unterstützung, um mit den Erlebnissen umgehen und leben zu lernen. Die psychosoziale Integration und soziale Unterstützung werden in gesundheitswissenschaftlicher Forschung als bedeutende Schutzfaktoren vor weiterer körperlicher und psychischer Erkrankung genannt, weshalb sie leitende Ziele der Psychotherapie und Klinischen Sozialarbeit sein sollten. Daher sollten eine Behandlung und psychosoziale Beratung die spezifischen Realitäten der Entstehung und des gesellschaftlichen Umfeldes, in der

Zukunftsperspektiven entwickelt werden, berücksichtigen. Zur Integration traumatischer Lebensereignisse bedarf es einer (Neu-)Bewertung der Beziehung zwischen Individuum und Gemeinschaft, indem der kollektiv-politische Kontext mitberücksichtigt wird.

Fazit

Damit Traumafolgestörungen nicht chronisch verlaufen, ist eine Behandlung der Betroffenen in einem multidisziplinären Team unbedingt notwendig. Für den Therapieerfolg sind allerdings nicht nur bestimmte therapeutische Maßnahmen entscheidend, sondern auch eine psychosoziale Unterstützung. Der äußere Kontext, stabile Lebensbedingungen, ausreichend soziale Unterstützung und damit die Lebenswirklichkeit, in der sich Geflüchtete befinden, müssen in die Behandlung eng mit eingebunden werden. Eine Zukunftsplanung, die sich am Hier und Jetzt orientiert und zulässt, neue Handlungsspielräume und -schritte in einem zukünftigen Leben zu explorieren, stärkt das *sozio-kulturelle Zugehörigkeitsgefühl* der Geflüchteten (was häufig verloren gegangen ist), insbesondere, wenn sie eine gesellschaftliche Anerkennung der Leiden erfahren.

Literatur

- Baron, J. & Schriefers, S. (2015). *Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*. Berlin: BAfF. Online verfügbar: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht_mit-Umschlag_2015.compressed.pdf [07.05.2016].
- Brune, M., Eiroá-Orosa, F. J., Fischer-Ortman, J., Delijaj, B. & Haasen, C. (2011). Intermediated communication by interpreters in psychotherapy with traumatized refugees. *International Journal of Culture and Mental Health*, 4(2), 144-151.
- Bundesfachverband Unbegleitete Minderjährige Flüchtlinge (BumF) (2016). *Factfinding zur Situation von Kindern und Jugendlichen in Erstaufnahmeeinrichtungen und Notunterkünften*. Zusammenfassender Bericht. November 2015-Januar 2016. Berlin: BumF. Online verfügbar: <https://www.unicef.de/blob/106516/d0912061605d9a839102bc34cfae0ba2/unicef-bumf-factfinding-fluechtlingskinder-2016-data.pdf> [07.05.2016].
- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Mortensen, E. L. & Kastrup, M. (2006). Mental health and health-related quality of life: a 10-year follow-up of tortured refugees. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 194(10), 725-731.
- Falk, B., Hersen, M. & Hasselt, V. B. v. (1994). Assessment of post-traumatic stress disorder in older adults: A critical review. *Clinical Psychology Review*, 14(5), 383-415.
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L. & Wöller, W. (2011). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. ICD-10: F43.1. *Trauma & Gewalt*, 5(3), 202-210.
- Hanewald, B., Giesekeing, J., Vogelbusch, O., Markus, I., Gallhofer, B. & Knipper, M. (2015). Asylrecht und psychische Gesundheit: Eine interdisziplinäre Analyse des Zusammenwirkens medizinischer und juristischer Aspekte. *Psychiatrische Praxis*, 43(3), 165-171.
- Huber, M. (2003). *Trauma und Traumbehandlung. Bd. 1: Trauma und die Folgen*. Paderborn: Junfermann.
- Keilson, H. (2005). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern. Untersuchung zum Schicksal jüdischer Kriegswaisen* (Reihe: edition psychosozial; unveränd. Nachdr. d. Ausg. v. 1979). Gießen: Psychosozial-Verlag (Original erschienen 1979).
- Kleefeldt, E., Wolff, B. & Carlo, L. d. (2016). *Flüchtlinge in unserer Praxis. Informationen für ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen*. Berlin: BAfF. Online verfügbar: http://www.baff-zentren.org/baff-fluechtlinge_in_unserer_praxis/ [07.05.2016].
- Lambert, J. E. & Alhassoon, O. M. (2015). Trauma-focused therapy for refugees: Meta-analytic findings. *Journal of Counseling Psychology*, 62(1), 28-37.
- Murray, K. E., Davidson, G. R. & Schweitzer, R. D. (2010). Review of refugee mental health interventions following resettlement: best practices and recommendations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 80(4), 576-585.
- Niklewski, G., Richter, K. & Leheld, H. (2012). *Abschlussbericht im Verfahren Az.: Z2/0272.01-1/14 für »Gutachterstelle zur Erkennung von psychischen Störungen bei Asylbewerberinnen und Asylbewerber – Zirndorf«*. Nürnberg: Klinikum Nürnberg. Online verfügbar: <http://www.pgasy.de/cms/images/stories/PGAsyl/abschlussbericht%20zirndorf%20endfassung%2029.10.2012.pdf> [07.05.2016].
- Perkonig, A., Kessler, R. C., Storz, S. & Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46-59.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2015). *UNHCR Global trends. Forced displacement in 2014* (Reihe: World at War). Genf: UNHCR. Online verfügbar: <http://unhcr.org/566725e69.html> [07.05.2016].

Anzeige



Sächsisches Institut für methodenübergreifende Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie (SIMKI) e.V. an der Hochschule Mittweida

bietet die staatlich anerkannte

Ausbildung in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

in Kombination mit dem akkreditierten

Masterstudiengang (MA) der Hochschule Mittweida

»Therapeutisch orientierte Soziale Arbeit mit Kindern und Jugendlichen«

Bewerber/innen können weiterhin ausschließlich die SIMKI-Approbationsausbildung oder den Masterstudiengang absolvieren.

Doch stellt die Kombination beider Bildungsgänge eine hoch-attraktive Möglichkeit für Sozialberufe (FH/Uni) dar, einen heilkundlichen Beruf mit Zugang zum höheren Dienst auf gleicher Augenhöhe mit Psychologen und Ärzten auszuüben.

Ein neuer Kurs beginnt im März 2017. Bewerbungsschluss ist am 31. August 2016. Alle zwei Jahre beginnt ein neuer Ausbildungsgang.

Zulassungsvoraussetzungen sind: Hochschulabschluss (Diplom, Bachelor, jeweils Uni oder FH) in Pädagogik, Sozialpädagogik oder Psychologie (BSc/MSc).

Entsprechend der aktuellen Gesetzeslage lässt SIMKI Absolvent/innen sozialberuflicher Studiengänge mit Bachelorabschluss zur Ausbildung zu und empfiehlt die Kombinationsausbildung Approbation/Master.

Weitere Informationen bzw. Bewerbungsunterlagen bitte anfordern bei:

SIMKI e.V. an der Hochschule Mittweida ■ Tzschirnerplatz 6, 09648 Mittweida ■ Tel. 03727-9981550 / Fax -9981551
Email: zurhorst@hs-mittweida.de oder simki@hs-mittweida.de

Sie können uns auch gerne im Internet besuchen unter: www.simki.org

Das kulturelle Kapital minderjähriger Geflüchteter

Plädoyer für eine verstärkte ressourcenorientierte und partizipative Soziale Arbeit mit Geflüchteten

Norbert Frieters-Reermann

Vor einigen Jahren besuchte ich ein Programm der internationalen Entwicklungszusammenarbeit im Nahen Osten, welches palästinensische Geflüchtete in ihrer oftmals schwierigen Lebenslage angesichts der anhaltenden Gewaltsituation in der Region unterstützt. Bei der Frage, mit welchem Oberbegriff wir die Geflohenen bezeichnen könnten oder sollten, antworteten sie: »Wir sind weder Opfer noch Bedürftige oder Empfängerinnen von Hilfsleistungen. Und wir sind auch nicht Zielgruppe, AdressatInnen, KlientInnen oder Begünstigte der Entwicklungszusammenarbeit. Wir sind PartnerInnen im gemeinsamen Entwicklungsprozess.« Dieses Selbstbewusstsein und dieses Selbstverständnis haben mich nachhaltig beeindruckend. Es sagt sehr viel darüber aus, wie Geflüchtetenarbeit verstanden und gestaltet werden kann. Und es zeigt, wie weit wir in Deutschland von einer solchen Perspektive und Grundhaltung entfernt zu sein scheinen.

Flucht als vielschichtige Exklusions- und Gewalterfahrung

Von den über 60 Millionen Geflüchteten auf unserer Erde sind etwa die Hälfte Kinder und Jugendliche unter 18 Jahren (UNHCR, 2015). Der überwiegende Teil von ihnen stammt aus den Konflikt- und Armutsregionen der Welt und verbleibt dort auch während und nach der Flucht. Doch Europa und insbesondere Deutschland avancieren in zunehmendem Maße zur Zielregion der Geflüchteten. Flucht und die damit verbundenen Erlebnisse der Geflohenen gehen oftmals einher mit massiver Exklusion und Gewalt. Diese Erlebnisse markieren aus der Perspektive der Geflüchteten meist einschneidende individuelle biografische Erfahrungen, die sich in den Transit- und Aufnahmegesellschaften in vielfältiger Weise fortsetzen. Die Versorgung und Betreuung geflüchteter Menschen mit allen ihren belastenden und traumatischen Erfahrungen wäre in Deutschland ohne die enorme ehrenamtliche und freiwillige Unterstützung zahlreicher BürgerInnen sowie das hohe Engagement vieler Fachkräfte der Sozialen Arbeit nicht zu leisten. Während jedoch Freiwillige und Fachkräfte ange-

sichts der großen Herausforderungen und Belastungen an ihre Grenzen stoßen, werden die Geflüchteten, die oftmals über vielfältige Kompetenzen, Ressourcen und Potenziale verfügen, meist aufgrund mangelnder Konzepte und einschränkender Reglementierungen kaum systematisch aktiv eingebunden. Die gesamte Situation wird noch verschärft durch die Art und Weise, wie Geflozene oftmals in der öffentlichen Diskussion viktimisiert, auf ihre Notlagen reduziert und als passive NutzerInnen von Unterstützungs- und Hilfsleistungen stigmatisiert werden (Frieters-Reermann et al., 2013, S. 28ff.).

Auch die insgesamt noch überschaubare Anzahl von jüngeren Forschungsbefunden, Studien und Analysen zur Situation minderjähriger Gefloherer in Deutschland fokussiert verstärkt ihre Notlagen, Probleme oder Traumata (Noske, 2015; Zito, 2015; Hargasser, 2014; Johanssen, 2014; Kindler, 2014; Müller, 2014; Berthold, 2014; Espenhorst, 2013). Zweifelsohne ist diese Perspektive wichtig, um die durch Krieg, Vertreibung, Exklusion und Gewalt verursachten psychologischen Belastungen und die damit verbundenen Bedarfe der Geflüchteten besser verstehen und adressieren zu können. Doch neben den vielen direkten körperlichen und seelischen Gewalterfahrungen bezieht sich ein weiterer konkreter Aspekt der Exklusion und Diskriminierung gegenüber Geflohenen darauf, dass sie eben oftmals nur aus einer problem- und notlagenorientierten Perspektive wahrgenommen und verstärkt in die Opfer- und Objektrolle gedrängt werden. Ihre vielfältigen Potenziale, Ressourcen, Bildungsaspirationen, Kompetenzen und ihre Bedürfnisse nach Teilhabe, Selbstbestimmung und Mitgestaltung werden insgesamt zu wenig erkannt und berücksichtigt (Frieters-Reermann, 2015).

Geflüchtete lassen sich aber trotz ihrer spezifischen Lebenslage nicht auf vermeintlich vorrangige Grundbedürfnisse wie Überleben, Unversehrtheit, Sicherheit, Ernährungssicherung und Gesundheit reduzieren. Denn gerade im Kontext von Flucht und damit einhergehenden Belastungen und Verunsicherungen spielen Bedürfnisse in Bezug auf Anerkennung, Teilhabe, Identität, Spiritualität und Religionsausübung eine ebenso be-

deutsame Rolle. Der Friedens- und Konfliktforscher Galtung (1998) benennt vier Grundbedürfnisse, die für alle Menschen, auch für Menschen auf der Flucht, von zentraler Bedeutung sind: (1) *Survival* – Überleben, (2) *Wellbeing* – Wohlergehen, (3) *Identity* – Identität und (4) *Freedom* – Freiheit (ebd.). Diese vier menschlichen Grundbedürfnisse stehen Galtung zufolge gleichwertig nebeneinander und unterliegen keiner hierarchischen Ordnung oder kausalen Logik (ebd.), wie sie beispielsweise eine Grundbedürfnispyramide (Maslow, 1971) impliziert. Für ein gelingendes und zufriedenstellendes Leben, auch von Geflüchteten und auch in akuten Not- und Belastungssituationen, sind alle vier von gleichrangiger Bedeutung. Die Verletzung eines oder mehrerer dieser Grundbedürfnisse definiert Galtung (ebd.) als Gewalt, die ihrerseits wieder andere Formen von Gewalt auslösen kann. Die Bedürfnisse von Geflüchteten nach Selbstwirksamkeit, Mitbestimmung, Gestaltungsmöglichkeiten und Teilhabe oder nach Bildung, Persönlichkeitsentwicklung, Kompetenzerwerb und Kompetenzweitergabe sind unmittelbar mit den zentralen Grundbedürfnissen nach Identität und Freiheit verbunden (Frieters-Reermann et al., 2013, S. 29f.).

Das kulturelle Kapital von Geflüchteten

Vor diesem Hintergrund ist die fluchtbezogene Soziale Arbeit gefordert, aktiv der einseitigen Viktimisierung und Problemorientierung in Bezug auf minderjährige Geflozene entgegenzuwirken und verstärkt ihre vielfältigen Potenziale, Kompetenzen, Bedürfnisse und Bildungsaspirationen in den Blick zu nehmen und diese professionell zu integrieren.

Dies gilt auch für die klinisch-therapeutische Soziale Arbeit, die auf vorhandene Ressourcen, Resilienzen und Überlebensstrategien von Geflüchteten aufbauen könnte. Diesbezüglich liegen innerhalb der klinisch-therapeutischen Sozialen Arbeit bereits zahlreiche Ansätze vor (Lamme et al., 2015), die für die fluchtbezogene Arbeit fruchtbar gemacht werden könnten und sollten.

Denn auch, wenn Fluchtmigration oftmals mit massiven Exklusions- und Gewalterfahrungen einhergeht, welche zu

vielfältigen Traumatisierungen, Verletzungen und Problemlagen der Betroffenen führen können, sollte nicht verkannt werden, welche vielschichtigen Fertigkeiten und Fähigkeiten Geflüchtete oftmals vorweisen können, die sie vor, während und nach der Flucht erworben haben. Gerade junge Geflohene verfügen oftmals über vielfältige sprachliche, persönlichkeitsbezogene, lebenspraktische, körperliche, alltagspraktische, kommunikative und soziale Kompetenzen (Frieters-Reermann et al., 2013; Niedrig & Seukwa, 2010; Seukwa, 2006), die sie trotz oder gerade wegen der schwierigen und belastenden Fluchtsituation entfalten konnten.

Diese vielfältigen Ressourcen und Potenziale können in Anlehnung an den französischen Soziologen Bourdieu (1979/2005) als *kulturelles Kapital* der Geflüchteten bezeichnet werden. Zum kulturellen Kapital der Geflohenen gehören einerseits alle formalen schulischen und akademischen Bildungsabschlüsse und Qualifikationen, das sogenannte *institutionalisierte kulturelle Kapital*. Diese werden oftmals im deutschen Bildungskontext kaum anerkannt und die im Herkunftsland erworbenen Wissensbestände und Qualifikationen kaum aufgegriffen oder gefördert (Frieters-Reermann, 2015). Doch auch jenseits formaler Qualifikationen und der oben bereits angesprochenen vielfältigen lebenspraktischen und sozialen Kompetenzen ist das kulturelle Kapital von Geflüchteten oftmals auch durch umfassende und vielschichtige personelle Kompetenzen gekennzeichnet, welche sich mit dem Begriff des *inkorporierten kulturellen Kapitals* zusammenfassen lassen. Diese Kapitalform ist für die Soziale Arbeit noch bedeutsamer und anschlussfähiger. Denn das inkorporierte kulturelle Kapital kann als das gesamte Spektrum von Persönlichkeitsmerkmalen, Charaktereigenschaften und Lebenskompetenzen bezeichnet werden, die Menschen in ihrer Biografie erworben haben. Inkorporiertes Kulturkapital ist ein Besitztum, das zu einem festen Bestandteil der Person und zum *Habitus* geworden ist (Bourdieu, 1979/2005).

Geflüchtete verfügen häufig über ausgeprägte Fähigkeiten, extrem schwierige Situationen zu meistern, flexibel zu agieren, soziale Netzwerke zu aktivieren und zu nutzen, mit Frustrationen und Rückschlägen umzugehen, sich immer wieder zu motivieren und trotz ungewissen Ausgangs ihren Weg weiterzugehen und dabei ihre Gelegenheiten zu erkennen und zu nutzen. So sprechen gerade junge Geflohene u. a. von einem permanenten Kampf bezüglich ihrer Lebenspraxis, den Seukwa (2006) mit dem Be-

griff *Habitus der Überlebenskunst* in Anlehnung an Bourdieu zuspitzt. Dieser Habitus der Überlebenskunst wird sowohl durch Ereignisse in den Herkunft- und Transitgesellschaften als auch durch Erfahrungen in Deutschland geprägt. Junge Geflüchtete nehmen demnach die für sie oftmals sehr belastenden strukturellen Bedingungen in Deutschland nicht ohne Weiteres hin, indem sie eine passive Opferposition einnehmen, sondern sie versuchen aktiv, schwierige Situationen zu gestalten, ihre Perspektiven zu erweitern und Handlungsoptionen zu entfalten. Ein solches Selbstverständnis, welches durch enorme Handlungskompetenz, Alltagsbewältigung und Resilienz gekennzeichnet ist, wurde unmittelbar durch die fluchtbezogenen Erfahrungen vor, während und nach der Flucht mit beeinflusst.

Epilog

Wie kann vor diesem Hintergrund das kulturelle Kapital von minderjährigen Geflüchteten verstärkt berücksichtigt werden? Wie können ihre Bedürfnisse nach Identität, Freiheit und Teilhabe adressiert werden? Wie können ihre Selbstermächtigung, Partizipation und Selbstorganisation gestärkt werden? Wie können Sie zu PartnerInnen im gemeinsamen Prozess werden?

Vielleicht lohnt es sich zur Beantwortung dieser Fragen, einen Blick auf die Erfahrungen der internationalen Entwicklungszusammenarbeit und Geflüchtetenhilfe zu wagen, in denen partizipative, emanzipatorische und teilhabeorientierte Handlungsansätze seit Jahren erfolgreich ihre Anwendung finden. Ein solcher Blick könnte die Fachkräfte Sozialer Arbeit anregen und motivieren, ungewohnte Wege zu beschreiten, er könnte die vielen Freiwilligen in ihrer Arbeit entlasten, er könnte die Geflüchteten ihren Kompetenzen und Bedürfnissen entsprechend einbinden, und er könnte letztlich allen Beteiligten im gemeinsamen Prozess dienen.

Doch dieser Blick impliziert auch eine kritische und politische Positionierung und Lobbyarbeit gegenüber den AkteurenInnen und Reglementierungen, die einer partizipativen, grundbedürfnisorientierten Geflüchtetenarbeit im Wege stehen.

Literatur

Berthold, T. (2014). *In erster Linie Kinder. Flüchtlingskinder in Deutschland*. Köln: Deutsches Komitee für UNICEF. Online verfügbar: <https://www.unicef.de/blob/56282/fa13c2eefcd41dfca5d89d44c72e72e3/fluechtlingskinder-in-deutschland-unicef-studie-2014-data.pdf> [08.05.2016].

- Bourdieu, P. (2005). Ökonomisches Kapital – Kulturelles Kapital – Soziales Kapital. In P. Bourdieu, *Schriften zu Politik & Kultur. Bd 1: Die verborgenen Mechanismen der Macht* (unveränd. Aufl. d. dt. Erstaufl. v. 1992; S. 49-79). Hamburg: VSA (französisches Original erschienen 1979).
- Espenhorst, N. (Hrsg.) (2013). *Kinder zweiter Klasse. Bericht zur Lebenssituation junger Flüchtlinge in Deutschland an die Vereinten Nationen zum Übereinkommen über die Rechte des Kindes*. Berlin: BumF. Online verfügbar: <http://www.b-umf.de/images/parallelbericht-bumf-2013-web.pdf> [08.05.2016].
- Frieters-Reermann, N. (2015). Für unser Leben von morgen. Das Thema Flucht und Flüchtlinge in der Erwachsenenbildung. *Erwachsenenbildung*, 61(4), 6-9.
- Frieters-Reermann, N., Jere, T., Kafunda, M., Moerschbacher, M., Morad, H., Neuß, B., Offner, M. & Westermann, A. (2013). *Für unser Leben von morgen. Eine kritische Analyse von Bildungsbeschränkungen und -perspektiven minderjähriger Flüchtlinge*. Aachen: Kindermissionswerk Die Sternsinger. Online verfügbar: https://www.missio-hilft.de/media/angebote/presse/2013_5/studie-flucht-kmw-missio.pdf [08.05.2016].
- Galtung, J. (1998). *Frieden mit friedlichen Mitteln. Frieden und Konflikt, Entwicklung und Kultur* (Reihe: Friedens- und Konfliktforschung, Bd. 4). Opladen: Leske + Budrich (englisches Original erschienen 1996).
- Hargasser, B. (2014). *Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge. Sequentielle Traumatisierungsprozesse und die Aufgaben der Jugendhilfe* (Reihe: Wissen & Praxis, Bd. 174). Frankfurt: Brandes & Apsel.
- Johansson, S. (2014). *Traumziel Deutschland: Kinder auf der Flucht*. München: DJI. Online verfügbar: <http://www.dji.de/index.php?id=43324> [08.05.2016].
- Kindler, H. (2014). *Flüchtlingsfamilien, Hilfebedarf und Gefährdung des Kindeswohls*. München: DJI. Online verfügbar: <http://www.dji.de/index.php?id=43324> [08.05.2016].
- Lammel, U. A., Jungbauer, J. & Trost, A. (Hrsg.) (2015). *Klinisch-therapeutische Arbeit. Grundpositionen, Forschungsbefunde, Praxiskonzepte*. Dortmund: vml.
- Maslow, A. H. (1971). *The farther reaches of human nature* (Reihe: An Esalen Book). New York: Viking Press. Online verfügbar: <http://www.humanpotentialcenter.org/Articles/FartherReaches.pdf> [08.05.2016].
- Müller, A. (2014). *Unbegleitete Minderjährige in Deutschland. Fokus-Studie der deutschen nationalen Kontaktstelle für das Europäische Migrationsnetzwerk (EMN)* (Reihe: Working Paper, Bd. 60). Berlin: BAMF. Online verfügbar: <https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/EMN/Studien/wp60-emn-minderjaehrige-in-deutschland.pdf> [08.05.2016].
- Niedrig, H. & Seukwa, L. H. (2010). Die Ordnung des Diskurses in der Flüchtlingskonstruktion: Eine postkoloniale Re-Lektüre. *Diskurs Kindheits- und Jugendforschung*, 5(2), 181-194. Online verfügbar: http://www.ssoar.info/ssoar/bitstream/handle/document/35463/ssoar-disk-2010-2-niedrig_et_al-Die_Ordnung_des_Diskurses_in.pdf [08.05.2016].
- Noske, B. (2015). *Die Zukunft im Blick. Die Notwendigkeit, für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge Perspektiven zu schaffen*. Berlin: BumF. Online verfügbar: http://www.b-umf.de/images/die_zukunft_im_blick_2015.pdf [08.05.2016].
- Seukwa, L. H. (2006). *Der Habitus der Überlebenskunst. Zum Verhältnis von Kompetenz und Migration im Spiegel von Flüchtlingsbiographien* (Reihe: Bildung in Umbruchgesellschaften, Bd. 5). Münster: Waxmann.
- United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR) (2015). *UNHCR Global trends. Forced displacement in 2014* (Reihe: World at War). Genf: UNHCR. Online verfügbar: <http://unhcr.org/556725e69.html> [07.05.2016].
- Zito, D. (2015). *Überlebensgeschichten. Kindersoldatinnen und -soldaten als Flüchtlinge in Deutschland. Eine Studie zur sequentiellen Traumatisierung*. Weinheim: Beltz Juventa.

Widersprüche und Möglichkeiten in der Unterbringung und Betreuung von Geflüchteten und Asylsuchenden

Maximiliane Brandmaier

»Organisierte Desintegration« (Täubig, 2009)

Heime oder Lager für Geflohene, im Folgenden unter dem Begriff Sammelunterkünfte subsummiert, können in der Mehrheit als »halboffene totale Institution[en]« (Pieper, 2008, S. 533; Erg. v. Verf.) charakterisiert werden. Mittels symbolischer und materieller Barrieren und der häufig marginalisierten sozialräumlichen Ansiedlung an Stadträndern, nahe Industriegebieten oder auf dem Land tragen sie zum sozialen Ausschluss und damit zur »organisierten Desintegration« (Täubig, 2009) von Geflüchteten durch die Asyl- und Geflüchtetenpolitik bei. Durch die Zuweisung zu einem Wohnort und durch Wohnsitzauflagen sowie Anwesenheitskontrollen werden die BewohnerInnen kontrollierbar und für den Zugriff von Behörden (z. B. für Abschiebungen) verfügbar gehalten. Sind diese Unterkünfte von ihrer Architektur her als nur Übergangslösungen konzipiert, so müssen die meisten Asylsuchenden und »Geduldeten« doch jahrelang dort leben, bis ihr aufenthaltsrechtliches Verfahren beendet ist. Die Versorgungssysteme beinhalten weitreichende und uneinheitliche Sanktionsmöglichkeiten, »ein Minimum an Hilfe ist ein Maximum an Kontrolle und Ausschluss gekoppelt« (Stemberger et al., 2014, S. 35).

In Österreich wie auch in Deutschland gibt es keine einheitlichen Qualitätsstandards für die Beratung und Betreuung von Asylsuchenden, die Praxis unterscheidet sich zwischen den Ländern erheblich (Stemberger et al., 2014; Wendel, 2014). SozialarbeiterInnen finden z. B. Anstellung in Clearingstellen für minderjährige alleinreisende Geflüchtete, in Sozialämtern oder in Sammelunterkünften und sehen sich dabei mit einem herausfordernden und widersprüchlichen Arbeitsfeld konfrontiert. So sind in den Unterkünften viele besonders schutzbedürftige Menschen untergebracht, wie z. B. Kinder, Schwangere oder Menschen mit psychischen oder körperlichen Erkrankungen, deren spezielle Bedürfnisse nach der EU-Aufnahmerichtlinie besondere Berücksichtigung finden sollen. Geflüchtete leiden zudem infolge von traumatischen Erlebnissen sowie der Belastungen im Exil häufig un-

ter PTSD, Angststörungen, Depressionen oder psychosomatischen Störungsbildern (Carswell et al., 2011; Johnson & Thompson, 2008; Porter & Haslam, 2005; Ryan et al., 2009; Steel et al., 2009). In Sammelunterkünften tragen die eingeschränkte Privatsphäre, die ständig drohende Möglichkeit der Abschiebung, der Verlust von Selbstbestimmung über die eigenen Lebensverhältnisse und die eingeschränkte Bewegung- und Handlungsfähigkeit wesentlich zur psychischen Belastung der BewohnerInnen bei (Behrensen & Groß, 2004). Zugleich erschweren niedrige Betreuungsschlüssel und äußerst knapp bemessene finanzielle Ressourcen eine bedürfnisorientierte Betreuung in den Unterkünften. Die psychosoziale Versorgung und psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten findet überwiegend in spezialisierten psychosozialen Zentren statt. Deren Arbeit wird erschwert durch begrenzte finanzielle und damit auch personelle Ressourcen (vgl. Baron & Schriefers, 2015) sowie durch die belastende und unsichere Lebenssituation der KlientInnen (Wenk-Ansohn et al., 2014).

Widersprüche in der Rolle Sozialer Arbeit bei der Betreuung

SozialarbeiterInnen müssen sich damit auseinandersetzen, dass sie von den Asylsuchenden potenziell als Teil der staatlichen Strukturen und als deren VertreterInnen wahrgenommen werden, während gleichzeitig ein Mindestmaß an Vertrauen für den Aufbau einer Arbeitsbeziehung notwendig ist. Psychische Belastungen und Traumatisierungen machen den Beziehungsaufbau dabei zu einer besonderen Herausforderung, zugleich können SozialarbeiterInnen und BetreuerInnen positive Gegenerfahrungen zum traumatisierenden Kontext und einer »viktimsierenden Kultur« (Briere, 1996, S. 84) ermöglichen (Krueger, 2013).

Asylsuchende und Geflüchtete werden zunächst zu KlientInnen Sozialer Arbeit, indem sie durch die Grundversorgungsgesetze (Österreich) bzw. das Asylbewerberleistungsgesetz (Deutschland) »arm« gemacht werden, da jeglicher Besitz über eine bestimmte Grenze auf den Leistungen-

bezug angerechnet wird und der Zugang zum Arbeitsmarkt noch immer durch verschiedene Maßnahmen (wie z. B. Beschränkung auf Saisonarbeit, Vorrangprüfungen) erschwert wird. Die BewohnerInnen von Sammelunterkünften sind also darauf angewiesen, mit den ihnen zugewiesenen SozialarbeiterInnen und BetreuerInnen zu kooperieren (Stemberger et al., 2014). Die oben erwähnte »organisierte Desintegration« (Täubig, 2009) und der soziale Ausschluss machen deren Unterstützung sogar notwendig, um Handlungsspielräume und Teilhabechancen erweitern zu können.

Die Soziale Arbeit ist in den Unterkünften jedoch strukturell in die »organisierte Desintegration« (Täubig, 2009) eingeflochten und erhält diese aufrecht, indem die ausschließenden Strukturen in den Verträgen zwischen den Trägerorganisationen und den Geldgebern (z. B. dem Land) festgeschrieben sind (Stemberger et al., 2014). So sind SozialarbeiterInnen nicht nur für die Beratung und Betreuung zuständig, sie müssen Hausordnungen und gegebenenfalls Sanktionen gegen Verstöße durchsetzen und Entscheidungen von Behörden den AdressatInnen übermitteln; zum Teil – in Jugendhilfeeinrichtungen sowie in den Sammelunterkünften in Österreich – geben sie auch Geld- und Sachleistungen aus. Soziale Arbeit befindet sich in den Sammelunterkünften in mehrfacher Hinsicht in einem Spannungsverhältnis, auch charakterisierbar als »doppeltes Mandat« (Böhnisch & Lösch, 1973, S. 28). Die Widersprüche, mit denen sich SozialarbeiterInnen hinsichtlich des doppelten Mandats im Jugendhilfekontext auseinandersetzen, arbeitet Rumpf (2015) mit einer qualitativen Studie in einer Clearingeinrichtung für minderjährige alleinreisende Geflüchtete heraus. In Konflikten mit den Jugendlichen kann z. B. das Jugendamt, mit dem ansonsten ein ambivalentes Arbeitsverhältnis besteht, als »höhere Instanz« zur Stärkung der Positionen der BetreuerInnen eingeschaltet werden.

Schaffung von Anerkennungsräumen

Dennoch weisen die Leitbilder der Trägerorganisationen sowie das Selbstverständnis Sozialer Arbeit als Menschen-

rechtsprofession auf professionelle Handlungsmöglichkeiten über die bloße »Grund«-Versorgung hinaus: »Vor diesem Hintergrund kann es nur Ziel Sozialer Arbeit sein, ernsthaft dazu beizutragen, dass die Handlungsmacht von KlientInnen erweitert wird« (Stemberger et al., 2014, S. 40). So kann versucht werden, Deutschkurse zu organisieren, den Zugang zu Bildungsmöglichkeiten und dem Arbeitsmarkt zu ermöglichen oder soziale Kontakte zu Menschen außerhalb der Unterkunft zu fördern – nicht nur für Asylsuchende mit einer sogenannten »Bleibeperspektive«. Alltägliche widerständige Praxen gegen restriktive und Autonomie einschränkende Bedingungen sollten solidarisch unterstützt werden. Dies ist verbunden mit einer Haltung der reflektierten Parteilichkeit und einem transparenten Vorgehen in Bezug darauf, wann Kooperation erfolgen muss und wann sie erfolgen kann, sowie mit einer fortwährenden Rollenklärung (ebd.).

Eine große Rolle spielt dabei die Gestaltung einer personellen Arbeitsbeziehung mit den BewohnerInnen, was jedoch erschwert wird durch das Doppelte Mandat, niedrige Betreuungsschlüssel, die strukturell begünstigte Vereinzelung der BewohnerInnen und den hohen Verwaltungsaufwand. Gerade traumatisierten Menschen sollte mit Zeit und Geduld begegnet werden: »Dazu gehört es, sich immer wieder auch Momenten des »Nicht-Verstehens« zu stellen, psychische Einbrüche zu akzeptieren und trotz aller Widerstände einen parteilichen, wertschätzenden Beziehungsraum bereitzustellen« (Krueger, 2013, S. 296). Eine anerkennende und wertschätzende Haltung kann dabei helfen, durch Traumatisierung zerstörte Identitäten (Ottomeyer, 2014) und den Zugriff zu personalen Ressourcen wiederherzustellen, um Teilhabeoptionen zu erkennen und zu realisieren (Riegler, 2015).

Gerade aufgrund ihrer Sensibilität für Beziehungsgestaltung und ihrer Expertise im Wissen um die Symptomatik von traumareaktiven Erkrankungen und Instrumente sozialer Diagnostik (Gahleitner et al., 2013) stellt Klinische Sozialarbeit einen wichtigen Bestandteil integrierter biopsychosozialer Versorgungskonzepte traumatisierter geflüchteter Kinder, Jugendlicher und Erwachsener dar (Brandmaier & Ahrndt, 2012; Wenk-Ansohn et al., 2014; Zito & Brandmaier, 2010). Sie kann mit dem Aufbau einer personellen, wertschätzenden Arbeitsbeziehung sowie ersten stabilisierenden Maßnahmen im sozialen Umfeld zur Etablierung eines Gefühls der Sicherheit und zu einer an Bedürfnissen und Problemlagen orientierten Versorgung beitragen. Für das

Arbeitsfeld der Sammelunterkunft lassen sich Elemente Klinischer Sozialarbeit auch übernehmen und anpassen, wie z. B. psychosoziale Diagnostik und Beratung, Aufklärung über Behandlungsangebote, Case Management oder Krisenintervention (Ahrndt, 2011).

Für eine adäquate Versorgung geflüchteter Menschen mit vielfältigen psychosozialen Problemlagen bedarf es einer gegenseitigen wertschätzenden Haltung in multiprofessionellen Teams sowie ausreichend Zeit und Raum für Fallbesprechungen und Supervision (Krueger, 2013) sowie entsprechender institutioneller Arbeitsbedingungen, die es erlauben, vertrauensvolle und wertschätzende Beziehungen aufzubauen.

Fazit

Grundsätzlich bedürfen Geflüchtete der rechtlichen Anerkennung und sozialen Wertschätzung, um die Chance zu bekommen, ihre erlittenen Traumatisierungen zu verarbeiten und sich als Menschen anerkannt zu fühlen. Es ist wichtig, dass ihnen trotz ihrer erheblich eingeschränkten Teilhabemöglichkeiten Handlungsfähigkeit und Kompetenzen zuge-
traut werden (Geiger, 2016; Seukwa, 2006). Um diese zu stärken, bedarf es einer kritischen und informierten Auseinandersetzung mit den rechtlichen, sozialen, wirtschaftlichen und politischen Dimensionen der Situation der Asylsuchenden sowie einer kritischen Reflexion des eigenen Arbeitskontextes sowie eigener Haltungen und Privilegien (Rumpf, 2015; Stemberger et al., 2014).

Literatur

- Ahrndt, A. (2011). *Zur Bedeutung der Klinischen Sozialarbeit im Kontext der Behandlung und Rehabilitation von traumatisierten Flüchtlingen*. Unveröffentlichte Masterthesis. Berlin: Katholische Hochschule für Sozialwesen Berlin.
- Baron, J. & Schriefers, S. (2015). *Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland*. Berlin: BAfF. Online verfügbar: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/09/Versorgungsbericht_mit-Umschlag_2015.compressed.pdf [28.04.2016].
- Behrens, B. & Groß, V. (2004). *Auf dem Weg in ein „normales Leben“? Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück*. Osnabrück: Universität Osnabrück. Online verfügbar: <http://lagerhesep.blogspot.eu/files/2004/06/SPuKRegionalanalyse-GesundheitlicheSituationVonAsylsuchenden.pdf> [28.04.2016].
- Böhnisch, L. & Löscher, H. (1973). Das Handlungsverständnis des Sozialarbeiters und seine institutionelle Determination. In H.-U. Otto & S. Schneider (Hrsg.), *Gesellschaftliche Perspektiven der Sozialarbeit* (Reihe: Kritische Texte zur Sozialarbeit und Sozialpädagogik; S. 21-40). Neuwied: Luchterhand.
- Brandmaier, M. & Ahrndt, A. (2012). Neue Perspektiven – Klinische Sozialarbeit mit traumatisierten Flüchtlingen. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Übergänge gestalten, Lebenskrisen begleiten* (Reihe: Klinische Sozialarbeit, Bd. 4; S. 305-323). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

- Briere, J. (1996). *Therapy for adults molested as children. Beyond survival* (2., überarb. u. erw. Aufl.). New York: Springer.
- Carswell, K., Blackburn, P. & Barker, C. (2011). The relationship between trauma, post-migration problems and the psychological well-being of refugees and asylum seekers. *International Journal of Social Psychiatry*, 57(2), 107-119.
- Gahleitner, S. B., Hahn, G. & Glemser, R. (Hrsg.) (2013). *Psychosoziale Diagnostik* (Reihe: Klinische Sozialarbeit, Bd. 5). Köln: Psychiatrie-Verlag.
- Geiger, D. (2016). *Handlungsfähigkeit von geduldeten Flüchtlingen. Eine empirische Studie auf der Grundlage des Agency-Konzeptes* (Reihe: Edition Centaurus – Soziale Analysen und Interventionen). Wiesbaden: Springer VS.
- Howard, J. & Andrew, T. (2008). The development and maintenance of post-traumatic stress disorder (PTSD) in civilian adult survivors of war trauma and torture: A review. *Clinical Psychology Review*, 28(1), 36-47.
- Krueger, A. (2013). *Flucht-Räume. Neue Ansätze in der Betreuung von psychisch belasteten Asylsuchenden* (Reihe: Transkulturelle Studien, Bd. 6). Frankfurt: Campus.
- Ottomeyer, K. (2014). Glück, Gesundheit, Identität. Psychologie und Psychotherapie zwischen Widerstand und Anpassung. In K.-J. Bruder, C. Bialluch & B. Lemke (Hrsg.), *Machtwirkung und Glücksversprechen. Gewalt und Rationalität in Sozialisation und Bildungsprozessen* (Reihe: Forschung psychosozial; S. 441-458). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Pieper, T. (2008). *Die Gegenwart der Lager. Zur Mikrophysik der Herrschaft in der deutschen Flüchtlingspolitik*. Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Porter, M. & Haslam, N. (2005). Predisplacement and postdisplacement factors associated with mental health of refugees and internally displaced persons – A meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602-612.
- Riegler, A. (2015). Partizipation ist ohne Anerkennung nicht denkbar. *soziales_kapital*, 8(2 [Nr. 14]), 112-128.
- Rumpf, R. (2015). *Das Doppelte Mandat in der Arbeit mit unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen. Eine explorative Studie in einem Clearinghaus*. Unveröffentlichte Masterarbeit. Mainz: Johannes Gutenberg-Universität, Fachbereich Sozialwissenschaften, Medien und Sport.
- Ryan, D. A., Kelly, F. E. & Kelly, B. D. (2009). Mental health among persons awaiting an asylum outcome in western countries: A literature review. *International Journal of Mental Health*, 38(3), 88-111.
- Seukwa, L. H. (2006). *Der Habitus der Überlebenskunst. Zum Verhältnis von Kompetenz und Migration im Spiegel von Flüchtlingsbiographien* (Reihe: Bildung in Umbruchgesellschaften, Bd. 5). Münster: Waxmann.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., A., B. R. & Ommeren, M. v. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: A systematic review and meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537-549.
- Stemberger, V., Katsivelaris, N. & Zirkowitsch, M. (2014). Soziale Arbeit in der Grundversorgung. Eine Skizze zur Bedeutung der organisierten Desintegration. *soziales_kapital*, 7(2 [Nr. 12]), 31-46.
- Täubig, V. (2009). *Totale Institution Asyl. Empirische Befunde zu alltäglichen Lebensführungen in der organisierten Desintegration* (Reihe: Materialien). Weinheim: Juventa.
- Wendel, K. (2014). *Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. Regelungen und Praxis der Bundesländer im Vergleich*. Frankfurt: Pro Asyl. Online verfügbar: https://www.proasyl.de/wp-content/uploads/2015/04/Laendervergleich_Unterbringung_2014-09-23_01.pdf [28.04.2016].
- Wenk-Ansohn, M., Weber-Nelson, C., Hoppmann, F. & Ahrndt, A. (2014). Behandlung und Rehabilitation von Folterüberlebenden und Kriegstraumatisierten. *psychosozial*, 37(4 [Nr. 138]), 55-74.
- Zito, D. & Brandmaier, M. (2010). ZwischenWelten – junge Flüchtlinge zwischen Ausgrenzung und Neubeginn. In S. B. Gahleitner & G. Hahn (Hrsg.), *Gefährdete Kindheit – Risiko, Resilienz und Hilfen* (Reihe: Klinische Sozialarbeit, Bd. 3; S. 155-167). Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Projekt »Begleitung und Beratung von Flüchtlingen im Landkreis Leer«

Claire Schaub-Moore

Die relativ hohe Zahl an Geflüchteten und Asylsuchenden, die Deutschland v.a. im vergangenen Jahr aufgenommen hat, stellt an professionelle und ehrenamtliche HelferInnen enorme Anforderungen. Das »normale« Belastungsmaß der vielen Helfenden ist nicht nur wegen der rasanten Zunahme an Hilfesuchenden bedroht, sondern ebenso wegen der Konfrontation mit Menschen, die Flucht, Gewalt, Zerstörung, Verluste und unbeschreibliches Leid erfahren haben. Diese Belastungen gehen auch an den Helfenden nicht spurlos vorbei und können, wenn sie nicht frühzeitig erkannt werden, bei Einzelnen somatische, psychosomatische, psychische und/oder soziale Folgen haben. Hinzu kommt der gesellschaftliche Umgang mit dem »Fremden«, der die Wahrnehmung der eigenen Hilfsleistungen beeinflussen und infrage stellen kann.

Projekt-Arbeitsbereiche

Im Landkreis Leer, dem größten Landkreis in Ostfriesland, wurde bereits Anfang 2015 ein traumasensibles Konzept eingefordert, das den Haupt- und Ehrenamtlichen in der Geflüchtetenarbeit ein Basistrüstwerk für die besonderen Anforderungen ihrer Arbeit gibt. Seit September 2015 wird von der Autorin gemeinsam mit Heinz-Alex Schaub ein 16-monatiges Projekt geleitet und durchgeführt, das sich in die folgenden drei Bereiche ausdifferenziert.

Traumazentrierte Fortbildung. Diejenigen ehrenamtlichen und hauptamtlichen Fachkräfte in der Region, die in ihrer täglichen Arbeit in den Familien, Beratungsstellen, Praxen, Kindergärten, Schulen, Kliniken, Ämtern und anderswo immer wieder mit traumatisierten Geflüchteten konfrontiert werden, bekommen die Möglichkeit, sich zur Thematik fortzubilden. *Drei Basismodule* von jeweils zwei Tagen vermitteln ein Grundwissen zu Traumatisierungen und ihren Folgen sowie zu geflüchteten-spezifischen Besonderheiten. Im Einzelnen sind dies eine Einführung in die Psychotraumatologie (z. B.: Was ist eine traumatische Erfahrung? Welche physischen, psychischen und sozialen Reaktionen und Folgen können entstehen?), ein Seminar zu kultursensiblen Stabilisierungsmöglichkeiten und Psychohygiene sowie eine Einführung in die besonderen entwicklungspsychologischen Aspekte von traumatischen Erfahrungen in der (frühen) Kind-

heit und Jugend. Für (sozial)pädagogisch, ärztlich oder (psycho)therapeutisch Tätige schließen sich *drei Vertiefungsmodule* (von je zwei Tagen) an, mit dem Ziel, fachlich differenzierter als zuvor beraten und behandeln zu können. Hier werden die Themen der komplexen Traumafolgestörungen (dissoziative Störungsbilder) und der transgenerationalen Weitergabe von Traumata aufgegriffen. Das dritte Seminar schließt die Fortbildungsreihe mit einer Einführung in die Bewegungsanalyse: eine Methode, die nonverbale Sprache und Kommunikation beschreibt (Kestenberg Amighi et al., 1999).

Supervision. Die Einzel-, Familien- und Gruppenarbeit der ehrenamtlichen bzw. hauptamtlichen MitarbeiterInnen mit den von Flucht betroffenen Menschen wird unter besonderer Berücksichtigung der kulturspezifischen Besonderheiten und den Folgen ihrer Erfahrungen reflektiert.

Netzwerktreffen. Die auf Trauma, Migration und Geflüchtetenarbeit spezialisierten Einrichtungen und HelferInnen sollen sich durch regelmäßige Netzwerktreffen in ihrer Arbeit besser kennenlernen. Im Vordergrund steht dabei, eine individuelle fallbezogene Kooperation zu fördern und die von Flucht und Traumatisierung betroffenen Menschen, unter Wahrung des Datenschutzes, besser beraten und behandeln zu können, als dies bisher der Fall war. Wünschenswert ist es, mit den Netzwerktreffen dazu beizutragen, dass sich die von Flucht und Vertreibung betroffenen Menschen als wahrgenommen und unterstützt erleben.

Alle drei Bereiche werden über den gesamten Projektzeitraum wissenschaftlich begleitet.

Bisheriger Projektverlauf

Fortbildung. Bis zum April 2016 haben vier Durchgänge der drei Basisseminare stattgefunden (N = 112). Die Teilnahme war freiwillig, die prozentuale Verteilung von hauptamtlich und ehrenamtlich Tätigen lag bei 50 : 50. Von April bis Juni werden die Vertiefungsseminare angeboten.

Supervision. Für die Hauptamtlichen des Landkreises wird auf freiwilliger Basis einmal im Monat eine Supervisionsgruppe angeboten, an der im Schnitt 20 Personen teilnehmen. Bislang hat es sieben Treffen gegeben. Die TeilnehmerInnen kommen aus den Ämtern (Gesundheits-, Jugend-,

Sozialamt, Amt für Migration und Teilhabe sowie für Integrationsdienste, Agentur für Arbeit) und aus Beratungsstellen. Die Ehrenamtlichen (z. B. auch IntegrationslotsInnen, PatInnen, SprachmittlerInnen) können ebenfalls auf freiwilliger Basis an drei Standorten innerhalb des Landkreises an einer Supervisionsgruppe teilnehmen. Diese Gruppen treffen sich sechswöchentlich und haben bisher fünfmal stattgefunden. Die TeilnehmerInnenzahl in den drei Gruppen liegt im Schnitt bei 10-15 Personen.

In allen Supervisionsgruppen bestimmen v.a. die TeilnehmerInnen die Fragestellungen, die bearbeitet werden können. Bislang haben sich die Themen sehr ähnlich entwickelt, unabhängig von der jeweiligen Art der Beschäftigung. Während es zu Beginn des Projekts eher um das Kennenlernen der Geflüchteten und deren Bedarfe, um Fragen der Wohnraum- und Inventarbeschaffung und Hilfen bei Amtsgängen und -zuständigkeiten ging, stehen nun im Mittelpunkt der Diskussionen v.a. Fragen zu Arbeit und Praktika sowie zur Rechtslage. Ferner stehen die zunehmende Wahrnehmung von psychischen Belastungen sowohl der HelferInnen als auch der von Flucht und Vertreibung betroffenen Menschen im Mittelpunkt. In den Gruppen der ehrenamtlich Helfenden werden darüber hinaus häufig Fragen der Zusammenarbeit mit den hauptamtlich in der Geflüchtetenarbeit Tätigen angesprochen. Erfahrungen dieser Zusammenarbeit werden als sehr unterschiedlich erlebt – von sehr kritisch bis zu sehr unterstützend. Dies gilt ebenso in der Supervision der Hauptamtlichen, wo die Zusammenarbeit der unterschiedlichen professionellen Stellen als z. T. sehr schwierig und undurchsichtig erlebt wird. Ziel der Supervisionen ist es, kreative Lösungen für problematische Situationen zu entwickeln.

Netzwerktreffen. An den zwei bisherigen Netzwerktreffen nahmen jeweils ca. 120 Personen teil. Hier wurde sehr deutlich, dass sich v.a. die ehrenamtlich Tätigen nicht selten in ihrer herausfordernden und belastenden Arbeit alleine gelassen, hilflos und ausgebrannt fühlen, wenn sie keine genügend gute Koordinationsstelle für ihre Arbeit vor Ort haben.

(Klinische) Sozialarbeit

Die (Klinische) Sozialarbeit ist für die Koordinationsarbeit prädestiniert, da sie die Le-

bens- und Sozialräume von Menschen in die Beratung und Begleitung einbezieht und mit einem umfassenden somato-psycho-sozialen Verständnis (vorübergehend oder dauerhaft) gesundheitlich gefährdete, erkrankte und behinderte Menschen unterstützt (Pauls, 2011). Im Rahmen einer gemeindenahen Versorgung nutzt die (Klinische) Sozialarbeit ein breites Spektrum an z.T. aufsuchenden Interventionen, sozialtherapeutischen Methoden und Assessment-Skills, die über die »normale« psychosoziale Beratung hinausgehen und v.a. für die traumazentrierte Fallarbeit sehr geeignet sind (Gahleitner, 2013; Pauls, 2013).

Die Koordinationsarbeit der Ehrenamtlichen umfasst ein breites Spektrum an Aufgaben, wie:

- Einteilung in die jeweiligen Aufgabenbereiche und fachliche Betreuung bzw. Begleitung bei diesen Aufgaben,
- Netzwerkarbeit im Sinne der Weitervermittlung an professionelle Stellen wie z.B. Praxen und Behörden,
- AnsprechpartnerInnen für Probleme bzw. Schwierigkeiten, die sich in der Arbeit mit den Geflüchteten ergeben,
- (aufsuchende) Beratungsangebote bei

Überforderung, Frustration oder Arbeitsüberlastung,

- Coaching neuer interessierter HelferInnen, die bislang keine Erfahrungen mit der Geflüchtetenarbeit haben.

Zu Beginn des Projekts wurden nur wenige derartige Stellen von SozialarbeiterInnen geleitet, meist waren es ehrenamtliche HelferInnen, die diese Arbeit übernahmen. Es zeigte sich jedoch schnell, dass diese Steuerungsstellen nur mit sozialarbeiterischer bzw. sozialpädagogischer Fachkompetenz gelingen konnten. Inzwischen sind die bestehenden Koordinationsstellen in feste Arbeitsstellen umgewandelt worden und der Landkreis plant für jede Gemeinde, zeitnah eine solche Stelle zu schaffen.

»Lernendes Projekt«

Das Projekt versteht sich als »lernendes Projekt«. So haben sich im bisherigen Verlauf weitere Settings gebildet, die ursprünglich anders oder gar nicht eingeplant waren. Seit Februar dieses Jahres finden monatlich Fachvorträge zu von den HelferInnen

ausgewählten Themen statt (z.B. »Asylrecht«, »Sexismus und sexualisierte Gewalt« oder »Ostfriesland – ein Einwanderungsland«). Des Weiteren trifft sich einmal im Monat die Projektleitung mit verschiedenen Amtsleitungen, um die Entwicklung des Projekts zu reflektieren und die Bedarfe der HelferInnen einzubeziehen.

Im Rahmen einer Abschlussveranstaltung werden im Dezember 2016 die ersten Gesamtergebnisse dargestellt und diskutiert.

Literatur

- Gahleitner, S. B. (2013). Personenzentrierte psychosoziale Traumabehandlung. In S. B. Gahleitner, I. Maurer, E. O. Ploil & U. Straumann (Hrsg.), *Personenzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen Personenzentrierter Beratung* (S. 175-185). Weinheim: Beltz Juventa.
- Kestenberg Amighi, J., Loman, S., Lewis, P. & Sossin, K. M. (1999). *The meaning of movement. Developmental and clinical perspectives of the Kestenberg Movement Profile*. Amsterdam: Gordon & Breach.
- Pauls, H. (2011). *Klinische Sozialarbeit. Grundlagen und Methoden psycho-sozialer Behandlung* (2., überarb. Aufl.). Weinheim: Juventa.
- Pauls, H. (2013). Psychosoziale Beratung als Antwort auf aktuelle Entwicklungen. In S. B. Gahleitner, I. Maurer, E. O. Ploil & U. Straumann (Hrsg.), *Personenzentriert beraten: alles Rogers? Theoretische und praktische Weiterentwicklungen Personenzentrierter Beratung* (S. 164-174). Weinheim: Beltz Juventa.

Rezension

Verstehen in der Sozialen Arbeit¹

Dieter Röh

Der Autor. Prof. Dr. Matthias Nauerth ist Professor an der Evangelischen Hochschule für Soziale Arbeit und Diakonie Hamburg und Koordinator des dortigen Masterstudiengangs »Soziale Arbeit – Planen und Leiten«.

Das Buch. Das vorliegende Grundlagenwerk ist in die jüngere Diskussion um die Sozialdiagnostik (Soziale Diagnostik) der letzten fünf bis zehn Jahre einzureihen und trägt insbesondere dem fortgeschrittenen Prozess der Weiterentwicklung dieser Methodik mit einem eigenständigen Beitrag insofern Rechnung, als hier eine eigenständige Handlungslogik der sozialen Diagnostik auf einer meta- und mesotheoretischen Ebene entfaltet wird.

Ausgehend von dem Befund, dass es keine Beschäftigung mehr mit dem Thema des Fallverstehens bzw. insbesondere der Sozialdiagnostik gibt, die ohne eine erkenntnis- und moraltheoretische Problematisierung etwaiger Gefahren für eine Expertokratie der DiagnostikerInnen auskommt, kommt Nauerth zu dem Ergebnis, dass die üblicherweise angebrachte Kritik der Gefahr einer »expertokratisch-disziplinierenden Verengung« (S. 4) positiv gewendet werden muss. Als handlungstheoretisches Konzept kann es für die Verwirklichung eines emanzipatorischen Ansatzes genutzt werden, denn Sozialdiagnostik kann als Befreiung aus der unklaren, weil oft nicht expliziten Diagnostik und Handlungsplanung Professioneller verstanden werden, da sie »handlungstheoretisch abgesicherter und konzeptionell, sowie methodisch, rechtfertigungsfähiger wird« (S. 5).

Mit dem Verständnis des besonderen Blickwinkels Sozialer Arbeit als Wissenschaft argumentierend, beschreibt der Autor deren Ge-

genstand (Materialobjekt), auf der Grundlage eines professionshistorischen und -theoretischen Rekurses, als »biopsychosoziale Bedingungen von Inklusions- und Exklusionsprozessen, sowie hiermit verbundenen Bewältigungs- und Unterstützungsmöglichkeiten« und die daraus resultierende Funktion (Formalobjekt) als »multiperspektivische bzw. transdisziplinäre Entwicklung und Reflexion von Theorien und Wissensbeständen« (S. 12f.), was sich dann konsequenterweise auch im später entfalteten »erweiterten Mehr-Ebenen-Modell« (S. 67ff.) des Verstehens ausdrückt.

Fallverstehen wird dabei zunächst auf der Basis der besonderen hermeneutischen Logik der Sozialen Arbeit als Eigensinnigkeit verstanden und vermittelt einer handlungstheoretischen Konkretisierung methodisch handhabbar gemacht. Dazu wird Verstehen an die Bedingung der »Handlungsorientierung« auf der Basis wissenschaftlicher Reflexion geknüpft und mit wissenschaftlichem Wissen so kombiniert, dass der/die Professionelle entscheiden kann, was im speziellen Fall zu tun (Intervention) oder zu unterlassen (Nicht-Intervention) ist. Der des Weiteren konstatierte Selbstzweifel der Profession, im Sinne der sozialen Diagnostik professionell handeln zu können (und zu dürfen), wird als eine Schwachstelle gedeutet, die der Zweifel hinterlässt und die es nach Ansicht des Autors mit einem ethisch sensiblen, aber methodisch versierten Konzept zu beheben gilt.

Im Kernstück seiner Schrift entwirft Nauerth daraufhin ein Handlungsmodell, das alle vorher genannten Schwachstellen und Kritikpunkte zu lösen verspricht. »Es modelliert und generalisiert den Gegenstandsbereich sozialpädagogischer Verstehensbemühungen (nämlich menschliches Handeln)« und »kartografiert

[mit diesem] Modell die unübersichtliche biopsychosoziale Landschaft menschlichen Handelns und schließt hierbei an Grundagentheorien der Sozialwissenschaften allgemein und zentrale Begriffe der Sozialen Arbeit im Besonderen an« (S. 68; Erg. v. Verf.). Die Modellierung dieses Verstehens erfolgt sukzessive, ausgehend von einem Grundmodell menschlicher Handlung, über eine Rahmung und Kontextualisierung derselben durch körperlich-personale, strukturell-soziale (Lebenslage) und strukturell-kulturelle (Lebenswelt) Ebenen und schließlich durch den Situationsbezug als Verbindungsglied der verschiedenen Ebenen zu einem Modell der prozesshaften Verarbeitung eben dieser Einflüsse durch das handelnde Subjekt. Damit wird gleichzeitig, so der Autor, »eine Verständigung über die Dimensionen dessen, was beim Verstehen verstanden werden soll« angeboten, die es ermöglichen soll, »Sicherheit für ... professionelles Hilfehandeln zu gewinnen« (S. 108). Schließlich wird das Modell als gleichermaßen offen für »Rekonstruktion« bzw. »Hermeneutik« wie auch für »Klassifikation« und »Deduktion« (S. 117ff.) dargestellt und begründet, warum es sich dabei stärker um Ergänzungen als um Gegensätze handelt.

Würdigung. Die Handlungstheorie ist dem Spektrum solcher Konzepte sozialer Diagnostik zuzuordnen, die im Sinne einer allgemeinen Handlungstheorie das Gerüst für eine methodisch geleitete Professionalität bereitstellen. Zu nennen wären hier etwa die systemische Denkfigur (Geiser, 2015) oder auch die multiperspektivische Fallarbeit (Müller, 2012).

Die Mischung aus »Verstehenszweifel« (S. 51ff.) und dem Versuch, diesen in einem Modell eine Form und Methodik zu verleihen, macht die Besonderheit der Arbeit von Matthias Nauerth aus. Er könnte ein weiterer Beitrag

zur »Versöhnung« der oft gegensätzlich verstandenen Rekonstruktions- und Subsumtionslogik sein. Auch ist der Einbezug der somatischen, körperlichen bzw. leiblichen Dimension des Menschen, in streng sozialwissenschaftlichen Konzepten oft vernachlässigt, hervorzuheben, der die hier vorgeschlagene Handlungstheorie anschlussfähig macht an benachbarte Diskurse, etwa der Integrierten Medizin oder auch der Leibphänomenologie.

Wer einen elaborierten Beitrag zur Begründung und Einordnung der Sozialdiagnostik im Rahmen der Professionalisierungsdebatte oder für die eigene Professionalisierung des Handelns sucht, ist mit der Lektüre des Werkes gut beraten. Wer nach Rezepten, Checklisten, Formularen oder anderen konkreten Anleitungen sucht, wird, wie immer in der Sozialen Arbeit, auf sich selbst und die praktischen Umset-

zungsversuche zurückgeworfen und hinsichtlich des Versuchs der Technologisierung des eigenen Handelns auf die Komplexität desselben und des zu diagnostizierenden Bereichs eines Besseren belehrt.

Das Werk ist vor allem den bereits informierten LeserInnen zu empfehlen, die die sonstige Literatur zur Sozialdiagnostik bzw. zumindest den Diskurs darum weitgehend kennen und sich eine neue Perspektive aneignen möchten. Studierende der Sozialen Arbeit und PraktikerInnen würden davon jedoch insofern auch profitieren können, als ihnen von dort aus das Verstehen des Verstehens (der Sozialdiagnostik) möglich wäre, z.B. über die heuristische Suche über das Literaturverzeichnis oder auch über die Nutzung des Modellverständnisses, dessen Anwendung wohl aber einiger Übung bedarf.

Nauerth, Matthias (2016). *Verstehen in der Sozialen Arbeit. Handlungstheoretische Beiträge zur Logik sozialer Diagnostik*. Wiesbaden: Springer VS. 153 Seiten. ISBN 978-3-658-10074-2. EUR 24,99.

Anmerkung

1 Gekürzte, sprachlich angepasste Fassung von: Röh, Dieter (2015). Rezension zu: Matthias Nauerth: Verstehen in der Sozialen Arbeit. Handlungstheoretische Beiträge zur Logik sozialer Diagnostik. socialnet Rezensionen, 22.12.2015. Online verfügbar: <http://www.socialnet.de/rezensionen/19657.php> [29.04.2016].

Literatur

Geiser, K. (2015). *Problem- und Ressourcenanalyse in der Sozialen Arbeit. Eine Einführung in die Systemische Denkfigur* (6., korrigierte Aufl.). Luzern: In-teract.

Müller, B. (2012). *Sozialpädagogisches Können: Ein Lehrbuch zur multiperspektivischen Fallarbeit* (7., überarbeitete u. erw. Aufl.). Freiburg: Lambertus.

Aufruf: Kinderschutz-Projekt der KathHO sucht Kooperationspartner in NRW

Kinderschutz-Projekt: »Kinderschützen durch Stärkung der Eltern«

»Kinder schützen durch Stärkung der Eltern« ist ein neues Kooperationsprojekt des Caritasverbandes für das Erzbistum Paderborn e.V. und des Instituts für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp) der Katholischen Hochschule NRW in Paderborn. Empirisch fundiert und aus praktischer Erfahrung gewachsen, entwickelte Albert Lenz ein Gruppenprogramm zur Stärkung von Ressourcen psychisch kranker, suchtkranker und von Armut betroffener Eltern, um Kinderschutz an der Wurzel zu betreiben. Dieses Gruppenprogramm soll nun in Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens, insbesondere der Kinder- und Jugendhilfe, praktisch erprobt und in seiner Wirkung wissenschaftlich evaluiert werden.

Mit seinem präventiven Gruppenprogramm verfolgt das Team um Albert Lenz einen Ansatz, Kindeswohlgefährdung frühzeitig entgegenzusteuern, indem Eltern gestärkt werden, auch in Krisen- und Notsituationen kindgerecht zu handeln und nicht in Kindeswohlrisikante oder gar -gefährdende Verhaltensmuster zu verfallen. Das Gruppenprogramm richtet sich an Mütter und Väter, die unter besonderen Belastungen leben: Sie sind von einer psychischen Erkrankung oder Suchterkrankung betroffen. Es ist in erster Linie für Eltern mit Kindern im Alter von 0 bis 5 Jahren konzipiert. Insgesamt sollten nicht mehr als 8 Eltern(teile) in einer Gruppe sein, damit ein individuelles Eingehen auf die Situation der einzelnen Mütter und Väter gewährleistet werden kann. Das Programm umfasst zehn Gruppensitzungen und wird von Einrichtungen durchgeführt, die sich an der Modellphase beteiligen. Die Gruppenleitung sollten Personen übernehmen, die über ausreichend Erfahrung in der Arbeit mit besonders belasteten Familien verfügen. Vorausgesetzt werden außerdem grundlegende pädagogisch-therapeutische Fertigkeiten und ein Fachwissen über psychische Erkrankung und Suchterkrankung sowie über die Auswirkungen besonderer familiärer Belastungen auf die Entwicklung von Kindern (insbesondere im Säuglings- und Kleinkindalter).

Das Gruppenprogramm umfasst die folgenden Module:

Förderung der Mentalisierungsfähigkeit. Mentalisieren meint die Perspektivübernahme, also das Reflektieren der Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse anderer Personen und das daraus resultierende Verständnis für das Verhalten des Gegenübers. Die Eltern trainieren durch das Zulassen und Steuern der inneren Kommentare die Bewusstwerdung, dass die Bedürfnisse der Kinder in einigen Situationen nicht den eigenen Bedürfnissen, Wünschen und Erwartungen entsprechen und es somit zu Überforderungen der Eltern und konflikthafter Situationen kommen kann. Mentalisieren ist daher eine wichtige Voraussetzung für Empathie, Feinfähigkeit und gelingende Kommunikation.

Förderung der Emotionsregulation. Das Erkennen, Reflektieren und Regulieren von Emotionen ist eine wichtige Voraussetzung, um Kindeswohlgefährdendem Elternverhalten entgegenzuwirken, denn die Art des Umgangs mit Emotionen hat einen Einfluss auf die Interaktion der Eltern mit ihrem Kind. Die Eltern werden in diesem Modul darin unterstützt, sich in den alltäglichen, insbesondere konfliktbehafteten Situationen ihrer Emotionen bewusst zu werden, sie zu reflektieren und die Reaktionen auf ihre Emotionen, wie Impulsivität, Ärgerreaktionen und Aggressivität, zu steuern.

Förderung der Stresstoleranz und Stressbewältigung. Ob Belastungen zu Auffälligkeiten und Störungen oder zu Gefährdungen für Kinder führen, hängt entscheidend von der Art und Weise des Umgangs mit den Belastungen ab. Entscheidend ist hierbei die Passung zwischen der Problemsituation und der dafür angewandten Problemlösung. Die Eltern werden in diesem Modul unterstützt, angemessene Lösungsmöglichkeiten für alltägliche Problemsituationen zu entwickeln, alternative Handlungsoptionen zu reflektieren und adäquate Bewältigungsstrategien einzusetzen.

Förderung der sozialen Unterstützung. Soziale Beziehungen tragen wesentlich dazu bei, Menschen bei der aktiven Bewältigung von Belastungen und Problemen zu unterstützen. Vor allem für Familien mit vielen verschiedenen Belastungen können zuverlässige und vertrauensvolle Bezugspersonen einen stabilisierenden Faktor darstellen, Personen, die in Krisenzeiten AnsprechpartnerInnen sind und insbesonde-

re für die Kinder Schutz und Sicherheit bieten. In diesem Modul werden die Eltern angeleitet, sich mit ihren Netzwerken auseinanderzusetzen, ihnen werden verschiedene Strategien zur Förderung sozialer Ressourcen aufgezeigt und sie werden darin trainiert, soziale Unterstützungen gezielter in den Alltag einzubinden.

Ziel des Gruppenprogramms ist es, Risikofaktoren auf Elternebene sowie familiärer und sozialer Ebene zu reduzieren und Ressourcen auf diesen Ebenen zu aktivieren bzw. zu stärken.

Das Kooperationsprojekt des Caritasverbandes für das Erzbistum Paderborn e.V. und der KathHO (igsp) ist über einen Zeitraum von April 2016 bis März 2018 angelegt und wird durch die Landesinitiative »Starke Seelen« des Landes Nordrhein-Westfalen gefördert.

Zur begleiteten Implementierung und wissenschaftlichen Evaluation des Modellprogramms werden Kooperationspartner in NRW gesucht, die bereit sind, das Gruppenprogramm in ihren Einrichtungen erstmalig durchzuführen. Hierzu bieten wir Ihnen eine fundierte Einführung sowie Begleitung bei der Durchführung des Gruppenprogramms, eine wissenschaftliche Evaluation der Implementierungs- und Durchführungsphase sowie einen engen Austausch mit beteiligten AkteurInnen. Durch Ihre Mitwirkung tragen Sie entscheidend dazu bei, die Arbeit mit psychisch kranken und suchtkranken Eltern fundiert weiterzuentwickeln. Sie können Ihre Expertise einbringen und sich so direkt an der Erprobung des Gruppenprogramms beteiligen und damit Kinderschutz aktiv mitgestalten.

Bei Interesse an weiteren Informationen sowie der Durchführung des Gruppenprogramms in Ihrer Einrichtung freuen wir uns auf Ihre Nachricht!

Kontakt und Information

Wissenschaftlicher Leiter des Projekts: Prof. Dr. Albert Lenz, Institut für Gesundheitsforschung und Soziale Psychiatrie (igsp) der Katholischen Hochschule NRW in Paderborn (KathHO) (a.lenz@katho-nrw.de, Tel. 05251-122556)

Projektleiter: Paul Krane-Naumann, Caritasverband für das Erzbistum Paderborn e.V. (p.krane-naumann@caritas-paderborn.de, Tel. 05251-209305)

Projektmitarbeiterinnen: Anna Lena Rademaker, M.A. Soziale Arbeit, KathHO/igsp (al.rademaker@katho-nrw.de) und Lena Leffers, M.A. Soziale Arbeit, Caritas (l.leffers@caritas-paderborn.de)