

DIPLOMARBEIT

zum Thema

„Ich nehme meine Tabletten und ich bete und gehe schlafen.“

**Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland:
Barrieren im Zugang zu Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen
am Beispiel Asylsuchender aus dem Nordkaukasus**

eingereicht von:

Jenny Baron

Erstgutachter: Dr. Hendrik Berth

Zweitgutachterin: Prof. Dr. Anna Auckenthaler

BetreuerInnen: Dr. Hendrik Berth und Dipl. Psych. Theresa Steinhäuser

Dresden, den 2.9.2013

Zusammenfassung

Als Überlebende von Krieg, Verfolgung, staatlicher bzw. organisierter Gewalt werden Flüchtlinge in der psychologischen Literatur oft als hochvulnerable Population beschrieben. Zugleich verweisen einige Studien darauf, dass sie auch im westlichen Exil nur unzureichend Zugang zu medizinischer und psychosozialer Versorgung finden. Befunde zur Versorgungssituation auf dem Gebiet der BRD existieren nicht. Vor diesem Hintergrund untersucht diese Arbeit die Barrieren, mit denen Flüchtlinge im Zugang zum deutschen Gesundheitssystem konfrontiert sind. Konzeption, Durchführung und Auswertung der Untersuchung erfolgten nach den Forschungsprinzipien der Grounded Theory: Es wurden fünf problemzentrierte Interviews mit Asylsuchenden aus Tschetschenien und Dagestan geführt, die derzeit in drei verschiedenen Bundesländern der BRD leben. Vor allem strukturelle Barrieren – die Bewilligungspraxis der Leistungsträger, begrenzte Versorgungskapazitäten sowie die eingeschränkte Erreichbarkeit von Behandlungsangeboten - schienen die hier Befragten bei der Wahrnehmung professioneller psychosozialer Unterstützung zu behindern. Sprachbarrieren, geschlechts- und kulturspezifische Faktoren sowie Ablehnungs- und Diskriminierungserfahrungen verweisen zudem auf kommunikative und interaktionelle Zugangsbarrieren. Während in der Forschung bislang v.a. kulturellen Unterschieden hohe Bedeutung für die psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen zugeschrieben wurde, konnten hier als zentrale Barrieren strukturelle Faktoren herausgearbeitet werden. Sie werden in ihren verschiedenen Facetten dargestellt und mit Blick auf die Bewältigungsstrategien der Betroffenen diskutiert.

Schlagworte: Flüchtlinge, Gesundheitsversorgung, psychosoziale Versorgung, Zugangsbarrieren, strukturelle Barrieren, Zugänglichkeit, Verfügbarkeit, Erreichbarkeit, Versorgungsdefizite

Abstract

As survivors of war, persecution, governmental or organized violence, refugees are, throughout the psycho-social literature, mostly characterized as highly vulnerable. Nevertheless some studies indicate that even while living in Western exile, refugees are not provided sufficiently with access to medical and psycho-social care. Only few studies cover that issue, yet none of them discusses the health and mental health care situation in Germany. With this in mind, the present study explores the barriers with which refugees are confronted when trying to gain access to the German health care system. The study was conceptualized, carried out and analyzed in accordance with the Grounded Theory. Five problem-centered interviews were conducted with asylum seekers from Chechnya and Dagestan, currently living in different German federal states. Most notably, structural barriers, namely bureaucratic hurdles, limited capacities of the social sector and geographical inaccessibility due to residency restrictions, were found to be hindering the interviewees from receiving professional care. Furthermore language barriers, sex and culture specific factors as well as the experience of discrimination indicate the existence of communicative and interactional obstacles. Hence, instead of emphasizing cultural differences, as commonly done in literature, the present study considers these structural factors as the most prevalent challenges. They are being discussed in relation to the significance for the subjects concerned, as well as the subjects' coping strategies.

Keywords: refugees, mental health care, psycho-social care, medical care, barriers to care, structural discrimination, accessibility, availability, care deficits

Inhaltsverzeichnis

Zusammenfassung	i
Abstract	ii
Inhaltsverzeichnis	iii
Abkürzungsverzeichnis	vi
Abbildungsverzeichnis	vi
Tabellenverzeichnis	vi
1 Einleitung	1
2 Theoretischer Hintergrund	3
2.1 Zur Population	3
2.1.1 Flüchtlinge aus den nordkaukasischen Teilrepubliken der Russischen Föderation	5
2.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen und ihr Einfluss auf die Lebens- und Versorgungsbedingungen von Flüchtlingen in Deutschland	6
2.2 Zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingen im westlichen Exil	9
2.2.1 Zur Prävalenz psychischer Störungen	9
2.2.2 Zum Verlauf psychischer Störungen	13
2.3 Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen im westlichen Exil	14
2.3.1 Befunde zum Versorgungsbedarf	15
2.3.2 Aktuelle Versorgungssituation	17
2.4 Problemfelder bei der Wahrnehmung von Versorgungsangeboten	21
3 Fragestellung	26
4 Methodik	28
4.1 Methodologische Grundlagen und Vorentscheidungen	28
4.2 Konzeption des Forschungsprozesses: <i>Grounded Theory</i>	29
4.3 Konzeption der Datenerhebung	32
4.3.1 Erhebungsinstrument: Das Problemzentrierte Interview	32
4.3.2 Leitfadenkonstruktion	32
4.4 Durchführung der Erhebung	33
4.4.1 Zugang zum Feld	33
4.4.2 Sampling: Die InterviewpartnerInnen	34
4.4.3 Durchführung und Rahmenbedingungen der Interviews	38

4.4.4	Datenaufbereitung	39
4.5	Datenauswertungsverfahren und –strategien	39
4.5.1	Offenes Kodieren.....	40
4.5.2	Axiales Kodieren	41
4.5.3	Selektives Kodieren.....	44
5	Ergebnisse.....	46
5.1	Wahrgenommene strukturelle Barrieren: <i>„Überall ‚Nein‘. Ein Alptraum.“</i>	46
5.1.1	Kontrolle der Zugänglichkeit durch die Verwaltungspraxis der Sozialbehörden: <i>„Es ist überall dieses Sozialamt.“</i>	46
5.1.2	Eingeschränkte Erreichbarkeit durch strukturelle Kontrolle von Autonomie und Mobilität: <i>„Ich nehme meine Tabletten und ich bete und gehe schlafen.“</i>	50
5.1.3	Eingeschränkte Versorgungskapazität: <i>„Er kann doch nicht so lange warten bis er tot ist“</i>	54
5.2	Wahrgenommene Barrieren auf interaktioneller Ebene: <i>„Das ist ein anderes Verhalten als gegenüber anderen.“</i>	61
5.2.1	Sprach- und Kommunikationsbarrieren: <i>„Sie übersetzt das überhaupt nicht so wie <ich> das gesagt habe“</i>	61
5.2.2	Abwertungs- und Diskriminierungserfahrungen: <i>„...also nicht wie Menschen, wie Abfall eigentlich.“</i>	64
5.2.3	kultur- und geschlechtsspezifische Barrieren: <i>„Aber ich muss hier auch dazu sagen, von der Mentalität her würde ich jetzt auch einiges nicht nennen...“</i>	67
5.3	Informations- und Wissensdefizite: <i>„Ich weiß ehrlich gesagt gar nicht, welche Rechte wir überhaupt haben“</i>	70
5.4	Strategien im Umgang mit wahrgenommenen Barrieren: <i>„Wir haben die ganze Zeit mit denen gestritten“</i>	72
5.4.1	Suche nach Erklärungen: <i>„Wenn Sie hier Papiere hätten, dann wäre das Verhalten möglicherweise anders“</i>	72
5.4.2	proaktive Strategien - Beharrlichkeit, Beschwerde, Suche nach Unterstützung: <i>„... ich stehe da vor der Tür, wenn es nötig ist auch eine Woche lang und werde nicht weggehen...“</i>	74
5.4.3	defensive Strategien - Aushalten, Abwarten, Akzeptieren: <i>„Dass man eigenständig Müll wegbringen kann, das ist doch schon Glück“</i>	77
5.4.4	kompensatorische Strategien: <i>„Solange sie dieses Geld nicht bewilligt hatte, habe ich Kinderwindeln gekauft.“</i>	80
5.5	Folgen wahrgenommener Barrieren: <i>„Also einmal habe ich daran gedacht, meinem Leben ein Ende zu setzen“</i>	81
5.6	Schematische Darstellung des Kategoriensystems	83
6	Diskussion	86
6.1	Zusammenfassung der Ergebnisse	86
6.2	Diskussion der Ergebnisse	88

6.2.1	Wahrgenommene Barrieren auf struktureller Ebene	89
6.2.2	Wahrgenommene Barrieren auf interaktioneller Ebene	95
6.2.3	Kultur- und geschlechtsspezifische Faktoren	97
6.2.4	Handlungs- und Interaktionsstrategien der Subjekte	99
6.2.5	Folgen wahrgenommener Barrieren im Zugang zur Versorgung	101
6.3	Diskussion der Methode, Limitationen und Ausblick	102
6.3.1	Konzeption und Durchführung der Untersuchung	102
6.3.2	Diskussion der Stichprobe	105
6.3.3	Ausblick	106
7	Fazit	109
	Literatur	113
	Anhang	125
	Anhang A: Leitfaden	126
	Anhang B: Informationsbogen zur Studie	132
	Anhang C: Einwilligungserklärung	135
	Anhang D: Postskript	139
	Anhang E: Transkriptionsregeln	143
	Anhang F: Beispieltranskript	147
	Anhang G: Auswertungsbeispiel zum offenen Kodieren	163
	Eidesstattliche Erklärung	167

Abkürzungsverzeichnis

AsylbLG	Asylbewerberleistungsgesetz
AsylVfG	Asylverfahrensgesetz
AufenthG	Aufenthaltsgesetz
CAN	Camberwell Assesment of Need
GFK	Genfer Flüchtlingskonvention
GG	Grundgesetz
GHQ	general health questionnaire
GKV	Gesetzliche Krankenversicherung
I	Interviewerin
IP	InterviewpartnerIn
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SPZ	Sozialpädiatrisches Zentrum

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1:</i> Heuristik zum axialen Kodieren, angelehnt an Strauss und Corbin (1996)	41
<i>Abbildung 2:</i> Analysebeispiel zum axialen Kodieren	44
<i>Abbildung 3:</i> Schematische Darstellung des Kategoriensystems.....	84

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1:</i> Auswertungsmemo zum axialen Kodieren	42
<i>Tabelle 2:</i> Auswertungsbeispiel zum offenen Kodieren	164

1 Einleitung

Die Europäische Kommission stellte im Jahr 2007 fest, dass in mehreren ihrer Mitgliedsstaaten Defizite in der gesundheitlichen Versorgung Asylsuchender bestehen. Dem gegenüber steht die Verpflichtung völker- und europarechtlicher Konventionen, allen Menschen die auf dem Gebiet der EU leben, das Recht auf den Schutz ihrer Gesundheit und damit verbundene Versorgungsleistungen (Allgemeine Erklärung der Menschenrechte, 1948, Art. 25; Charta der Grundrechte der Europäischen Union, 2007, Art. 35) zu gewähren. Die Kommission schlug ihren Mitgliedsstaaten daher vor, die Leistungen der Gesundheitsfürsorge für Asylsuchende an diejenigen anzugleichen, die auch StaatsbürgerInnen zustehen. Der deutsche Bundesrat reagierte wie folgt:

Die Angleichung der Gesundheitsversorgung von Asylbewerbern mit besonderen Bedürfnissen an den Leistungsumfang des inländischen Gesundheitssystems ist weder erforderlich noch angezeigt. (...) Einschränkungen gegenüber den Leistungsansprüchen eigener Staatsangehöriger sind erforderlich und geboten, um die Schaffung zusätzlicher Pullfaktoren zu vermeiden. Es darf nicht übersehen werden, dass eine nicht zu vernachlässigende Anzahl von Asyl- bzw. Schutzsuchenden auch deshalb in das Bundesgebiet einreisen, um eine im Heimatland nicht verfügbare oder nicht bezahlbare medizinische Behandlung zu erlangen. (BR-Drs. 961/08, 2009, S. 4)

Die entsprechende EU-Richtlinie wurde in der vorgeschlagenen Form nicht verabschiedet. Inzwischen ist die Bundesregierung der Auffassung, „die alternativen Anwendungsvarianten der §§ 4 und 6 AsylbLG [erlaubten] schon heute eine angemessene gesundheitliche Versorgung der Leistungsberechtigten“ (BT-Drs. 17/13461, 2013, S.4).

Ob dies tatsächlich der Fall ist, ist nicht bekannt. Wissenschaftliche Studien zur gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden auf dem Versorgungsgebiet der BRD existieren nicht. Die wenigen verfügbaren internationalen Studien verweisen jedoch darauf, dass Flüchtlinge über die verschiedenen Aufnahmeländer hinweg nur unzureichend bzw. inadäquat Zugang zu Leistungen medizinischer Versorgung finden (Maier, Schmidt & Müller, 2010; Norredam, 2006).

Angesichts des Forschungsstandes zur psychischen Gesundheit dieser Population stimmt dies bedenklich: Studien fanden hier für Asylsuchende, die im Heimatland Menschenrechtsverletzungen, Folter, organisierte Gewalt, Krieg sowie eine oft lebensbedrohliche Zeit der

Flucht und Vertreibung erlitten haben, deutlich erhöhte Prävalenzraten für Traumafolgestörungen (Fazel, Wheeler & Danesh, 2005; Lindert, Ehrenstein, Priebe, Mielck & Brähler, 2009; Steel et al., 2009). Die Literatur spricht in diesem Zusammenhang folglich von einem hohen Versorgungsbedarf v.a. im Bereich psychosozialer und psychotherapeutischer Unterstützung (McColl & Johnson, 2006; McCrone et al., 2005; Strijk, van Meijel & Gamel, 2011).

In Deutschland unterliegt der Zugang zu entsprechenden Versorgungsangeboten seit der Einführung des Asylbewerberleistungsgesetzes im Jahr 1993 besonderen rechtlichen Rahmenbedingungen. Mit welchen konkreten Herausforderungen sich Flüchtlinge selbst allerdings auf der Suche nach Unterstützung konfrontiert sehen, auf welche Schwierigkeiten sie auf ihrem Weg durch das deutsche Gesundheitssystem treffen, ist bislang kaum bekannt.

Vor diesem Hintergrund soll sich die vorliegende Arbeit der Perspektive von Flüchtlingen und Asylsuchenden als NutzerInnen des Gesundheitssystems nähern. Am Beispiel Asylsuchender, die nach Deutschland geflohen sind, um Schutz vor Verfolgung, Gewalt und Unterdrückung zu finden, die sie im Nordkaukasus erlebt haben, untersucht sie die Barrieren, die aus ihrer Sicht für den Zugang zu Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen von Bedeutung sind.

2 Theoretischer Hintergrund

Im Folgenden wird der theoretische Zugang zu den Forschungsfeldern dargestellt, in welche die Fragestellung dieser Arbeit eingebettet ist: Nach einer Spezifikation des Begriffs „Flüchtling“ für seine Verwendung in dieser Arbeit sowie der Erläuterung der rechtlichen Rahmenbedingungen, welche die Lebensrealität von in Deutschland Schutz suchenden Flüchtlingen bestimmen (2.1), folgt eine Einführung in den aktuellen Forschungsstand zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingen im westlichen Exil (2.2). Auf der Grundlage von epidemiologischen Befunden zu Prävalenz und Verlauf psychischer Störungen soll dabei eine Bestandsaufnahme der Forschungsarbeiten zum Versorgungsbedarf gegeben werden. Ergänzt wird die epidemiologische Perspektive durch die Diskussion einer Reihe von Studien, welche die Behandlungs- und Unterstützungsbedürfnisse der Population im Hinblick auf die subjektiven Perspektiven der KlientInnen selbst untersuchen. Vor diesem Hintergrund soll schließlich ein Überblick über die bisherige Befundlage zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen gegeben werden (2.3): Dabei wird der Forschungsstand zum Versorgungsbedarf der Population mit der aktuellen Versorgungssituation und schließlich mit den wenigen bisher verfügbaren Studien zu Barrieren, auf die Flüchtlinge im Zugang zu Leistungen gesundheitlicher Versorgung treffen (2.4), in Beziehung gesetzt.

2.1 Zur Population

Zielpopulation der vorliegenden Arbeit sind Menschen, die aus ihrem Heimatland fliehen mussten, weil sie dort bedroht, verfolgt, gefoltert oder Opfer anderer schwerer Menschenrechtsverletzungen wurden. Das heißt, der Begriff „Flüchtling“ wird in dieser Arbeit für alle Menschen verwendet, die diese Erlebnisse teilen, unabhängig davon, ob sie durch die Bundesrepublik formal als solche anerkannt wurden oder nicht. Diese Begriffsdefinition weicht vom offiziellen juristisch-institutionellen Sprachgebrauch ab: formal wird in Deutschland zwischen der Anerkennung der Asylberechtigung nach dem Grundgesetz Artikel 16a, der Zuerkennung der Flüchtlingseigenschaft nach der Genfer Flüchtlingskonvention (GFK) und der Gewährung subsidiären Schutzes unterschieden (Bundesministerium des Inneren, 2011) - als Flüchtlinge im engeren Sinne gelten demnach nur Menschen, die „sich aus begründeter Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung außerhalb des Landes befinden, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzen“ (Vereinte Nationen, 1951, Art. 1 Abs. 2 GFK). Alle Menschen, die diesen eng gefassten Kriterien nicht entsprechen, d.h. Bürgerkriegsflüchtlinge, ab-

gelehnte sowie geduldete Flüchtlinge mit vorläufigem Aufenthalt bzw. zeitlich begrenztem Abschiebeschutz, werden durch die BRD nicht als Flüchtlinge anerkannt und sind entsprechend auch rechtlich und damit ebenso sozioökonomisch und insbesondere auch im Hinblick auf den Zugang zu Systemen der Sozial- und Gesundheitsfürsorge mit anderen Rahmenbedingungen konfrontiert.

Eine Anerkennung nach den beschriebenen Kriterien und entsprechend ein Aufenthaltsrecht für vorerst drei Jahre erhielten nach Angaben des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2013a) im Jahr 2012 insgesamt lediglich 14,2% der in Deutschland um Asyl suchenden Personen, weitere 13,5% der Antragsstellenden, die jene Kriterien nicht erfüllten, jedoch als schutzbedürftig identifiziert wurden, erhielten einen vorübergehenden Abschiebungsschutz gemäß § 60 Abs. 2, 4, 5, oder 7 AufenthG. Insgesamt 72% der Asylanträge wurden zunächst abgelehnt: die Betroffenen müssten die BRD theoretisch entweder verlassen, oder aber – wenn die Situation im Herkunftsland eine Rückkehr nicht zulässt bzw. sie selbst nicht reisefähig sind – eine Duldung bis zu dem Zeitpunkt, an dem eine Abschiebung für möglich beschieden wird, erhalten. Damit leben nach Angaben des Ausländerzentralregisters in Deutschland derzeit zusätzlich zu den 40.690 Asylberechtigten nach §16a GG sowie den 74.570 anerkannten Flüchtlinge nach §60 AufenthG (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2013a) insgesamt rund 135.000 Menschen, denen ein Aufenthalt nur geduldet oder gestattet wurde und zusätzlich nach offiziellen Angaben mindestens 30.000 ausreisepflichtige Personen ohne Duldung – zu großen Teilen bereits seit über sechs Jahren (Deutscher Bundestag, 2012). Schätzungen, die zusätzlich auch untergetauchte Personen ohne gültige Papiere einbeziehen, gehen hier von einer weit größeren Zahl zwischen 200.000 und 600.000 Personen aus (Bundesärztekammer, 2013).

Die formaljuristische Begriffsdefinition des „Flüchtlings“ schließt also nur einen Bruchteil derjenigen Personen ein, die in Deutschland Schutz suchen, trägt deren Lebensrealität, ihrem subjektiven Empfinden sowie der Vielschichtigkeit der Fluchtgründe und individuellen Schicksale entsprechend nur eingeschränkt Rechnung (Hemmerling, 2003). Vor diesem Hintergrund begreift die vorliegende Arbeit „Flüchtlinge“ im weiteren Sinne als Menschen, denen gemein ist, dass sie ihren früheren Lebensraum verlassen mussten, nun im Exil leben und aufgrund der Situation im Herkunftsland keine Möglichkeit haben, zurückzukehren. Sie schließt damit u.a. auch Personen im Asylverfahren sowie abgelehnte und geduldete Flüchtlinge ein. Unterschiede, die sich aus den verschiedenen Aufenthaltstiteln sowie den resultierenden rechtlichen Rahmenbedingungen betreffend den Zugang zu gesundheitlicher Versor-

gung ergeben, werden dabei gesondert in den Blick genommen.

2.1.1 Flüchtlinge aus den nordkaukasischen Teilrepubliken der Russischen Föderation

Flüchtlinge aus Tschetschenien, Dagestan, Inguschetien, Nordossetien-Alanien, Kabardino-Balkarien, Adygien und Karatschai-Tscherkessien gehören seit den Tschetschenienkriegen 1994 bis 1996 sowie 1999 bis 2009 zu den zehn am stärksten vertretenen Flüchtlingsgruppen, die in Deutschland Schutz suchen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2013a). Allein für Tschetschenien als größte dieser Republiken wird davon ausgegangen, dass während und in Folge der bewaffneten Konflikte, der Vernichtung ganzer Dörfer, der Hinrichtungen, Vergewaltigungen, Folterungen und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen weit über die Hälfte der Bevölkerung, also über ein halbe Million Menschen, das Land verlassen musste (Bazaeva, 2004). Die meisten Menschen flohen dabei in Richtung der benachbarten russischen Teilrepubliken; mit der Ausweitung des Konfliktes in der jüngsten Vergangenheit jedoch auch zunehmend nach Westeuropa (Bundeszentrale für politische Bildung, 2011).

In Deutschland ist aktuell erstmals wieder ein starker Anstieg der Flüchtlingszahlen aus dem Nordkaukasus zu beobachten. Mit über 7.500 Anträgen für die erste Jahreshälfte 2013 stellt die Russische Föderation in der Statistik des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge mit 21,9% noch vor Syrien das stärkste Herkunftsland dar (2013b). Bemerkenswert ist dabei, dass diese Zahl allein für die ersten sechs Monate dieses Jahres bereits rund 40% über den Antragszahlen in den einzelnen Jahren zur Zeit des zweiten Tschetschenienkrieges (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2011) liegt.

Auch Amnesty International (2012) bezeichnet die Sicherheitslage im Nordkaukasus in ihrem aktuellsten Menschenrechtsbericht weiterhin als instabil: Verbunden mit dem Vorgehen der Sicherheitskräfte wurden für die gesamte Region schwere Menschenrechtsverletzungen dokumentiert, u.a. im Falle der Tötung von AnwältInnen und JournalistInnen sowie dem Einschüchtern und Bedrohen von ZeugInnen. Im Konflikt zwischen bewaffneten Gruppen und der Polizei wurden darüber hinaus oftmals auch ZivilistInnen verletzt bzw. z.T. gezielt angegriffen. Neben Angriffen der Rebellengruppen, die ausschließlich in Tschetschenien erstmals geringfügig zurückgegangen sind, wird für alle Republiken nach wie vor von schweren Menschenrechtsverletzungen durch PolizeibeamtInnen berichtet. Fälle der Entführung und des „Verschwindenlassens“ von Menschen werden weder angemessen aufgeklärt noch strafrechtlich verfolgt, entsprechende BeamtInnen verbleiben weiterhin im Dienst.

Insbesondere in Tschetschenien hat sich zudem im Rahmen der Reislamisierung und Wie-

derbelebung „tschetschenischer Tradition“ durch Präsident Kadyrow seit 2010 die Diskriminierung von Frauen erheblich verstärkt (Amnesty International, 2012): Fälle häuslicher und sexueller Gewalt hätten zugenommen, Unterstützung würde betroffenen Frauen häufig mit Verweis auf die Pflicht zum Gehorsam gegenüber dem Ehemann verweigert. Darüber hinaus herrscht in Tschetschenien inzwischen wieder eine Verpflichtung, sich gemäß islamischer Bekleidungs Vorschriften zu kleiden: Frauen, die sich dem staatlich verordneten „Kopftuchzwang“ widersetzen, werden öffentlich an den Pranger gestellt und bedroht: für das Jahr 2011 wurden hier zahlreiche gewaltsame Übergriffe insbesondere in der Hauptstadt Grosny dokumentiert (Human Rights Watch, 2011).

Die Infrastruktur auch innerhalb der gesundheitlichen Versorgung wurde in allen Republiken infolge der jahrzehntelangen kriegerischen Auseinandersetzungen und bewaffneten Konflikte weitestgehend zerstört, es mangelt an qualifiziertem medizinischen Personal, viele Ärzte haben das Land verlassen, diejenigen, die geblieben sind, haben große Sorge um ihre Sicherheit (de Jong et al., 2007).

Obwohl der Alltag dieser Menschen in ihren Herkunftsländern also nach wie vor von Gewalt, Korruption, Unterdrückung und ständiger Angst geprägt ist, weiterhin Menschen bedroht, verfolgt, entführt und getötet werden, erhält ein großer Teil dieser Personengruppe in Deutschland keinen Flüchtlingsstatus: Im Jahr 2012 beispielsweise wurden 85,9% der Asylanträge aus der Russischen Föderation in erster Instanz abgelehnt (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2013a) – zum Teil weil die Einreise fast immer über einen sicheren Drittstaat (hier meist Polen) erfolgte, so dass die Bundesrepublik – nimmt sie nicht vom sogenannten Selbsteintrittsrecht Gebrauch - sich nach der Dublin II-Verordnung nicht für das Asylverfahren zuständig sehen muss. Zum großen Teil jedoch, weil nach Auffassung des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge eine inländische Fluchialternative in andere Regionen der Russischen Föderation zur Verfügung stehe (Pro Asyl, 2005). Dies jedoch ignoriere nicht nur die hochgradig antitschetschenische Stimmung in Russland, sondern entspreche nach Angaben der russischen Menschenrechtsorganisation Memorial aufgrund des fehlenden Zugangs zu Registrierungs- und Lebensmöglichkeiten sowie zum Gesundheits- und Sozialsystem auch formal nicht der Lebensrealität der Betroffenen (Gannuschkina, 2009).

2.1.2 Rechtliche Rahmenbedingungen und ihr Einfluss auf die Lebens- und Versorgungsbedingungen von Flüchtlingen in Deutschland

Auf Grundlage des Asylverfahrensgesetzes (AsylVfG; Bundesministerium der Justiz, 1992), des Aufenthaltsgesetzes (AufenthG; Bundesministerium der Justiz, 2004), sowie des Asylbe-

werberleistungsgesetzes (AsylbLG; Bundesministerium der Justiz, 1993) ergeben sich für Flüchtlinge, die auf dem Bundesgebiet der BRD leben, eine Vielzahl an besonderen Einschränkungen ihrer Rechte im Bereich der Autonomie und Selbstbestimmung, aber auch bezogen auf den Zugang zum Gesundheitssystem.

Erstverteilung

So besteht für Flüchtlinge nach ihrer Ankunft in Deutschland keine freie Wahl des Wohnortes. Sie werden über das bundesweite EASY-Verfahren (*ErstAufnahmeSYstem*) abhängig von Steueraufkommen und Bevölkerungszahl der Bundesländer an die nach dem Königssteiner Schlüssel zuständige Erstaufnahmeeinrichtung eines Bundeslandes verteilt (Bundesministerium der Justiz, 1992, § 45 AsylVfG). Anhand der Verteilungszahlen in die einzelnen Bundesländer wird deutlich, dass dabei über das Bundesgebiet hinweg erhebliche Unterschiede in den Verteilungsquoten und damit der Anzahl an Flüchtlingen, die in den jeweiligen Regionen leben, bestehen. So werden insbesondere in die ostdeutschen Bundesländer mit zwischen 2% (Mecklenburg-Vorpommern) und 5,2 % (Sachsen), verglichen mit Bundesländern wie Nordrhein-Westfalen (21,4%), Bayern (15,2%) oder Baden-Württemberg (12,8%), nur sehr wenige Flüchtlinge verteilt. Auch die Wahrscheinlichkeit in einer Großstadt, in der ggf. bereits größere Netzwerke und Gemeinschaften von Personen aus dem eigenen Herkunftsland bestehen, leben zu dürfen, ist mit 0,9% für Bremen, 2,5% für Hamburg und 5% für Berlin vergleichsweise gering (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2013a). Abgesehen von Familienangehörigen ersten Grades werden Wünsche der Flüchtlinge selbst bei der Verteilungsentscheidung nicht berücksichtigt, was aus Sicht der Praxis für die Betroffenen durch die Trennung von Bezugspersonen sowie den weiteren Verlust von Ressourcen und Unterstützungsmöglichkeiten z.T. in unverhältnismäßigen Härten resultiert (Wurzbacher, 1997).

Wohnverpflichtung

Darüber hinaus unterliegen Flüchtlinge der sogenannten Wohnverpflichtung: Die eigenständige Organisation angemessenen Wohnraumes ist ihnen untersagt, sie sind verpflichtet, „bis zu sechs Wochen, längstens jedoch bis zu drei Monaten, in der für ihre Aufnahme zuständigen Aufnahmeeinrichtung zu wohnen“ (Bundesministerium der Justiz, 1992, § 47 Abs. 1 AsylVfG). Danach entscheiden die zuständigen Landesbehörden, ob die weitere Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften erfolgen muss oder ob eine Erlaubnis erteilt wird, eigenständig Wohnraum anzumieten (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2012). Die Unterbringungspraxis der Bundesländer unterscheidet sich entsprechend erheblich: Zum einen betreffend die Gesamtquoten für die Unterbringung in Gemeinschaftsunterkünften, die in Bay-

ern und den ostdeutschen Bundesländern zwischen 52% und 83%, in Rheinland-Pfalz hingegen bei lediglich 9% liegen, zum anderen jedoch auch bezogen darauf, ob neben Asylsuchenden ebenso geduldete Flüchtlinge zur Wohnsitznahme in Gemeinschaftsunterkünften verpflichtet werden (Kothén, 2011). Zahlreiche Nichtregierungsorganisationen, die Landesflüchtlingsräte (Selders, Kothén & Weber, 2011) und z.T. auch einzelne Landesregierungen (Der Sächsische Ausländerbeauftragte, 2012) üben Kritik an den Bedingungen, unter denen Flüchtlinge in diesen Unterkünften leben: Die Unterbringung erfolge oftmals ohne angemessene Infrastruktur in Kasernen, Baracken oder Containern viele Kilometer von der nächstgelegenen Ortschaft entfernt, auf engem Raum ohne Privatsphäre, unter hoher Lärmbelastung (Selders et al., 2011) sowie z.T. gravierend durch Schimmel- und Schädlingsbefall beeinträchtigten hygienischen Bedingungen (Der Sächsische Ausländerbeauftragte, 2012).

Residenzpflicht

Die Bewegungsfreiheit von Flüchtlingen wird in Deutschland als einzigem europäischen Mitgliedsstaat in den meisten Bundesländern durch die sogenannte Residenzpflicht begrenzt: Flüchtlinge erhalten für die Dauer des Asylverfahrens eine Aufenthaltsgestattung, die begrenzt ist auf den für die Aufnahme zuständigen Bezirk der Ausländerbehörde (Bundesministerium der Justiz, 1992, § 56 Abs. 1 AsylVfG). Abhängig vom Bundesland ist danach auch geduldeten Flüchtlingen ein Verlassen des Bundeslandes nicht ohne behördliche Genehmigung erlaubt (Bundesministerium der Justiz, 2004, §61 Abs. 1 AufenthG). Ein Verlassen der zugewiesenen Bereiche ohne Erlaubnis kann mit Geld- und auch mit Freiheitsstrafe geahndet werden (Bundesministerium der Justiz, 1992, § 85 AsylVfG, 2004, §95 AufenthG).

Arbeitsverbot und reduzierte Sozialleistungen

Flüchtlinge unterliegen im ersten Jahr ihres Aufenthaltes einem absoluten Arbeitsverbot (Bundesministerium der Justiz, 1992, § 61 AsylVfG) und erhalten auch in der Folgezeit keine Erlaubnis zur Erwerbstätigkeit, solange deutsche bzw. ihnen gleichgestellte ausländische ArbeitnehmerInnen für die jeweilige Tätigkeit zur Verfügung stehen (Bundesministerium der Justiz, 2004, § 39 AufenthG). Sie erhielten darüber hinaus bis zum letzten Jahr lediglich reduzierte Sozialleistungen nach § 3 AsylbLG. Der 1993 festgelegte Leistungssatz von monatlich 224,97 Euro für Alleinstehende wurde fast 20 Jahre lang nicht an die seither erheblichen Preissteigerungen innerhalb der Bundesrepublik angepasst und lag damit zum Schluss durchschnittlich 40% unterhalb des verfassungsrechtlich garantierten Existenzminimums, d.h. der regulären Sozialleistungen für deutsche StaatsbürgerInnen (Classen, 2013). Diese migrationspolitische Relativierung der Menschenwürde (Bundesverfassungsgericht, 2012) wurde zwar

im Juli 2012 vom Bundesverfassungsgericht als verfassungswidrig erklärt, weshalb im Moment bis zur Neuregelung eine Übergangsregelung gilt, die das Leistungsniveau weitgehend an die Regelsätze der Sozialhilfe anpasst – nicht entschieden wurde jedoch über weitere Einschränkungen, die das AsylbLG für Asylsuchende und geduldete Flüchtlinge vorsieht (Classen, 2013). Diese bilden damit nach wie vor den Rahmen, innerhalb desselben sie ihr Leben hier in Deutschland gestalten müssen: So werden Sozialleistungen abhängig vom Bundesland z.T. nicht als Barbetrag sondern in Form von Sachleistungen, d.h. Gutscheinen bzw. Lebensmittelpaketen gewährt, die oftmals unzureichend, qualitativ mangelhaft bzw. nicht bedarfsdeckend zusammengesetzt sind; die Verpflichtung zum Leben in Gemeinschaftsunterkünften als Realisierung dieses Sachleistungsprinzips gilt wie bisher; der Zugang zu Sprachförderungs- sowie zu Integrationsleistungen in (Aus-) Bildung und Arbeit ist noch immer eingeschränkt (Classen, 2013). Von besonderer Bedeutung ist hier, dass ebenso die Einschränkungen des Rechts auf Gesundheit nach §§ 4 und 6 AsylbLG unverändert bestehen bleiben. Diese Einschränkungen werden sowohl betreffend ihre gesetzliche Grundlage als auch deren verwaltungspraktische Handhabung im Kapitel zur aktuellen Versorgungssituation von Flüchtlingen auf dem Gebiet der BRD dargestellt (vgl. 2.3.2).

2.2 Zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingen im westlichen Exil

Flüchtlinge, die im westlichen Exil Schutz suchen, sind oft Überlebende schwerer Menschenrechtsverletzungen. Vor diesem Hintergrund gelten sie in der Literatur als hochvulnerable Population: Die schweren und oft dauerhaften psychologischen Konsequenzen multipler traumatischer Situationen, die in Verbindung mit Krieg, organisierter, staatlicher und sexualisierter Gewalt, Genozid, Inhaftierungen, traumatischen Verlusten sowie des lebensbedrohlichen Prozesses der Flucht selbst erlitten wurden, sind als Belastungen für die physische und psychische Gesundheit bzw. als Risikofaktoren für die Entwicklung komplexer psychiatrischer Symptome extensiv dokumentiert worden (Fazel et al., 2005; Lindert et al., 2009; Porter & Haslam, 2005; Steel et al., 2009).

2.2.1 Zur Prävalenz psychischer Störungen

Zahlreiche Studien mit Flüchtlingsgruppen verschiedenster Herkunft und in unterschiedlichen Kontexten sowohl der Herkunfts- als auch der Aufnahmeländer berichten dabei über eine erhöhte Vulnerabilität dieser Personengruppe insbesondere für die Entwicklung Posttraumatischer Belastungsstörungen (PTBS) und depressiver Störungen: So wurde beispielsweise in einer in Uganda durchgeführten Vergleichsstudie (N= 3.323) für sudanesishe Flüchtlinge mit

46% deutlich höhere Prävalenzraten für Symptome einer PTBS gefunden als für die Population ugandischer StaatsbürgerInnen (18%) (Karunakara et al., 2004). Ebenso ergab eine Screening-Studie in Schweden (N=593) für bosnische Flüchtlinge mit zwischen 18% und 33% erheblich höhere PTBS-Raten verglichen mit denen einer inländischen Vergleichsgruppe (0,3 bis 1%) (Thulesius & Håkansson, 1999). Bei afghanischen, iranischen und somalischen Flüchtlingen in den Niederlanden (N=410) wurden für die PTBS bei Asylsuchenden Prävalenzraten von 28,1%, bei anerkannten Flüchtlingen von 10,6% gefunden (Gerritsen et al., 2006). Auch in Deutschland wurde die PTBS bei Asylsuchenden in der hier bisher einzigen epidemiologischen Studie (Gäbel, Ruf, Schauer, Odenwald & Neuner, 2006) (N=42) mit einer Punktprävalenz von 40% deutlich über den durchschnittlichen europäischen Lebenszeitprävalenzen von 1,4% (Alonso et al., 2004) diagnostiziert.

Spezifisch bezogen auf die Population nordkaukasischer Flüchtlinge im westlichen Exil liegen in diesem Zusammenhang keine fundierten empirischen Befunde vor. Allein eine Studie zum Gesundheitszustand von Flüchtlingen und Binnenvertriebenen in der Konfliktregion selbst (de Jong et al., 2007) sowie eine lediglich in einem Kongressbeitrag publizierte Studie (Lianowa, Joraschky, Groß, Mück-Weymann & Pöhlmann, 2011) zur PTBS-Rate tschetschenischer Flüchtlinge im Exil verweisen darauf, dass die beschriebenen Befunde auch für diese Population plausibel erscheinen. So wurde im Jahr 2004, d.h. noch während des zweiten Tschetschenienkrieges, der Zusammenhang von mit dem andauernden Konflikt assoziierten Variablen zum Gesundheitszustand von Binnenvertriebenen innerhalb Tschetscheniens ebenso wie bei tschetschenischen Flüchtlingen im benachbarten Inguschetien (N=539) untersucht (de Jong et al., 2007). Fast alle der Befragten, d.h. 94% der Teilnehmenden in Tschetschenien und 98% der TschetschenInnen in Inguschetien, waren in der Vergangenheit mit schwerer Gewalt konfrontiert, hätten beobachten müssen, wie Menschen getötet, verhaftet oder misshandelt wurden. Ungefähr ein Drittel beider Populationen hätte direkte Kriegsgewalt erfahren, zwei Drittel der Befragten in Tschetschenien und über ein Drittel der Flüchtlinge in Inguschetien sahen ihre eigene Sicherheit auch aktuell akut in Gefahr. Den Bedarf an gesundheitlicher Versorgung beschreibt die Studie als in beiden Regionen ähnlich hoch und gleichermaßen ungedeckt: So ergaben die Ergebnisse eines general health questionnaire (GHQ 28; Goldberg und Hillier, 1979, zitiert nach de Jong et al., 2007), dass fast alle Vertriebenen an gesundheitlichen Beschwerden litten: dabei trug die Subskala zu somatischen Beschwerden mit durchschnittlich 35% am stärksten zu hohen GHQ-Werten bei, gefolgt von 28% für Angst-, 15% für depressive Symptome und 22% für Beeinträchtigungen im sozialen Funktionsniveau. Gesundheitliche Versorgung war für etwa die Hälfte der Population sehr schwer zugänglich.

Eine Studie zur PTBS-Rate tschetschenischer Flüchtlinge im Exil (N=49) spricht in diesem Zusammenhang zudem für eine überdurchschnittlich hoch ausgeprägte posttraumatische Symptombelastung auch nach der Zeit der Flucht: 57,6% der Befragten erfüllten hier die Kriterien einer PTBS (Lianowa et al., 2011).

Insgesamt erweisen sich die epidemiologischen Befunde zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingen jedoch aufgrund der großen Unterschiede in den Sampling- und Erhebungsmethoden als widersprüchlich und schwierig zu interpretieren (Fazel et al., 2005; Hollifield, 2002). Die Prävalenzschätzungen schwanken über die Studien hinweg sowohl für die PTBS als auch für depressive Störungen zwischen 3% und über 80% (Fazel et al., 2005). Problematisiert wird in diesem Zusammenhang u.a. die zunehmend selektive Zitation von Prävalenzschätzungen am unteren bzw. oberen Ende des Spektrums als Nährboden für die Ignoranz von Versorgungsdefiziten auf der einen, einer Pathologisierung und damit Stigmatisierung von Flüchtlingen durch die Überbetonung des Grades funktionaler Beeinträchtigung auf der anderen Seite (Bracken, Giller & Summerfield, 1995; Fazel et al., 2005; Miller, Kulkarni & Kushner, 2006; Watters, 2001).

Vor diesem Hintergrund wurde im Jahr 2005 eine Metaanalyse durchgeführt, die u.a. Studien, welche die Symptomatik lediglich über Selbstbeurteilungsfragebögen erhoben, ausschloss (Fazel et al., 2005): Auf der Grundlage von 20 Studien zu einer Population von insgesamt 6743 erwachsenen Flüchtlingen in sieben westlichen Ländern fand die Forschungsgruppe mit 9% für die PTBS und 5% für die Major Depression relativ niedrige, verglichen mit altersgleichen Bevölkerungsgruppen der Aufnahmegesellschaften, jedoch nach Angaben der AutorInnen noch immer um ca. das Zehnfache erhöhten Prävalenzraten.

Im bisher größten Datenpool innerhalb der epidemiologischen Forschung, einer Metaanalyse aus dem Jahr 2009 (Steel et al., 2009), die 5904 Studien zur Prävalenz der PTBS und/oder Depression aggregiert, variierten die gewichteten Prävalenzschätzungen für die PTBS hingegen zwischen 13% und 25% – Zahlen, die mit den mittleren Prävalenzschätzungen der WHO für psychische Störungen in humanitären Notlagen von etwa 20% vergleichbar sind (van Ommeren, Saxena & Saraceno, 2005). Die Unterschiede zwischen den Schätzungen der einzelnen Studien werden hier nicht allein auf unterschiedliche Erhebungsstrategien, sondern durchaus auch auf substantielle Unterschiede in der Exposition gegenüber Risikofaktoren für die Ausbildung einer PTBS zurückgeführt. So wurde die Symptomatik nach Adjustierung auf methodologische Faktoren mit 23,6% Varianz zum größten Teil durch das Erleben von Folter und anderen traumatischen Erfahrungen erklärt. Diese stellten ebenso für das Vorliegen einer

Depression mit 11,4% wichtige Varianzquellen dar.

Als ein Schlüsselfaktor für die Ausbildung psychischer Störungen bei Flüchtlingen gelten den beschriebenen Befunden zufolge übereinstimmend traumatische Ereignisse vor und während der Flucht, insbesondere das Erleben von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen. Dies muss jedoch im Zusammenhang mit der Traditionslinie der epidemiologischen Forschung gesehen werden, welche die erhobene Psychopathologie der Population mehrheitlich auf die Erhebung von Symptomen der PTBS fokussiert und daher vor allem im Hinblick auf Zusammenhänge mit dem Erleben traumatischer Erfahrungen analysiert. Dem gegenüber stehen jedoch zunehmend AutorInnen, die dieses Paradigma für die Entkontextualisierung psychischer Gesundheit im Allgemeinen und traumatischer Erfahrungen im Besonderen kritisieren (Hollifield, 2002; Bracken et al., 1995; Miller et al., 2006): Psychopathologie werde hier zu einseitig als posttraumatische Reaktion auf die akuten Stressoren des Krieges erfasst, Adaptations- und Rehabilitationsprozesse nach der Flucht (Silove, Sinnerbrink, Field, Manicavasagar, Steel, 1997) würden dabei ebenso ausgeblendet wie kulturspezifische Determinanten (McKeary & Newbold, 2010, Miller et al., 2006, Watters, 2001). Da Flüchtlinge jedoch im Gegensatz zu Überlebenden singulärer traumatischer Ereignisse vor, während und nach der Flucht in multiplen Kontexten mit multiplen Stressoren konfrontiert seien, könne ein solches Modell nicht alle relevanten Dimensionen abbilden (Miller et al., 2006; Porter & Haslam, 2005; Silove, 1999).

Zunehmend gelangen daher auch Untersuchungen zur Wirkung sogenannter „post migration factors“ in den Fokus wissenschaftlichen Interesses: So wurden für psychiatrische Symptome bei Asylsuchenden in Australien Zusammenhänge sowohl mit erlebten traumatischen Ereignissen, als auch mit „post-migration stressors“ wie z.B. Armut, behördlichen sowie ausländerrechtlichen Schwierigkeiten oder auch Einsamkeit gefunden (Silove et al., 1997; Steel et al., 1999). Die AutorInnen gehen davon aus, dass die Lebensbedingungen im Exil mit posttraumatischen Symptomen und emotionaler Belastung interagieren und diese verstärken. Traumatische Erfahrungen wie Folter und andere Menschenrechtsverletzungen führen in ihrem Modell zur Bedrohung der psychosozialen Funktionsbereiche Sicherheit, Bindung, Gerechtigkeit, Identität und existentiellern Sinn – Funktionsbereiche, deren Wiederherstellung einerseits durch Adaptationsleistungen (etwa durch Familienzusammenführungen oder den Aufbau neuer sozialer Netzwerke) gelingen, in denen psychisches Wohlbefinden jedoch andererseits bei eingeschränkten Bewältigungsmöglichkeiten auch dauerhaft beeinträchtigt bleiben kann (Silove et al., 1997).

Eine in den Niederlanden durchgeführte Studie (Gerritsen et al., 2006) fand in diesem Kontext Zusammenhänge v.a. zum aufenthaltsrechtlichen Status der Flüchtlinge: So lagen die Prävalenzraten anerkannter Flüchtlinge für die PTBS mit 10,6% deutlich unter denen Asylsuchender mit 28,1%, ebenso wie diejenigen für Angst- und depressive Störungen mit 39,4% bzw. 68,1%. Auch für die Länge des Asylverfahrens konnte dabei ein signifikanter negativer Einfluss auf die Gesundheit der Betroffenen nachgewiesen werden: In einer Studie mit irakischen Asylsuchenden in den Niederlanden (Laban, Komproe, Gernaat & de Jong, 2008) zeigten sich für Asylsuchende mit einem längeren Asylverfahren eine signifikant niedrigere Lebensqualität, höhere funktionale Beeinträchtigung und mehr körperliche Beschwerden.

Diese Befunde sind konsistent mit den Ergebnissen einer Metaanalyse bezogen auf ein weltweites Sample aus den Jahren 1959 bis 2002 (Porter & Haslam, 2005): Die Aggregation von 56 Studien (N=67.294) ergab, dass die psychische Gesundheit von Flüchtlingen auch im Vergleich zu Kontrollgruppen, die ebenso Kriegs- und weiteren traumatischen Ereignissen ausgesetzt waren, signifikant stärker beeinträchtigt ist ($d=0,41$). Psychopathologie zeigte sich also auch hier nicht als unvermeidbare posttraumatische Konsequenz akuter Kriegserlebnisse, sondern wurde entscheidend durch den soziopolitischen Kontext der Flüchtlingserfahrung mediiert: So erwies sich die psychische Gesundheit von Flüchtlingen, die dauerhaft in privaten Wohnungen leben durften, als deutlich besser als die derjenigen, die in institutionellen oder temporären Unterkünften untergebracht waren. Auch ökonomische Bedingungen wie der Erhalt des sozioökonomischen Status in Verbindung mit einer Arbeitserlaubnis standen in linearer Beziehung zu besserer psychischer Gesundheit.

2.2.2 *Zum Verlauf psychischer Störungen*

Hinsichtlich des Verlaufs der beschriebenen Störungen verweisen die wenigen vorhandenen Befunde auf eine hohe Chronifizierungsrate: So wurde bei Menschen, die zur Zeit des kambodschanischen Bürgerkrieges in die USA geflohen waren (N= 490) auch zwei Dekaden nach ihrer Flucht mit 62% bzw. 51% noch sehr hohe gewichtete Prävalenzraten sowohl für die PTBS als auch die Major Depression gefunden (Marshall, Schell, Elliott, Berthold & Chun, 2005). Zum Teil scheint sich diese Tendenz auch trotz psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Behandlung zu zeigen: So wiesen beispielsweise in einer in Dänemark durchgeführten Studie (N=45) schwer traumatisierte Flüchtlinge trotz multidisziplinärer Behandlung bestehend aus Psychotherapie, Sozialberatung und z.T. pharmakotherapeutischer Behandlung weder im 9- noch im 23-Monats-Follow-Up klinisch signifikante Verbesserungen der Symptomatik auf (Carlsson, Olsen, Kastrup & Mortensen, 2010). Dies ist konsistent u.a. mit eine

Studie aus Schweden, in der sich für Flüchtlinge aus dem ehemaligen Jugoslawien (N=27) auch drei Jahre nach psychiatrischer Behandlung bezüglich der PTBS keine signifikante Symptomremission feststellen ließ (Kivling-Bodén, 2001).

Dem gegenüber stehen jedoch eine Reihe von Studien zur Wirksamkeit psychotherapeutischer Interventionen auch bei Überlebenden schwerer Menschenrechtsverletzungen. So zeigten sich in einem Review zu 40 Untersuchungen aus dem Zeitraum von 1980 bis 2010 – sowohl randomisierte kontrollierte Studien als auch nicht randomisierte Vergleichsstudien und Follow Ups einzelner Kohorten – in 36 der 40 Studien (90%) nach der Behandlung (sowohl in spezialisierten Behandlungszentren für Folteropfer also auch in Universitätsklinken, psychiatrischen und multidisziplinären Behandlungsangeboten) signifikante Verbesserungen in mindestens einem Outcome-Indikator, so auch in Symptomen der PTBS, der Depression, Angststörungen sowie somatischen Symptomen (McFarlane & Kaplan, 2012).

Zusammenfassend muss diesbezüglich festgehalten werden, dass hinsichtlich der Wirksamkeit bzw. Angemessenheit der verschiedenen therapeutischen Interventionen für die Zielgruppe traumatisierter Flüchtlinge in der Literatur kein Konsens besteht (Crumlish & O'Rourke, 2010; Palic & Elklit, 2011) – das hohe Ausmaß an grauer Literatur, die Unterschiedlichkeit der methodologischen Ansätze wie auch der verschiedenen Zielpopulationen macht eine Interpretation der Wirksamkeitsstudien sehr schwierig (Palic & Elklit, 2011).

2.3 Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen im westlichen Exil

Vor dem Hintergrund der erhöhten Vulnerabilität von Flüchtlingen für die Entwicklung gesundheitlicher und psychosozialer Schwierigkeiten wird in der Literatur entsprechend auch von einem hohen Versorgungsbedarf gesprochen, der z.T. größer, vor allem aber als spezifischer eingeschätzt wird als der anderer Populationen (Maier et al., 2010). Zugleich ist der Forschungsstand zum Bedarf an sowie zum Zugang zur gesundheitlichen Versorgung noch immer unzureichend, insbesondere betreffend der Inanspruchnahme entsprechender Angebote sowie der Barrieren, auf die Flüchtlinge im Gesundheitssystem stoßen (Norredam, 2006). Obwohl einige Forschungsarbeiten durchaus für einen hohen Grad unbefriedigter Bedürfnisse und ungedeckten Unterstützungsbedarfs v.a. in den Schlüsselbereichen Gesundheit, psychische Belastung und Wohnsituation sprechen (McCull & Johnson, 2006; McCrone et al., 2005; Misra et al., 2006; Strijk et al., 2011), gibt es bisher keine validen Instrumente, die spezifisch zur Erfassung der gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse von Flüchtlingen entwickelt wurden (Hollifield, 2002). Noch größere Wissenslücken bestehen in Bezug auf die Perspektive der KlientInnen, ihre Erfahrungen mit Systemen der Gesundheitsfürsorge, ihre Überzeu-

gungen von Gesundheit und Krankheit sowie deren Einfluss auf die Zugänglichkeit von Versorgungsleistungen: Die aktuellen menschlichen Biografien und Stimmen der Flüchtlinge selbst sind mit wenigen Ausnahmen in der gegenwärtigen Forschungslandschaft nicht präsent (Palmer & Ward, 2006).

Eine Reihe der bislang zum Versorgungsbedarf Geflüchteter verfügbaren Studien, soll im Folgenden vorgestellt werden. Die Mehrheit der Untersuchungen nähert sich dem Bedarf der Population dabei z.T. über Fragebogenerhebungen, v.a. mittels des Camberwell Assessment of Need (CAN; Slade, Thornicroft, Loftus, Phelan & Wykes, 1999), einem Fragebogen zur Erhebung des Versorgungsbedarf psychisch schwer erkrankter Menschen im gesundheitlichen und sozialen Bereich, zum großen Teil aber auch über qualitative Interviews mit Flüchtlingen selbst sowie mit AkteurInnen der psychosozialen Versorgung.

2.3.1 Befunde zum Versorgungsbedarf

Als Schlüsselthemen, die von Flüchtlingen selbst als ihre Bedürfnisse und Problemlagen thematisiert werden, wurde über die Studien hinweg ein breites Spektrum klinischer und sozialer Faktoren herausgearbeitet. Der Unterstützungsbedarf im Hinblick auf die Bewältigung psychischer ebenso wie alltagspraktischer Belastungen erwies sich als hochkomplex und in vielen Fällen schwierig zu befriedigen (McColl & Johnson, 2006; McCrone et al., 2005; Strijk et al., 2011).

So wurde im Rahmen einer Untersuchung beim Londoner Community Mental Health Team, welche u.a. mithilfe des CAN Daten sowohl zu klinischen Befunden als auch zur Inanspruchnahme verschiedener Gesundheitsleistungen durch Flüchtlinge (N=104) erhob, verglichen mit der Referenzpopulation ein sehr hohes Maß sowohl absoluter als auch ungedeckter Bedürfnisse im klinischen ebenso wie im sozialen Bereich gefunden (McColl & Johnson, 2006). Im Bereich psychischer Belastung erwies sich der Unterstützungsbedarf in 54% der Fälle als ungedeckt: Das Spektrum der Diagnosen zeigte sich als sehr vielschichtig und wies hohe Komorbiditätsraten auf. Am häufigsten lagen dabei Symptome psychotischer Störungen (53%), der Depression (50%), sowie der PTBS (41%) vor. Psychologische Behandlung sei jedoch nur in sehr wenigen dieser Fälle erfolgt, häufig seien ausschließlich pharmakotherapeutische Interventionen vorgenommen worden, die oftmals nicht zielführend verliefen. Auch im Hinblick auf die körperliche Gesundheit der PatientInnen zeigte sich für 34% der Fälle, dass der Behandlungsbedarf nicht hinreichend durch entsprechende Interventionen befriedigt werden konnte. Der höchste Grad unbefriedigten Bedarfs fand sich in dieser Stichprobe jedoch im sozialen Bereich: für 68% der Fälle ergaben sich unbefriedigte Bedürfnisse im Be-

reich sinnvoller Aktivitäten und stützender sozialer Netzwerke, 58% lebten unter defizitären Wohnverhältnissen meist in temporären Unterkünften, die Verfügbarkeit sozialer Unterstützung erwies sich als stark begrenzt: In fast 50% der Fälle hatten die Betroffenen niemanden innerhalb ihres sozialen Nahraumes, den sie wöchentlich sehen würden.

Auch in einer weiteren Londoner Studie (McCrone et al., 2005), die bei somalischen Flüchtlingen (N=143) die Bedürfnisse im Bereich psychischer Gesundheit, ebenso unter Verwendung des CAN, untersuchte, fand sich für 35% der Fälle ein ebenso hoher wie ungedeckter Behandlungsbedarf.

Um zu spezifizieren, wie Flüchtlinge selbst die konkrete Natur ihrer gesundheitlichen und sozialen Bedürfnisse wahrnehmen und zu welchem Grad sie diese als erfüllt sehen, führte eine weitere Forschungsgruppe zusätzlich zur Fragebogenerhebung mittels des CAN (N=30) acht teilstrukturierte Interviews durch (Strijk et al., 2011). Die Studie fand mit PatientInnen eines auf die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge spezialisierten psychiatrischen Krankenhauses in den Niederlanden statt. Gesundheitliche und soziale Bedürfnisse, die die Teilnehmenden in den Interviews ansprachen, betrafen v.a. Unterstützung beim Umgang mit psychischer Belastung, psychiatrischen Symptomen, traumatischen Erinnerungen und körperlichen Beschwerden, die Unterstützung bei der Bewältigung praktischer Herausforderungen sowie die Bewältigung sozialer Isolation und soziokultureller Schwierigkeiten. Konkret hätten die meisten der befragten PatientInnen dabei über eine hohe psychische Belastung durch intensive Angstgefühle, durch Traurigkeit und die Sorge über die in der Heimat zurückgelassene Familie berichtet, ebenso wie durch Erinnerungen an vergangene Erfahrungen von Krieg, Verfolgung, Folter und sexueller Gewalt, durch Einsamkeit sowie das Gefühl, entwurzelt, verloren und fehl am Platz zu sein.

Darüber hinaus wurden von den Interviewten auch Einschränkungen u.a. durch Schmerzzustände, Müdigkeit, Schlafschwierigkeiten, Appetitverlust sowie körperliche Verletzungen und Folgeschäden erlittener Folter in ihrer Fähigkeit geschildert. Diese würden sie in der Bewältigung alltäglicher Aufgaben behindern und verstärkten damit zugleich das Gefühl sozialer Isolation. Von den AutorInnen wurde entsprechend ein ausgeprägter Zusammenhang körperlicher und psychischer Beschwerden mit einem breiten Spektrum sozioökonomischer Probleme herausgearbeitet: So sei die Mehrheit der Befragten auch hier sozial isoliert in temporären Gemeinschaftsunterkünften untergebracht gewesen, die keinen friedlichen geschützten Raum böten, um zur Ruhe zu kommen. Eine bedeutende Rolle hätte in den Narrationen der Flüchtlinge zudem der Wunsch eingenommen, beim Führen eines „normalen Lebens“, beim Lernen

der Sprache, auf der Suche nach (Aus-) Bildungs- und Arbeitsmöglichkeiten unterstützt zu werden. Im Zusammenhang mit dem Mangel an erfüllenden Aktivitäten, sei hier oft von Grübeleien, verbunden mit Gefühlen, nicht zu genügen, berichtet worden. Diese würden ihrerseits auch körperliche und psychische Beschwerden weiter verstärken.

Hoher Bedarf habe sich auch im Bereich sozialer und emotionaler Unterstützung gezeigt: Infolge des Verlusts von Familienmitgliedern, FreundInnen und sozialer Netzwerke sowie der Trennung von kulturellem Hintergrund, Bräuchen und Gewohnheiten erschien diese im persönlichen Umfeld der Befragten als stark eingeschränkt. Obgleich hier in Verbindung mit der Befürchtung, diskriminiert oder aufgrund von Sprach- bzw. kulturellen Barrieren missverstanden zu werden, starke Ängste berichtet worden seien, Kontakt zu anderen Menschen aufzunehmen, hätten fast alle Befragten zugleich auch ein starkes Bedürfnis geäußert, gehört und von anderen anerkannt zu werden, die eigenen Erlebnisse mit anderen Menschen teilen zu können.

Insgesamt ergab sich damit für die AutorInnen ein Bild, in dem die Erfüllung von Bedürfnissen, die das physische und psychische Wohlbefinden von Flüchtlingen beeinflussen, nicht allein in das Handlungsfeld gesundheitlicher Versorgung im engeren Sinne zu gehören schien.

Geschlechtsspezifische Bedürfnisse

Für Flüchtlingsfrauen wurden über die Studien hinweg darüber hinaus besondere Bedürfnisse geäußert. So wünschten Frauen, die Opfer von Vergewaltigungen oder häuslicher Gewalt wurden, häufig eine Behandlung durch weibliche Beraterinnen und Ärztinnen (Misra et al., 2006; Phillimore, Ergun, Goodson & Hennessy, 2007). Zudem müssten sie im Exil häufig neue Rollen und Verantwortungsbereiche übernehmen und würden durch Barrieren im Zugang zu Bildungsprogrammen zugleich oft in schwachen Positionen gehalten - ihre Bedürfnisse zu identifizieren sei in diesem Zusammenhang insbesondere für Kulturen, in denen traditionell der Mann die sprechende Person ist, besonders schwierig (Burnett & Peel, 2001). Auch im Exil wird ihre Vulnerabilität für insbesondere häusliche Gewalt als erhöht angenommen, da der schützende Zusammenhang der Gemeinschaft weniger stark ausgeprägt und die Angst allein zu sein oft stärker sei, als die davor, in einer gewaltsamen Beziehung verharren zu müssen (Burnett & Peel, 2001; Phillimore et al., 2007).

2.3.2 Aktuelle Versorgungssituation

Trotz des hohen Grades unbefriedigter Bedürfnisse, wie er hier insbesondere für den psycho-

sozialen Bereich beschrieben wurde, spricht die Befundlage dafür, dass für Flüchtlinge oft nur ein unzureichender bzw. inadäquater Zugang zu medizinischer Versorgung besteht (Maier et al., 2010; McColl & Johnson, 2006; Norredam, 2006). Psychische Störungen werden offenbar häufig nicht bzw. falsch diagnostiziert (Maier et al., 2010) und nur ein Bruchteil der untersuchten Individuen scheint psychologische Behandlung in irgendeiner Form zu erhalten (Maier et al., 2010; McColl & Johnson, 2006). So blieb beispielsweise in einer Untersuchung in der Schweiz (Maier et al., 2010) der allgemeine Gesundheitszustand traumatisierter Flüchtlinge (N=78) über die Zeit hinweg beeinträchtigt und instabil, obgleich die Kosten der Gesundheitsversorgung verglichen mit der Durchschnittsbevölkerung durch häufigere Konsultationen signifikant erhöht waren. Spezifische psychiatrische Behandlung habe dabei jedoch nur ein sehr geringer Anteil der PatientInnen wahrgenommen.

Ein europäischer Vergleich aktueller Standards der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende spricht in vielen Ländern für enorme strukturelle Defizite im Eingehen auf die Bedürfnisse dieser besonders schutzbedürftigen Population (Norredam, 2006). So hätten für neueingereiste Flüchtlinge mit Ausnahme Griechenlands zwar alle EU-Länder medizinische Screenings implementiert, psychische Gesundheit wurde dabei jedoch nicht in allen Ländern erfasst. In 43% der Länder, so u.a. auch in Deutschland, bestanden abhängig vom Aufenthaltsstatus rechtliche Beschränkungen im Zugang zur Gesundheitsversorgung – Asylsuchende erhielten hier lediglich die erforderliche Notversorgung. Darüber hinaus fanden sich in der Mehrzahl der Staaten praktische Einschränkungen durch mangelnde Informationsvermittlung über verfügbare Gesundheitsversorgung, durch Sprach- und kulturelle Barrieren sowie strukturelle Beschränkungen des Zugangs durch monatelange Wartezeit, fehlende Finanzierung spezialisierter Rehabilitationszentren und hohe bürokratische Hürden. In den meisten EU-Staaten bestehe demnach die Gefahr einer Akkumulation gesundheitlicher Probleme durch mangelnden Zugang zur Versorgung, einer Chronifizierung des Leides und einer erhöhten finanziellen Belastung der Gesundheitssysteme durch stationäre Behandlungen (Norredam, 2006).

Zur Versorgungssituation in der BRD

Zur Versorgungssituation von Flüchtlingen auf dem Gebiet der BRD existieren bisher keine wissenschaftlichen Studien. Erste Anhaltspunkte bieten neben einschlägigen Gerichtsurteilen, in denen versucht wurde, den Versorgungsbedarf von KlientInnen juristisch einzuklagen, lediglich ExpertInnenberichte aus der Behandlungs- und Betreuungspraxis sowie Stellungnahmen von Nichtregierungsorganisationen, ebenso wie der ÄrztInnen- und PsychotherapeutIn-

nenkammern. Die Europäische Kommission stellte in diesem Zusammenhang in ihrem Bericht zur Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie in den Mitgliedsstaaten bereits im Jahr 2007 fest, dass für Flüchtlinge in Deutschland kein adäquater Zugang zu medizinischer Versorgung bestehe, es insbesondere für Opfer von Folter und Gewalt an besonderer Behandlung mangelte, die Kostenübernahme unzureichend sei und bislang kein Verfahren zur qualifizierten Diagnostik der Behandlungsbedürftigkeit existiere (Europäische Kommission, 2007). Deutschland zählt dabei zur Minderheit der europäischen Mitgliedsstaaten, welche die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen nicht an den Behandlungsstandards für StaatsbürgerInnen ausrichten (Norredam, 2006) und schränkt die entsprechenden Leistungen zeitlich inzwischen von allen EU-Ländern am längsten ein (Bundesärztekammer, 2013). Die rechtliche Grundlage dieser Einschränkungen bilden dabei die §§ 4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (Bundesministerium der Justiz, 1993). Hier wurde gesetzlich festgeschrieben, ob und in welchem Umfang Asylsuchende in Deutschland Leistungen medizinischer Versorgung in Anspruch nehmen können. Im Folgenden werden daher die entsprechenden Regelungen einschließlich ihrer Handhabung in der bundesdeutschen Verwaltungspraxis vorgestellt.

Rechtliche Grundlagen: eingeschränkte medizinische Versorgung nach AsylbLG

Für alle Flüchtlinge, die als AsylbLG-Berechtigte gelten, wird medizinische Versorgung in den ersten 4 Jahren nach ihrer Einreise nach §§ 4 und 6 AsylbLG unmittelbar durch das Sozialamt übernommen. Dies gilt jedoch lediglich für „zur Behandlung akuter Erkrankungen und Schmerzzustände (...) erforderliche Leistungen“ (Bundesministerium der Justiz, 1993, §4 Abs. 1 AsylbLG), wobei „Sonstige Leistungen“, wenn sie „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich“ sind, gewährt werden *können* (Bundesministerium der Justiz, 1993, §6 Abs. 1 AsylbLG). Im Rahmen dieser Kann-Bestimmung sind theoretisch u.a. auch Psychotherapie einschließlich Diagnostik, ärztlicher Aufklärung sowie DolmetscherInnenkosten sowie Heil- und Hilfsmittel wie z.B. Hörgeräte, Brillen, Rollstühle, Physiotherapie oder orthopädische Schuhe erstattungsfähig, ebenso wie Behandlungen chronischer Krankheiten, wenn sie zur Sicherheit der Gesundheit unerlässlich sind (Classen, 2011). Da es sich hier aber um eine Ermessensregel handelt, obliegt die Einschätzung des Behandlungsbedarfs im Einzelfall der zuständigen Behörde (Classen, 2010).

Nach einer Stellungnahme der Bundesärztekammer (2013) werde diese Einzelfallprüfung dabei jedoch in den meisten Fällen durch medizinisch nicht qualifiziertes Verwaltungspersonal durchgeführt, gesundheitliche Risiken würden oft falsch eingeschätzt und indizierte Behandlungen abgelehnt, was in Chronifizierungen und z.T. irreversiblen Beeinträchtigungen

des Gesundheitszustands der Betroffenen resultiere. Fachärztliche Behandlungen würden zudem oftmals erst nach einer Prüfung durch den Amtsarzt bewilligt, so dass notwendige Behandlungen durch das lange Begutachtungsverfahren oft verschleppt würden (Classen, 2010). Zu einer erheblichen Gefährdung der Betroffenen führe darüber hinaus, dass in einigen Gemeinschaftsunterkünften die Heimleitung darüber entscheide, ob einE ÄrztIn konsultiert werden dürfe, oder nicht (Bundesärztekammer, 2013).

Zu den Konsequenzen dieser Verwaltungspraxis berichten auch die Landesflüchtlingsräte von zahlreichen Fällen, in denen nach § 6 AsylbLG theoretisch zwar nicht nur im Falle akuter, sondern auch chronischer Erkrankungen Behandlungen hätten erfolgen müssen, in denen die Ermessensregel jedoch in einer Ablehnung oder aber erheblichen Verzögerung der nötigen Intervention resultierte: So führte die über 15-monatige Wartezeit auf eine Lebertransplantation für einen Flüchtling in Bremen zum Tod, ebenso verstarb 1998 in Thüringen ein Flüchtling nach einer Verschlechterung seiner Krankheit, nachdem der Wachschatz die HeimbewohnerInnen darauf hinwies, dass ein Notarztwagen sie 150 DM kosten würde, so dass dieser letztlich unterblieb (Flüchtlingsrat Berlin, 2012). Auch Heil- und Hilfsmittel zur gesundheitlichen Rehabilitation würden in vielen Fällen nicht bewilligt: so war das Sozialamt Berlin-Charlottenburg im Falle schwerst behinderter Flüchtlingskinder der Auffassung, ihr Antrag auf Rollstühle sei lediglich aus Gründen der Bequemlichkeit erfolgt, ebenso wurde einem schwer hörgeschädigten Kind trotz massiver Sprachentwicklungsverzögerungen das beantragte Hörgerät verweigert (Flüchtlingsrat Berlin, 2012).

All diese Regelungen und Einschränkungen gelten für Asylsuchende auf dem Gebiet der BRD für die ersten vier Jahre nach ihrer Einreise. Für Menschen ohne gültige Aufenthaltspapiere, d.h. insbesondere für ausreisepflichtige Flüchtlinge ohne Duldung bestehen nach Einschätzung der Bundesärztekammer (2013) innerhalb des deutschen Gesundheitssystems de facto keine Behandlungsmöglichkeiten: die im Aufenthaltsgesetz festgeschriebene Meldepflicht des Sozialamts hebele die ärztliche Schweigepflicht faktisch aus und konfrontiere potentielle PatientInnen dadurch bei jedem Arztbesuch mit einer möglichen Abschiebung. Vor diesem Hintergrund erfolge ärztlicherseits ein großer Teil der Behandlungen aus humanitären Gründen ehrenamtlich (Bundesärztekammer, 2013).

Für Menschen, die bereits seit mehr als vier Jahren in Deutschland leben, werden die Leistungen nach AsylbLG an diejenigen der Sozialhilfe, die der gesundheitlichen Versorgung an diejenigen der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) angepasst – die Betroffenen erhalten eine Versichertenkarte (Classen, 2011). Insbesondere betreffend die Kostenübernahme für

Psychotherapien ergeben sich hier rechtlich jedoch neue Problemfelder: Die Beantragung der Therapie selbst kann nun zwar entsprechend dem Verfahren für gesetzlich Krankenversicherte erfolgen, schwierig gestaltet sich jedoch zum einen das Finden geeigneter PsychotherapeutInnen mit Kassenzulassung, zum anderen die Übernahme der zur Behandlung notwendigen DolmetscherInnenkosten, für welche das deutsche Krankenversicherungsrecht keine Grundlage enthalte (Classen, 2010). Die Bundesregierung argumentiert hier in ihrer Antwort auf eine Kleine Anfrage zum geplanten Umgang mit diesem Defizit, dass in der gesetzlichen Krankenversicherung „Deutsch als Amtssprache“ diene und „die dieser Sprache nicht ausreichenden kundigen Versicherten die Übersetzung ihrer in Fremdsprachen vorgetragenen Anliegen (...) auf eigene Kosten zu sorgen haben“ (BT-Drs. 17/13461, 2013, S. 6).

Insbesondere die psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung und Rehabilitation von Flüchtlingen werde in Deutschland vor dem Hintergrund der Schwierigkeiten und Defizite im System der gesundheitlichen Regelversorgung zu großen Teilen durch die 25 Psychosozialen Behandlungszentren für Flüchtlinge und Folteropfer erbracht – diese jedoch könnten nur einen Bruchteil des Behandlungsbedarfs abdecken (Bär, 2011), insbesondere in den ostdeutschen Bundesländern übersteige die Nachfrage nach Beratung und Behandlung die Kapazitäten der Einrichtungen um ein Vielfaches (Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, 2012). Zudem erfolge die Vermittlung an entsprechende Einrichtungen oft zeitlich stark verzögert, wodurch bei einer Vielzahl der Betroffenen die Gefahr einer Chronifizierung der Beschwerden weiter ansteige (Landesärztekammer Baden-Württemberg & Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, 2011).

2.4 Problemfelder bei der Wahrnehmung von Versorgungsangeboten

Die Ursachen für Defizite in der gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden sind empirisch bisher auch außerhalb des deutschsprachigen Raumes nur marginal untersucht worden. Von besonderer Bedeutung ist hier jedoch, dass ein Großteil der verfügbaren Studien vornehmlich über die Perspektive der NutzerInnen der Gesundheitssysteme Zugang zum Feld sucht, also u.a. im Rahmen qualitativer Interviews Flüchtlinge selbst als KlientInnen, oder aber RepräsentantInnen lokaler Flüchtlingsorganisationen, zu Wort kommen lässt.

So wurden beispielsweise zur Analyse der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen im Londoner Bezirk Haringey zehn teilstrukturierte Interviews mit Personen durchgeführt, die in Flüchtlingsorganisationen eine zentrale Position innehatten und dadurch vielschichtige Perspektiven aus den jeweiligen Gemeinschaften berichten konnten (Misra et al., 2006). Die Be-

funde dieser Studie sprechen dafür, dass Flüchtlinge in der Region sowohl im Zugang zu als auch bei der Wahrnehmung von Leistungen gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung mit zahlreichen Schwierigkeiten konfrontiert sind: Beschrieben wurden hier Verzögerungen sowohl in der ärztlichen Grundversorgung als auch bei der Überweisung zu SpezialistInnen, z.T. aufgrund langer Wartezeiten, z.T. jedoch auch, weil Betroffene sich vor dem Hintergrund mangelnden Wissens über das Gesundheitssystem offenbar oft zunächst bei ÄrztInnen bzw. Anlaufstellen vorstellten, die für ihre Problemkonstellation nicht geeignet bzw. nicht zuständig waren. Als besonders bedeutsam erwiesen sich zudem verschiedene sprachliche und kulturelle Barrieren: Inadäquate Übersetzungsleistungen würden häufig zu Missverständnissen und in der Folge z.B. zum Verpassen von Terminen und damit weiteren Verzögerungen führen. Bei vielen KlientInnen v.a. psychologischer Therapien sei außerdem deutlich geworden, dass sie sich eigentlich muttersprachliche TherapeutInnen wünschten, da es ihnen sehr schwer falle, ihre Gefühle über DolmetscherInnen mitzuteilen. Auch Vorbehalte, überhaupt psychosoziale Angebote zu konsultieren, verbunden mit der Angst, für die eigene Hilfsbedürftigkeit stigmatisiert zu werden, wurde von den hier Befragten als Zugangsbarriere beschrieben. Darüber hinaus wurden in dieser Untersuchung über die verschiedenen Flüchtlingsgruppen hinweg starke Variationen in den Konzepten gefunden, welche die Befragten mit psychischen Gesundheit sowie dem Umgang mit Krankheit assoziierten. So sei berichtet worden, dass viele mit psychischen Problemen assoziierte Schwierigkeiten von Betroffenen zum einen lieber im Dialog mit nahestehenden Familienmitgliedern bzw. FreundInnen gelöst würden, zum anderen dass das Reden über Probleme z.T. generell als kontraproduktiv empfunden werde, da es das Erlebte nur reaktualisiere und psychische Belastung damit vielmehr verstärke als reduziere. Vor diesem Hintergrund wurde von den AutorInnen der Studie die Frage aufgeworfen, inwiefern in westlichen Systemen entwickelte therapeutische Interventionen für die Arbeit mit Flüchtlingen überhaupt angemessen seien.

Eine Studie zur Passung wahrgenommener gesundheitlicher Bedürfnisse und aktueller Versorgungsangebote (Lawrence & Kearns, 2005) kam auf Grundlage von insgesamt 21 teilstrukturierten Interviews, sowohl mit RepräsentantInnen von Flüchtlingsgruppen als auch mit MitarbeiterInnen eines lokalen Gesundheitszentrums zu ähnlichen Ergebnissen. Für die VertreterInnen der Flüchtlingsgemeinschaft arbeiteten die AutorInnen sechs Hauptbarrieren heraus: „resettlement issues“, unterschiedliche kulturelle Verständnisse von Gesundheit und Gesundheitssystemen, Misstrauen, Kommunikationsschwierigkeiten, hohe Kosten sowie physische Zugangsbarrieren im Sinne der räumlich-geographischen Erreichbarkeit der jeweiligen Angebote. Auch in dieser Studie konnte rekonstruiert werden, dass fehlende Informationen

über das Gesundheitssystem, die Praxis der Terminvergabe, der Wartelisten sowie der Überweisung und Vermittlung in spezialisierte Versorgung oftmals zu Missverständnissen bei sowie Verzögerungen von Behandlungen führten. Ebenso zeigten sich die bereits beschriebenen Unterschiede zu westlichen Konzepten von Gesundheit und Krankheit. Als von besonderer Relevanz stellten sich für die AutorInnen dieser Studie zudem Schwierigkeiten beim Aufbau eines Vertrauensverhältnisses heraus. So sei für Flüchtlinge aus Kriegsgebieten berichtet worden, sie hätten gelernt, niemandem mehr vertrauen zu können: Ihr Vertrauen in andere sei sowohl durch vergangene Erfahrungen im Heimatland und auf der Flucht als auch aktuell durch Machtsituationen, welche die Betroffenen von existentiellen Entscheidungen über ihr eigenes Leben ausschlossen, dauerhaft zerstört worden. Vor allem in kleineren Flüchtlingsgemeinschaften und insbesondere in Anwesenheit von Personen derselben Kultur, wie DolmetscherInnen es oft seien, würde es ihnen folglich schwer fallen, über persönliche Angelegenheiten zu sprechen.

Eingebettet in ein gemeindenahes Forschungsprojekt zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen in der Region Birmingham wurden in einer weiteren Studie 138 Interviews mit in der Region lebenden Flüchtlingen geführt (Phillimore et al., 2007). Die AutorInnen ergänzten den Interviewkorpus zusätzlich um einen durch 17 Fallstudien von Flüchtlingen, welche die diagnostischen Kriterien einer psychischen Störung erfüllten, zum anderen durch 15 Interviews mit MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens. Insbesondere im Hinblick auf Schwierigkeiten bei der Vertrauensbildung, aber auch betreffend die Verfügbarkeit von Informationen über das Gesundheitssystem sind die Ergebnisse dieser Untersuchung weitgehend konsistent mit den bereits beschriebenen Befunden. Zusammenfassend stuft die Forschungsgruppe die lokalen Unterstützungsleistungen als für die komplexen Bedürfniskonstellationen der Flüchtlinge deutlich unzureichend ein. So hätte sich gezeigt, dass der Großteil der befragten Flüchtlinge nicht wusste, dass und wie sie neben medikamentöser Behandlung überhaupt adäquate Unterstützung erhalten könnten: 18,8% der Interviewten seien davon ausgegangen, es gebe keine spezialisierten Angebote für Flüchtlinge mit psychischen Problemen, 38,5% dachten, vorhandene Angebote seien qualitativ nicht gut, viele würden ferner die Antizipation sprachlicher oder kultureller Schwierigkeiten davon abhalten, Hilfe zu suchen. Insgesamt wurde hier ein hohes allgemeines Misstrauen gegenüber Hilfsangeboten herausgearbeitet. Quellen emotionaler, psychologischer und finanzieller Unterstützung schienen für die Befragten dieser Studie weniger institutionalisierte Hilfs- und Versorgungsangebote als vielmehr ethnische und in geringerem Ausmaß auch Glaubensgemeinschaften zu sein: Hier würden Informationen betreffend den Zugang zu unterschiedlichen Ressourcen verbreitet, Erfahrungen geteilt und

damit zugleich Gefühle der Isolation und Einsamkeit minimiert.

Eine Studie zu den Schwierigkeiten, auf die Flüchtlinge im Zugang zum Gesundheitssystem treffen sowie den Herausforderungen, mit denen sich MitarbeiterInnen des Gesundheitswesens in der Arbeit mit Flüchtlingen konfrontiert sehen (McKeary & Newbold, 2010), fand betreffend Sprach- bzw. Übersetzungsproblemen, Schwierigkeiten bei der Vertrauensbildung sowie kulturellen Faktoren ähnliche Ergebnisse wie die bereits beschriebenen Erhebungen, zeigt darüber hinaus jedoch auch eine Reihe weiterer Barrieren auf. Durchgeführt und diskursanalytisch ausgewertet wurden 14 teilstrukturierte Interviews – hier lediglich mit MitarbeiterInnen des Gesundheits- und Sozialwesens, nicht mit Flüchtlingen selbst als NutzerInnen der Versorgungsangebote. Als wiederkehrendes Thema hätte sich hier die fehlende oder zeitlich stark verzögerte Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten durch Wartelisten und Aufnahmestopps infolge eines Mangels an Ressourcen innerhalb der psychosozialen Versorgung gezeigt – insbesondere für Personengruppen, die auf der Suche nach ÄrztInnen des gleichen Geschlechts, des gleichen sprachlichen, ethnischen oder kulturellen Hintergrundes gewesen seien. Als zentrales Problemfeld wurden in diesem Zusammenhang darüber hinaus Diskontinuitäten und unterschiedliche Vorerfahrungen in der Versorgungsgeschichte von KlientInnen benannt: So wurde berichtet, die meisten KlientInnen hätten im Heimatland, in Flüchtlingscamps und letztlich am derzeitigen Aufenthaltsort sehr unterschiedliche Ebenen, Arten und Zugänglichkeiten gesundheitlicher Versorgung erlebt. Vor dem Hintergrund des Mangels an ÄrztInnen, die neue KlientInnen akzeptierten, würden sie auch hier oft mehrmals weiterverwiesen, so dass sie innerhalb begrenzter Zeitfenster immer wieder neu ihre Geschichte erzählen müssten. Die interviewten BehandlerInnen hätten dies als assoziiert mit einem Unbehagen bzw. einer Überdrüssigkeit auf Seiten ihrer KlientInnen beim Erzählen der eigenen Geschichte wahrgenommen. Als weitere Barriere im Zugang zur Gesundheitsversorgung arbeiteten die AutorInnen ferner die sozial und kulturell isolierte Position heraus, in der Flüchtlinge sich häufig befänden. So fehlten v.a. Frauen und bestimmten ethnischen Gruppen, die ohne bereits etablierte Flüchtlingsgemeinschaften und Unterstützungsnetzwerke eingereist waren, oftmals das Wissen über verfügbare Angebote, Regeln und Prozesse, die in vorhandenen Gemeinschaften den Zugang zu Unterstützungsangeboten erleichterten.

Wahrgenommene Barrieren aus der Perspektive von BeraterInnen

Über die Studien hinweg zeichnet sich eine Situation ab, in der auch BeraterInnen in ihrem Bemühen, den Bedürfnissen von Flüchtlingen und Asylsuchenden effektiv und kultursensibel gerecht zu werden, mit einer Vielzahl an Herausforderungen konfrontiert sind: Innerhalb ein-

geschränkt finanzierten Arbeitsumgebungen begegnen sie offenbar einem komplexen und über verschiedene KlientInnengruppen stark variierendem Spektrum hoher, langandauernder, schwierig zu befriedigender und oft bisher unbekannter Bedürfniskonstellationen, von denen einige zwar nicht in ihren, d.h. medizinischen bzw. psychosozialen Aufgabenbereichen lagen, sich aber dennoch stark auf die gesundheitliche Situation ihrer KlientInnen auswirken (Burnett & Peel, 2001; Misra et al., 2006).

Viele BeraterInnen kritisierten dabei den Mangel an kultursensibler Ausbildung, die Unangemessenheit des hochstrukturierten westlichen Gesundheitssystems sowie der etablierten westlichen Behandlungsmodelle (Lawrence & Kearns, 2005; Misra et al., 2006). Kulturelle Unterschiede und Erwartungen sowie Kommunikationsschwierigkeiten führten in diesem Zusammenhang häufig zu Unsicherheiten und Missverständnissen insbesondere angesichts sensibler Themen (Misra et al., 2006).

Darüber hinaus machten es bürokratische Schwierigkeiten sowie zeitlich und personell begrenzte Ressourcen schwer, der Nachfrage nach Behandlung gerecht zu werden. Die Zeitfenster, die es brauche, um KlientInnen kennenzulernen, ihre medizinische Geschichte zu rekonstruieren und Vertrauen aufzubauen reichten oft nicht aus und setzten viele BeraterInnen stark unter Druck (Lawrence & Kearns, 2005).

3 Fragestellung

Die übergeordnete Fragestellung dieser Arbeit untersucht, mit welchen Barrieren sich Flüchtlinge, die in Deutschland Schutz suchen, im Zugang zu Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen der gesundheitlichen Versorgung und dabei insbesondere professioneller psychosozialer Unterstützung konfrontiert sehen.

Die Befundlage zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen im westlichen Exil weist über verschiedene Aufnahmeländer hinweg darauf hin, dass die Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgung durch diese Population von verschiedenen praktischen, sprachlichen und (sozio-)kulturellen Faktoren beeinflusst wird (Lawrence & Kearns, 2005; McKeary & Newbold, 2010; Misra et al., 2006). Ob und inwiefern die in der Literatur beschriebenen Schwierigkeiten jedoch auch für das Versorgungsgebiet der BRD relevant sind und welche spezifischen Problemkonstellationen sich für Flüchtlinge im deutschen Gesundheitssystem ergeben, wurde bisher nicht erforscht. ExpertInnenberichte verweisen allerdings darauf, dass sich die besonderen rechtlichen Rahmenbedingungen, unter denen die Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland stattfindet, auf die Versorgungspraxis auswirken (Bundesärztekammer, 2013; Classen, 2010).

Vor diesem Hintergrund soll die vorliegende Arbeit untersuchen, durch welche Barrieren sich Flüchtlinge als NutzerInnen des Gesundheitssystems bei der Inanspruchnahme gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung behindert fühlen. Forschungsgegenstand sollen entsprechend die Perspektiven der Subjekte selbst, d.h. ihre Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem, ihre subjektiven Sichtweisen auf Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme sowie ihre Handlungsstrategien im Umgang mit wahrgenommenen Barrieren sein. Konkret soll dabei analysiert werden, durch welche Mechanismen sich die Verfügbarkeit, die Zugänglichkeit, die Erreichbarkeit bzw. die wahrgenommene Angemessenheit von Versorgungsangeboten für sie beeinflusst zeigt, wie die AkteurInnen sie interpretieren und bewältigen.

Als Heuristiken bei der Konzeption, Durchführung und Auswertung der Untersuchung sind dieser Fragestellung dabei folgende Forschungsfragen untergeordnet:

- Sind für Flüchtlinge Versorgungsangebote verfügbar, die auf ihre Behandlungs- und Unterstützungsbedürfnisse reagieren? Durch welche Faktoren wird die Verfügbarkeit entsprechender Angebote beeinflusst? Wie erhält man relevante Informationen über Unterstützungsangebote?
- Wie genau gestaltet sich der Zugang zu diesen Angeboten? Wie klar sind Zugangsw-

ge und -regeln? Welche Schwierigkeiten werden im Zugang wahrgenommen?

- Wie werden Erfahrungen mit psychosozialer und psychotherapeutischer Unterstützung, medizinischer und psychiatrischer Versorgung erlebt und bewertet?
- Wodurch entstehen im Behandlungssetting Missverständnisse oder Schwierigkeiten, Verzögerungen, Unterbrechungen bzw. Abbrüche von Behandlungen?
- Was kann zum Abbau von Barrieren bei der Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten getan werden?

Da der Gegenstand dieser Untersuchung bislang jedoch kaum erforscht und damit theoretische Begrifflichkeiten und Konstrukte noch wenig entwickelt sind, soll der Forschungsprozess offen und explorativ gestaltet werden. Die aufgeführten Forschungsfragen stellen damit lediglich einen Rahmen dar, in dem die Befragten die für sie relevanten Inhalte zum Ausdruck bringen und ihre subjektiven Sichtweisen in konkreten sozialen Kontexten und Interaktionen darstellen können.

4 Methodik

Im Folgenden wird der methodologische und methodische Zugang zum Forschungsgegenstand (4.1) einschließlich der Konzeption des Forschungsprozesses (4.2) dargestellt und begründet. Im Hinblick auf das methodische Vorgehen bei der Konzeption (4.3), Durchführung (4.4) und Auswertung (4.5) der Untersuchung soll dabei im Detail auf die Wahl des Erhebungsinstruments, die Konstruktion des Interviewleitfadens, den Zugang zum Feld, die Auswahl und Akquise der GesprächspartnerInnen, die Durchführung der Interviews sowie die Auswertungsstrategien im Rahmen ihrer Analyse und Reflexion eingegangen werden.

4.1 Methodologische Grundlagen und Vorentscheidungen

Vor dem Hintergrund ihrer Fragestellung sowie der damit verbundenen Charakteristika ihres Forschungsgegenstandes wurde diese Arbeit methodisch im Rahmen eines qualitativen Forschungsparadigmas durchgeführt, d.h. über einen verstehenden, rekonstruktiven Zugang, der den lebensweltlichen Kontext der Zielpopulation ebenso berücksichtigt wie die subjektiven Bedeutungen, die mit den zu untersuchenden Phänomenen assoziiert werden (Flick, von Kardorff & Steinke, 2012).

Quantifizierende Datenerhebungs- und -analysestrategien erschienen hier aus mehreren Gründen wenig zielführend: Zum einen existieren für die konkrete Zielpopulation im Forschungsfeld der gesundheitlichen Versorgung über einige wenige Studien hinaus empirische Befunde weder zu Bedarf und Inanspruchnahme, noch zur Zugänglichkeit und Qualität von Versorgungsleistungen. Zum anderen bezieht sich die Versorgungsforschung im Allgemeinen per definitionem auf ein Praxisfeld, beansprucht u.a. PatientInnenorientierung und Alltagsorientierung - muss in diesem Zusammenhang also auch die vielschichtigen Perspektiven der involvierten AkteurInnen selbst auf Versorgungsprobleme integrieren (Pfaff, Neugebauer, Glaeske & Schrappe, 2010). Insbesondere für die Untersuchung schwer erreichbarer Zielpopulationen wird hier ein vermehrter Einsatz qualitativer Forschungsstrategien empfohlen (Meyer et al., 2012; Pfaff et al., 2010). Auch in der Literatur zur psychischen Gesundheit von Flüchtlingen und Überlebenden aus Kriegs- und Krisengebieten werden diese von einigen AutorInnen insofern als geeignet bewertet, als dass sie kultursensibel und damit valide in der Lage sind, diejenigen Problembereiche zu erfassen, die für die jeweilige Population von primärer Bedeutung sind (Miller et al., 2006; Ryan, Dooley & Benson 2008).

Ein so konzipiertes subjektorientiertes Vorgehen versteht sich dabei jedoch nicht als Selbstzweck, sondern fungiert in der qualitativen Sozialforschung vielmehr als Basis der

Entwicklung gegenstands begründeter Theorie (Flick et al., 2012) – ein Anspruch, der seinerseits nicht mit der bloßen Rekonstruktion der Perspektiven Befragter realisierbar sei, sondern ein Verständnis ihrer Kategorien vor dem Hintergrund spezifischen theoretischen Wissens über das Forschungsfeld wie auch der jeweils eigenen Kategorien der Forschenden (Meinefeld, 2012) erfordere. In diesem Zusammenhang geht die Literatur von einer Differenz aus „zwischen dem Sinn, den Forschende einbringen, und dem Sinn, den Befragte verleihen“ (Helfferich, 2005, S. 22). Letzterer wird hier also nicht als objektiv gegeben, sondern vielmehr als im Interaktionsprozess zwischen Befragten und Befragenden konstruiert verstanden, soziale Realität als Forschungsgegenstand entsprechend per definitionem als bereits interpretierte und intersubjektiv hergestellte Wirklichkeit. Vor diesem Hintergrund sei das Vorwissen der Forschenden zum einen in Form allgemein-theoretischer und gegenstandsbezogener, zum anderen aber auch alltagsweltlicher Konzepte eben gerade nicht auszublenden, sondern bewusst zu machen und methodisch zu reflektieren (Meinefeld, 2012) – sowohl hinsichtlich der Informationen über den Entstehungskontext der Daten, d.h. über die Interviewsituation als solche, als auch über den Entstehungskontext der Interpretation, d.h. über die Verstehensprozesse der Forschenden (Helfferich, 2005).

Subjektivität kann demnach nicht - wie es in der empirischen Sozialforschung häufig vorgenommenen - als Störvariable konzipiert bzw. als Fehlervarianz eliminiert werden, sondern sind als Quelle der Entwicklung und Reflexion von Erkenntnisperspektiven zu berücksichtigen, damit nicht als Charakteristika des Forschungsgegenstände erscheint, was faktisch Resultat der Entscheidungen, Deutungs-, Aushandlungs- und Interaktionsprozessen im Forschungsprozess ist (Mruck & Breuer, 2003). Konkret solle dabei die mit der Person der Forschenden verbundene Subjektivität produktiv nutzbar gemacht werden, indem Vorwissen und –erfahrungen, Interessen, Werthaltungen und Vorurteile dokumentiert und als heuristische Struktur in ihrem Einfluss auf die Erhebung und Analyse der Daten kontinuierlich reflektiert würden (Breuer, Mey & Mruck, 2011).

4.2 Konzeption des Forschungsprozesses: *Grounded Theory*

Vor diesem Hintergrund wurde der gesamte Forschungsprozess angelehnt an die Prinzipien der Grounded Theory konzipiert. Vorgegangen wurde dabei weitestgehend entsprechend der Konzeption von Glaser & Strauss (1998), insbesondere betreffend den Prozess des Kodierens jedoch auch orientiert an der Modifikation von Strauss und Corbin (1996). Die Grounded Theory gilt als ein Verfahren zur gegenstands begründeten und datenverankerten Theoriebildung, d.h. sie stellt eine Heuristik zur regelgeleiteten, kontrollierten und prüfaren Entwick-

lung von Theorie aus dem empirischen Material dar (Mey & Mruck, 2011). Damit bildet sie einen Rahmen nicht allein für die Analyse und Interpretation der Daten, sondern für die Planung, Durchführung und Auswertung des gesamten Forschungsprozesses - von der Entwicklung der Fragestellung bis hin zur Darstellung und Diskussion der Ergebnisse (Böhm, 2000).

Datenerhebung und -analyse werden dabei nicht gemäß des weitverbreiteten sequentiellen Vorgehens als nacheinander stattfindende, separate Forschungsphasen begriffen, sondern im Rahmen eines permanenten Alternierens zwischen der Arbeit im Feld und deren Auswertung im Sinne eines hermeneutischen Zirkels (Hildenbrand, 2012) miteinander verschränkt (Mey & Mruck, 2010). Im Ergebnis wird im Idealfall eine gegenstandsverankerte Theorie begrenzter Reichweite herausgearbeitet, welche Hypothesen enthält, die wiederum an neuem empirischen Material überprüft werden können (Böhm, 2000).

Die Grundlagen des beschriebenen Prozesses sollten dabei die Arbeitsschritte der Konzeptbildung, der permanente Vergleichsprozesse sowie des Memoing bilden (Mruck & Mey, 2009).

Konzeptbildung

Im Sinne eines Konzept-Indikator-Modells gelten empirische Ereignisse, d.h. einzelne Textstellen bzw. Interviewpassagen dabei als Indikatoren für dahinter liegende Phänomene, die im Prozess des Kodierens begrifflich bezeichnet werden: Einer Textstelle werden dabei ein oder mehrere Codes zugeordnet, so dass über die zugeordneten Textstellen jeder Kode auf Phänomene des Forschungsgegenstandes verweist (Mruck & Mey, 2009). Jeder Kode benennt dabei ein hinter den einzelnen empirischen Phänomenen liegendes Konzept, verschlüsselt bzw. übersetzt also empirische Daten in theoretische Begriffe (Böhm, 2000). Mit dem Ziel einer fortlaufenden Verdichtung des theoretischen Gehalts der empirischen Daten erfolgt das Kodieren dabei zunächst sehr offen und detailreich in Form eher datennaher Codes, später konkretisierter und bezogen auf größere Analyseeinheiten im Rahmen der Bildung abstrakterer, ausdifferenzierterer Kategorien. Auch zu späteren Zeitpunkten des Kodierprozesses wird sich jedoch immer wieder zurück zu den Daten bewegt, um die vorläufig konstruierten Konzepte und Kategorien anhand des empirischen Materials zu überprüfen (Mruck & Mey, 2009). Der Kodierprozess sollte dabei iterativ-hierarchisch ablaufen, d.h. spiralförmig im Rahmen unterschiedlicher idealtypischer Kodieroperationen (vgl. 4.5) wiederholt werden, um der Theorie stückweise näher zu kommen (Berg & Millmeister, 2007). Er wird fortgeführt, bis ein ausreichender Grad „theoretischer Sättigung“ erreicht ist (Glaser & Strauss, 1998). Der Begriff der Sättigung ist hier jedoch als relativ, die Analyse als nur vorläufig vor dem Hintergrund der

nach der Fragestellung ausgewählten Analyseaspekte beendet zu begreifen (Berg & Millmeister, 2007).

Permanenter Vergleich

Als wichtigster Arbeitsschritt im Verlauf dieses Prozesses wird in der Literatur die Methode des permanenten Vergleichs beschrieben, d.h. die Suche nach Ähnlichkeiten und Unterschieden im Sinne eines kontinuierlichen Kontrastierens der Daten miteinander sowohl auf Ebene der Fallauswahl, des „theoretical samplings“ (Glaser & Strauss, 1998), als auch bezogen auf die entwickelten Codes und Kategorien (Mey & Mruck, 2010). Zu bilden gelte es dabei maximale und minimale Kontraste, erstere zur Explikation der Breite der jeweiligen Phänomene auf Basis unterschiedlicher Ausprägungen, letztere, um anhand der Gemeinsamkeiten Kategorien zu verfeinern, auszudifferenzieren und auf ihren Sättigungsgehalt zu prüfen (Mey & Mruck, 2010).

Memoing

Die Dokumentation und fortlaufende Weiterentwicklung von Memos auf Grundlage von Kodenotizen sowie der Zusammenhänge der entwickelten Konzepte und Kategorien verfolgt das Ziel einer Distanzierung vom empirischen Material (Berg & Millmeister, 2007). Zum einen soll so über eine rein deskriptive Datenanalyse hinaus (Böhm, 2000) im Dialog mit den Daten auch die Bedeutung bzw. der subjektive Sinn der einzelnen Textsegmente erschlossen werden, zum anderen sichere diese Form theoretischer Bewusstheit und Sensibilität die Methodentransparenz und damit die Nachvollziehbarkeit des Forschungsprozesses (Berg & Millmeister, 2007). Konkret sollten dabei Memos zu theoretischen (Vor-)Überlegungen, zum Theoriebildungsprozess, zur Planung der Untersuchung, zu Auswertungsstrategien, methodischen Entscheidungen sowie Modifikationen im Verlauf des Forschungsprozesses (Mey & Mruck, 2010) verfasst werden.

Im Hinblick auf die dargestellten Grundprinzipien und konkreten Forschungsstrategien der Methode erscheint eine Analyse des in dieser Arbeit untersuchten Forschungsgegenstandes orientiert an der Grounded Theory insofern als geeignet, als dass diese durch den Anspruch der direkten Realitätsanbindung, des permanenten Vergleich des Datenmaterials und der fortlaufenden Reflexion theoretischer Konzepte auch in bisher wenig erforschten Gegenstandsbereichen mit wenig umfangreichem Datenmaterial in relevanten Ausschnitten der interessierenden Lebenswelten zu gegenstandsgetreuer Theorie führen kann (Glaser & Strauss, 1998).

4.3 Konzeption der Datenerhebung

4.3.1 Erhebungsinstrument: Das Problemzentrierte Interview

Die Wahl der hier angewandten Interviewform erfolgte nach Maßgabe der Gegenstandsangemessenheit (Helfferich, 2005) zugunsten flexibel einsetzbarer teilstrukturierter Interviews. Mit ihrer Hilfe sollten die für die Fragestellung relevanten themenspezifischen Aspekte - d.h. die Erfahrungen der Betroffenen im Hinblick auf die erlebten Barrieren – fokussiert über den Interviewleitfaden erfasst und zugleich Raum gegeben werden für eine offene, differenzierte Exploration ihrer subjektiven Interpretations- und Bewältigungsmuster (Hopf, 2012). Auf diese Weise sollten multiple Wirklichkeitskonstruktionen erfragt und im Kontext ihrer Alltagserfahrung mit dem Versorgungssystem untersucht werden können.

Als besonders geeignet erschien dabei das problemzentrierte Interview nach Witzel (2000), das sowohl im Erhebungs- als auch im Auswertungsprozess zwischen der deduktiven, theoriegeleiteten Logik stark leitfadenorientierter und der induktiven, offenen Logik unstrukturierter Interviews vermittelt. Orientiert an klientInnenzentrierten Gesprächstechniken kann der Interviewende dabei seine Gesprächstechniken abhängig von Redefluss und Reflexivität der Interviewten eher an deren Narrationen orientieren oder aber stärker unterstützend auf das Problem fokussieren und den Dialog präziser auf den Forschungsgegenstand zuspitzen. Als Instrumente zur Realisierung und Unterstützung des problemzentrierten Interviews beschreibt Witzel u.a. den Interviewleitfaden, einen Kurzfragebogen, die Aufzeichnung und Transkription des Gespräches sowie die Anfertigung eines Postskriptums im direkten Anschluss an das Interview. Diese wurden mit Ausnahme des Kurzfragebogens, der insofern nicht notwendig erschien, als dass die für die Fragestellung relevanten Informationen wie Alter, Beruf, Aufenthaltsstatus etc. für die Befragten bereits bekannt waren, auch in der vorliegenden Untersuchung angewandt.

4.3.2 Leitfadenkonstruktion

Die Erstellung des Interviewleitfadens erfolgte nach dem von Helfferich (2005) empfohlenen SPSS-Prinzip über die Arbeitsschritte des „Sammelns“, „Prüfens“, „Sortierens“ und „Subsumierens“. Es wurde zunächst sehr frei und unzensiert eine Liste möglichst vieler verbunden mit dem Forschungsgegenstand interessierender Fragen zusammengestellt. Diese wurden in einem nächsten Schritt vor dem Hintergrund des Vorwissens und des Prinzips der Offenheit kritisch geprüft, entsprechend reduziert und inhaltlich strukturiert. Das Vorwissen zum Forschungsfeld leitete sich dabei sowohl aus der Reflexion theoretischer und empirischer For-

schungsergebnisse als auch aus Praxiserfahrungen und –diskussionen im Bereich der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen ab. In einem nächsten Schritt erfolgte die Zuordnung der verbliebenen Fragen zu folgenden drei übergeordneten Themenblöcken:

1. Bedürfnisse, Zugangswege und Einschränkungen im Zugang zur Versorgung
2. Erfahrungen mit Behandlungs- und Unterstützungsangeboten
3. Wünsche, Veränderungsmotivation und Perspektiven

Für jeden dieser Themenblöcke wurde schließlich eine Leitfrage generiert - in Form einer einfachen Erzählaufforderung, die es zugleich erlauben sollte, alle in den Einzelfragen angesprochenen Aspekte so zu subsumieren, dass möglichst viele Informationen zum interessierenden Forschungsgegenstand von selbst angesprochen werden konnten. Die der Erzählaufforderung untergeordneten Fragen fanden entsprechend lediglich stichwortartig als Gedächtnisstütze Eingang in den Leitfaden. Mit ihrer Hilfe konnte im Verlauf des Gesprächs überprüft werden, ob alle relevanten Aspekte bereits angesprochen wurden oder aber einzelne Themenbereiche noch konkreterer Nachfrage bedürfen.

Der so konstruierte Leitfaden wurde nach dem ersten Interview noch einmal kritisch insbesondere auf seinen Umfang geprüft und einhergehend mit einer Fokussierung der Fragestellung überarbeitet. Die finale Version des Leitfadens befindet sich im Anhang dieser Arbeit (Anhang A: Leitfaden).

4.4 Durchführung der Erhebung

4.4.1 Zugang zum Feld

Der Zugang zum Forschungsfeld erfolgte über eine Psychosoziale Beratungs- und Behandlungsstelle, die mir aus einem Praktikum sowie der anschließenden Tätigkeit als Co-Therapeutin in einem gruppentherapeutischen Angebot der Einrichtung vertraut ist. Mit ihren MitarbeiterInnen stehe ich nach wie vor in Kontakt, da ich im Zuge meiner Tätigkeit für eine andere Organisation, die sich mit der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen auf bundesweiter Ebene befasst, dreimal wöchentlich im gleichen Gebäude arbeite. Die Akquise von InterviewpartnerInnen erfolgte über die Sozialarbeiterin der Beratungsstelle als Schlüsselperson. Zum Teil wurden mir, befand ich mich zum entsprechenden Zeitpunkt in den Räumlichkeiten der Einrichtung, potentielle InterviewpartnerInnen direkt vorgestellt, so dass bereits Fragen zum geplanten Interview besprochen und gemeinsam ein Termin vereinbart werden konnte, z.T. übernahm die Sozialarbeiterin das Informationsgespräch sowie die Terminver-

einbarung. Den interessierten Personen wurden in diesem Rahmen der Informationsbogen sowie ein Terminzettel der Einrichtung, versehen mit Datum, Uhrzeit und meinem Namen ausgehändigt.

Trotz meiner Nähe zur Einrichtung war mir keine/-r der Befragten zuvor bekannt, ich selbst als Interviewerin wurde jedoch von den meisten Interviewten als Mitarbeiterin der Organisation wahrgenommen. Die Ambivalenz dieser Gesprächskonstellation wird im letzten Kapitel dieser Arbeit diskutiert (vgl. 6.3.1).

4.4.2 *Sampling: Die InterviewpartnerInnen*

Nach den Prinzipien der Grounded Theory sollte das Sampling der InterviewpartnerInnen orientiert an den Kriterien zum einen der Heterogenität der Stichprobe zum anderen der theoretischen Relevanz und Intention (Glaser & Strauss, 1998) weitgehend unabhängig von äußeren Zwängen erfolgen. Vor diesem Hintergrund wurde die Sozialarbeiterin der Beratungsstelle, vertraut mit den Biographien und Erfahrungen ihrer KlientInnen, über die Fragestellung informiert und darum gebeten, möglichst typische Fälle, die zudem möglichst verschiedene Facetten des Zugangs und der Inanspruchnahme psychosozialer Versorgung abbildeten, zu vermitteln.

Im Folgenden wird die konkrete Samplingstrategie vor dem Hintergrund der Biographien und Erfahrungen der InterviewpartnerInnen dargelegt. In einem ersten Schritt erfolgt dabei eine kurze Vorstellung der befragten Personen. Alle Namen sowie Angaben zum exakten Alter der Interviewten einschließlich des Alters ihrer Familienangehörigen wurden dabei anonymisiert:

Tamila Bogdanova, eine 30-jährige Frau aus der Republik Dagestan lebt seit ihrer Flucht vor fast zwei Jahren mit ihrem achtjährigen Sohn in einer deutschen Großstadt. Auch ihr jüngerer Bruder sei in dieser Stadt wohnhaft, ihre Schwester hingegen habe man entgegen ihres Wunsches in ein anderes Bundesland verteilt. Eine Familienzusammenführung sei durch die zuständige Behörde abgelehnt worden. Frau Bogdanova hat Medizin studiert und die ärztliche Grundausbildung abgeschlossen, könne aktuell in Deutschland allerdings keiner Arbeitstätigkeit nachgehen. Ihr Asylantrag wurde in erster Instanz abgelehnt, Informationen zum Stand des Klageverfahrens in Reaktion auf diese Entscheidung waren zum Zeitpunkt des Interviews nicht bekannt. Das Gespräch mit Frau Bogdanova gestaltete sich zu Beginn noch eher angespannt, entwickelte sich jedoch recht schnell in Richtung einer gelösteren Atmosphäre, in der sie sich immer stärker öffnete. Stellenweise entstand vor dem Hintergrund ihrer z.T. starken

Verzweiflung, die sie angesichts ihrer Misserfolgserfahrungen auf dem Weg durch das Gesundheitssystem berichtete, eine sehr bedrückende Gesprächsatmosphäre, u.a. damit verbunden, dass auch die Interviewerin im Kontext dieser Untersuchung keine Hilfsangebote machen, sondern lediglich ein Interview mit ihr führen konnte. Gegen Ende des Gespräches zeigte sich diese Stimmung jedoch als aufhellbar, die Interviewpartnerin ließ ein klares Bewusstsein für ihre Bewältigungsressourcen erkennen und meinte, sie fühle sich nun nach dem Interview besser, da sie sich „ausgeweint“ und „ausgesprochen“ habe.

Esidat Isakova, eine 19-jährige Frau aus Tschetschenien lebt seit einem Jahr und vier Monaten in einer Gemeinschaftsunterkunft derselben deutschen Großstadt wie Frau Bogdanova. Nach der Trennung von ihrem Mann lebe sie nun zusammen mit ihrer Schwester, die unter einer starken Behinderung sowie schweren psychischen Störungen leide und vollständig von ihrer Fürsorge abhängig sei. Ihre Mutter sei seit Anfang des zweiten Tschetschenienkrieges spurlos verschwunden, ihr Vater, Aslan Isakov, der dritte Interviewpartner dieser Studie, sei in eine entlegene Ortschaft eines ostdeutschen Bundeslandes verteilt worden. Die Familienzusammenführung wurde in erster Instanz abgelehnt, sie habe jedoch Hoffnung, sie mit juristischer Unterstützung doch noch erwirken zu können. Einen Beruf habe sie in Tschetschenien nicht gelernt, nachgegangen sei sie dort verschiedenen Beschäftigungen als Haushaltshilfe. Zum Zeitpunkt des Interviews verfügte Frau Isakova über eine Aufenthaltsgestattung zur Durchführung des Asylverfahrens. Insgesamt erschien Frau Isakova während des Interviews als eine durch die hohe Verantwortung für die kranke Schwester sowie die offenbar geringe soziale Unterstützung zwar sehr belastete, aber dennoch hartnäckige junge Frau. Ambivalent erschien das Interview mit ihr sowohl der Interviewerin als auch dem Dolmetscher retrospektiv hinsichtlich ihrer Teilnahmemotivation: So fragte sie mehrfach nach, ob die Interviewerin ihr nicht dabei helfen könne, einen Psychotherapeuten zu finden, erkundigte sich während des Gesprächsabschlusses noch einmal, ob ihr das Gespräch etwas bringen könne und schien trotz vorheriger Aufklärung enttäuscht zu sein, dass das Interview hier keine Beratungsfunktion haben konnte.

Aslan Isakov, der 57-jährige Vater der zweiten Interviewpartnerin, Esidat Isakova, lebt seit etwa einem Jahr in der Erstaufnahmeeinrichtung eines ostdeutschen Bundeslandes, weit von der nächstgrößeren Ortschaft und etwa 250 km von der Großstadt, in der seine Töchter wohnen, entfernt. Er habe in Tschetschenien mehrere Berufe gelernt und u.a. als Elektriker und Tischler gearbeitet. Sein Asylantrag wurde abgelehnt, aktuell befindet er sich im Klageverfahren. Zum Interview erschien er in Begleitung seiner Tochter, was zunächst für Irritation

sorgte, sich aber als sehr hilfreich herausstellte, da er in einem Dialekt sprach, welcher für die Dolmetscherin an vielen Stellen nicht verständlich war. Die Tochter konnte diesen übersetzen. In einigen Passagen resultierte diese Gesprächskonstellation jedoch auch in Unklarheiten bezüglich der Zuordnung des Gesagten, da Frau Isakova hier zwar zunächst nur beim Übersetzen half, letztlich aber vor dem Hintergrund ihres eigenen Gesprächsbedarfs auch selbst viel zu erzählen hatte. Schwerpunkt des Gespräches mit Herrn Isakov bildeten v.a. die Lebens- und Versorgungsbedingungen im AsylbewerberInnenheim, die er sehr anschaulich und unterstützt durch Bildmaterial schilderte.

Abukar Malikov, ein 27-jähriger Journalist aus Tschetschenien, lebt mit seiner Frau und drei Kindern seit etwa einem Jahr in einer deutschen Großstadt. Sein Asylantrag sei aufgrund seiner Einreise über Polen bereits vier Mal abgelehnt worden, aktuell verfügte er über eine Duldung. Im Interview wirkte Herr Malikov sehr aufgeschlossen. Er benötigte kaum Gesprächsanreize, unterhielt viel Blickkontakt und erweckte den Eindruck, sehr gerne über seine Erfahrungen zu berichten. Geschildert wurden von ihm letztlich fast ausschließlich positive Versorgungserfahrungen, generell wirkte er sehr höflich und reflektiert, äußerte Kritik allenfalls sehr subtil in Form von Veränderungswünschen. Bereits zu Beginn des Interviews ergaben sich einige ambivalente Kommunikationssituationen mit der Dolmetscherin - ihrerseits auch Tschetschenin -, die er anschließend auch inhaltlich im Rahmen von Ausführungen zur „tschetschenischen Mentalität“ aufgriff.

Selima Adaeva, 41 Jahre alt, aus Dagestan, lebt seit rund einem Jahr gemeinsam mit ihrem Mann sowie einem 9-jährigen Sohn in einer ostdeutschen Kleinstadt. Sie sei Lehrerin, habe aber nie in diesem Beruf gearbeitet. Zum Zeitpunkt des Interviews verfügte sie über eine Aufenthaltsgestattung zur Durchführung des Asylverfahrens. Die Interviewerin kannte Frau Adaeva bereits aus einem Gespräch, das die Sozialarbeiterin eine Woche zuvor mit ihr, ihrem Ehemann und dem Sohn geführt hatte. Im Mittelpunkt dieses Gespräches ebenso wie des Interviews selbst standen zunächst stark die Epilepsie des Sohnes sowie die fehlenden Möglichkeiten ihrer Behandlung innerhalb ihres Landkreises. Die Sorge um den Sohn nahm dabei sehr viel Raum ein – eigene Erfahrungen mit dem Gesundheitssystem und insbesondere der Psychotherapie berichtete sie erst auf Nachfrage. Als wiederkehrendes Thema kristallisierte sich im Verlauf des Interviews zudem die Kontrastierung der Lebens- und Versorgungsbedingungen in ihrem Ort gegenüber denen in der Großstadt heraus.

Stichprobenzusammensetzung und Samplingstrategie

Betreffend der Kategorie Herkunft war das vorliegende Studiensample sehr homogen: drei Befragte waren aus der Republik Tschetschenien geflohen, zwei aus der benachbarten Republik Dagestan. Gleiches gilt für die Dauer des Aufenthalts in Deutschland sowie den Aufenthaltsstatus: keiner der Interviewten verfügte über einen stabilen Aufenthaltstitel. Variationen zwischen den InterviewpartnerInnen entstanden jedoch entlang der Kategorien Geschlecht, Alter, Familienstand, Bildungshintergrund, Wohnort innerhalb Deutschlands sowie insbesondere der Zugangs- und Behandlungserfahrungen. So verfügten z.B. drei der Befragten über einen akademischen Bildungsabschluss, ein Befragter über mehrere handwerkliche Berufsausbildungen; die jüngste Interviewpartnerin hatte noch keine Berufsausbildung abschließen können. Drei Interviewte lebten aktuell in einer deutschen Großstadt, z.T. in einer eigenen Wohnung, z.T. in einer Gemeinschaftsunterkunft, zwei Interviewte wurden entgegen ihres Wunsches in Kleinstädte zweier unterschiedlicher ostdeutscher Bundesländer verteilt.

Inhaltliche, d.h. versorgungsrelevante Variationen konnten sukzessive anhand der Erfahrungen der Interviewten mit dem Gesundheitssystem hergestellt werden: So berichtete die erste Interviewpartnerin, Tamila Bogdanova, im Zugang zu bzw. bei der Bewilligung von Leistungen zur gesundheitlichen Rehabilitation mit Ausnahme der psychosozialen Beratung bei *Z in fast allen Bereichen gescheitert zu sein. Mit der zweiten Interviewpartnerin, Esidat Isakova, wurde anschließend eine Klientin ausgewählt, die zumindest psychiatrisch recht stabil versorgt war und die zudem Zugang zu einem therapeutischen Gruppenangebot gefunden hatte, die dennoch aber seit über einem Jahr erfolglos auf der Suche nach einer Einzelpsychotherapie war. Aslan Isakov hingegen, dritter Interviewpartner dieser Studie, schien in seiner Region vollständig ausgeschlossen von jeglicher gesundheitlicher Versorgung, wohingegen Abukar Malikov als vierter Befragter kaum über Zugangsbarrieren, sondern fast ausschließlich über Erfahrungen innerhalb der Unterstützungssysteme selbst berichtete. Die Narrationen der letzten Interviewten, Selima Adaeva, deckten wiederum ein sehr großes Spektrum an Erfahrungen im Zugang zu ebenso wie bei der Wahrnehmung von Angeboten psychosozialer und medizinischer Versorgung ab und brachten zudem ein weiteres Mal die Versorgungsperspektive im ostdeutschen ländlichen Raum ein. Für die intendierte Reichweite dieser Untersuchung erschien die Stichprobe gemäß des Prinzips relativer theoretischer Sättigung (Berg & Millmeister, 2007) demnach hinreichend differenziert, so dass das Sampling nach ihrem Interview beendet wurde.

4.4.3 Durchführung und Rahmenbedingungen der Interviews

Die Interviews fanden in den Räumlichkeiten der Beratungsstelle, einer für Interviewte und Interviewerin vertrauten Umgebung statt, die es zudem zuließ, den Gesprächstermin mit regelmäßig wahrgenommenen Terminen bei der Sozialarbeiterin zu kombinieren. Im Falle schwieriger oder krisenhafter Situationen wäre dadurch eine direkte Anbindung an eine Vertrauensperson vorhanden gewesen.

Alle der geführten Gespräche wurden durch DolmetscherInnen begleitet, die den Interviewten bereits aus der Sozialberatung und/oder der Psychotherapie vertraut waren. Die DolmetscherInnen wurden im Vorfeld über Ziele und Rahmenbedingungen der Interviews informiert, über ihre Schweigepflicht aufgeklärt und darum gebeten, das Erzählte im Zuge der Übersetzung möglichst nahe an der Wortwahl der Interviewten zu formulieren. Besonderheiten der Interaktion mit den DolmetscherInnen sowie mögliche Zusammenhänge mit ihrer Herkunft bzw. ihrem Geschlecht wurden im Zuge der Auswertung der Interviews berücksichtigt (vgl. 5.2.1) und im Kontext der für die Fragestellung relevanten Aspekte diskutiert (vgl. 6.2.2 sowie 6.3.1).

Die Interviews dauerten durchschnittlich 74 Minuten, wobei das kürzeste Gespräch 58, das längste 90 Minuten umfasste. Vor dem Beginn des Interviews wurden die Befragten ausführlich über Themen, Ablauf und Ziel der Untersuchung, die Schweigepflicht aller an der Untersuchung Beteiligten sowie die Verarbeitung personenbezogener Daten informiert. Es wurde ausdrücklich betont, zum einen, dass ein Abbruch des Interviews jederzeit ohne jegliche Konsequenzen – insbesondere auch für die Weiterbehandlung in der jeweiligen Einrichtung – möglich sei, zum anderen, dass das geplante Gespräch keinerlei Beratungsfunktion haben werde. Der Informationsbogen zur Studie sowie die zugehörige Einwilligungserklärung befinden sich im Anhang (Anhang B: Informationsbogen zur Studie & Anhang C: Einwilligungserklärung).

Wie von Witzel (2000) empfohlen, wurden direkt im Anschluss an die Interviews bzw. nach einer kurzen Nachbesprechung mit den beteiligten DolmetscherInnen Postskripte zu ersten Eindrücken vor, während und im Nachgang der jeweiligen Gespräche, zu Gesprächsatmosphäre und Rahmenbedingungen, Besonderheiten und ggf. problematischen Interaktionen sowie der Teilnahmemotivation der Interviewten verfasst. Neben der Einschätzung der Interviewsituation enthielten diese Protokolle auch Notizen zur Schwerpunktsetzung durch die Befragten sowie erste Vermutungen und unmittelbar auftauchende Interpretationsgedanken seitens der Interviewerin. Diese stellen zum einen erste Anregungen für die Auswertung

dar und konnten zum anderen für die Entwicklung von Kriterien für das weitere Sampling, genutzt werden. Zur Illustration der Dokumentation der genannten Aspekte sei auf das Beispielprotokoll zum Gespräch mit Esidat Isakova im Anhang verwiesen (Anhang D: Postskript).

4.4.4 Datenaufbereitung

Um den Kommunikationsprozess während der Auswertung so authentisch und präzise nachvollziehen zu können, wurden alle Interviews mit einem digitalen Aufnahmegerät aufgezeichnet und vollständig transkribiert. Die Transkription erfolgte Wort für Wort, angelehnt an eine modifizierte Version der Transkriptionsregeln und -beispiele von Mergenthaler (1992). Die genauen Transkriptionsregeln befinden sich im Anhang (Anhang E: Transkriptionsregeln). Alle Interviewtranskripte geben den Wortlaut der DolmetscherInnen wieder. Fehlende, unverständliche oder ungewöhnliche Übersetzungen wurden z.T. im russischen Originalwortlaut nachgehört und deren Übersetzung als ergänzende oder korrektive Anmerkung eingefügt. Auch nonverbale Äußerungen bzw. Situationscharakteristika wie Lachen, Weinen oder zeitgleiches Sprechen mehrerer Personen fanden Eingang in die Transkripte. Hier sei angemerkt, dass in einigen Passagen durch die Zwischenschaltung der DolmetscherInnen nicht exakt rekonstruierbar war, an welcher Stelle des jeweiligen Satzes entsprechende Ausdrucksformen begannen bzw. endeten. Gemäß dem Primat der Leserlichkeit wurden die Transkripte für die Darstellung und Analyse der in dieser Arbeit angeführten Zitate später entsprechend aktueller orthographischer Konventionen sprachlich geglättet, nonverbale Ausdrucksformen sowie Situationsbestimmungen wurden, soweit sie in ihrer Bedeutung für die Fragestellung zu vernachlässigen waren, entfernt.

Um die Anonymität und Privatsphäre der Teilnehmenden, ihrer Familien und sozialen Netzwerke zu schützen, wurden ihre und alle weiteren erwähnten Personennamen, Orts-, Straßen- und Stadtteilbezeichnungen, das Bundesland, in dem sie lebten, Organisationen sowie alle Kalenderdaten, die identifizierbaren, personrelevanten Ereignissen zugeordnet werden können, anonymisiert. Zur Illustration der Datenaufbereitung sei auf das Beispieltranskript von Herrn Malikov verwiesen (Anhang F: Beispieltranskript).

4.5 Datenauswertungsverfahren und –strategien

Die Auswertung des erhobenen Materials erfolgte nach den Kodierprinzipien der Grounded Theory nach Strauss und Corbin (1996): Vor dem Hintergrund des theoretischen Vorverständnisses wurden in der Auseinandersetzung mit den Interviewtranskripten durch offenes,

axiales und selektives Kodieren Schritt für Schritt theoretische Konzepte generiert und fortlaufend am empirischen Material validiert.

In einem ersten Auswertungsschritt, dem Sichten der Transkripte, wurden dabei zunächst lediglich Themen, die im weitesten Sinne mit der Fragestellung assoziiert schienen, markiert und z.T. bereits mit Codes versehen. Geleitet wurde dieser Prozess orientiert an Fragen danach, welche konkreten Themen durch die Befragten selbst eingeführt, welche Sachverhalte dabei besonders akzentuiert, welche Aspekte eher ausgespart wurden, wie die thematische Einordnung, Kontextualisierung und Problematisierung konkret erfolgt und an welchen Stellen sich ggf. Inkonsistenzen oder Widersprüche ergeben.

4.5.1 Offenes Kodieren

Mit dem Ziel, Konzepte, die mit der Fragestellung assoziiert sind, herauszuarbeiten, wurde der Text zu Beginn der ersten Kodierphase, dem offenen Kodieren, aufgeschlüsselt (Böhm, 2000). Einzelne Interviewpassagen wurden im Sinne einer ersten, vorläufigen Datenauswahl aus dem ursprünglichen kommunikativen Zusammenhang herausgelöst, die Transkripte wurden segmentiert (Mey & Mruck, 2010). Vor dem Hintergrund der Fragestellung und des theoretischen Vorwissens, anhand textlinguistischer Merkmale, sowie im Hinblick auf Besonderheiten der Kommunikationssituation wurden so erste, zunächst noch sehr kleine Kodiereinheiten gebildet. Mithilfe theoriegenerierender „W-Fragen“ (Böhm, 2000) erfolgte schließlich eine Kodierung der Segmente bezogen auf:

- die Beschreibung des Phänomens („*Was ist das Grundproblem und wie wird es erklärt?*“; „*Wie wird es beschrieben, welche Aspekte werden angesprochen, welche ausgespart?*“),
- die involvierten Personen („*Wer ist beteiligt/ wird angesprochen?*“), d.h. den Subjekten selbst sowie ihre Rollen und Interaktionen mit AkteurInnen sowohl des Gesundheitswesens als auch der Verwaltung,
- die zeitliche und räumliche Dimension („*Wann?*“; „*Wo?*“)
- sowie die subjektiven Begründungen („*Warum?*“), Intentionen und Strategien („*Womit?*“) sowie wahrgenommenen Konsequenzen („*Wozu?*“) der Befragten

Es wurden erste Konzepte benannt und in Kodenotizen zum Phänomen sowie ggf. bereits dessen Variationen, Ausprägungen und Dimensionen erläutert und diskutiert. Als Grundlage der weiteren Analyseschritte wurden diese ersten Zwischenergebnisse schließlich über Listen geordnet, sortiert, auf ihre Relevanz für die Fragestellung geprüft und z.T. bereits probeweise zu übergeordneten Kategorien zusammengefasst. Im Anhang dieser Arbeit wird der Arbeits-

schritt des offenen Kodierens exemplarisch anhand einer kodierten Interviewpassage veranschaulicht (Anhang G: Auswertungsbeispiel zum offenen Kodieren).

Organisiert und überprüft wurden die genannten – ebenso wie die folgenden – Arbeitsschritte entsprechend der Empfehlungen der Literatur zur Konzeptbildung, zum permanenten Vergleich sowie dem kontinuierlichen Memoing (vgl. 4.2).

4.5.2 Axiales Kodieren

Während das offene Kodieren noch sehr nah am Material erfolgte, wurde im nächsten Arbeitsschritt, dem axialen Kodieren, eher auf Distanz zum Text gegangen (Berg & Millmeister, 2007): Über ein Zusammenführen und Organisieren der vorhandenen Konzepte sowie die Analyse ihrer empirischen Zusammenhänge sollten bereits gewonnene Ergebnisse nun in Richtung einer Verfeinerung und Differenzierung der gewonnenen Konzepte zu Kategorien weiterentwickelt werden (Böhm, 2000). Orientiert am Kodierparadigma nach Strauss und Corbin (1996) als heuristischem Rahmen wurde mit diesem Ziel ein Raster an das gewonnene Material angelegt, das die Kategorien in ihrem Zusammenhang darstellt und systematisch gruppiert: Die Kategorien wurden nacheinander als Phänomene im Sinne einer Achsenkategorie in den Fokus der Analyse gerückt und im Blick auf die zu ihr in Beziehung stehenden Kategorien analysiert. Als Struktur dieses Kodierprozesses fungierten dabei die in Abbildung 1 illustrierten Ordnungselemente:

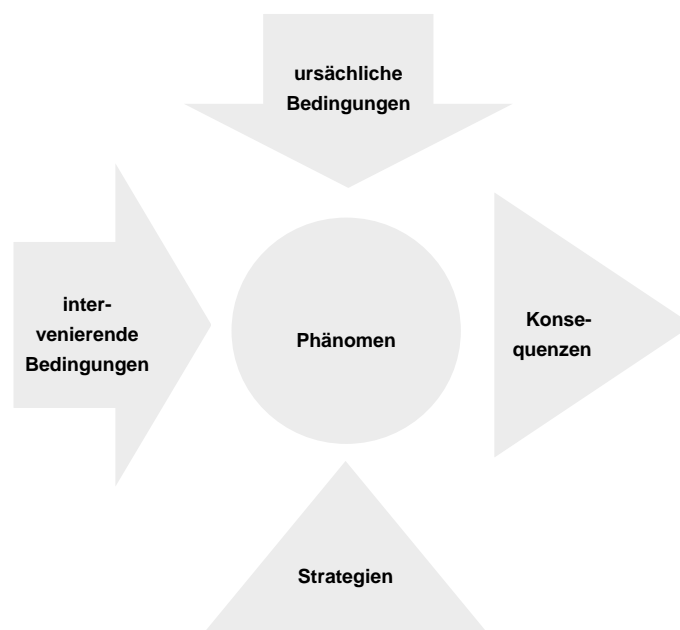


Abbildung 1: Heuristik zum axialen Kodieren, angelehnt an Strauss und Corbin (1996)

Im Zusammenhang mit *ursächlichen Bedingungen* des Phänomens wurden dabei ausschließlich die subjektiven Erklärungsmuster der Interviewten, insofern sie ihre Handlungs- und Interaktionsmöglichkeiten bezogen auf die Fragestellung beeinflussten, herausgearbeitet. *Intervenierende Bedingungen* fanden Eingang in die Analyse als soziale, kulturelle oder politische ebenso wie biographische oder soziodemographische Faktoren, die die Ausprägung des Phänomens beeinflussen. *Handlungs- und Interaktionsstrategien* sollten den Umgang der Subjekte mit dem Phänomen, *Konsequenzen* dessen spezifische Ergebnisse im Zusammenhang mit den angewandten Strategien abbilden.

Zur Illustration des Vorgehens beim axialen Kodieren folgt an dieser Stelle ein Analysebeispiel bezogen auf eine Passage des Gespräches mit Frau Bogdanova. Hier zunächst die Gesprächssequenz selbst:

„(Seufzt.) Meine Beraterin im Sozialamt, das ist eine ehemalige Dolmetscherin, sie hat ständig irgendwie etwas angestellt. Sie war bei allen wichtigen Terminen, an denen wichtige Fragen gelöst werden sollten dabei. Zum Beispiel als es um Geld für Bekleidung ging - also ich habe zumindest versucht, da ein bisschen mehr Geld zu bekommen für noch ein paar Hosen. Zu dem Zeitpunkt hat sie noch gedolmetscht und dann hat sie mich so angemacht ‘Was willst Du denn eigentlich überhaupt, was soll denn das. Also sei zufrieden mit dem was Du hier hast, also guck mich an, ich habe das hier von KIK und das hier von Woolworth’. Ich sagte ‘Es geht ja nicht darum, dass ich viele Kleidungsstücke haben will, sondern es geht darum, dass ich diese Gehhilfe brauche, ich schwitze sehr und dann diese urologischen Probleme. Ich brauche einfach Wechselsachen, ich brauche sie und ich habe kein Geld, um sie zu erwerben‘.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 141 bis 151)

Als Grundlage für die Entwicklung eines axialen Modells zu dieser Textstelle fungierte das in Tabelle 1 abgebildete Auswertungsmemo. Es kontextualisiert das Phänomen der problematischen Interaktion mit der Dolmetscherin über die Analyse der Attributionen zu ursächlichen Bedingungen, stellt das Abhängigkeitsverhältnis der Interviewten vom Sozialamt als intervenierende Bedingung heraus, zeigt die Handlungs- und Interaktionsstrategien der involvierten AkteurInnen auf und verweist auf die Konsequenzen, in denen diese für die Interviewte resultierten.

Tabelle 1: Auswertungsmemo zum axialen Kodieren

<i>Phänomen:</i>	Frau Bogdanova schildert hier eine Situation, in der die hohe Relevanz der Rolle von DolmetscherInnen für gelingende Interaktionen – in diesem Fall mit SachbearbeiterInnen des Sozialamts – und dabei konkret die wahrgenommene Neutralität bzw. deren Fehlen bei der Übersetzung deutlich wird. Sie deutet an, durch die Dolmetscherin im Rahmen der Antragsstellung wiederholt beim Vorbringen ihrer Anliegen behindert worden zu sein. Sie beschreibt die Dolmetscherin hier nicht nur als nicht neutral, sondern als explizit (ab-) wertend, schildert, wie sie ihr Bedürfnis als nicht gerechtfertigt bewertet und an ihre Bescheidenheit appelliert.
<i>Kode:</i> <i>abwertendes Verhalten der Dolmetscherin</i>	
<i>ursächliche</i>	Frau Bogdanova selbst scheint die Ursachen für die problematische Interaktion stark

<i>Bedingungen:</i>	auf personeller Ebene zu verorten („ <i>sie hat ständig irgendwie etwas angestellt</i> “).
<u><i>Kode: Attribution auf die Person der Dolmetscherin</i></u>	
<i>intervenierende Bedingungen:</i>	Zugleich verweist allerdings die Tatsache, dass sie überhaupt beim Sozialamt um Geld für Kleidung bitten muss, auf eine starke Abhängigkeit von der Institution zur Befriedigung recht basaler Bedürfnisse. Konkret steht ihr Anliegen hier in direktem Zusammenhang mit der Ablehnung bzw. ausstehenden Bearbeitung anderer z.T. medizinischer Leistungen: Aus dem Kontext ergibt sich, dass sie nur deshalb einen Mehrbedarf an Bekleidung zu haben scheint, weil sie ohne Rollstuhl (den das Sozialamt noch nicht zur Verfügung gestellt hat) durch das Gehen mit Gehilfen stark schwitzte, ohne urologische Einlagen (die das Sozialamt nicht bewilligt hatte) und ohne Waschmaschine (die das Sozialamt nicht bewilligt hatte) häufiger die Kleidung wechseln musste. Durch die Ablehnung notwendiger Leistungen scheint hier also weiterer Bedarf generiert zu werden, der seinerseits jedoch wieder schwierig zu befriedigen scheint. Dies verweist entsprechend zusätzlich auf die strukturelle Facette des Phänomens.
<u><i>Kode: Abhängigkeitsverhältnis zum Sozialamt</i></u>	
<i>Handlungs-/ Interaktionsstrategien und deren Konsequenzen:</i>	Sie selbst reagiert auf diese Abwertung durch die Dolmetscherin, indem sie ihr Bedürfnis als bescheiden aber notwendig spezifiziert und mit seiner konkreten Ursache, ihrer Behinderung begründet. Sie betont noch zweimal, dass sie diese Wechselkleidung wirklich braucht, wobei angenommen werden könnte, dass dies die Zuschreibung, einfach nur gern schöne bzw. mehr Kleidung haben zu wollen, abwenden und stattdessen den medizinisch begründeten Bedarf verdeutlichen soll. Diese Passage zeigt, dass die Befragte sich scheinbar gezwungen sieht, sich vor dem Sozialamt bloßzustellen, urologische, hygienische und andere Probleme preiszugeben, die sonst allenfalls im ärztlichen/ therapeutischen Vertrauensverhältnis thematisiert würden. Sie gibt also einem prinzipiell abwertendem Gegenüber Zugang zu ihrer Intimsphäre und scheint dies auch zu müssen, um ihren Unterstützungsbedarf geltend machen zu können. Abschließend betont sie noch einmal, dass sie sich die Kleidung vermutlich lieber selbst kaufen würde, es allerdings nicht kann und verweist damit ein weiteres Mal auf die Abhängigkeit von der Institution.
<u><i>Kodes:</i></u> <i>Begründung und Spezifikation des Bedarfs als Strategie</i> <i>Verletzung der Intimsphäre im institutionellen Kontext</i>	

Die Facetten des Phänomens, die anhand dieser Überlegungen herausgearbeitet wurden, sind in Abbildung 2 veranschaulicht:

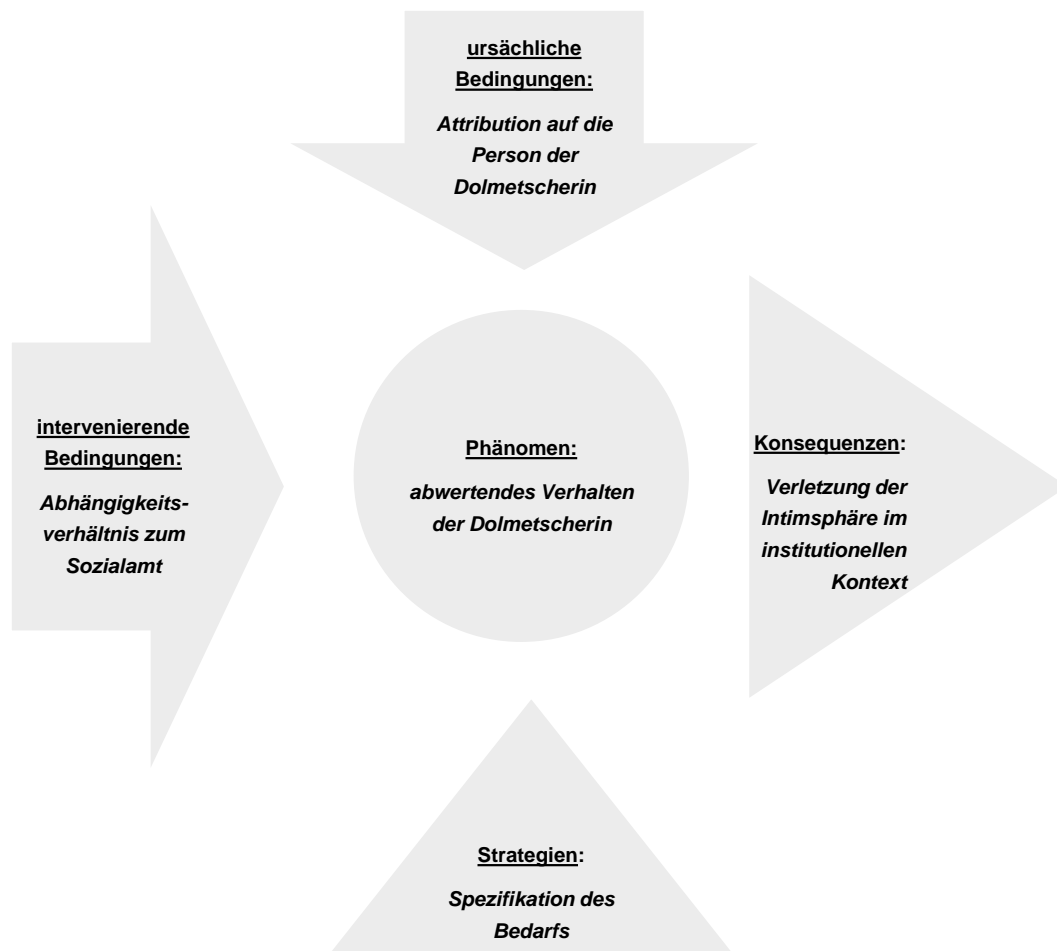


Abbildung 2: Analysebeispiel zum axialen Kodieren

Alle auf diese Weise erarbeiteten Zusammenhänge wurden immer im Verlauf des Kodierprozesses immer wieder anhand der verschiedenen Perspektiven der Interviewten überprüft, um datenbasiert Hypothesen und Relationen für die zu generierenden theoretischen Überlegungen formulieren zu können. Die intersubjektive Validierung der Ergebnisse erfolgte dabei über den Austausch mit meiner Betreuerin sowie weiteren an ihre Forschungsgruppe angebundenen Masterstudentinnen.

4.5.3 *Selektives Kodieren*

Auf Grundlage der so entwickelten Kategorien, Kodenotizen, Memos und Beziehungsnetze wurde anschließend im Verlauf des selektiven Kodierens (Strauss & Corbin, 1996) das zentrale Phänomen der Analyse herausgearbeitet, zu einer Schlüsselkategorie integriert und das mit ihr verknüpfte Begriffsnetz expliziert. Ausgehend von dieser Schlüsselkategorie, ihren Eigenschaften und Dimensionen wurden systematisch alle anderen relevanten Kategorien in Beziehung zu ihr beschrieben.

Angemerkt sei abschließend, dass die beschriebenen Kodierphasen als Analyseschritte hier zwar getrennt dargestellt wurden, gemäß der Empfehlungen der Literatur (Flick, 2000) jedoch nicht im Rahmen zeitlich klar voneinander getrennter Forschungsphasen angewandt, sondern vielmehr als unterschiedliche Vorgehensweisen, zwischen denen kontinuierlich gewechselt wurde, genutzt wurden.

5 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Kategorien dargestellt, die im Verlauf der Interviewanalyse herausgearbeitet wurden. Die Darstellung erfolgt dabei nicht fallbezogen, sondern wurde entsprechend der angewandten Auswertungsheuristik geordnet. Für die Überschriften der einzelnen Kapitel wurde hier analog zur Benennung der Kategorien sowohl ein kurzer Kategoriename zur Bezeichnung der entsprechenden Barriere, als auch ein prägnantes Zitat zur Bedeutung dieser Kategorie für die Befragten ausgewählt.

Die Darstellung beginnt mit der Beschreibung wahrgenommener struktureller Barrieren im Zugang zur psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung (5.1). Diese wurden in ihrem Einfluss auf die Zugänglichkeit, die Erreichbarkeit und die Verfügbarkeit von Versorgungsangeboten von allen Befragten immer wieder in den Mittelpunkt des Gespräches gerückt und bilden daher der Schlüsselkategorie dieser Arbeit. Im Anschluss werden wahrgenommene Barrieren auf interaktioneller Ebene (5.2) sowie Informations- und Wissensdefizite betreffend den Zugang zur Versorgung (5.3) beschrieben. Es folgt ein Überblick über die Handlungs- und Interaktionsstrategien der Interviewten im Umgang mit wahrgenommenen Barrieren (5.4) sowie die Konsequenzen, in denen der eingeschränkte Zugang zur Versorgung für sie resultiert (5.5). Das Kapitel schließt mit einer schematischen Zusammenfassung der Kategorien (5.6).

5.1 **Wahrgenommene strukturelle Barrieren: „Überall ‚Nein‘. Ein Alptraum.“**

Ein Großteil der Befragten berichtete, zu vielen Bereichen gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung noch keinen Zugang gefunden zu haben. Dies betraf in den meisten Fällen insbesondere psychotherapeutische Behandlung. Schwierigkeiten bei der Inanspruchnahme von Versorgungsleistungen wurden von den Interviewten dabei nicht allein in Form problematischer Erfahrungen mit dem Versorgungssystem selbst geschildert. Im Mittelpunkt ihrer Erzählungen standen zunächst vielmehr bürokratische (5.1.1) und rechtliche (5.1.2) Hürden sowie Zugangsbegrenzungen durch eingeschränkte Versorgungskapazitäten (5.1.3).

5.1.1 *Kontrolle der Zugänglichkeit durch die Verwaltungspraxis der Sozialbehörden: „Es ist überall dieses Sozialamt.“*

Alle Befragten berichteten von einer starken Bürokratisierung ihres Behandlungsbedarfs durch die Verwaltungspraxis der für die Bewilligung von Leistungen zur gesundheitlichen und psychosozialen Rehabilitation zuständigen Sozialämter. Sie schilderten, wie sie Behand-

lungsleistungen in einem aufwendigen, aufgrund zahlreicher Ablehnungen oft mehrstufigen und damit meist sehr langen Verfahren beantragen und in der Regel mehrfach bei der Behörde vorsprechen mussten, um die Notwendigkeit von Behandlungen zu begründen. Dieser Prozess wurde dabei in den seltensten Fällen als zielführend empfunden. Vielmehr schien er als ein Verfahren wahrgenommen zu werden, das - wie es Frau Bogdanova eingangs bemerkte - lediglich der Verwaltung ihrer Bedürfnisse dient:

„Es gibt zwar Termine aber diese Termine bringen mir selbst eigentlich nicht wirklich etwas. Also hauptsächlich sind es irgendwelche Papiere.“ (Tamila Bogdanova, Zeile 8f)

Als erster Schritt im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung schien dabei stets die Beantragung eines Krankenscheines beim Sozialamt nötig zu werden: Beschwerden, subjektiv empfundener Leidensdruck oder auch bereits objektiv diagnostizierter Behandlungsbedarf konnten offenbar nicht direkt durch die Konsultation eines Arztes abgeklärt werden, es bedurfte zunächst des Vorsprechens bei der Behörde. Die Geschichte von Frau Adaeva, deren Sohn aufgrund einer Epilepsie sowie Entwicklungs- und Verhaltensauffälligkeiten in spezialisierte kinder- und jugendpsychiatrische Behandlung vermittelt werden sollte, zeigte, dass diese Regelung – selbst wenn bereits eine Überweisung mit Begründung der medizinischen Indikation vorliegt - darin resultieren kann, dass die nötige Behandlung zunächst nicht bzw. nur deutlich verzögert stattfindet:

„Wir sind zu einer Kinderärztin gegangen, sie hat uns eine Überweisung zu einem Kinderpsychiater ausgestellt. Wir wussten aber nicht dass wir einen Behandlungsschein mitnehmen mussten (...) Und die zuständige Person hat mit uns gesprochen und dann war es auch schon vorbei und wir mussten wieder gehen. Und am <nächsten> Tag sind wir mit dem Behandlungsschein wieder gekommen und da hat sie uns schon nicht mehr dran genommen.“ (Selima Adaeva, Zeilen 19 - 22; Zeilen 65 - 68)

Die diagnostische Abklärung der Symptomatik durch ein Sozialpädiatrisches Zentrum (SPZ), in das der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie schließlich überwiesen hatte, sei durch die Behörde schließlich erst genehmigt worden, nachdem die Familie sich juristische Unterstützung gesucht hatte:

„Nur mithilfe des Anwalts ist es gelungen, eine Untersuchung zu bekommen. Ende Juli haben wir mithilfe des Anwalts eine Untersuchung erreicht.“ (Selima Adaeva, Zeile 48f)

Fast alle Interviewten schilderten in diesem Zusammenhang Momente, in denen zum einen ihre Anträge auf Behandlung formal abgelehnt wurden, zum anderen aber auch sie selbst als Subjekte Ablehnungs- bzw. Diskriminierungserfahrungen durch SachbearbeiterInnen des Sozialamts erlebten. Auf ihre Anträge erfolgte - wie hier wieder im Beispiel von Frau Adaeva, die in diesem Fall für sich selbst aufgrund einer Traumafolgestörung eine psychotherapeuti-

sche Behandlung wahrnehmen wollte - offenbar zunächst häufig eine Ablehnung. Ein Widerspruch sei auch hier nur mit juristischer Unterstützung gelungen:

„Ich wollte zu einem Psychiater oder Psychologen. Das ist uns erst einmal abgelehnt worden (...) ich habe eine Genehmigung bekommen, einen Psychologen zu besuchen, aber das ist mir auch nur mithilfe des Anwalts gelungen.“ (Selima Adaeva, Zeile 158f, Zeile 118f)

Auch die Kostenübernahme für pharmakotherapeutische Behandlungen sei oft nicht bewilligt worden, z.T. - wie im Falle Frau Isakovas - selbst entgegen einer im Vorfeld der Behandlung bereits erfolgten Zusage der Kostenerstattung:

„Ich musste auch mit denen darum streiten, dass sie wirklich die Kosten der Medikamente übernehmen.“ (Esidat Isakova im Interview mit Aslan Isakov, Zeilen 224f)

„Früher hieß es, wenn ich Medikamente selbst bezahle, soll ich alle Belege sammeln und wenn ich dann zum Sozialamt gehe, zahlen sie es wieder aus. Als ich mit diesen Belegen hingegangen bin, haben sie zu mir gesagt ‘Nein, das bezahlen wir nicht‘.“ (Esidat Isakova, Zeilen 329 – 233)

Frau Bogdanova schilderte, wie ebenso Heil- und Hilfsmittel zur gesundheitlichen Rehabilitation, die aufgrund ihrer Gehbehinderung zur (Wieder-) Herstellung ihrer Mobilität und Autonomie unerlässlich seien, z.T. nach langer Wartezeit und einem „äußerst komplizierten“ Antragsverfahren abgelehnt wurden:

„Und bezüglich der orthopädischen Schuhe oder des Rollstuhls, also das war äußerst kompliziert. Dann gab es im urologischen Bereich u.a. Einlagen, das hat auch sehr lange gedauert. Dann waren sie damit einverstanden. Massagen wurden immer abgelehnt, Physiotherapie auch nur Ablehnungen.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 124 - 129; Zeile 248)

Exemplarisch für den Weg, den fast alle Interviewten innerhalb des Bewilligungsverfahrens zurückgelegt hatten, zeigte sich in ihrem Fall, dass Anträge in erster Instanz oft erfolglos verliefen, so dass ein erneutes Einholen von Attesten nötig wurde, was wiederum nicht immer zielführend verlief:

„Dann haben wir wieder was geschrieben bzw. er hat wieder Rezepte ausgestellt, dass ich dies und jenes brauche. Dann habe ich wieder eine Ablehnung bekommen.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 249f)

Nicht allein die Ablehnung von Behandlungen und Leistungen zur medizinischen Rehabilitation schien die Befragten dabei im Zugang zur Versorgung zu behindern: Oftmals erhielten sie auf entsprechende Anträge offenbar schlicht keine bzw. eine zeitlich über Monate verzögerte Antwort. Frau Isakova berichtete in diesem Zusammenhang von mehreren Anträgen, die von den SachbearbeiterInnen des Sozialamts nicht bearbeitet worden seien, sowohl bezogen auf eigene, als auch auf Anliegen ihrer Schwester, die sowohl durch körperliche Behinderungen als auch eine schwere psychische Erkrankung gesundheitlich stark belastet sei. Obwohl die Schwester nachweislich u.a. aufgrund einer starken Hör- und Sehschwäche zu 70% behin-

dert sei, war auf die dreimalige Beantragung elementarer Hilfsmittel zur medizinischen Rehabilitation - die der Schwester zumindest grundlegend zunächst die Kommunikation mit anderen Menschen ermöglicht hätten - durch den Kostenträger offenbar über fast ein Jahr lang keine Antwort erfolgt:

„Meine Schwester hat auch ein Trauma bekommen als sie noch in Tschetschenien war. Sie hört überhaupt nicht, sie sieht nicht, also sie sieht sehr schlecht, dazu hat sie Epilepsie, Depressionen, psychische Probleme. Jetzt habe ich Papiere eingereicht um ein Hörgerät für sie zu bekommen. Im November ist es ein Jahr her, dass ich den ersten Antrag gestellt habe. Seitdem waren es drei. Dazu kam noch Physiotherapie für die Schwester. Wurde abgelehnt. Dann haben wir zum wiederholten Mal einen Antrag gestellt, dass sie das wirklich braucht.“ (Esidat Isakova, Zeilen 137 - 144)

Ähnlich schien es sich für Anträge auf Kostenübernahme für bereits erfolgte Behandlungen zu gestalten. Wieder im Fall von Frau Isakova sei z.B. einer der stationären Klinikaufenthalte der Schwester zunächst ihr selbst in Rechnung gestellt, mehrfach abgemahnt und der Antrag auf Kostenübernahme vom Sozialamt nicht bearbeitet worden:

„Dann haben aber andere Probleme angefangen, also medizinische, dass die Rechnungen nicht bezahlt wurden. Und immer mehr und mehr, also sie landete im Krankenhaus und die Ärzte haben immer wieder Briefe an mich geschickt. Ich wandte mich sofort an das Sozialamt und meinte ‘Hier, ich habe diesen Brief bekommen, bitte bezahlen Sie das‘. Aber sie haben meine Briefe einfach ignoriert.“ (Esidat Isakova, Zeilen 234 - 239)

Erfolgte hingegen eine Reaktion von Seiten der Behörde, dann wurde diese oft als sehr „kategorisch“ wahrgenommen: wiederkehrend berichteten die Interviewten, der Umgang mit ihren Anträgen erfolge weitestgehend standardisiert, ihr individuell geschilderter Behandlungsbedarf sowie dessen subjektiv dargelegte ebenso wie objektiv attestierte Begründungen spielten für die Entscheidungen der SachbearbeiterInnen allenfalls eine untergeordnete Rolle. Insbesondere Frau Bogdanova sprach im Interview wiederkehrend an, ihre Argumentationen würden meist gar nicht erst erhört bzw. bewusst ignoriert, ihre Anliegen oftmals sofort, ohne Zeitverzögerung, ohne die Möglichkeit, Nachfragen stellen oder beantworten zu können, abgelehnt:

„Also ich war--- Ich weiß auch nicht, warum sie so kategorisch zu mir war. (...) Kaum mache ich den Mund auf, ‘Ich bräuchte dies‘, höre ich sofort ‘Nein‘. Kaum sage ich ‘Ich brauche das‘ höre ich sofort ‘Nein‘. (...) (Seufzt.) Überall ‘Nein‘. Ein Alptraum.“ (Tamila Bogdanova, Zeile 99f; Zeilen 169 - 175)

Das Beispiel Frau Isakovas zeigte in diesem Zusammenhang, dass sowohl die Betroffenen selbst als auch die behandelnden ÄrztInnen ihre Handlungsmöglichkeiten angesichts dieser kategorisch ablehnenden Verwaltungspraxis als eingeschränkt wahrnahmen:

„Ja, das hat mir auch weh getan, weil ich auf der anderen Seite alle Beweise in meinen Händen habe, diese Atteste, alle Papiere gehabt habe und die wollten mir nicht zuhören, ich konnte da nichts machen (...) Es ist schon ein Jahr her, dass ich alle möglichen Bescheide und Bescheinigungen, Atteste da eingereicht habe und sie berücksichtigen das überhaupt nicht“. Und deswegen bin ich zu dieser Stelle, wo man sie untersucht hat, noch einmal hingegangen, um da ein neues Attest abzuholen. Und die waren auch erstaunt, dass das bis jetzt noch nicht geklappt hat.“ (Esidat Isakova im Interview mit Aslan Isakov, Zeilen 241 - 243; 293 - 297)

Dass auch ärztliches Handeln auf diese Weise strukturell begrenzt werde, die medizinische Indikation verwaltungspraktischen Strategien oft nachgeordnet erscheint, bringt schließlich Frau Bogdanova auf den Punkt:

„Die Ärzte schreiben und schreiben, dass ich doch etwas zur Verfügung gestellt bekomme, aber letzten Endes sagen sie ‘Naja, offensichtlich haben Sie es da mit einem Sachbearbeiter zu tun, der das einfach nicht durchgehen lässt‘.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 215 - 217)

5.1.2 *Eingeschränkte Erreichbarkeit durch strukturelle Kontrolle von Autonomie und Mobilität: „Ich nehme meine Tabletten und ich bete und gehe schlafen.“*

Die bürokratische Kontrolle des Zugangs zu Behandlungsleistungen durch die Entscheidungspraxis des Sozialamts wirkte zunächst, als sei sie zeitlich die primäre Zugangsbarriere auf dem Weg durch das Gesundheitssystem. Die Interviewten berichteten jedoch, dass dieser institutionellen Ebene noch Faktoren vorgelagert sein können, die im Kontext ihrer allgemeinen Lebensbedingungen zu verorten sind. Sie beschrieben, wie das isolierte Leben sowie die kontrollierenden Bedingungen im AsylbewerberInnenheim einerseits, die Kontrolle des Aufenthaltsortes und der Bewegungsfreiheit andererseits es ihnen - v.a. wenn sie außerhalb der Großstadt lebten - erschwerten, potentielle Versorgungsangebote aufsuchen bzw. auch zu erreichen.

Einschränkungen der Autonomie als Barriere im Zugang zur Versorgung

Insbesondere die Geschichte Herrn Isakovs illustrierte, dass die Unterbringung von Flüchtlingen in Gemeinschaftsunterkünften offenbar einen Lebens- und Handlungsraum vorgibt, der nach außen eng begrenzt und nach innen stark kontrolliert ist: Die räumliche Isolation sowie die strengen Regeln und Verbote innerhalb seiner Einrichtung schränkten selbstbestimmtes Handeln in seinem Fall anscheinend so stark ein, dass er sich bei der Befriedigung basaler Bedürfnisse und insbesondere im Zugang zu medizinischer und psychosozialer Versorgung erheblich behindert fühlte. Als zentrales Thema, das Herr Isakov im Interview von Beginn an und auch später immer wieder in den Vordergrund rückte, fungierte dabei die von ihm als allgegenwärtig wahrgenommene Überwachung und Kontrolle im AsylbewerberInnenheim. Er thematisierte bereits in der Einstiegspassage zunächst scheinbar ohne Bezug zur Eröffnungsfrage die Allgegenwart der Wächter, die u.a. überwachten, was er aße, ihn untersuchten und

kontrollierten, ob Nahrungsmittel aus dem für die Nahrungsaufnahme bestimmten Raum entfernt würden:

„IP: Auch wenn ich esse, überwacht mich da dieser... (zeigt Bilder auf seinem Handy.)

I: Wer überwacht Sie?

IP: Die Wächter. (...) also wir müssen das Essen da abholen und sie überwachen Dich dann wie Du das isst, was Du da nimmst, als ob sie Angst haben, dass Du da etwas stehlen könntest. Und man darf auch gar nicht essen bis man satt ist. Es ist so... nicht so wie im Gefängnis, es ist schlechter da. Und man untersucht Dich und schaut, ob Du das Essen mitnimmst. Er sagt 'Du musst das jetzt essen oder musst es wegwerfen bevor Du rausgehst, mitnehmen darfst Du es nicht.' (Aslan Isakov, Zeilen 1 - 10)

Durch diese Vorgaben und Verbote schien er sich also in der Befriedigung zweier grundlegender Bedürfnisse stark eingeschränkt zu fühlen: im physischen Bedürfnis nach ausreichender Nahrungsaufnahme sowie im psychologischen Bedürfnis nach Autonomie und Selbstbestimmung. Als wahrgenommene Ursache für diese Form der Kontrolle benannte er hier eine Kriminalisierung seiner Person bzw. der Heimbewohnenden („*als ob die Angst haben, dass Du da was stehlen könntest*“): Er assoziierte in diesem Zusammenhang die Lebensbedingungen im Heim in mehreren Passagen mit denen in Gefangenschaft. Sowohl er selbst als auch seine Tochter stellten diese Einschränkungen und Kontrollmechanismen dabei mehrfach in den Zusammenhang mit Behinderungen im Zugang zu medizinischen bzw. psychotherapeutischen Behandlungen. Sie betonten, dass ein Zugang nicht nur schwierig, sondern nahezu vollständig unmöglich sei – im Krankheitsfall könne z.B. keine hausärztliche Konsultation erfolgen:

„Und ich bekomme hier gar keine Termine (...) bei keinen Therapeuten, bei keinen Ärzten.“ (Aslan Isakov, Zeilen 39 - 41)

„Es ist bei ihm einfach so, dass sie da gar keine Hilfe bekommen, keine Tabletten, sie können auch nicht zum Hausarzt gehen, es gibt gar keine Versorgung, überhaupt nichts.“ (Esida Isakova im Interview mit Aslan Isakov, Zeilen 77 - 80)

Dabei sei in seinem Fall nicht allein die Inanspruchnahme von Behandlungsleistungen nicht möglich gewesen, bereits eine Ebene zuvor könnten offenbar selbst Termine zur diagnostischen Abklärung des Behandlungsbedarfs nicht wahrgenommen werden:

„Ich wollte mich einfach untersuchen lassen und die lassen mich das nicht machen und nach dieser Kontusion (???), nachdem ich in so einem Zustand war wie betäubt, funktionierte mein Kopf gar nicht mehr richtig, deswegen wollte ich mich untersuchen lassen. Und die lassen mich das nicht machen.“ (Aslan Isakov, Zeilen 48 - 52)

In der Konsequenz beschränkte sich gesundheitliche Versorgung in seinem Fall ausschließlich auf medikamentöse Interventionen, die jedoch auch ihrerseits anscheinend ebenso ohne diagnostische Untersuchung zur Indikation erfolgten und - so seine Tochter, Frau Isakova - letzt-

lich weder als ausreichend noch als hilfreich empfunden wurden:

„Die Tabletten, die sie ihm geben, helfen überhaupt nicht, die können ihn überhaupt nicht beruhigen.“ (Esdat Isakova im Interview mit Aslan Isakov, Zeilen 44f)

Als ein besonders drastisches Beispiel für die Nachlässigkeit in der Vermittlung medizinischer Versorgung schilderte Herr Isakov schließlich außerdem, wie durch die Kontrolle des Zugangs auch zur notfallmedizinischen Versorgung im AsylbewerberInnenheim nach dem Suizidversuch eines Bewohners der Rettungsdienst erst mit zeitlicher Verzögerung gerufen worden sei:

„Und <da> wird auch der Notarzt nicht angerufen, auch wenn man stirbt nicht. Das war im Fall eines Jungen aus Georgien, der sich die Pulsadern aufgeschnitten hat. Das hat dann gedauert...“ (Aslan Isakov, Zeilen 92 - 95)

Dabei klang in seinen Erzählungen immer wieder an, dass er den eingeschränkten Zugang zur medizinischen Versorgung nicht als isoliertes Phänomen begriff, sondern in den Zusammenhang mit weiteren Handlungsbehinderungen durch die Mitarbeitenden der Gemeinschaftsunterkunft stellte. Vor diesem Hintergrund resümierte er die gesamte erste Interviewsequenz, in der er u.a. die wahrgenommene Überwachung und Kontrolle, den Autonomieverlusts, Abwertungs- und Diskriminierungserfahrungen, fehlende Möglichkeiten der Verständigung sowie die Abwesenheit medizinischer Versorgung und psychologischer Unterstützung ansprach, als generelle Entrechtung:

„Wir haben gar keine Rechte.“ (Aslan Isakov, Zeile 35)

Wie z.T. andere Interviewte auch schien er im Umgang mit dieser Situation u.a. auch aufgrund seiner schlechten körperlichen und psychischen Verfassung kaum noch Bewältigungsressourcen zur Verfügung zu haben. Sein Selbstwirksamkeitsempfinden wirkte in einzelnen Passagen bereits deutlich herabgesetzt, er schien z.T. kaum noch daran zu glauben, diese Situation verändern zu können. Es wirkte als bleibe ihm in einigen Momenten nur die Möglichkeit, diese zu erdulden:

„Ich nehme meine Tabletten und ich bete und gehe schlafen.“ (Aslan Isakov, Zeile 41)

Mit diesem Zitat verwies er außerdem darauf, wie grundsätzlich ausgeschlossen er sich in diesem Zustand offenbar von jeder Form der Teilhabe fühlte: Er beschreibt sein Leben als einer monotonen Routine unterworfen, für sinnstiftende Aktivitäten schienen keine Möglichkeiten zu bestehen.

Kontrolle der Mobilität als Barriere im Zugang zur Versorgung

Sowohl im Falle Frau Adaevas als auch Herrn Isakovas - beide nach ihrer Ankunft in entlege-

ne Ortschaften jeweils unterschiedlicher ostdeutscher Bundesländer verteilt -, schien der Zugang zur gesundheitlichen Versorgung außerdem durch die reduzierte Verfügbarkeit von Behandlungsmöglichkeiten in den Regionen sowie die eingeschränkte Erreichbarkeit weiter entfernter Angebote erschwert. Beide Interviewten nahmen zwar großen Aufwand auf sich, um diese Barriere zu bewältigen, indem sie Unterstützung in einer in beiden Fällen weit entfernten Großstadt suchten, beschrieben sich dabei jedoch in ihrer Mobilität stark eingeschränkt. Für jeden vereinbarten Termin hätten sie hier einen Antrag auf Verlassenserlaubnis, einen „Urlaubsschein“, wie dieser i.d.R. genannt wird, beantragen müssen.

Frau Adaeva schilderte in der Einstiegspassage zunächst, ihr größtes Problem, aufgrund dessen sie Unterstützung hier in der Einrichtung - ansässig etwa 250 km entfernt - suche, sei, dass sie für ihren Sohn im eigenen Landkreis keinerlei psychologische Unterstützung erhalten habe:

„Das Problem ist eben die Krankheit meines Sohnes. Und als wir nach Anklam gekommen sind, haben wir uns eben an Hilfe gewandt... (...) Und unser Sohn hätte eine Untersuchung bekommen müssen und das ist eben nicht passiert. In Anklam haben wir überhaupt keine psychologische Unterstützung erhalten.“ (Selima Adaeva, Zeilen 8 - 19)

Aufgrund der regionalen Unterversorgung im Bereich der spezialisierten kinder- und jugendpsychotherapeutischen Behandlung sei durch die behandelnde Kinderärztin schließlich eine Vermittlung an das nahe gelegene SPZ erfolgt. Da dieses sich aber bereits außerhalb des eigenen Landkreises befand, habe das Sozialamt die Behandlung trotz medizinischer Indikation und fehlenden Behandlungsalternativen in der Region abgelehnt:

„Als wir im Krankenhaus in Wolgast waren haben wir einen Termin bekommen, dass wir am 31. August beim Kinderarzt, beim Sozialpädiatrischen Zentrum sein sollten. Und in Anklam haben sie uns gesagt dass wir das woanders nicht machen können, dass wir das innerhalb von Anklam machen müssen.“ (Selima Adaeva, Zeilen 23 - 27)

Auch hier schien also ärztliches Handeln durch strukturelle Barrieren begrenzt: die ÄrztInnen des Krankenhauses überwiesen ins SPZ, weil sie offenbar einen medizinischen Bedarf diagnostiziert hatten, die rechtlich eingeschränkte Mobilität der PatientInnen verhinderte jedoch, dass indizierte Behandlungen auch stattfinden konnten. Ähnliche Schwierigkeiten ergaben sich für Adaeva, als sie selbst im Umgang mit der eigenen psychischen Belastung psychotherapeutische Unterstützung wahrnehmen wollte, diese jedoch innerhalb der eigenen Region zunächst nicht finden konnte: Nach der strukturellen Barriere, überhaupt eine formale Erlaubnis für die Psychotherapie zu bekommen (vgl. 5.1.1), war sie schließlich nach der juristischen Durchsetzung dieser Genehmigung gleich mit der nächsten Barriere, in diesem Fall auf Ebene der Versorgungsstruktur konfrontiert:

„Es war schwierig, überhaupt einen freien Platz zu bekommen beim Psychologen.“ (Selima Adaeva, Zeilen 160f).

„Man sagt uns, wir sollen uns eine ähnliche Organisation in unserem Landkreis suchen, aber da gibt es ja nichts, nicht einmal einen russischsprachigen Psychologen gibt es bei uns.“ (Selima Adaeva, Zeilen 115 - 117)

Sie attribuierte ihre Schwierigkeiten im Zugang zu Behandlungsmöglichkeiten im Gespräch dabei mehrfach auf den geographischen Kontext, nahm ihre eigene Situation im ostdeutschen ländlichen Raum dabei im Vergleich zu Bekannten, die in der Großstadt leben, als deutlich schwieriger wahr und führte dies sowohl auf das Bundesland, in dem sie lebt, als auch auf die Größe ihres Wohnortes zurück:

„Wenn wir hier mit russischsprachigen Bekannten reden, dann sagen sie 'Nein, hier ist das alles ganz anders'. Ich habe das so verstanden dass, dass wir im schwierigsten Bundesland in Deutschland leben. Wenn es wenigstens eine größere Stadt wäre, dann wäre es vielleicht leichter.“ (Selima Adaeva, Zeilen 119 - 113)

Auch für Herrn Isakov schien die auch hier 250 km entfernte Beratungsstelle in der Großstadt die einzige institutionalisierte Unterstützung zu sein, zu der er Zugang hatte:

„I: Ich frage mich die ganze Zeit, woher Sie die Kraft nehmen, das auszuhalten. Wie machen Sie das, was hilft Ihnen dabei?“

IP: Hier, ich komm hierher, ich bekomme eine Erlaubnis, hierher zu kommen. Und wenn die mir nicht helfen würden, ich weiß nicht.“ (Aslan Isakov, Zeilen 163 - 166)

Er verwies hier darauf, welche existentielle Bedeutung er den Terminen in der Beratungsstelle zuschreibt. Zugleich schien die Wahrnehmung dieses Unterstützungsangebots mit der Überwindung mehrerer Hürden verbunden: lange Anfahrtswege, hohe Fahrtkosten und die Notwendigkeit der Genehmigung des „Urlaubsscheines“, die offenbar nicht in jedem Fall problemlos erteilt wurde:

„Ja, da sind auch ganz viele Menschen, die aus unserem Land kommen, die auch davon träumen, dass sie einmal hier bei dieser Organisation landen, aber die bekommen gar keine Erlaubnis. (...) Wir bekommen diese Erlaubnis über den Rechtsanwalt und die haben so etwas nicht. Nur wenn sie illegal fahren und dann müssen sie irgendwo übernachten.“ (Aslan Isakov, Zeilen 440 - 446)

5.1.3 *Eingeschränkte Versorgungskapazität:*

„Er kann doch nicht so lange warten bis er tot ist“

Neben institutionellen und strukturell-rechtlichen Bedingungen schienen auch Determinanten der Versorgungsstruktur selbst der Suche nach psychosozialer Unterstützung Grenzen zu setzen. U..a. berichteten die Interviewten hier, wie ihre Anfragen nach Therapieplätzen häufig aus Kapazitätsgründen abgelehnt würden.

Mangel an Behandlungsplätzen

Frau Isakovas Geschichte illustrierte hier besonders eindrücklich die Misserfolgserfahrungen, die auf der Suche nach psychologischer Unterstützung oft trotz hartnäckiger Bemühungen bewältigt werden müssen. Ihre Erzählungen zeugten von über einem Jahr der erfolglosen Suche nach Behandlung durch einen Psychologen, von wiederholten Ablehnungserfahrungen aufgrund des Mangels an Behandlungsplätzen sowie der Erfahrung, sich auf unbestimmte Zeit und mit ungewissem Ausgang auf der Warteliste mehrerer Behandlungszentren zu befinden. Dabei schilderte sie wiederkehrend, als wie hoch sie ihren Bedarf, wie belastend sie ihren Leidens- und Gesprächsdruck empfinde, wie sehr sie sich wünschen würde, Erlebtes mitteilen und durch einen Psychologen Unterstützung finden zu können:

„Es geht einfach darum, dass ich schon ewig lange einen Psychologen brauche. Sich zumindest einmal in der Woche mit ihm zu treffen und über eigene Probleme sprechen, das ist ja auch eine Unterstützung.“ (Esidat Isakova, Zeilen 416 - 419)

Sie ergänzte dabei immer wieder, dass es sich hier nicht allein um einen subjektiven Wunsch handele, sondern dass ihr auch objektiv bereits mehrfach eine klare Indikation zur psychotherapeutischen Behandlung attestiert worden sei. So wurde die psychiatrische Behandlung, die hier offenbar recht schnell und unproblematisch erfolgt war, auch vom behandelnden Arzt als deutlich unzureichend empfunden:

„Seitdem ich in Deutschland bin, gehe ich zu ihm. Ein Jahr und 4 Monate. Er verschreibt mir Tabletten, so dass ich einigermaßen ausschlafen kann, so dass ich keine Alpträume sehe, aber er sagt trotzdem dass ich einen Psychologen brauche. Er fragt ständig nach, wie es mir so geht und wenn ich dann davon zu berichten anfangen, dass ich immer noch keinen Psychologen habe, fragt er dann auch ‘Weshalb das denn?’. Also dass das so nicht geht: ‘Davon kannst Du auch einen Herzanfall bekommen’.“ (Esidat Isakova, Zeilen 178 - 184)

Der Psychiater habe seinerseits also durchaus die Gefahren, die mit einer ausschließlich pharmakotherapeutischen Behandlung ohne begleitende psychotherapeutische Unterstützung verbunden sind, gesehen. Ebenso die Neurologin, die als Folge der ausbleibenden Behandlung klar eine Chronifizierung der Symptomatik prognostizierte:

„Zum Beispiel war ich beim Neurologen, zu ihr gehe ich ja auch, sie verschreibt auch Tabletten. Ich spreche mit ihr, ich berichte von meinen Problemen, sie hört auch zu. Sie sagt dann auch ‘Also Du trägst so viel Verantwortung, entschuldige, aber ich verstehe Dich’. Aber sie meinte auch, ich werde so nicht gesund werden. Nur mit Tabletten werden diese Probleme von Tag zu Tag immer mehr und größer werden.“ (Esidat Isakova, Zeilen 210 - 215)

Die behandelnden ÄrztInnen hätten also übereinstimmend einen hohen Handlungsbedarf diagnostiziert, ohne aber ihrerseits über Strategien zur Vermittlung in ein entsprechendes Versorgungsangebot zu verfügen. Auch die eigenen Möglichkeiten, die Patientin zu unterstützen, wurden als im Rahmen ihres Kompetenzbereichs als Psychiater bzw. Neurologin klar be-

grenzt kommuniziert:

„Er sagt zu mir, dass er mit mir als Psychologe eigentlich gar nicht sprechen kann, er von Beruf Psychiater ist und nur etwas verschreiben kann.“ (Esidat Isakova, Zeilen 187f)

Im Verlauf ihrer Suche nach einem Therapieplatz wandte Frau Isakova sich daher wiederholt auch an mehrere Anlaufstellen, die spezialisierte Psychotherapien für traumatisierte Flüchtlinge anbieten, wurde bisher jedoch offenbar überall z.T. mehrfach abgelehnt bzw. auf die Warteliste gesetzt:

„Leider habe ich immer noch keinen. Ich war schon überall, ich habe mich auch an die Wilhelmstraße gewandt, aber sie haben mir gesagt, dass sie leider auch keine Plätze haben. (...) Sie haben uns da auch auf die Liste geschrieben, angemeldet und meinten, dass sie uns anrufen werden, sobald es einen freien Platz gibt. Ich war da auch vor drei, vier Monaten und sie haben gesagt, dass sie immer noch keinen Platz haben (...) Aber das mit der Wilhelmstraße, da sagen sie immer das Gleiche. Dass sie keine Plätze haben, dass sie nicht sagen können, wann ein Platz frei wird.“ (Esidat Isakova, Zeilen 344 - 351)

Wiederholte Anfragen von KlientInnen auf der Warteliste scheinen dabei seitens der Einrichtungen nicht erwünscht zu sein: So wurde Frau Isakova nach wiederholter Nachfrage durch das Zentrum aufgefordert, sich nicht mehr von sich aus zu erkundigen:

„Sie haben mir gesagt, dass ich abwarten soll, bis sie anrufen: ‚Rufe da keinen an‘.“ (Esidat Isakova, Zeilen 353f)

Letztlich war sie hier also anscheinend trotz ihrer beharrlichen Bewältigungsversuche nicht erfolgreich. Obwohl sie wusste, dass ihr Zustand sich so nicht verändern, sich möglicherweise eher verschlechtern wird, blieb ihr hier als einzige Handlungsmöglichkeit nur noch das Abwarten:

„Aber wenn ein Mensch das dringend benötigt... er kann doch nicht so lange warten bis er tot ist. Ich weiss auch nicht, was man da tut (Seufzt).“ (Esidat Isakova, Zeilen 435 - 437)

begrenzter Raum für einzelne KlientInnen

Erfolgreich verlaufen war in Frau Isakovas Fall jedoch offenbar die Vermittlung in ein psychotherapeutisches Gruppenangebot speziell für Frauen aus der russischen Kaukasusregion. Sie habe die Therapie prinzipiell als hilfreich empfunden, betonte aber auch, dass ihr Bedarf an psychologischer Unterstützung damit nicht vollständig befriedigt werde, die Gruppenpsychotherapie eine Einzeltherapie nicht ersetzen könne:

„Aber es ist etwas anderes, da ist eine Frauengruppe, es sind viele Leute, jede hat irgendwelche Probleme.“ (Esidat Isakova im Interview mit Aslan Isakov, Zeilen 370f)

„Allerdings hatten wir auch individuelle Gespräche, also Sabine hat mir ein paar Einzeltermine gegeben. Als ich mit ihr kommuniziert habe, als ich mit ihr sprechen konnte, fühlte ich, dass es mir leichter geht, dass das tatsächlich Gespräche mit einer Psychologin sind.“ (Esidat Isakova, Zeilen 368 - 371)

Sie begründete den Unterschied zu individueller Psychotherapie hier durch die hohe Anzahl der Teilnehmenden in der Gruppe und der deshalb zahlreichen unterschiedlichen Probleme und Geschichten. So sehe sie diese als Ursache dafür, dass zu wenig Raum für das Mitteilen der je eigenen Geschichten, das ausführliche Sprechen über wichtige Themen bleibe:

„Wenn wir einander begrüßen und wenn wir dann von jedem etwas hören, so ganz kurz, ist schon die Zeit um, weil wir uns da nur von zehn bis zwölf treffen. (...) Wir haben ganz wenig Zeit da, um zwölf ist dann die Zeit um. Und nicht alle schaffen das dann. (Esidat Isakova im Interview mit Aslan Isakov, Zeilen 374 - 388)

Neben der begrenzten Zeit für die einzelne Frau betonte sie jedoch auch, dass sie die Form der Gruppentherapie für sich generell als unzureichend empfinde. Es wurde ein starker Wunsch deutlich nach dem Aufbau einer dyadischen therapeutischen Beziehung, in der es nur sie und die TherapeutIn gebe und in der das Vertrauensverhältnis so stark sei, dass „alles“ erzählt werden könne:

„Natürlich hat man da auch nicht die Möglichkeit, seine Geschichte oder ausführlich etwas zu erzählen wie in diesen individuellen Gesprächen, in denen man auch alles schildern kann und wo man auch mit <einem>, ja, sprechen könnte.“ (Esidat Isakova im Interview mit Aslan Isakov, Zeilen 371 - 374)

„Ja das ist ja eine Gruppe mit vielen anderen Frauen, aber ich möchte nicht, dass z.B. das wovon ich hier berichte, andere Menschen erfahren.“ (Esidat Isakova, Zeilen 366 - 368)

Außerdem deutete sie an, dass die Gruppentherapie ihr nicht nur nicht ausreiche, um ihre psychischen Probleme zu bewältigen, sondern dass sie diese manchmal sogar als zusätzliche Belastung empfinde. Da es ihr schwer fiel, sich von den Problemen der anderen Gruppenteilnehmerinnen abzugrenzen, sie sich „alles so ganz nah zum Herzen“ nehme, fühle sie sich manchmal „überwältigt von den anderen Problemen“, z.T. so stark, dass sie nicht mehr dazu komme, über ihre eigenen Probleme zu sprechen:

„Wenn ich das Ganze höre, auch die Probleme der anderen, oder selber auch etwas erzähle, geht es mir manchmal auch schlecht dadurch, so dass ich dann Anfälle habe. Es ist, ich habe ja diese Probleme mit dem Magen, dass ich diese Schmerzen bekomme. Ich denke mir ‘Ja, die haben auch Probleme’, manchmal ganz schlimme, und ich nehme mir alles so ganz nah zum Herzen, deswegen geht es mir manchmal auch danach so schlecht, dass ich manchmal auch nicht dazu komme über meine eigenen Probleme zu sprechen. (...) Ja, manchmal gehe ich mit einem Problem hin und dann bin ich überwältigt von den anderen Problemen, die ich schon gehört habe und dann gehe ich mit dieser Last zurück nach Hause.“ (Esidat Isakova im Interview mit Aslan Isakov, Zeilen 380 - 393)

Wartezeiten und begrenzte personelle Ressourcen

Ein Phänomen, das in den Erzählungen der Interviewten immer wieder aufgegriffen wurde, war die lange Wartezeit, die mit Terminen auch und insbesondere in der Beratungsstelle verbunden ist. Selbst Herr Malikov, der im gesamten Interview sehr darauf bedacht schien, keine direkte Kritik an den Versorgungssystemen im Allgemeinen, der Beratungsstelle im Besonde-

ren zu formulieren, ansonsten auf andere potentielle Problembereiche lediglich implizit über Verbesserungsvorschläge verwies, sprach das Warten und damit die eingeschränkte Versorgungskapazität der Einrichtung als einziges Phänomen direkt kritisch an. Auf die Frage hin, ob er sich an Situationen erinnere, die er hier in der Beratungsstelle als schwierig empfunden habe, zögerte er zunächst, äußerte schließlich aber doch seinen Wunsch nach einer Veränderung der Wartesituation:

„Mhm... Aus meiner Sicht? Das Warten. (...) das ist der einzige Wunsch, also dass was ich sagen würde (...) Das ist das einzige, ansonsten war das hier alles gut.“ (Abukar Malikov, Zeile 332, Zeilen 336 - 339)

Er berichtete weiter, dass diese Wartesituation für stark belastete Menschen als problematisch empfunden werden könnte:

„Es ist so, wahrscheinlich, wenn man mit einem Problem hierher kommt und dann lange warten muss, dann denkt man sich etwas Schlimmes und dann ist man von diesen Gedanken auch überwältigt.“ (Abukar Malikov, Zeilen 332, Zeilen 335)

Vor dem Hintergrund seiner Geschichte, in der er Kontrolle und Kontrollverlust immer wieder als größten Problembereich charakterisiert hatte, fungierte die Wartesituation also als einer derjenigen Momente, in der sich negative, bedrohliche Gedanken aufdrängten und ihn überwältigen könnten. Damit spiegelte sein Beispiel die Erfahrungen auch der anderen Interviewten wieder, in deren Geschichten das Warten-Müssen auf dem Sozialamt, bei ÄrztInnen, auf den Ausgang des Asylverfahrens etc. immer wieder als Zustand erschien, in dem sie zunächst keine internalen Kontrollüberzeugungen mehr empfanden, von dem die Subjekte selbst zunächst glaubten, ihn nicht als handelnde Akteure beeinflussen zu können. Vor allem Herr Malikov schaffte jedoch durch seine Bewertung bzw. den Umgang mit diesen Momenten auch immer wieder Perspektiven, die für ihn eine Veränderung der Situation greifbar machten. Direkt verbunden mit der Problematisierung von Phänomenen antizipierte er bereits Lösungsvorschläge. So schlug er hier den Ausbau personeller Ressourcen als eine Möglichkeit vor, belastende Erfahrungen des Wartens zu minimieren:

„Vielleicht braucht man viel mehr Mitarbeiter damit Sie das hier schaffen können.“ (Abukar Malikov, Zeilen 335f)

Dieser Vorschlag verweist allerdings auch darauf, dass er als Ursache für lange Wartezeiten zunächst den Personalmangel, damit verbunden aber auch die personelle Überlastung des Personals attribuierte. In einer weiteren Passage assoziierte er schließlich die wahrgenommene Überforderung der Mitarbeitenden nicht nur allgemein mit langen Wartezeiten, sondern verortete sie ganz konkret als Barriere im Zugang zur Behandlung durch den Psychotherapeuten der Einrichtung:

„Ich wollte seit langem zu Herrn Gärtner, aber er hat ständig... er war überfordert, er hat gar keine Zeit gehabt, deswegen bin ich auch bei Anna gelandet.“ (Abukar Malikov, Zeilen 81 - 83)

Hier bleibt zunächst noch offen, aus welchen genauen Gründen er als Klient bei besagtem Psychotherapeuten aufgenommen werden wollte: die Passage erfolgte als Antwort auf die Frage, ob Geschlecht und mit Geschlecht assoziierte kulturelle Normen für ihn in der Beratung eine Rolle spielten, deuten also in diesem Kontext in erster Linie auf den Wunsch nach einem männlichen Gesprächspartner hin und verweisen damit auf eine Verknüpfung der Barriere „Versorgungskapazität“ mit geschlechtsspezifischen Barrieren. Berücksichtigt werden muss hier jedoch auch, dass Herr Gärtner Psychotherapeut, Anna hingegen Sozialarbeiterin war, also unklar bleibt, ob der dezidierte Wunsch nach Psychotherapie oder der nach einem männlichen Gesprächspartner hier im Vordergrund stand.

Auch bei Frau Bogdanova zeigte sich der Zusammenhang mit der eingeschränkten Versorgungskapazität der Einrichtung in diesem Kontext nicht allein über die Tatsache, dass gewartet werden musste, sondern auch über die Antizipationen des Erlebens der MitarbeiterInnen der Einrichtung. Sie sprach diese Belastung zunächst nicht bezogen auf ihr eigenes Erleben an, sondern rückte in einem ersten Schritt die Sozialarbeiterin in den Mittelpunkt:

„Und wenn ich Anna sehe, sie tut mir manchmal auch leid, wenn ich so sehe wieviele Leute hier warten.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 339f)

Dass Frau Bogdanova jedoch auch selbst durchaus unter den Folgen begrenzter Versorgungskapazität zu leiden schien, wurde deutlich, als sie von einer Situation berichtete, in der sie psychisch offenbar stark belastet zu einem Termin bei der Beratungsstelle erschien, von dem sie erwartet hatte, dass in seinem Rahmen ihrer Traurigkeit Raum gegeben, sie die Möglichkeit haben würde, ihre Belastung mitzuteilen. Dieser habe jedoch letztlich ausfallen müssen, so dass dieses Bedürfnis trotz vereinbarten Gesprächstermins nicht befriedigt werden, die nötige Unterstützung nicht erfolgen konnte:

„An dem Tag an dem ich diesen Termin hatte (...) mir ging es <so schlecht>. Ich wollte mich einfach ausheulen, aber---.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 342 - 344)

Interessant ist hier, dass sie dies nicht explizit erwähnte, sie brach ihren Satz nach dem „aber“ ab, schilderte keine emotionale Reaktion auf die Ablehnungserfahrung, sondern deutete diese im nächsten Satz lediglich indirekt an, indem sie erwähnte, die Last, mit der sie kam, allein, ohne die Unterstützung der Sozialarbeiterin habe bewältigen müssen:

„Gut, also wir haben einen anderen Termin vereinbart und ich ging. Und mit dieser Last bin ich gegangen und dann musste ich mich selbst wieder in Ordnung bringen. Und da ist schon wieder die Hoffnung, dass man irgendwohin kommt und dass man einem einfach zuhört. Vielleicht kriegt man einen Rat oder Hilfe.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 344 - 348)

Deutlich wird hier auch, dass mit dem Ausfall des Termins nicht nur punktuell die Hoffnung enttäuscht wurde, erhört zu werden, Rat oder Hilfe zu erhalten, sondern dass dies für sie Kontinuität zu haben schien.

Vermittlungsschwierigkeiten

Angesichts von Kapazitätsproblemen versuchten AkteurInnen der psychosozialen Versorgung offenbar häufig, KlientInnen, die innerhalb ihrer Einrichtungen nicht behandelt werden können, an andere Versorgungsangebote weiterzuvermitteln. Im Falle z.B. Frau Isakovas offenbar nicht in jedem Fall erfolgreich. So sei bereits durch den Psychiater eine Überweisung zu einer Psychologin innerhalb der gesundheitlichen Regelversorgung erfolgt, eine Therapie habe jedoch auch hier – wieder aus Kapazitätsgründen, in diesem Fall in Ermangelung einer Schwangerschaftsvertretung – letztlich nicht aufgenommen werden können. Die Klientin erfuhr ein weiteres Mal, abgewiesen zu werden und wurde schließlich aus der Regelversorgung zurück an das Behandlungs- und Beratungszentrum verwiesen, von dem sie bereits wusste, dass es für sie keinen Therapieplatz hat:

„Ja, sie hatten zwar eine Psychologin, aber sie ist jetzt im Schwangerschaftsurlaub und sie sagten, ich soll mich hierher wenden.“ (Esidat Iskaova, Zeilen 174f)

Die Vermittlung in das stationäre Versorgungssystem schien ebenso nicht immer ohne Schwierigkeiten zu gelingen, wie in ihrem Fall der Versuch der Einweisung ihrer psychisch kranken Schwester in eine Klinik zeigte. Trotz Unterstützung durch die Sozialarbeiterin und offenbar hoher Dringlichkeit - wie aus dem Erwähnen des Notarzwagens deutlich wird-, konnte diese erst nach sehr langer Wartezeit vorgenommen werden:

„Dort im Krankenhaus haben wir eigentlich auch den ganzen Tag verbracht, da waren wir von früh bis spät. Und letzten Endes haben sie uns verkündet, dass sie keine freien Plätze haben. Dann haben sie uns in ein anderes Krankenhaus gebracht mit einem Notarzwagen.“ (Esidat Isakova, Zeilen 101 - 104)

Frau Isakovas Fall verweist zudem darauf, dass auch der Zugang zu zeitlich und inhaltlich begrenzten Beratungsangeboten oft nur eingeschränkt möglich ist. So berichtete sie, man habe ihr für Entlastungsgespräche mit einer Praktikantin der Einrichtung eine viermonatige Wartezeit angekündigt, die inzwischen ihrerseits jedoch bereits verstrichen sei:

„Ich weiss es nicht, ich habe keinen Psychologen. Also ich habe <hier> angefragt und man sagte mir, es gebe hier in vier Monaten eine Barbara, also so eine große Frau mit kurzen Haaren, eine Praktikantin oder so. Und dann habe ich meine Adresse hier hinterlassen und ich sagte, dass ich eigentlich einen Termin bei ihr brauche. Und bis heute gibt es noch keine Veränderung.“ (Esidat Isakova, Zeilen 165 - 169f)

Ebenso sei die Vermittlung ins MentorInnenprogramm der Einrichtung für sie nicht zufriedenstellend gelungen: Erst nach sechsmonatiger Wartezeit habe sich eine Mentorin für sie

finden lassen, diese habe das Betreuungsverhältnis jedoch kurz darauf aufgeben müssen. Eine Neuvermittlung sei schließlich nicht erfolgt, da das Projekt, in dessen Rahmen die Einrichtung MentorInnen an Flüchtlinge vermittelte, nicht verlängert werden konnte:

„Also und dann hat sie nicht mehr gearbeitet, dann hat sie mir einfach eine SMS geschickt, dass sie da nicht mehr arbeitet und dass ich eine andere Mentorin bekomme. Und Klara meinte dann, also danach habe ich mich noch einmal an sie gewandt, dass es das hier nicht mehr geben wird, weil das Projekt zu Ende ging.“ (Esidat Isakova, Zeilen 254 - 258)

5.2 Wahrgenommene Barrieren auf interaktioneller Ebene: „Das ist ein anderes Verhalten als gegenüber anderen.“

Neben bürokratischen, rechtlichen und kapazitätsbedingten Schwierigkeiten wurden von den Befragten auch konkrete Interaktionen mit verantwortlichen AkteurInnen innerhalb der bürokratischen ebenso wie der Versorgungsstrukturen selbst als problematisch beschrieben. Im Mittelpunkt der Erzählungen standen dabei Sprach- und Kommunikationsbarrieren sowie Erfahrungen der Ablehnung und Diskriminierung durch SachbearbeiterInnen oder behandelnde ÄrztInnen.

5.2.1 Sprach- und Kommunikationsbarrieren: „Sie übersetzt das überhaupt nicht so wie <ich> das gesagt habe“

Besondere Bedeutung schienen dabei für alle Interviewten Schwierigkeiten im Bereich der sprachlichen Verständigung zu haben. Diese wurden offenbar auch von Seiten der Leistungsträger als relevant bewertet: So erfolgte z.B. im Fall von Frau Adaevs Ehemann die Begründung für die Ablehnung einer Psychotherapie mit Rückgriff auf die Sprachbarriere:

„Ich habe eine Genehmigung bekommen einen Psychologen zu besuchen (...). Mein Mann hat noch keine Erlaubnis und es wird mit der Sprachbarriere begründet.“ (Selima Adaeva, Zeilen 118 - 120)

Herr Isakov beschrieb die fehlenden Verständigungsmöglichkeiten sowohl mit dem Personal des AsylbewerberInnenheimes als auch mit dort verfügbarem medizinischen Personal explizit als Barriere im Zugang zur gesundheitlichen Versorgung. Er könne sich mit den MitarbeiterInnen der Einrichtung – von ihm als diejenigen AkteurInnen beschrieben, die eine eigenständige Organisation medizinischer Untersuchungen erschwerten - nicht verständigen, habe keine Möglichkeit, Informationen über seine Rechte und Pflichten einzuholen und diese geltend zu machen:

„Das ist sehr schlecht für uns, wir können mit ihnen auch nicht auf einer Sprache sprechen. Es gibt nur Englischunterricht für Kinder. Und die Kinder können die Sprache auch ein bisschen. Also für sie gibt es da auch eine Russischsprachige, für uns Erwachsene gibt es niemanden. (...) Wir kennen unsere Rechte nicht, wir können uns nicht rechtfertigen und auch die Regeln auf den Schildern gibt es auf allen Sprachen außer Russisch.“ (Aslan Isakov, Zeilen 13 - 21)

Zudem scheinen seine Möglichkeiten, Deutsch zu lernen um entsprechende Kommunikationsbarrieren aktiv zu überwinden, trotz hoher Motivation seinerseits stark begrenzt:

„Ich hab diesen Willen auch zu lernen, aber ich bin dort jetzt fünf Monate und habe diese Möglichkeit nicht.“ (Aslan Isakov, Zeilen 139f)

Er beschrieb fehlende Verständigungsmöglichkeiten schließlich auch direkt als Barriere, welche die konkrete Interaktion mit dem im Heim verfügbaren Arzt und damit die Vermittlung in weiterführende Versorgungsangebote behinderten:

„Ja, bei uns im Heim gibt es einen Arzt, aber er spricht kein Russisch. Und deswegen, wenn man sich an ihn wendet, erhält man keine Überweisung. Ich habe Probleme mit der Gesundheit, mit den Nieren und habe auch Schmerzen und man gibt mir einfach gar keinen Termin.“ (Aslan Isakov, Zeilen 56 - 59)

DolmetscherInnen zur Überwindung der Sprachbarriere schienen für die Interviewten nicht in jedem Fall verfügbar. Wie im Beispiel von Frau Isakova deutlich wird, betraf dies offenbar insbesondere das stationäre Versorgungssystem:

„Und das Problem im Krankenhaus besteht darin, dass sie keinen Dolmetscher einladen und ich habe niemanden, den ich mitnehmen kann.“ (Esidat Isakova, Zeilen 402 - 404)

Über die mangelnde Verfügbarkeit hinaus sprachen die Interviewten auch generelle Probleme in der Kommunikation über DolmetscherInnen an. So berichtete Herr Isakov, er habe bereits die Erfahrung gemacht, das von ihm Gesagte würde nicht korrekt übersetzt:

„Man sagt ihr etwas, aber sie übersetzt das nicht so wie <ich> das gesagt habe.“ (Aslan Isakov, Zeilen 33 - 35)

Auch Frau Bogdanova schilderte eine Situation, in der die hohe Relevanz der Rolle von DolmetscherInnen für gelingende Interaktionen – in diesem Fall mit SachbearbeiterInnen des Sozialamts – deutlich wird. So sei sie durch die fehlende Neutralität einer Dolmetscherin bereits mehrfach beim Vorbringen ihrer Anliegen behindert worden:

„(Seufzt.) Meine Beraterin im Sozialamt, das ist eine ehemalige Dolmetscherin, sie hat ständig irgendwie etwas angestellt. Sie war immer bei wichtigen Terminen als Fragen gelöst werden sollten. Zum Beispiel als es um Geld für Bekleidung ging, also ich habe zumindest versucht, da ein bisschen mehr Geld zu bekommen für noch ein paar Hosen. Zu dem Zeitpunkt hat sie noch gedolmetscht und dann hat sie mich so angemacht ‘Was willst Du denn eigentlich überhaupt, was soll denn das. Also sei zufrieden mit dem was Du hier hast‘.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 141 - 147)

Sie beschrieb die Dolmetscherin hier nicht nur als nicht neutral, sondern als explizit (ab-)wertend, schilderte, wie diese ihr Bedürfnis als nicht gerechtfertigt bzw. gar unverschämt bezeichnete und an ihre Bescheidenheit appellierte.

Im Gespräch mit Herrn Malikov zeigte sich das Phänomen ambivalenter Kommunikationssituationen mit DolmetscherInnen auf andere Weise: So schien er in der Interaktion mit

der Dolmetscherin ein „Wir“ zu konstruieren, das sich auf die gemeinsame Herkunftskultur stützt - z.T. explizit über geteiltes Wissen, z.T. implizit zu vermuten in Passagen, in denen beide lachen, ohne dass für die Interviewerin direkt erkennbar war, worauf sie sich bezogen. Insgesamt entstand der Eindruck, zwischen den beiden bestehe eine Verbundenheit, die der Interviewerin ihrerseits nicht zugänglich ist. Besonders deutlich wurde diese Dynamik, als Herr Malikov begann, zu schildern, wie er als Mann in der Interaktion mit der weiblichen Sozialarbeiterin mit geschlechtsspezifischen Tabus umginge. Er deutete an, dass das Erzählen für ihn auch im Kontext der Interviewsituation schambesetzt sei. Dies führte schließlich zu einem Missverständnis mit der Interviewerin, die das Schamgefühl als die Beziehung zur Sozialarbeiterin betreffend interpretiert:

„Es war so eine Situation, jetzt muss ich auch ein bisschen über den Rahmen gehen (lacht) und ehrlich sein, es ist, als ob ich mich da auch ein bisschen schäme, das war dann... +

I: Also Sie wissen schon dass ich >nichts< was Sie nicht wollen, Anna erzählen werde, alles, was Sie hier erzählen, bleibt in diesem Raum, die Dolmetscherin steht genauso unter Schweigepflicht (...) +

(Lachen beide. Nicht alles übersetzt. Name der Dolmetscherin fällt.)“ (Abukar Malikov, Zeilen 166 - 173)

Es zeigte sich jedoch, dass das schambesetzte Element in dieser Passage nicht vornehmlich - wie von der Interviewerin vermutet - auf die Beraterin-Klient-Beziehung bezogen war, sondern auf Hemmungen, bestimmte Themen in Anwesenheit der weiblichen Dolmetscherin anzusprechen. Rekonstruierbar ist dies u.a. anhand der folgenden Sequenz, in der Herr Malikov die Dolmetscherin explizit in das Gespräch einbezieht, um geteiltes Wissen über mit seiner „Mentalität“ verbundene Kommunikationsbarrieren zu explizieren:

„IP: Aber ich muss hier auch dazu sagen, von der Mentalität her würde ich jetzt auch einiges nicht nennen (Lacht.). [Pause]

I: Jetzt hier mir gegenüber?

D: Nein, mir...

I: Dir gegenüber.

D: Ja, von der Mentalität her.

I: Okay. Erzählen Sie einfach, was Sie erzählen mögen und fühlen Sie sich nicht unter Druck gesetzt, Sachen zu erzählen die Sie nicht erzählen mögen. Was mich aber interessieren würde, was meinen Sie denn mit Mentalität?

IP: (Lacht) Ja das, kannst Du (zur Dolmetscherin) das irgendwie erklären...

D: Wahrscheinlich meint er damit dass er, wenn er sich ausdrückt, dass er auch darauf aufpasst <wie> er das sagt weil, mir gegenüber wäre es... weil wir von der--- mh einer---

I: Weil ihr aus dem gleichen Land kommt?

D: Jaja, deswegen, wahrscheinlich das, also--- ich vermute mal.“ (Abukar Malikov, Zeilen 28 - 47)

An dieser Stelle nahm die Dolmetscherin also nicht allein die Rolle der Sprach-, sondern auch der Kulturmittlerin ein. Zugleich war sie als Frau in der Position, ein mit ihrer eigenen Person verbundenes Kommunikationsproblem vermitteln zu müssen.

Hier zeigte sich exemplarisch, wie Kommunikationsbarrieren im Rahmen der Interaktion mit DolmetscherInnen, insbesondere wenn diese aus der gleichen Herkunftsregion bzw. -kultur kommen, die Verständigungsmöglichkeiten der beteiligten AkteurInnen in Abhängigkeit von geschlechtsspezifischen und/oder kulturellen Besonderheiten beeinflussen können.

5.2.2 *Abwertungs- und Diskriminierungserfahrungen: „...also nicht wie Menschen, wie Abfall eigentlich.“*

Als zusätzliche Barriere auf Ebene nicht allein des Verwaltungsapparates, sondern der konkreten zwischenmenschlichen Interaktion beschrieben die Interviewten ein als abwertend wahrgenommenes Verhalten seitens der SachbearbeiterInnen auf dem Sozialamt bzw. verschiedener AkteurInnen innerhalb des Versorgungssystems. Im Falle von Frau Adaeva zeigte sich dies besonders stark über die Kontrastierungen ihrer Erfahrungen mit der psychosozialen Beratungsstelle in der Großstadt mit denjenigen in Institutionen im ostdeutschen ländlichen Raum. So betonte sie mehrfach die respektvolle, wohlwollend-zugewandte Atmosphäre, mit der ihr hier begegnet werde, um anschließend herauszustellen, dass ihr dieser Respekt, dieses Wohlwollen in ihrem Wohnort vollständig fehle. Auf konkretere Nachfrage hin spezifizierte sie die institutionelle Interaktion dort als unmenschlich und abfällig:

„IP: Dort ist es so, dass man in keiner einzigen Organisation so etwas hat, dort gibt es auch nicht so viele Flüchtlinge wie hier, aber viele russischsprachige Leute. Und dort wird man eben nicht so nett angeguckt, wenn man irgendwo in einer Organisation ist.“

I: Wie wird man da angeguckt?

IP: Wie, ich weiß nicht, wie ich das richtig sagen soll, also nicht wie Menschen, wie Abfall eigentlich.“ (Selima Adaeva, Zeilen 264 - 271)

Da sie explizit erwähnte, dass diese Behandlung mit ihrem Status als Flüchtling verbunden sei und hier auch nicht aus der Ich-Perspektive spricht, sondern „man“ sagt, kann erschlossen werden, dass sie diese unmenschliche, abfällige Behandlung als Behandlung, die sie aufgrund der Zugehörigkeit zur Gruppe der Flüchtlinge erfährt, einordnet und damit explizit als diskriminierend empfindet. Analog dazu beschrieb sie z.T. auch ihre Erfahrungen innerhalb des Versorgungssystems: Auch hier habe sie sich bzw. ihren Sohn durch die ÄrztInnen in der Region „anders“ behandelt gefühlt als andere Personen. So nehme sie ärztlicherseits eine mangelnde Bereitschaft zum angemessenen Umgang mit ihrem Kind wahr, die sie explizit mit ihrem Aufenthaltsstatus verbinde:

„IP: Jeder Arzt, der bei uns im Krankenhaus vorbeikam, hat sofort nach unserem Status gefragt. Und als er dann gehört hat, dass er weder positiv noch negativ ist sondern ungewiss, haben wir immer die Antwort bekommen 'Ja, mit so einem Status, dann...' (...) Das habe ich eben gesehen, wie man sich uns gegenüber verhält, das ist ein anderes Verhalten als gegenüber anderen. Sogar mit dem Kind, zum Beispiel wenn ein EEG durchgeführt wird, das Kind verhält sich manchmal ein bisschen eigenwillig und steht spontan auf oder so. Und sie können nicht einmal mit dem Kind richtig umgehen.

I: Okay. Weil sie unsicher sind?

IP: Nein, mir scheint weil sie nicht wollen“ (Selima Adaeva, Zeilen 88 - 101)

In ihrem Fall wurde außerdem deutlich, dass auch im psychotherapeutischen Setting respektvolles, wertschätzendes Verhalten offenbar nicht in jedem Fall selbstverständlich ist. Sie deutete im Gespräch zunächst nur an, sich mit ihrem Therapeuten nicht immer wohl zu fühlen, sondern häufig „*angespannt*“ zu sein. Auf Nachfrage berichtete sie aber schließlich eine Sequenz, aus der eine klare Grenzüberschreitung von Seiten des Psychotherapeuten rekonstruierbar war: So habe der Therapeut auf Situationen, in denen sie sich von ihren Emotionen überwältigt fühlte und zu weinen begann, „*manchmal sehr aufbrausend*“ reagiert und sie angeschrien. Er schien ihr hier nicht nur zu signalisieren, dass ihre Emotionen im therapeutischen Setting nicht erwünscht sind, sondern verhielt sich ihr gegenüber offenbar aggressiv und abwertend:

„IP: Also er reagiert manchmal sehr aufbrausend und schreit mich an: 'Bist Du ein kleines Mädchen, dass Du Deine Gefühle nicht in Ordnung bringen kannst?'. Und dann ziehe ich mich zurück, igele mich ein und sage schon nichts mehr und warte nur noch bis der Termin vorbei ist.

I: Ihr Psychologe, habe ich das richtig verstanden, Ihr Psychologe schreit Sie an?

IP: Ja. Also manchmal überkommen mich meine Gefühle und ich fange an zu weinen und dann sagt er 'Dass ich nicht Deine Tränen aufwischen muss, Dir nicht die Nase putzen muss'.

I: Okay, und was passiert dann, wie reagieren Sie darauf?

IP: Ich ziehe mich in mich selbst zurück und entschuldige mich und möchte schon nicht mehr darüber sprechen. Ich bin sehr schnell gekränkt von mir aus, das ist mein Problem.“

(Selima Adaeva, Zeilen 176 - 188)

Ihre Reaktion auf diese Grenzüberschreitung schien die des Rückzugs, der Unterordnung, des Wartens im Sinne eines Ertragen-Müssens der Situation gewesen zu sein. Dabei empfand sie die Interaktion mit dem Therapeuten offenbar nicht nur als Fehlverhalten seinerseits, sondern attribuierte den therapeutischen Misserfolg auch auf die eigene Person, erklärte sich die schwierige therapeutische Interaktion mit der eigenen Kränkbarkeit. Zugleich nahm sie jedoch auf Seiten des Therapeuten auch sehr deutlich eine grundsätzliche Ignoranz gegenüber ihrem persönlichen Leidensdruck bzw. ihrer Geschichte wahr:

„I: Aber wie reagiert er denn, wenn Sie sagen dass Sie sich eigentlich Hilfe, Unterstützung wünschen, und meinen, diese bei ihm nicht bekommen zu können?

IP: Es gab keine Reaktion. (...) Er liest verschiedene Papiere und er informiert sich im Internet über Dagestan und er fragt mich 'Passiert da das? Und das? Oder nicht?' (...) Ich bin eben zu diesem Psychologen gekommen als Frau, die ein Kind möchte und die ein Kind verloren hat und er sagte 'Ja, verabschiede Dich von der Idee, Du hast ja ein Kind, kümmere Dich um dieses Kind'. Ich hatte halt Hoffnung ihm gegenüber dass er mir etwas suggeriert, dass er mir hilft.“ (Selima Adaeva, Zeilen 207 - 223)

Ihre Erwartungen an die Psychotherapie bei diesem Therapeuten seien dabei schließlich so stark enttäuscht worden, dass sie letztlich die Konsequenz des Behandlungsabbruchs bzw. Therapeutenwechsels zog:

„Deshalb möchte ich auch nicht mehr zu ihm gehen, ich möchte den Psychologen wechseln.“
(Selima Adaeva, Zeilen 198f)

Während Frau Adaeva einen Großteil ihrer problematischen Erfahrungen insgesamt oft als regionale Spezifika beschrieb, d.h. geographisch im Kontext des ländlichen ostdeutschen Raumes verortete und in der Großstadt offenbar mehr Wertschätzung ihr gegenüber erfuhr, berichteten die in eben dieser Stadt wohnenden Interviewten dennoch ähnliche interaktionelle Schwierigkeiten. So schilderte Frau Bogdanova, dass sich aufgrund von wahrgenommenen Zweifeln an ihrer Glaubhaftigkeit seitens ihres Psychiaters keine vertrauensvolle Arzt-Patientin-Beziehung habe einstellen können - auch in ihrem Fall habe dies zum Behandlungsabbruch geführt:

„Mein Gefühl war, dass er nicht an diese Geschichte geglaubt hat. Ich weiss es auch nicht. Irgendwie war mein Gefühl, dass er nicht zu mir steht. Und dann war ich einmal da und dann bin ich nicht mehr hingegangen.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 295 - 298)

Ebenso beschrieb sie ihre Beraterin auf dem Sozialamt ihr gegenüber mehrfach als ignorant. Sie hat diesbezüglich offenbar bereits häufiger die Erfahrung gemacht, von ihr in ihren Anliegen nicht erhört bzw. nicht verstanden worden zu sein, so dass sie in der Folge bereits die Antizipation einer Interaktion mit ihr körperlich und psychisch zu verunsichern bzw. nervös zu machen schien:

„Wenn man mit solchen Menschen wie meiner Beraterin zu tun hat dann... Also ich gehe dort hin und mein Körper ist mit Gänsehaut übersät. Ich bin dann fürchterlich nervös. Weil ich von Anfang an weiß, dass ein Gespräch eigentlich gar nicht stattfindet, dass ich nicht verstanden werde. Dass ich nicht gehört werde. Dann soll es dort eben nicht klappen, soll dann zu nichts führen, aber es ist dann doch, wenn einem zugehört wird, oder wenn einem etwas gesagt wird, einfach einfache Worte, dann geht es schon besser, als würde man gehört werden, von irgend jemandem.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 462 - 469)

Hier wurde deutlich, dass die für einen Zugang zur gesundheitlichen Versorgung nötigen behördlichen Interaktionen nicht allein in ihrem Ergebnis – in diesem Fall auf formaler Ebene die Ablehnung von Anträgen zur Kostenübernahme – d.h. als strukturelle Barrieren wahrgenommen wurden, sondern auch die Art der Kommunikation für Antragsstellerinnen von hohem Stellenwert sein konnte.

5.2.3 *kultur- und geschlechtsspezifische Barrieren: „Aber ich muss hier auch dazu sagen, von der Mentalität her würde ich jetzt auch einiges nicht nennen...“*

In den Gesprächen mit Frau Bogdanova und Herrn Malikov zeigte sich, dass auch kulturellen Faktoren Bedeutung für sowohl den Zugang zu als auch die Inanspruchnahme von psychosozialer Versorgung zugesprochen wurde: Sie schienen den ohnehin durch die geringe Versorgungskapazität eingeschränkten Zugang weiter zu erschweren. So schilderte Frau Bogdanova in dem Teil des Interviews, in dem sie gebeten wird, über problematische Erfahrungen innerhalb des psychosozialen Versorgungssystems - insbesondere auch mit der Beratungsstelle - zu berichten, zunächst nur, sie nehme im Warteraum ein Spannungsverhältnis zwischen KlientInnen aus verschiedenen Republiken der nordkaukasischen Region wahr:

„Also wenn man ehrlich ist, also in diesem Raum wo wir alle warten, das Verhältnis zwischen Tschetschenen und Dagestanern, also das ist total angespannt. Und dann beobachte ich da, dass sie alle so verummmt sind und wir aus Dagestan eben so anders (...) Also es ist irgendwie so, als würden sie damit angeben wollen und so etwas mag ich gar nicht.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 361 - 365)

Sie stellte die angespannte Atmosphäre zwischen beiden KlientInnengruppen dabei in einen Zusammenhang mit der unterschiedlichen Verhüllungspraxis weiblicher KlientInnen, die ihrerseits als relevantes Kriterium für ein Anders-Sein zu fungieren schien. Für Frau Bogdanova selbst war dies offenbar unangenehm konnotiert. Sie spezifizierte als Grundlage ihres Unwohlseins hier den wahrgenommenen Stolz tschetschenischer Frauen auf die Verhüllung ihres Körpers als für alle sichtbare symbolische Repräsentation ihrer religiösen Identität als Muslima. Mit der Formulierung *„als würden sie damit angeben wollen“* deutete sie bereits darauf hin, dass sie beim Gegenüber die Antizipation einer Höherwertigkeit ihrer kulturell-religiösen Praxis ihr gegenüber wahrnahm, die so betrachtet wiederum eine Abwertung ihrer eigenen Person auf Grundlage der Zugehörigkeit zur Gruppe dagestanischer, unverhüllter Frauen einschloss. Offenbar hat sie diesbezüglich auch bereits reale Erfahrungen der Diskriminierung und Ausgrenzung aus der Gruppe muslimischer Frauen erlebt:

„Also zuvor haben meine Schwester und ich auch in der Erstaufnahmeeinrichtung gewohnt. Da waren wir eigentlich auch ständig von dieser Gerüchteküche umgeben. Und ihretwegen und meinetwegen gab es ständig irgend etwas, dass wir nicht wie muslimische Frauen aussehen würden.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 366 - 369)

Die Frage der Interviewerin, ob mit Herkunft und religiöser Praxis assoziierte Aspekte für sie auch in der Beratungssituation selbst von Relevanz seien, verneinte Frau Bogdanova zwar zunächst. Allerdings lenkte sie das Gespräch im Anschluss nahtlos in Richtung ihrer Schwierigkeiten mit der Inanspruchnahme gruppentherapeutischer Angebote der Einrichtung:

„I: Wie ist das denn in der Beratung selbst, was haben Sie da für ein Gefühl - spielt es eine Rolle, woher Sie kommen? (...)

IP: Bei den Mitarbeitern? Nein.

I: Okay.

IP Anna hat mir einmal angeboten, zu diesen Gruppenangeboten zu kommen. Und ich wollte ihr das nicht sagen... also, ich habe dann stattdessen gesagt 'Es ist leichter für mich das für mich zu behalten als darüber zu sprechen'. Und ich bin dann nicht hingegangen.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 373 - 382)

Im Gespräch mit Herrn Malikov nehmen kulturelle Traditionen, Normen und Verhaltenskodizes sehr viel Raum ein - weniger verbunden mit religiöser Praxis im engeren Sinne, als vielmehr mit einer „Mentalität“, die er mit seiner Herkunft aus Tschetschenien assoziiert. Relevanz für die Beratungssituation erhalten diese kultur- bzw. mentalitätsspezifischen Normen für ihn vor allem im Zusammenhang mit geschlechtsspezifischen Verhaltenskodizes, denen er sich in der Interaktion mit sowohl der weiblichen Sozialarbeiterin als auch der Dolmetscherin gegenüber verpflichtet fühlt. Konkret definiert er diese hier als eine Form geschlechtsspezifischen Respekts, die in der Kommunikation mit Frauen eine erhöhte Achtsamkeit gegenüber der Ausdrucksform des Gesagten, „eine gewisse Distanz“ bzw. Reflexion von spontanen gedanklichen Impulsen erfordere:

„In der Präsenz einer Frau, ja, da hat man so eine gewisse Distanz und denkt darüber nach wie man etwas was sagt, mit Männern ist das ein bisschen freier würde ich sagen. Da unterscheidet man eigentlich nicht zwischen Tschetschenen und Frauen anderer Nationalitäten. Da muss man eigentlich auch aufpassen, was man sagt und wie man es sagt. Das ist einfach in unserer Kultur so, dass wir gegenüber Frauen respektvoll und überlegt reden müssen. Und bei uns in Tschetschenien ist es auch so, dass wenn Männer miteinander reden, dass da Frauen überhaupt nicht dabei sind.“ (Abukar Malikov, Zeilen 53 - 61)

In Anwesenheit weiblicher Gesprächspartnerinnen fühlt er sich also offenbar zu einem Zustand erhöhter Selbstaufmerksamkeit und -kontrolle verpflichtet. In der Beratungsstelle habe er vor diesem Hintergrund anfänglich eine Behandlung bei einem männlichen Psychotherapeuten angefragt, dies sei jedoch aus Kapazitätsgründen nicht möglich gewesen (vgl. 5.1.3). In der Folge erfahre er Unterstützung in erster Linie durch die weibliche Sozialarbeiterin, gerät hier allerdings offenbar zunächst in einen inneren Konflikt: Das Bedürfnis, im Gespräch

Zugang zu sich selbst und seiner Problematik finden zu können indem er sich der Sozialarbeiterin öffnet, schien dem Anspruch gegenüberzustehen, sich ihr gegenüber dennoch im Einklang mit seiner Rolle als tschetschenischem Mann zu verhalten:

„Aber ich habe mich schon daran gewöhnt, dass ich sie nicht als eine <Frau> anschau, sondern als einen Psychologen oder als einen Menschen, der mir zuhört. Oder ich bilde mir ein, dass ich vor einem Spiegel sitze. Weil, wenn ich zum Beispiel laut meiner Kultur da über einige Sachen nicht reden würde, über die ich in der Präsenz von einer Frau reden darf, oder wenn ich zum Beispiel etwas verschweigen würde, dann würde ich wahrscheinlich auch meine Probleme und das Ganze was mich betrifft in meinem Leben nicht verstehen können.“ (Abukar Malikov, Zeilen 83 - 89)

Seine Strategie zur Bewältigung dieses inneren Konfliktes scheint hier, das Geschlecht der Sozialarbeiterin zugunsten ihrer professionellen Rolle in den Hintergrund zu stellen bzw. sie als Person zeitweise vollständig auszublenden, indem er sie lediglich als Spiegel seiner selbst begreift. Auf diese Weise scheint ihm eine gewisse Lockerung der kulturellen Norm möglich, die es ihm erlaubt, Themen mit der Beraterin zu teilen, die er gegenüber einer Frau im Normalfall nicht ansprechen würde. Welche konkreten Verhaltensweisen diesbezüglich für ihn tabuisiert sind, deutet er u.a. in Passagen an, in denen er berichtet, wie er in der Beziehung zur Sozialarbeiterin den kulturellen „Rahmen“ überschritt, sein Erleben ihr gegenüber „ehrlich“ zeigen und auf diese Weise Zugang zu sich und seinem emotionalen Erleben finden konnte:

„Es war so eine Situation, jetzt muss ich auch über den Rahmen gehen ein bisschen (lacht) und ehrlich sein, ich schäme mich da auch ein bisschen (...) es war so, dass ich da mit ihr geredet habe, mit Anna, an dem Tag und da habe ich gespürt, dass da Tränen fließen. Das war so ein Moment. Und in dem Moment ist meine Ehefrau hereingekommen und das war so eine Situation, das war ja auch für mich gar nicht erlaubt, dass ich gar nicht wusste, was ich machen soll und da habe ich mich ein bisschen zurückgezogen.“ (Abukar Malikov, Zeilen 166 - 178)

Im Anschluss kontextualisiert er die Bedeutung, die sein Weinen hier hatte, durch eine Erzählung, die Tapferkeit als maskulines Attribut explizit in der tschetschenischen Identität verortet:

„Ich werde Ihnen jetzt eine Geschichte darüber erzählen, was es für Tschetschenen bedeutet, zu weinen: Ein Mensch hatte so starke Zahnschmerzen, dass er Tränen in den Augen hatte. Und dann war bei ihm ein Gast, er hat ihn gerufen, und bei uns ist es auch nicht höflich, wenn man mehrmals gerufen wird, aber nicht herauskommt... Und dann hat sich der Mensch, der die Zahnschmerzen hatte, gedacht ‘Wenn jetzt ich herausgehe und meine Tränen in den Augen mit den Zahnschmerzen begründe, dann wäre das nicht tschetschenisch und man darf das gar nicht. Deswegen hat er sich mit einer Pistole in den Fuß geschossen. Und dann ist er herausgegangen und dann hat der andere gefragt ‘Warum hast Du Tränen in den Augen?‘. Und er meinte ‘Ja, ich habe meinen Fuß angeschossen, deswegen‘. Und der andere meinte ‘Ah, das ist ja nichts. Es wäre etwas anderes, wenn Du Zahnschmerzen gehabt hättest‘ (...) Und damit wollte ich einfach sagen, dass es bei uns gar keinen Grund gibt, zu weinen. Das könnte auch der Grund dafür sein dass unsere Männer ein bisschen nervös sind (Lacht.), weil sie nicht weinen dürfen.“ (Abukar Malikov, Zeilen 181 - 201)

Schwäche zeigen zu können, scheint also innerhalb der Beratungssituation etwas gewesen zu sein, das er einerseits als hilfreich, zugleich jedoch als nicht erlaubt empfand.

Die Beispiele von Herrn Malikov und Frau Bogdanova machen deutlich, dass interethnische Spannungen bzw. geschlechtsspezifische kulturelle Normen im Zusammenspiel mit Aspekten der Versorgungskapazität strukturelle Barrieren verstärken, abgesehen davon jedoch auch Einfluss auf die Behandlung selbst nehmen können.

5.3 Informations- und Wissensdefizite: „Ich weiß ehrlich gesagt gar nicht, welche Rechte wir überhaupt haben“

Für einige Befragte erwiesen sich zudem Informationen über bürokratische Anforderungen, über Rechte und Leistungsansprüche, aber auch vorhandene Strukturen und Vermittlungswege als nur begrenzt verfügbar. Herr Isakov und Frau Adaeva beschriebene diese Informationsdefizite auch explizit als hinderlich für die Bewältigung wahrgenommener struktureller Barrieren. So zeigte sich, dass es ihnen z.T. nicht allein an Ressourcen oder Beharrlichkeit zu mangeln schien, die erforderlich wären, um Ansprüche auf Leistungen gesundheitlicher Versorgung einzufordern, sondern dass sie offenbar häufig bereits eine Ebene früher fehlendes Wissen über die eigenen Rechte darin behinderten, überhaupt entsprechende Handlungsmöglichkeiten zu entwickeln:

„Ich weiß ehrlich gesagt gar nicht, welche Rechte wir überhaupt haben (...) Ich möchte mir ein Buch darüber kaufen und das lesen. (...) Es ist wirklich so, dass diese Rechte von niemandem erklärt werden. Und ich möchte das selbst rausfinden.“ (Selima Adaeva, Zeilen 290 - 300)

Die Verfügbarkeit von Wissen über Unterstützungsangebote und Zugangswege scheint dabei mit geographischen Barrieren und der Isolation der Betroffenen verbunden zu sein. In der Großstadt bestehen hier offenbar Netzwerke, welche die Zugänglichkeit relevanter Informationen erhöhen:

„Hier in der Großstadt ist es zum Beispiel so: Du hast etwas rausgefunden, Du rufst jemanden an, sagst ihm, wie das ist und er ruft dann noch einen Dritten an. (...) Wir haben in Anklam niemanden, mit dem wir uns befreunden können, es gibt nur eine tschetschenische Familie.“ (Selima Adaeva, Zeilen 303 – 307)

Darüber hinaus korrespondiert die Unsicherheit bezüglich der Rechtmäßigkeit eigener Ansprüche auf Seiten der Interviewten anscheinend auch mit der als schwer durchschaubar wahrgenommenen Entscheidungspraxis der SachbearbeiterInnen des Sozialamts. Im Falle Frau Bogdanovas wird hier deutlich, dass in der Verwaltungspraxis der zuständigen Behörde offenbar deutliche Diskrepanzen zwischen Arbeits- und Leitungsebene der Institution bestehen. Die SachbearbeiterInnen scheinen zwar bemächtigt, für die Betroffenen existentielle Entscheidungen zu treffen, ihre Entscheidungen bzw. Forderungen halten einer Überprüfung auf Leitungsebene aber offenbar nicht in jedem Fall stand. So berichtet sie, im Zusammenhang

mit der Beantragung eines Wohnungswechsels, der nötig wurde, da das Wohnheim, in dem sie bisher untergebracht war, sie in Verbindung mit ihrer Gehbehinderung noch stärker in ihrer Autonomie einschränkte, zur Unterschrift einer Vereinbarung aufgefordert worden zu sein, aus der ihr potentielle Nachteile hätten erwachsen können:

„Ich sagte ‘Ich habe noch nie gehört dass jemand hier so ein Papier unterschrieben hat, warum soll ich so ein Papier unterschreiben?’. Sie sagte zu mir ‘Du musst es unterschreiben, unterschreibe es und schicke es mir zu’. Ich sagte, ‘Dieses Papier werde ich nach oben zur Sozialarbeiterin bringen und dort nachfragen. Und erst dann unterschreibe ich es’. Und dann stellte sich heraus - also offensichtlich hat sie Ärger bekommen von den Sozialarbeitern dort oben -, dass es so etwas nie gegeben hat und auch nie geben wird.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 181 - 187)

Deutlich wird hier, wie die Macht der Institution sich offenbar in Form der als kategorisch wahrgenommenen bürokratischen Entscheidungen bzw. Forderungen reproduziert, da diese ohne Informationen über deren Gründe und Notwendigkeit erfolgen: Auf Nachfrage sei lediglich wiederholt an ihre Pflicht zur Unterschrift appelliert worden, sie scheint zunächst keine Informationen über Handlungsalternativen bzw. deren Konsequenzen erhalten zu haben. Dennoch habe sie sich der Anweisung der Bearbeiterin in diesem Fall nicht gefügt, sondern die Rechtmäßigkeit ihrer Forderung aktiv auf Leitungsebene überprüft, so dass sie einer potentiellen Gefährdung durch die geforderte Unterschrift offenbar entgehen konnte. Die Diskrepanzen zwischen den Informationen verschiedener BearbeiterInnen, die Frau Bogdanova hier aufgriff, erinnern dabei auch an das von Frau Isakova geschilderte Gefühl, von ihrem Bearbeiter in Antizipation wahrgenommener Wissensdefizite „ausgetrickst“ zu werden:

„Er hat sich wahrscheinlich gedacht, dass ich wirklich einfach blöd bin. Einmal ist es mir schon passiert und deshalb versuchen sie immer wieder, Leute wie mich auszutricksen.“ (Esidat Isakova, Zeilen 317 - 319)

Frau Adaevas Beispiel illustriert in diesem Zusammenhang schließlich, welche Konsequenzen aus den geschilderten Informationsdefiziten resultieren können: Sie sei anfangs weder durch die behandelnden ÄrztInnen im Krankenhaus noch durch das zuständige Sozialamt über Notwendigkeit, Funktion und Gültigkeit des „Behandlungsscheines“ informiert worden. Dies resultierte für sie offenbar in einer weiteren Misserfolgserfahrung:

„Wir wussten am Anfang wirklich nicht so richtig, an wen wir uns wenden konnten (...) Wir wussten eben nicht, dass wir vom Sozialamt diesen Behandlungsschein mitbringen sollten und die zuständige Person hat mit uns gesprochen und dann war es auch schon vorbei und wir mussten wieder gehen. Und am <nächsten> Tag sind wir mit dem Behandlungsschein gekommen und sie hat uns schon mehr dran genommen.“ (Selima Adaeva, Zeilen 61 - 68)

5.4 Strategien im Umgang mit wahrgenommenen Barrieren: *„Wir haben die ganze Zeit mit denen gestritten“*

Die Handlungs- und Interaktionsstrategien der Befragten im Umgang mit Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung wurden z.T. bereits im Rahmen der Analyse der einzelnen Barrieren deutlich. An dieser Stelle werden die verschiedenen Bewältigungsmuster über die Kategorien hinweg nachgezeichnet. Zunächst werden dabei die Erklärungsmuster der Befragten im Blick auf die ursächlichen Bedingungen von Misserfolgs- bzw. Ablehnungserfahrungen in den Blick genommen (5.4.1). Es folgt die Darstellung eher proaktiver Strategien der Beharrlichkeit, der Beschwerde und der Suche nach Unterstützung (5.4.2), eher defensiver Strategien z.B. des Aushaltens, Abwartens bzw. der Akzeptanz (5.4.3) sowie schließlich kompensatorischer Bewältigungsstrategien (5.4.4).

5.4.1 *Suche nach Erklärungen: „Wenn Sie hier Papiere hätten, dann wäre das Verhalten möglicherweise anders“*

Die Annahmen der Befragten über Ursachen ihrer Schwierigkeiten im Zugang zu gesundheitlichen Versorgungsleistungen alternierten sowohl über die Interviewten hinweg als auch z.T. innerhalb der einzelnen Interviews zwischen Erklärungsmustern, die Barrieren eher personalisiert oder eher strukturell bedingt verorten. So wurde insbesondere die Institution Sozialamt von den Befragten in diesem Zusammenhang sehr ambivalent beschrieben: Einerseits erfüllte sie die Funktion, Hilfe und Unterstützungsleistungen bereitzustellen und war mit entsprechenden Erwartungen verknüpft, bei der Lösung von Problemen zu helfen:

„Eigentlich sind sie dort ja verpflichtet, meine Probleme zu lösen.“ (Esidat Isakova, Zeilen 215f)

Andererseits sind diese Erwartungen offenbar bereits mehrfach enttäuscht bzw. sogar in ihr Gegenteil verkehrt worden. So schilderte z.B. Frau Bogdanova, wie durch die bürokratische Verwaltung ihrer Bedürfnisse oftmals zusätzlich zu den Anliegen und Problemen, mit denen sie sich an die Institution wandte, neue Probleme entstanden. Zum Teil wurde die Behörde von ihr hier explizit als für die Entstehung von Problemen und Belastungen verantwortlich wahrgenommen:

„Also an sich würde ich sagen, seitdem ich beim Sozialamt gelandet bin haben bei mir lauter Probleme angefangen.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 17f)

Im Falle Frau Isakovas führte die Diskrepanz zwischen Erwartungen und ihren realen Erfahrungen mit der Institution offenbar nicht zu einer Revision ihrer Erwartungen, sondern immer wieder zum Gefühl, ganz persönlich Ungerechtigkeit zu erfahren. Hier war eine

individualisierende Interpretation der Verwaltungspraxis erkennbar. Sie verortete das Problem nicht als in erster Linie strukturelles Phänomen, sondern als in ihrem besonderen Fall ungerecht:

„Ich weiß nicht, ob die nur mit <mir> so sind. Ich denke, so eine Behandlung ist nicht gerechtfertigt. Es sollten alle gleich behandelt werden, weil - wie mein Vater schon erwähnt hat -, wir sehen ja an den anderen, dass sie anders behandelt werden, dass sie mit ihnen anders umgehen.“ (Esidat Isakova im Interview mit Aslan Isakov, Zeilen 302 - 305)

Die Ursachen für diese ungerechte Behandlung suchte sie dabei vornehmlich in Eigenschaften entweder der eigenen Person, z.B. in ihrem jungen Alter sowie mangelnden Sprachkenntnissen:

„Würde ich die deutsche Sprache kennen, ich weiß, wäre es eigentlich kein Problem, etwas zu erreichen (...). Ich denke, wenn ein erwachsener Mensch in meiner Umgebung wäre, mein Bruder oder mein Vater, dann würden sie sich mir gegenüber nicht so verhalten.“ (Esidat Isakova, Zeilen 333 - 339)

Oder aber sie verortete sie in der Person ihres konkreten Sachbearbeiters - sie nahm hier offenbar an, dass andere Sachbearbeiter der Behörde weniger rigide handelten als in ihrem:

„Bei den anderen Menschen sind die Berater glaube ich ganz in Ordnung. Aber mein Berater, das ist ein brutaler Mensch. Er achtet eigentlich überhaupt nicht auf meine Probleme.“ (Esidat Isakova, Zeilen 217 - 219)

Ähnlich gelagert waren die Erklärungsmuster in diesem Zusammenhang bei Frau Bogdanova, die ebenso in mehreren Passagen vordergründig ihre Sachbearbeiterin für wahrgenommene Barrieren verantwortlich sah:

„Also kurz und gut, mit ihr habe ich eigentlich nur Ärger, das ist nur Ärger, das sind lauter ‘Nein, nein, nein‘ und irgendwelche Zwischenfälle.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 187f)

„Das ist so ein persönliches Verhalten sozusagen.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 449f)

Zugleich nahm sie im Kontakt mit ÄrztInnen jedoch auch wahr, dass diese das Verhalten der SachbearbeiterInnen in einen Zusammenhang mit ihrer strukturellen gesellschaftlichen Position stellten, ihren Aufenthaltsstatus als Ursache für die ablehnende Verwaltungspraxis bzw. ablehnendes Verhalten der SachbearbeiterInnen vermuteten:

„Naja, die Ärzte schreiben und schreiben, dass ich doch etwas zur Verfügung gestellt bekomme. Aber letzten Endes sagen sie ‘Naja offensichtlich haben Sie es da mit einem Sachbearbeiter zu tun, der das einfach nicht durchgehen lässt. Also es ist sehr schade, dass der Mitarbeiter so ist. Wenn Sie hier Papiere hätten, dann wäre das Verhalten möglicherweise anders‘.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 215 - 219)

Auch sie selbst schien diese Perspektive z.T. zu teilen, was sich v.a. in Passagen zeigt, in denen sie ihre eigene Situation mit denen anderer Menschen verglich und dies in Zusammenhang mit der Hoffnung brachte, mit einer Veränderung ihres Aufenthaltsstatus würde möglicherweise auch die Inanspruchnahme von Leistungen der Gesundheitsversorgung unproble-

matischer verlaufen:

„Dann sehe ich wieder andere Leute, die zum Beispiel nach mir gekommen sind und schon Papiere haben. Und dann sehe ich sie bei den Ärzten und dann denke ich ‘Vielleicht ist es ja bei Ihnen anders, also das Verhalten ihnen gegenüber ist vielleicht anders’. Und ständig irgendwelche Hoffnungen. Obwohl die wichtigste Hoffnung mit diesem Papier zusammenhängt. Das ist alles. Vielleicht würde das meine Situation irgendwie ändern.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 219 - 224)

Ein ähnliches Erklärungsmuster ließ sich auch aus den Erzählungen Frau Adaevas rekonstruieren. Einerseits verortete sie Ablehnungserfahrungen in der pädiatrischen Versorgung in der konkreten Ärztin-Patientin-Interaktion, nahm sie als ein Nicht-Handeln-Wollen der Ärztin wahr:

„Das war ein Gefühl von absoluter Enttäuschung und auch so etwas wie Ekel oder Abscheu gegenüber der Ärztin. Denn sie hat ja gesehen, dass es ein Problem gab und dass wir verzweifelt waren und dass ich darum gebeten habe. Und trotzdem hat sie nichts getan.“ (Selima Adaeva, Zeilen 71 - 74)

Andererseits sah sie dieses Verhalten ärztlicherseits durchaus im Kontext struktureller Barrieren, schilderte beispielsweise, wie die behandelnden ÄrztInnen ihr gegenüber offenbar sehr direkt ihren unsicheren Aufenthaltsstatus als Begründung für Schwierigkeiten in Zugang zu bzw. Gestaltung von Behandlungen nannten:

„Jeder Arzt der bei uns im Krankenhaus vorbeikam, hat sofort nach unserem Status gefragt (...). Dann haben wir immer die Antwort bekommen 'Ja, mit so einem Status, dann...!'“ (Selima Adaeva, Zeilen 88 - 91)

5.4.2 proaktive Strategien - Beharrlichkeit, Beschwerde, Suche nach Unterstützung: „... ich stehe da vor der Tür, wenn es nötig ist auch eine Woche lang und werde nicht weggehen...“

Aus allen der geführten Gespräche ließ sich rekonstruieren, dass die Befragten bei Hindernissen im Zugang zu Behandlungsleitungen offenbar nie sofort aufgaben, sondern in jedem Fall erneute Bewältigungsversuche initiierten. Von besonders ausgeprägter Beharrlichkeit zeugten in diesem Zusammenhang die Geschichten der drei interviewten Frauen, Tamila Bogdanova, Esidat Isakova und Selima Adaeva. In ihren Erzählungen schilderten sie, wie ihnen Leistungen in den seltensten Fällen in erster Instanz bewilligt wurden, sie aber dennoch hartnäckig für ihre Ansprüche eintraten und sich diese mit viel Ausdauer „erstritten“:

„Dann habe ich mir so vorgenommen, ich gehe jetzt hin, ich stehe da vor der Tür, wenn es nötig ist auch eine Woche lang und werde nicht weggehen. Und es hat dann letztlich irgendwie geklappt, dass sie mir das genehmigt haben (...) Aber das hat nicht einfach so geklappt.“ (Esidat Isakova und Aslan Isakov, Zeilen 234 - 239)

Frau Isakova beschrieb die Interaktion mit dem Sozialamt hier zunächst noch als „*Streit*“:

„Wir haben die ganze Zeit mit denen gestritten, schon Monate. Es geht dabei um das Heim, um die Krankenhäuser... ich muss auch mit denen darum streiten, dass sie wirklich die Kosten der Medikamente übernehmen.“ (Esidat Isakova und Aslan Isakov, Zeilen 22 - 225)

Später schilderte sie diese Auseinandersetzung in ihrer Intensität verstärkt als „*Kampf*“, der offenbar sehr viele Ressourcen voraussetzte, über die sie ob seiner zeitlichen Dimension inzwischen nicht mehr verfügte:

„Also, die Kraft fehlt mir mittlerweile, mit dem Sozialamt zu kämpfen.“ (Esidat Isakova, Zeilen 156f)

In der Formulierung des „*Kämpfens*“ deutet sich an, dass sie die Behörde als Antagonistin begriff, sie sich ihr gegenüber in Gegnerschaft sah. Es ging hier also offenbar nicht genuin darum, ein Anliegen vorzubringen bzw. um Hilfestellung zu bitten, sondern vielmehr darum, sich Ansprüche einzufordern.

Auch Frau Bogdanova schien negativen Bescheiden des Sozialamts ebenso wie abwertenden Interaktionen der zuständigen Sachbearbeiterin zunächst hartnäckig entgegenzutreten. Sie wählte dabei aufgrund des problematischen Verhältnisses zur Sachbearbeiterin offenbar auch den Weg, die Rechtmäßigkeit ihres Vorgehens auf Leitungsebene zu überprüfen (vgl. 5.3). Diese Strategie schien in ihrem Fall auch erfolgreich gewesen zu sein. Klar erkennbar wurde in der folgenden Passage jedoch ebenso, dass ihr das beharrliche Insistieren auf den eigenen Bedürfnissen unangenehm zu sein schien. Sie würde in ihren Ansprüchen offenbar gern bescheidener, weniger fordernd wahrgenommen werden:

„Kurz und gut, werden all meine Fragen um 15 Ecken gelöst (...) Ich möchte eigentlich nicht so viel Lärm um mich machen, aber irgendwie kommt es immer so dazu.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 195 - 197)

So verwandte sie hier mit „*Lärm um mich machen*“ eine insofern negative Zuschreibung als dass dies mit sehr forderndem, dominanten Verhalten konnotiert ist, welches sie offenbar eigentlich nicht zeigen wollte, das durch externe Bedingungen aber wohl immer wieder nötig wurde. In ihrem Fall zeigte sich jedoch ebenso, dass es dabei nicht immer um „Lärm“ im Sinne eines hörbaren, resoluten Eintretens für die eigenen Bedürfnisse gehen muss. Angesichts des Abhängigkeitsverhältnisses zum Sozialamt schien es für Frau Bogdanova im Rahmen der oft mehrfach nötigen Spezifikation und Begründung ihres Bedarfs auch immer wieder nötig zu werden, sich als besonders bedürftig zu zeigen bzw. sich z.T. sogar selbst zu erniedrigen, um von der Bearbeiterin erhört zu werden. An diesen Stellen ließ sich beobachten, wie auch proaktive Bewältigungsversuche, die auf eine trotz allem starke Handlungsfähigkeit der Subjekte verweisen, in Strategien übergangen, im Rahmen derer sie selbst ihre Würde hinter den Anspruch auf Leistungen zurückstellte. So berichtete Frau

Bogdanova, dass sie infolge nicht bewilligter urologischer Einlagen, die aufgrund von Funktionsstörungen in Verbindung mit ihrer Behinderung nötig seien, zunächst belegen musste, dass sie Kinderwindeln gekauft habe:

„Auch mit den urologischen Einlagen: solange sie diese nicht bewilligt hatte, habe ich Kinderwindeln gekauft. Ich habe auch Kassenbelege vorgelegt, gesagt, ‘Ich habe mittlerweile überhaupt kein Geld mehr, also das ganze Geld gebe ich einfach dafür aus.’“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 188 - 191)

Im gleichen Zusammenhang schilderte sie, dass sie zur Begründung ihres Bedarfs an Kleidung detailliert habe Rechenschaft über ihre Einschränkungen in intimen Funktionsbereichen geben müssen. Sie reagiert hier auf eine abwertend-aggressive Bemerkung, indem sie ihr Bedürfnis als bescheiden aber notwendig spezifiziert und mit ihrer Behinderung als konkreter Ursache begründet:

„Und dann hat sie mich so angemacht ‘Was willst Du eigentlich überhaupt, was soll das? Sei zufrieden mit dem was Du hier hast, also guck mich an, ich hab das hier von KIK und das hier von Woolworth’. Ich sagte ‘Es geht ja nicht darum dass ich viele Kleidungsstücke haben möchte, sondern es geht darum, dass ich diese Gehhilfe brauche: Ich schwitze sehr. Und dann diese urologischen Probleme. Ich brauche einfach Wechselsachen, ich brauche sie und ich habe kein Geld um sie zu erwerben.’“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 146 - 151)

Aus dem Kontext war hier erschießbar, dass ihr Bedarf an Kleidung nicht allein medizinisch begründet zu sein schien, sondern auch vermittelt durch die Ablehnung bzw. ausstehende Bewilligung anderer medizinisch notwendiger Leistungen entstand: Da das Sozialamt den Rollstuhl nicht bewilligt hatte, musste sie an Gehilfen laufen, was zu verstärktem Schwitzen geführt hatte; da das Sozialamt die urologischen Einlagen nicht bewilligt hatte, entstand ein weiteres hygienisches Problem, das häufigen Kleidungswechsel erfordert; da das Sozialamt die Waschmaschine nicht bewilligt hatte, kann sie dies nicht ohne weiteres lösen. Die Passage zeigt, wie die Betroffene, um ihren Unterstützungsbedarf geltend machen zu können, gezwungen schien, sich vor einem prinzipiell abwertenden Gegenüber sehr intim zu offenbaren: Sie gibt urologische, hygienische und andere Probleme preis, die sonst allenfalls beispielsweise innerhalb eines ärztlichen Vertrauensverhältnisses thematisiert würden.

Wie Frau Bogdanova wählte auch Herr Isakov, soweit es ihm die Grenzen der Lebensbedingungen im AsylbewerberInnenheim erlaubten, als Strategie im Umgang mit eben diesen Bedingungen den Weg der Beschwerde auf höherer Ebene. Er wandte sich dabei bis an das zuständige Landesamt, um auf die Missstände und Diskriminierungserfahrungen hinzuweisen, die er in der Versorgung Asylsuchender erlebt hat. Allerdings ohne Erfolg:

„Ja, die sind dann wie Nationalsozialisten. Ich bin mit diesem Problem auch zum Landesamt gegangen, aber die wollten mir gar nicht zuhören (...) Ja, ich wollte da sagen, dass für Asylbewerber hier die Menschenrechte nicht berücksichtigt werden.“ (Aslan Isakov, Zeilen 150 - 153)

Diese Erfahrung, nicht erhört zu werden, griff er wie einen roten Faden das gesamte Gespräch über wieder auf. Sie schien mit einem starken Wunsch, Erlebtes öffentlich zu machen in Zusammenhang zu stehen. So vermittelte er bereits in der Einstiegspassage ein hohes Bedürfnis, die als allgegenwärtig wahrgenommene Überwachung und Kontrolle im Heim sichtbar zu machen. Er hatte Bilder aus dem Heim mitgebracht, um zu belegen, was dort geschehe. Auf dieses Material kam er auch gegen Ende des Interviews noch einmal zurück und betonte, es der Interviewerin gern zur Verfügung stellen zu wollen:

„Ja, da kannst Du nichts machen, die schauen Dich <so> an da. Ja, ich hab das auch aufgenommen, ja? Heimlich, dass die auch nichts sehen. (Zeigt Photos auf dem Handy.) Das könnte ich jetzt auch zeigen. (...) Vielleicht könnte ich das auch mit Bluetooth (...). Ja? So überwachen die uns...“
(Aslan Isakov, Zeilen 410 - 420)

Ihm schien die Weitergabe des Bildmaterials sehr wichtig zu sein, er versicherte sich mehrfach, ob die Interviewerin auch gesehen hätte, was er zeigen wolle, was wiederum mit Erfahrungen, eben nicht erhört zu werden, korrespondieren könnte. Zugleich war die Veröffentlichung des Bildmaterials für ihn offenbar nicht ungefährlich - er schien dieses Risiko jedoch eingehen zu wollen, um seinem Bedürfnis nach Sichtbarkeit Rechnung zu tragen:

„Ja, ich habe gar keine Angst. Man kann das, was ich gesagt habe, auch in der Zeitung veröffentlichen.“ (Aslan Isakov, Zeilen 428f)

Im Gespräch mit Herrn Malikov fanden sich zudem zahlreiche Passagen, in denen seine Strategien im Umgang mit Sprachbarrieren sichtbar wurden. Einander zuzuhören, sich respektvoll gegenüber zu treten und einander nonverbal positive Emotionen zu signalisieren stellten für ihn dabei Kommunikationsgrundlagen dar, die es ihm ermöglichen, in Beziehung zu auch fremdsprachigen Menschen zu treten:

„Wenn ich zu jemandem komme der sich mir gegenüber respektvoll verhält, der mir zuhört und ich das auch spüre, dann fühle ich mich auch gut und würde das auch gerne erwidern. Und es ist unabhängig davon, wohin ich gehe, auch wenn ich die Sprache nicht beherrsche. Man kann das einfach mit seiner Mimik, mit Gesten (...) auch wenn man zum Beispiel eine Bescheinigung macht. Das macht man sowieso aber man kann dabei auch lachen. Und wenn ich da weggehe, dann habe ich auch selber eine gute Stimmung. (...) Wenn ich ins Krankenhaus komme, dann bin ich manchmal selber erstaunt ‘Wie hat Sie mich überhaupt verstanden?’. An ihrer Stelle würde >ich< mich wahrscheinlich gar nicht verstehen können. Das funktioniert wahrscheinlich auch dadurch, dass man mir zuhört, dass man da aufmerksam und respektvoll gegenüber anderen ist.“
(Abukar Malikov, Zeilen 386 - 411)

5.4.3 *defensive Strategien - Aushalten, Abwarten, Akzeptieren:*

„Dass man eigenständig Müll wegbringen kann, das ist doch schon Glück“

Für einige der wahrgenommenen Barrieren beschrieben die Befragten jedoch auch, wie sich für sie die Möglichkeiten proaktiven Handelns erschöpften, sie offenbar keine andere Wahl mehr hatten, als abzuwarten. So antwortete Frau Isakova auf die Frage, woher sie denn die

Kraft nehme, die geschilderten Stresssituationen zu bewältigen:

„Also diese Kraft wird eigentlich hauptsächlich vom Sozialamt weggenommen. Also das ist <nur> das Sozialamt.“ (Esidat Isakova, Zeilen 207f)

Das heißt, für sie schien der „*Kampf*“ mit dem Sozialamt - in dem sie sich zuvor noch als handelnde Akteurin beschrieb, die Handlungsbehinderungen versucht, aktiv zu bewältigen - übergegangen zu sein in einen Zustand der Resignation, in dem sie sich der Praxis der Institution nicht mehr entgegenstellen konnte, den sie nun als „*Qual*“ bezeichnete:

„Aber wenn ich ehrlich bin, das Sozialamt hat mich genügend gequält.“ (Esidat Isakova, Zeile 156)

In diesem Zusammenhang verorteten sich die Interviewten häufig in einem Zustand erzwungener Passivität, in dem lediglich ein Erdulden bzw. Aushalten der ungewissen Perspektive möglich war. Besonders deutlich wurde dies im Beispiel von Frau Adaeva: So sei sie, als das Sozialamt die Behandlung ihres Sohnes im nahe gelegenen SPZ abgelehnt hatte, mit einem für sie sehr belastendem Dilemma konfrontiert gewesen. Einerseits sei es in der Zeit, in der keine Behandlung erfolgen konnte, zu einer weiteren Verschlechterung seines Gesundheitszustands gekommen. Andererseits jedoch hätte eine Wahrnehmung der notwendigen Behandlung - da sie im eigenen Landkreis nicht möglich war - sie offenbar in Konflikt mit dem Gesetz und damit womöglich die ganze Familie in Gefahr gebracht:

„Und wir haben gewartet und gewartet, weil dieser Ort nicht zu unserem Landkreis gehört und wir halt gesetzestreue Bürger sind. Wir haben halt gewartet und wollten keine Gesetze brechen. Ja, wir haben gewartet, die ganzen Unterlagen waren im Sozialamt und das Kind war krank und wir wussten nicht, was wir weiter tun sollten.“ (Selima Adaeva, Zeilen 27 - 31)

Angesichts dieses Dilemmas schien sie keine Möglichkeiten mehr zu sehen, ihre Situation aktiv zu verändern. Sie schien sich gegen eine Wahrnehmung der Behandlungsmöglichkeiten außerhalb des eigenen Landkreises und damit gegen die Gefährdung der Sicherheit der Familie entschieden zu haben, konnte nach dieser Entscheidung jedoch nichts mehr tun, um die notwendige Behandlung für ihren Sohn zu erwirken. Die Belastung und die Ohnmachtsgefühle, die sie angesichts dieser Situation empfand, wurden deutlich, als sie beschrieb, dass sie selbst sich in diesem Zustand an der Grenze zur Suizidalität befand:

„Und der psychische Zustand des Kindes war eben schon sehr schlecht und ich war auch schon total am Ende und verzweifelt und wusste gar nicht mehr weiter und war schon fast bereit, Hand an mich zu legen.“ (Selima Adaeva, Zeilen 32 - 34)

Dennoch schien sie der Situation nicht vollständig ausgeliefert, blieb trotz allem beharrlich und suchte nach weiteren Strategien, um die nötige Versorgung für den Sohn sicherzustellen. Sie klagte zumindest die diagnostische Untersuchung auf dem Rechtsweg ein, erweiterte also

ihre eigenen Handlungsmöglichkeiten durch juristische Unterstützung (vgl. 5.1.1).

Als entscheidende Determinante im Umgang mit Situationen wie dieser benannte sie in diesem Zusammenhang schließlich „*Geduld*“, also die Fähigkeit, zu warten und Wünsche zeitweise aufzuschieben:

„I: Wenn Sie sich vorstellen würden, eine Freundin von Ihnen wäre in einer solchen Situation, wüssten Sie, was Sie ihr raten können?

IP: (auf deutsch) *Geduld* (Lacht.)“ (Selima Adaeva, Zeilen 278 - 280)

Dass sie diese Bewältigungsform für sich wählt, attribuiert sie offenbar zunächst vornehmlich auf Faktoren, die in ihrer Persönlichkeit liegen:

„Ich bin von mir aus ein sehr ruhiger Mensch, ich mag es nicht zu schreien und zu fluchen, selbst wenn eine Organisation mich so behandelt. Ich sage immer nur 'Ja. Ja ja.'. Und wahrscheinlich bin ich so erzogen worden. Wenn man mir sagt 'Ja, wir haben Euch eine Wohnungserlaubnis gegeben, wir geben Euch Geld, wir...!', ja, verschiedene Sachen, dann kann ich nicht auf diese Organisation schimpfen.“ (Selima Adaeva, Zeilen 283 - 288)

Hier war jedoch ebenso ein Zusammenhang ihres Handelns mit dem Abhängigkeitsverhältnis zum Sozialamt rekonstruierbar: Resolutere Handlungsstrategien zu wählen, schien ihr auch verbunden damit nicht möglich, dass sie Zugeständnisse und Leistungen von der Institution empfängt. In diesem Kontext verwies sie, ebenso wie auch andere Befragte, häufig auf die eigene Bescheidenheit, auf die Notwendigkeit angesichts des begrenzten Zugangs zu Ressourcen eigene Bedürfnisse und Ansprüche zurückzustellen:

„Wir wollen für uns selbst ja gar nichts, nur für das Kind.“ (Selima Adaeva, Zeile 108)

Auch Frau Isakova schilderte als eine ihrer Strategien im Umgang mit unbehandelten gesundheitlichen Problemen das Aushalten und Zurückstecken:

„Und dann beiße ich die Zähne zusammen und denke mir 'Ich werde das jetzt aushalten und dann dafür sorgen, dass meine Schwester jetzt erst bekommt'.“ (Esida Isakova, Zeilen 257 - 259)

Ebenso schien die Anpassung der eigenen Wünsche und Ziele an wahrgenommene Realisierungsmöglichkeiten, verbunden mit der Akzeptanz gesundheitlicher Beeinträchtigungen sowie des eingeschränkten Zugangs zur gesundheitlichen Versorgung eine Strategie zu sein, mit der auf wahrgenommene Barrieren reagiert wird. So kontrastierte Frau Bogdanova ihre Vorstellungen von Wohlbefinden mit denen gesunder Menschen wie folgt:

„Wenn ich gesunden Menschen begegne und die fangen an sich zu beschweren, sage ich 'Also Glück ist doch eigentlich, dass man auf eigenen Beinen stehen kann, dass man eigenständig Müll wegbringen kann, das ist doch schon Glück'.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 326 - 329)

Dabei schien sie außerdem das Fokussieren relativ bzw. vorübergehend sicherer Bedingungen bzw. damit verbunden der Gedanke daran, dass ihre Situation auch noch existentieller bedroht

sein könnte, als hilfreich zu empfinden:

„Ich versuche mich einfach ständig gedanklich zu beruhigen. Ich sage mir: ‘Hauptsache wir haben ein Dach über dem Kopf und wir werden hier vorläufig zumindest nicht weggejagt. Der Sohn besucht eine Schule, ich kann so unterwegs sein’. Mit diesen Gedanken versuche ich mich zu beruhigen.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 201 - 204)

Analog dazu war offenbar der Vergleich mit Menschen, die mit noch größerem Leid konfrontiert sind, für sie eine Möglichkeit, mit Misserfolgen umzugehen bzw. ihre aktuelle Situation zu akzeptieren:

„Manchmal habe ich das Gefühl, dass ich mich zu spalten anfangen, einerseits sage ich mir dann, dass es Menschen gibt, denen es viel schlimmer geht. Ich versuche, mich damit abzufinden, auch mit meinem gesundheitlichen Zustand. Und dann gibt es wiederum auch Augenblicke, in denen ich mich zu hassen anfangen. (Schluchzt.)“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 281 - 285)

Deutlich wurde hier jedoch auch, dass diese Strategie nicht in jedem Fall erfolgreich gewesen zu sein scheint.

5.4.4 kompensatorische Strategien: „Solange sie dieses Geld nicht bewilligt hatte, habe ich Kinderwindeln gekauft.“

Eingeschränkte Möglichkeiten der Inanspruchnahme gesundheitlicher Versorgungsleistungen schienen sowohl von den Befragten selbst als auch indirekt von AkteurInnen innerhalb des Unterstützungs- und Versorgungssystems über die Wahrnehmung verschiedener Alternativen zur ursprünglich gewünschten bzw. indizierten Leistung kompensiert zu werden. So schien z.B. Frau Isakova im Kontext ihrer erfolglosen Suche nach einem/-r PsychotherapeutIn stark durch medikamentöse Behandlung stabilisiert zu werden, obgleich hier durch die behandelnden ÄrztInnen sehr klar auch auf die Risiken und Grenzen einer ausschließlich pharmakotherapeutischen Intervention verwiesen wurde (vgl. 5.1.3). Analog berichtete ebenso Frau Bogdanova aufgrund ihrer psychischen Belastung eigentlich einen hohen Gesprächsbedarf zu haben, sich in Ermangelung seiner Befriedigung jedoch – obwohl sie sich offenbar ursprünglich gegen eine medikamentöse Behandlung entschieden hatte -, an ihren Psychiater gewandt zu haben:

„Dann habe ich nach einem Gespräch gefragt. Ich musste mich doch irgendwie aussprechen. Und er war so ‘Schläfst Du oder schläfst Du nicht? Medikamente?’. Hauptsächlich Medikamente. Und Medikamente wollte ich eigentlich nicht, also ich habe eher ein Gespräch gesucht, ich musste mich aussprechen. Er sagte ‘Gespräche werden von der Krankenkasse nicht bezahlt’.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 300 - 304)

Im Falle Herrn Isakovs, für den auch pharmakotherapeutische Behandlungen offenbar nicht zugänglich waren, schien auch Selbstmedikation eine Bewältigungsstrategie zu sein. Seine Tochter berichtete hier:

„Wenn er zu mir kommt, dann gebe ich ihm die Tabletten und die helfen ihm auch. Ansonsten, die Tabletten, die sie ihm geben, die helfen überhaupt nicht, die können ihn überhaupt nicht beruhigen.“ (Esidat Isakova im Interview mit Aslan Isakov, Zeilen 43 - 45)

Defizite in der ambulanten psychiatrischen Versorgung wurden im Falle der Schwester von Frau Isakova offenbar über hochfrequente stationäre Klinikaufenthalte kompensiert. Dies habe auch auf Seiten der ÄrztInnen bereits für Verwunderung gesorgt:

„Und sie ist so psychisch gestresst jetzt zu diesem Zeitpunkt, dass sie jetzt schon zum vierten Mal in diesem Krankenhaus gelandet ist. Und sie haben sich da auch schon beschwert, dass das nicht ganz normal ist.“ (Esidat Isakova im Interview mit Aslan Isakov, Zeilen 260 - 262)

Neben den hier angeführten Strategien können auch Vermittlungsversuche in niedrigschwellige Versorgungsangebote und gruppentherapeutische Behandlungsformen (vgl. 5.1.3) sowie weiter vom Wohnort entfernte Angebote (vgl. 5.1.2) als kompensatorische Strategien im Umgang mit Barrieren im Zugang zur psychosozialen Versorgung verstanden werden.

5.5 Folgen wahrgenommener Barrieren: „Also einmal habe ich daran gedacht, meinem Leben ein Ende zu setzen“

Die Betroffenen schildern als Folge sowohl des eingeschränkten Zugangs zur Gesundheitsfürsorge als auch der Misserfolgs-, Ablehnungs- und Diskriminierungserfahrungen selbst z.T. weitreichende Konsequenzen gesundheitlicher, emotionaler und sozialer Art. Diese werden im Folgenden in ihren Bezügen zueinander beschrieben, wurden zum Teil jedoch auch bereits in der Beschreibung der wahrgenommenen Barrieren sowie der Strategien der Subjekte im Umgang mit ihnen sichtbar.

Im Falle Frau Bogdanovas resultierte die Ablehnung von Heil- und Hilfsmitteln über die Zeit hinweg offenbar zu gesundheitsgefährdenden Komplikationen:

„Es ist so, dass ich nicht richtig laufe, da entsteht Kontraktur und die Füße deformieren sich, ändern sich. Und ‚Das tut mir zwar leid dass es voranschreitet‘, aber irgend etwas unternehmen?“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 248 - 255)

Sie schilderte hier nicht nur dass ihr Gesundheitszustand sich in der Konsequenz weiter verschlechterte, sondern deutete dabei auch die Funktion an, die diese auf den ersten Blick oft rein medizinischen Rehabilitationsleistungen für ihr psychisches Wohlbefinden hatten:

„Und ich hatte letzten Endes eigentlich gar keine Kraft mehr. Also bei mir zu Hause bekam ich mindestens dreimal im Jahr Massagen. Einmal im Jahr gab es eine Rehabilitationsmaßnahme im Kurort. Ich konnte mich selbst auf diese Art und Weise unterstützen. Und hier ist es so, dass ich psychisch einfach keine Kraft mehr habe. (...) (weint) Mein armer Sohn, also er kriegt eigentlich alles ab, er tut mir fürchterlich leid. Ich weiß es nicht. Also irgendwie ein blöder Zustand, weil es mir nicht gelingt irgend etwas zu erreichen.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 129 - 139)

Konkret wurden hier als emotionale Konsequenz der fehlenden Unterstützung große psychische Erschöpfung und Verzweiflung sichtbar. Auch Schuldgefühle gegenüber ihrem Sohn im Zusammenhang mit dem Gefühl, aufgrund der eigenen Belastung nicht hinreichend für ihn sorgen zu können, wurden von ihr angesprochen. Sie bildeten für sie - ebenso wie auch für Frau Adaeva - immer wieder ein zentrales Thema und können hier bereits als soziale Konsequenzen begriffen werden. Darüber hinaus schien ihre Verzweiflung in der beschriebenen Passage auch bereits mit Resignation im Blick auf das Erreichen von Zielen jeglicher Art verknüpft, ihr Misserfolgserleben bereits generalisiert und das Selbstwirksamkeitsempfinden entsprechend deutlich herabgesetzt zu sein.

Zugleich schilderten die Befragten, wie die Länge des Bewilligungsprozesses, die Erfahrung mehrfach in den eigenen Anliegen zu scheitern und immer wieder neue Lösungsversuche initiieren zu müssen, z.T. so hohe Bewältigungsanforderungen an sie stellten, dass sie wiederkehrend einem sehr hohen wahrgenommenen Stresslevel ausgesetzt waren. So verweist z.B. Frau Bogdanova darauf, dass es ihr dadurch unmöglich gewesen sei, zur Ruhe zu kommen und Aktivitäten der Selbstfürsorge nachzugehen:

„Ein unglaubliches Hin und Her. Und tatsächlich so... also es ging irgendwie nicht, stehen zu bleiben und sich mit selbst sich zu beschäftigen.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 5 - 6)

In der Konsequenz schien sie in Verbindung mit einem Mangel an sozialer Unterstützung eine Erschöpfung ihrer Ressourcen zu erleben, die offenbar nicht nur sie selbst psychisch stark ermüdete, sondern darüber hinaus auch in familiären Konflikten und Kommunikationsschwierigkeiten resultierte:

„Und es sieht so aus, als wäre ich ganz allein mit diesen Problemen. Und ich bin deswegen einfach so müde, dass ich keine Kraft mehr habe. Ich zanke ständig mit der Schwester, ich zanke ständig mit dem Sohn, ich bin ständig irgendwie deprimiert. Ich habe das Gefühl, dass ich von keinem verstanden werde oder nur zur Hälfte verstanden werde.“ (Tamila Bogdanova, Zeilen 207 - 211)

Auch Frau Isakova berichtete in diesem Zusammenhang eine deutliche Verstärkung ihrer psychischen Belastung wahrzunehmen. Diese zeige sich emotional u.a. in Form von Ärger und Wut sowie einer Steigerung ihrer Nervosität, äußere sich aber auch somatisiert:

„Ja, das hat mir auch weh getan, weil ich auf der anderen Seite alle Beweise in meinen Händen habe, diese Atteste, alle Papiere gehabt habe und die wollten mir nicht zuhören. Ich konnte da nichts machen. Und dadurch, dass mich das geärgert hat, das hat mich ständig so wütend gemacht, dass ich dann auf den Händen, das war auch auf den Beinen, dass ich da so rote Flecken, so eine Allergie bekommen habe, das hat sehr lange gedauert, ich habe das auch immer noch manchmal. Ich war da einfach zu nervös in dieser Zeit, weil das über längere Zeit nicht geklappt hat.“ (Esidat Isakova im Interview mit Aslan Isakov, Zeilen 241 - 248)

Diese Erfahrungen mit dem Sozialamt verbunden mit der Ausweglosigkeit, die sie in mehreren Lebensbereichen empfinde, habe sie in der Vergangenheit offenbar bis hin zu suizidalen

Gedanken geführt, deren Umsetzung lediglich ein internalisiertes Suizidverbot sowie die familiäre Verantwortung entgegenstand:

„Aber die meisten Unglücksgeschichten und so etwas eigentlich Überflüssiges, was man eigentlich gar nicht erleben muss (Lacht.), passieren genau mit solchen Menschen. Einmal habe ich auch daran gedacht - damals hatte ich noch keinen Psychiater und diese Gruppe auch noch nicht - ich habe mich einfach gefragt ‘Wieso bin ich eigentlich hierher gekommen? Wozu lebe ich in diesem Leben?’ (...) Also einmal habe ich daran gedacht, meinem Leben ein Ende zu setzen. Also mir selbst das Leben zu nehmen. Und dann fiel mir ein, dass das eigentlich gar nicht geht, das darf man nicht. Und wegen meiner Schwester muss ich das alles erdulden. Ich muss das alles über mich ergehen lassen.“ (Esidat Isakova, Zeilen 123 - 137)

Die sozialen Konsequenzen des eingeschränkten Zugangs zu gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung verorteten die Befragten u.a. im Bereich weiterer Einschränkungen ihrer Autonomie und Selbstbestimmung. Von Bedeutung waren dabei insbesondere wahrgenommene Verstärkungen ihrer Isolation auf der einen, ihrer sozialen bzw. familiären Abhängigkeit auf der anderen Seite. So schilderte beispielsweise Frau Isakova, wie ihrer Schwester infolge der ausbleibenden Kompensation ihrer Hör- und Sehbehinderung eine Teilhabe am normalen Leben kaum noch möglich sei, sie in ihren Kommunikations- und Interaktionsmöglichkeiten so stark behindert werde, dass sie nahezu vollständig von ihrer Umwelt isoliert sei:

„Ich denke schon, dass es ihr besser gehen würde wenn sie die anderen Menschen auch wieder zumindest <fühlen> würde, wenn sie dieses Hörgerät haben würde. Jedes Mal wenn ich zu ihr gehe, fragt sie nach. Ich kann mich mit ihr auch gar nicht mehr unterhalten, ich muss inzwischen schon schreien. Es wird immer und immer schlechter und ich muss dann ihr sagen ‘Nein, da ist noch nichts klar, da gibt es nichts Neues’. Ich denke schon, dass das, wenn sie zum Beispiel dieses Hörgerät haben würde, dass es ihr dann schon ein bisschen besser gehen würde, weil sie dann schon etwas hören würde.“ (Esidat Isakova im Interview mit Aslan Isakov, Zeilen 277 - 287)

5.6 Schematische Darstellung des Kategoriensystems

Die im Verlauf der Interviewanalyse herausgearbeiteten Kategorien und ihre Beziehungen zueinander werden nun abschließend in einem schematischen Modell (vgl. Abbildung 3: Schematische Darstellung des Kategoriensystems) veranschaulicht.

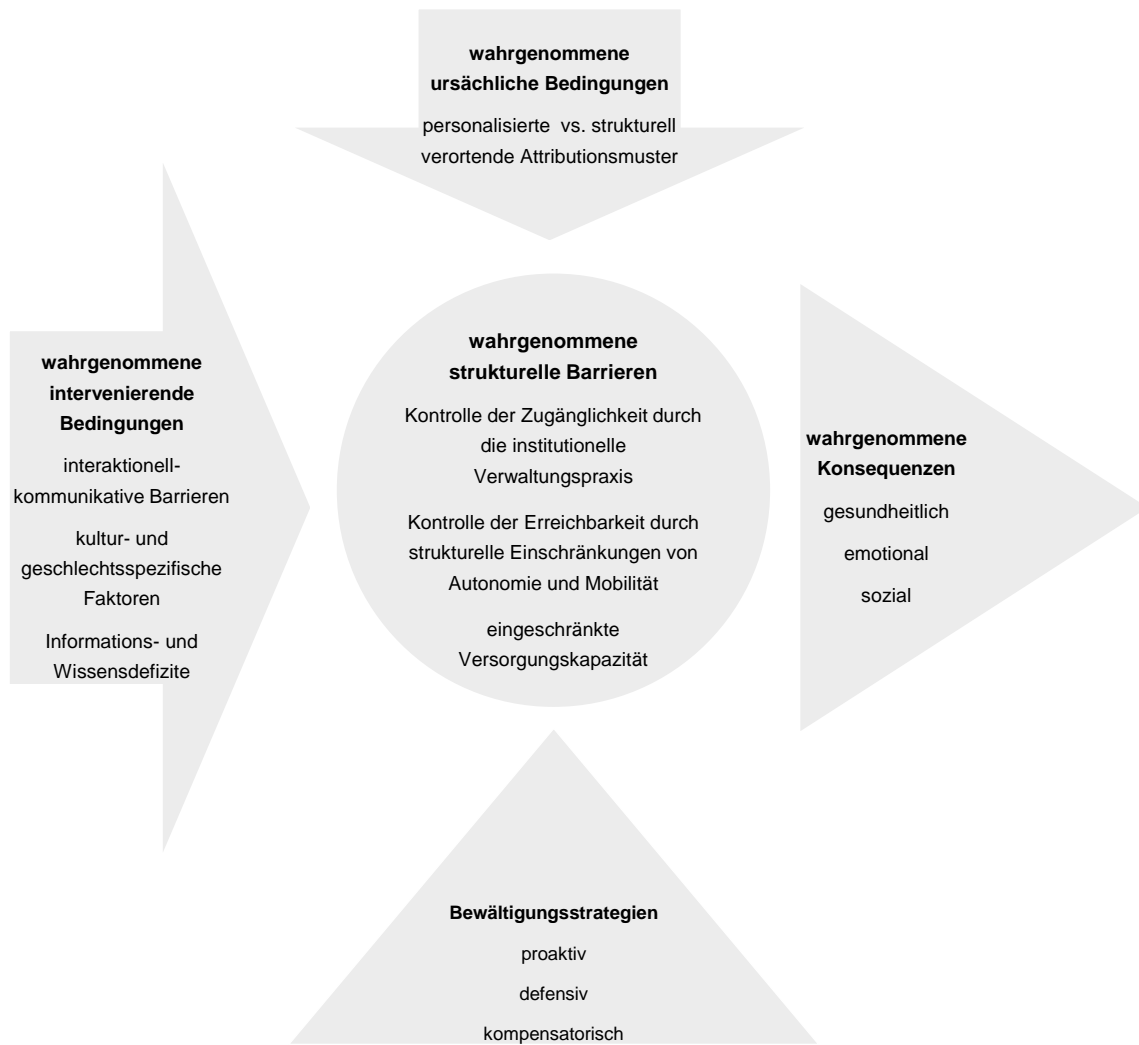


Abbildung 3: Schematische Darstellung des Kategoriensystems

Wahrgenommene strukturelle Barrieren stehen hier als zentrale Kategorie im Mittelpunkt des Modells. Interaktionelle und kommunikative Barrieren, kultur- und geschlechtsspezifische Faktoren sowie Informations- und Wissensdefizite sind als intervenierende Bedingungen dargestellt. Angemerkt sei hier, dass diesen im Einfluss auf den Zugang zur Versorgung durchaus auch je unabhängige Effekte zugeschrieben wurden. Da sie jedoch in den meisten Fällen im Zusammenhang mit Phänomenen geschildert wurden, die auf Ebene der Versorgungs-, der Verwaltungs- bzw. asylrechtlicher Strukturen verortet werden können, werden sie in diesem Modell lediglich in Beziehung zu eben diesen Strukturen abgebildet. Die Erklärungen, die die Befragten für ihre Erfahrungen mit Beschränkungen im Zugang zu Unterstützungs- und Versorgungleistungen fanden, sind in ihrem Einfluss auf die Wahrnehmung der verschiedenen Barrieren als ursächliche Bedingungen dargestellt. Auch die Strategien der Subjekte im Umgang mit wahrgenommenen Barrieren ebenso wie deren Konsequenzen wurden in ihrer Beziehung zur Schlüsselkategorie in das Modell integriert.

Es sei darauf verwiesen, dass das Modell hier lediglich unidirektionale Beziehungen abbildet. Auf die Einbindung der zahlreichen Wechselwirkungen zwischen den einzelnen Kategorien wurde aus Gründen der Anschaulichkeit verzichtet.

6 Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse dieser Studie gebündelt und vor dem Hintergrund der Literatur sowie ihrer methodischen Konzeption kontextualisiert. Nach einer kurzen Zusammenfassung der Ergebnisse (6.1) werden Besonderheiten und das Zusammenwirken der beschriebenen Barrieren diskutiert, an Befunde aus der Literatur rückgebunden, mögliche Erklärungen erörtert und Schlussfolgerungen abgeleitet (6.2). Anschließend erfolgt eine kritische Reflexion der methodischen Umsetzung der Untersuchung, die Limitationen der Studie werden herausgearbeitet und Ansatzpunkte für künftige Forschungsarbeiten abgeleitet (6.3). Die Arbeit schließt mit einer Zusammenfassung der zentralen Diskussionslinien und stellt auf dieser Grundlage praktische Implikationen für den Abbau von Barrieren im Zugang zur psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung dar (7).

6.1 Zusammenfassung der Ergebnisse

Diese Arbeit untersuchte die Barrieren, mit denen sich Flüchtlinge, die in Deutschland Schutz suchen, im Zugang zu Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen der gesundheitlichen Versorgung und dabei insbesondere der professionellen psychosozialen Unterstützung konfrontiert sehen. Insgesamt zeichneten die Narrationen der Interviewten ein komplexes Bild, in dem Zugangsschwierigkeiten auf verschiedenen Ebenen die Wahrnehmung medizinischer Versorgung im Allgemeinen sowie professioneller psychosozialer Unterstützung im Besonderen einschränken bzw. vollständig verhindern.

Als von zentralem Stellenwert erwiesen sich hier für alle Befragten *strukturelle Barrieren*:

- Die *Verfügbarkeit* von Angeboten psychosozialer Unterstützung erschien vor dem Hintergrund schwacher Versorgungsstrukturen und begrenzter Behandlungskapazitäten v.a. in auf die Arbeit mit Flüchtlingen spezialisierten Einrichtungen gering.
- Die *Zugänglichkeit* vorhandener Unterstützungsangebote wiederum wurde offenbar stark durch die Verwaltungspraxis der für die Bewilligung von Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen zuständigen Sozialämter kontrolliert.
- Die *Erreichbarkeit* dieser Angebote schien zusätzlich durch asylrechtliche Bestimmungen begrenzt zu werden, die die Subjekte in ihrer Autonomie und Bewegungsfreiheit einschränkten.

Ablehnungsmomente wie sie im Zugang zu bzw. im Rahmen der Bewilligung von Leistungen gesundheitlicher Versorgung zunächst formal erfahren wurden, schienen sich für die Be-

troffenen auch *auf interaktioneller Ebene* zu reproduzieren: Von besonderer Bedeutung waren hier sowohl im behördlichen als auch im Behandlungskontext selbst v.a. Abwertungs- und Diskriminierungserfahrungen sowie das Gefühl, in denen eigenen Anliegen und Argumentationen nicht erhört zu werden. Erschwert schien die Inanspruchnahme von Unterstützungsangeboten ferner durch Sprachbarrieren infolge fehlender muttersprachlicher Kommunikationsmöglichkeiten, der mangelnden Verfügbarkeit von DolmetscherInnen sowie ambivalenten Interaktionssituation im Rahmen der dolmetschergestützten Kommunikation.

Auch *geschlechts- und kulturspezifische Faktoren*, wurden von den Befragten im Hinblick auf ihre Relevanz für den Zugang zu sowie die Wahrnehmung von psychosozialer Unterstützung aufgegriffen. Problematisiert wurden dabei zum einen wahrgenommene Spannungen zwischen verschiedenen KlientInnengruppen, zum anderen geschlechtsspezifische kulturelle Normen betreffend die Interaktion mit einem gegengeschlechtlichen Gegenüber. Hier konnte rekonstruiert werden, dass - kann aus Kapazitätsgründen keine Vermittlung an gleichgeschlechtliches Personal erfolgen bzw. stehen nur Gruppenangebote für verschiedene KlientInnengruppen zur Verfügung – diese Faktoren den Einfluss struktureller Barrieren verstärken und den Zugang damit doppelt einschränken.

Als Determinanten, die den Umgang mit sowohl Verwaltungs- als auch Vermittlungsprozessen erschwerten, konnten in diesem Zusammenhang darüber hinaus auch *Informations- und Wissensdefizite* in Bezug auf Strukturen, Leistungen und Versorgungswege innerhalb des Gesundheitssystems herausgearbeitet werden.

Betreffend die *Handlungsstrategien im Umgang mit wahrgenommenen Barrieren* konnten für fast alle Befragten sowohl Phasen aktiver Bewältigung, in denen beharrlich immer wieder neue Lösungsversuche initiiert wurden, als auch Momente der Resignation und Verzweiflung, in denen kaum noch Handlungsmöglichkeiten zur Veränderung der Situation greifbar schienen, herausgearbeitet werden. In vielen Fällen wurde offenbar außerdem versucht, Versorgungsdefiziten über kompensatorische Strategien u.a. der Selbstmedikation zu begegnen.

Als *Folgen* sowohl des eingeschränkten Zugangs zur Gesundheitsfürsorge als auch der zahlreichen Misserfolgs-, Ablehnungs- und Diskriminierungserfahrungen schilderten die Betroffenen z.T. weitreichende Konsequenzen sowohl auf gesundheitlicher, als auch auf emotionaler und sozialer Ebene.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

Die wenigen Studien, die bisher zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen im westlichen Exil durchgeführt wurden, sprechen über die verschiedenen Aufnahmeländer hinweg für einen unzureichenden und inadäquaten Zugang dieser Population zum Gesundheitssystem (Maier et al., 2010; McColl & Johnson, 2006; Norredam, 2006). Auch für die Befragten dieser Untersuchung erwiesen sich Behandlungs- und Unterstützungsleistungen häufig als nicht verfügbar, nicht zugänglich oder nicht erreichbar bzw. wurden als nicht hinreichend oder nicht angemessen zur Befriedigung ihres wahrgenommenen Bedarfs geschildert. Keiner der Interviewten dieses Samples hatte Zugang zu adäquater psychotherapeutischer Behandlung gefunden: wie auch bisherige Befunde zeigten (Maier et al., 2010; McColl & Johnson, 2006), schienen therapeutische Interventionen auch hier fast ausschließlich auf pharmakotherapeutischer Ebene erfolgt zu sein, die ihrerseits von den Betroffenen selbst als nicht zielführend empfunden wurden.

Zurückgeführt wurde dieses Zugangsproblem bislang u.a. darauf, dass psychische Störungen bei Flüchtlingen häufig nicht bzw. falsch diagnostiziert würden (Maier et al., 2010). Gewissermaßen findet sich dieser Befund auch in den Narrationen der hier Befragten wieder – allerdings vornehmlich in Passagen, in denen sie schildern, sich vergeblich um Termine zur diagnostischen Abklärung ihrer Beschwerden bemüht zu haben. In mehreren Fällen musste der Zugang zu fachärztlicher Diagnostik hier auf dem Rechtsweg erstritten werden. Demgegenüber waren jedoch in vielen Fällen entsprechende Diagnosen bereits durchaus gestellt und – z.T. mehrfach – ärztlich attestiert worden. Die erforderliche Behandlung konnte nur deshalb nicht eingeleitet werden, da entweder die Kostenübernahme abgelehnt, oder aber kein freier Behandlungsplatz gefunden wurde. Während in der Literatur Zugangsschwierigkeiten im Zusammenhang mit psychiatrisch-psychologischer Diagnostik häufig die Angemessenheit westlicher Diagnosesysteme für Flüchtlinge als nicht-westliche Population diskutiert (McKeary & Newbold, 2010, Miller et al., 2006, Watters, 2001), wurde diesem Aspekt von den hier Befragten kaum Bedeutung zugeschrieben: Diagnosen wurden hier klar benannt, schienen – möglicherweise im Sinne einer objektiven Bestätigung ihres subjektiv empfundenen Behandlungsbedarfes – auch angenommen zu werden und wurden im Rahmen der Argumentation beim Sozialamt auch immer wieder als solche aufgegriffen. Das heißt, als primäre Zugangsbarriere relevant erwiesen sich in dieser Untersuchung bereits an dieser Stelle – der Diagnostik als Voraussetzung bedarfsgerechter Versorgung – weniger kulturelle als vielmehr strukturelle Faktoren.

6.2.1 *Wahrgenommene Barrieren auf struktureller Ebene*

Die Inanspruchnahme von Leistungen gesundheitlicher Versorgung schien für die hier Befragten nicht allein durch Barrieren innerhalb des Versorgungssystems selbst, sondern bereits eine Ebene früher strukturell gebahnt bzw. behindert zu werden: durch die Verwaltungspraxis der Sozialämter, durch aufenthaltsrechtlich bedingte Einschränkungen der Autonomie und Mobilität sowie durch geringe Versorgungskapazitäten.

Kontrolle der Zugänglichkeit durch die Verwaltungspraxis der Sozialbehörden

Als entscheidende Voraussetzung für den Zugang zu Behandlungsangeboten fungierten dabei insbesondere Determinanten des Erfolgs bzw. Misserfolgs eines als langwierig, komplex und oft als undurchsichtig wahrgenommenen Prozesses bürokratischer Verwaltung. (Fach-) ärztliche oder psychotherapeutische Behandlungen konnten im Bedarfsfall nicht selbstverständlich aufgenommen werden, sondern mussten erst „genehmigt“ bzw. „erlaubt“ werden. In diesem Zusammenhang bestätigte sich die Kritik, die bereits seit längerem sowohl von der Bundesärztekammer (2013) als auch der Europäischen Kommission (2007) geübt wird: Ein Verfahren zur qualifizierten Diagnostik der Behandlungsbedürftigkeit schien hier nicht zu existieren. In jedem der berichteten Fälle wurde auch hier nicht von medizinisch qualifiziertem Personal sondern zunächst vom Verwaltungspersonal des zuständigen Sozialamtes über den Behandlungsbedarf der Betroffenen entschieden. Den Umgang der Behörde mit ihren Anträgen empfanden die Befragten dabei oft als sehr „kategorisch“: Sie schilderten ein standardisiertes Vorgehen, im Rahmen dessen ihre Anfragen häufig ohne Rücksicht auf individuelle Begründungen, abgelehnt wurden. Ärztliche Atteste seien für die Entscheidung der SachbearbeiterInnen z.T. ebenso wenig berücksichtigt worden, wie die Spezifikationen der Betroffenen selbst.

Vor dem Hintergrund der deutschen Gesetzeslage sind diese Ergebnisse nicht überraschend. Die SachbearbeiterInnen der Befragten orientierten ihre Entscheidungspraxis offenbar stark an den Einschränkungen, die nach AsylbLG in der gesundheitlichen Versorgung Asylsuchender vorgenommen werden können. So schienen Leistungen, die nach §4 AsylbLG zur Linderung „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ (Bundesministerium der Justiz, 1993, §4 Abs. 1 AsylbLG) notwendig sind, in der Regel bewilligt worden zu sein. Mit nur einer Ausnahme war so beispielsweise der Zugang zur medikamentösen Behandlung offenbar auch für die Interviewten recht schnell und problemlos erfolgt. Psychotherapeutische und sonstige Leistungen zur gesundheitlichen Rehabilitation, die gemäß §6 AsylbLG nach Ermessen der SachbearbeiterInnen übernommen werden *können*, wurden hingegen zunächst meist

abgelehnt. Hier ist allerdings anzuführen, dass besagte „Sonstige Leistungen“ nach §6 in Fällen, in denen sie „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich“ sind (Bundesministerium der Justiz, 1993, §6 Abs. 1), durchaus erstattet werden müssten. Dies jedoch war im Falle der hier Interviewten nahezu nie der Fall: Die Kostenübernahme für Psychotherapie einschließlich Diagnostik, ärztlicher Aufklärung und DolmetscherInnenkosten sowie für Heil- und Hilfsmittel wie Hörgeräte, Rollstühle, Physiotherapie oder orthopädische Schuhe und auch Medikamente oder bereits erfolgte stationäre Klinikaufenthalte wurde trotz Indikation, häufig nicht bewilligt. Dies deutet für die berichteten Fälle auf eine im Grunde rechtswidrige Praxis hin, scheint jedoch ExpertInnen der Praxis zufolge (Flüchtlingsrat Berlin, 2012) durchaus einer gängigen Verwaltungspraxis zu entsprechen, in der die Ermessensregel auch in Fällen, in denen nach § 6 AsylbLG nicht nur im Falle akuter, sondern auch chronischer Erkrankungen Behandlungen hätten erfolgen müssen, häufig zur Ablehnung der nötigen Behandlung führt.

Die Diskrepanzen, die auch in dieser Untersuchung zwischen ärztlicher und behördlicher Einschätzung des Behandlungsbedarfs gefunden wurden, scheinen dabei Hinweise der Bundesärztekammer (2013) zu bestätigen, dass gesundheitliche Risiken durch das Verwaltungspersonal der Behörden oft falsch eingeschätzt würden. Im Falle der hier Befragten schien dies soweit geführt zu haben, dass auch ÄrztInnen in ihrem Handeln durch strukturelle Barrieren behindert wurden. Hier deuteten sich Interessenskonflikte zwischen ärztlichem Behandlungsauftrag und Abrechnungspraxis an: Die diagnostische Abklärung der Symptomatik war oft bereits erfolgt, eine therapeutische Intervention durch den oder die ÄrztIn konnte jedoch letztlich nicht eingeleitet werden, da die Kostenübernahme durch das Sozialamt abgelehnt wurde.

Diese bürokratische Facette der strukturellen Barriere – in dieser Studie ein zentraler Aspekt der Schlüsselkategorie, der entscheidet, wie weit Betroffene auf ihrem Weg durch das Gesundheitssystem überhaupt kommen – findet sich in der Literatur zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen bisher so spezifisch kaum. Ein europäischer Vergleich aktueller Standards der Gesundheitsversorgung für Asylsuchende verweist zwar für viele Länder auf hohe bürokratische Hürden (Norredam, 2006). Studien, die Barrieren aus der Perspektive der NutzerInnen des Gesundheitssystems bzw. der BehandlerInnen untersuchen, fanden diesbezüglich jedoch keine Ergebnisse, die diese spezifizieren. Das Fehlen vergleichbarer Befunde könnte plausibel erscheinen, bezögen sich vorhandene Studien lediglich auf Personen, die bereits Zugang zu Versorgungsangeboten gefunden haben. Da jedoch z.T. durchaus auch Zugangsschwierigkeiten erfragt wurden (McKeary & Newbold, 2010), scheint diese Erklärung

nicht hinreichend. Generell ist dieses Ergebnis schwierig zu bewerten, weil die Studien jeweils in unterschiedlichen Ländern, in Großbritannien (Misra et al., 2006; Phillimore et al., 2007), Kanada (McKeary & Newbold, 2010) oder Neuseeland (Lawrence & Kearns, 2005) durchgeführt wurden – Staaten, die sich mit hoher Wahrscheinlichkeit asyl- und gesundheitspolitisch stark voneinander und vermutlich auch von der Situation in Deutschland unterscheiden. Allerdings zählt Deutschland im europäischen Vergleich zur Minderheit der Mitgliedsstaaten, welche die gesundheitliche Versorgung von Flüchtlingen nicht an den Behandlungsstandards für StaatsbürgerInnen ausrichten (Norredam, 2006) – ein Hinweis darauf, dass bürokratische Hürden hier womöglich deshalb so relevant geworden sein könnten, weil sie in Deutschland vergleichsweise hoch sind. Zur Diskussion stichproben- und kontextspezifischer Erklärungen dieses Befundes sei auf das Kapitel „Diskussion der Methode, Limitationen und Ausblick“ (vgl. 6.3) verwiesen.

Durchaus im Einklang mit der Literatur (Lawrence & Kearns, 2005; Misra et al., 2006) befinden sich in diesem Zusammenhang die Befunde zur Komplexität des Bewilligungsverfahrens sowie der Wege innerhalb des Gesundheitssystems. Studien führten entsprechende Zugangsschwierigkeiten bisher jedoch vornehmlich auf Wissensdefizite betreffend verfügbare Unterstützungsangebote (Phillimore et al., 2007) sowie Regeln und Wege der Terminvergabe, Überweisung und Vermittlung auf Seiten der Betroffenen zurück (Lawrence & Kearns, 2005; Misra et al., 2006). Informations(vermittlungs)- und Wissensdefizite dieser Art – u.a. betreffend die Praxis des Behandlungsscheines – fanden sich auch in dieser Untersuchung. Sie erwiesen sich jedoch meist nicht als von vordergründiger Bedeutung, sondern fungierten eher intervenierend, insofern als dass mangelndes Wissen über bürokratische Anforderungen, Rechte und Leistungsansprüche die Befragten darin behinderten, Handlungsmöglichkeiten zur Überwindung bürokratischer Hürden zu entwickeln, mit denen sie bereits konfrontiert waren. Deutlich verknüpft erschienen Aspekte der Information und des Wissens in dieser Arbeit zudem mit der schwer durchschaubaren Entscheidungspraxis der Behörde: Diese ließ für die Betroffenen oftmals keine Systematik erkennen, Informationen über Gründe und Notwendigkeit von Ablehnungen oder aber Bewilligungen waren Betroffenen oft nicht zugänglich, die Verwaltungspraxis damit nicht nachvollziehbar und nicht erwartbar. Da so auch nicht klar ist, auf welcher Grundlage z.B. Widerspruch eingelegt bzw. erneute Bewältigungsversuche initiiert werden könnten, schienen Informationsdefizite vorhandene strukturelle Barrieren hier insofern verstärkt zu haben, als dass sie die Wahrscheinlichkeit erfolgloser Hilfsgesuche bzw. wiederkehrender Ablehnungserfahrungen erhöhten.

Eingeschränkte Versorgungskapazität

Während die bürokratische Facette struktureller Barrieren in der Literatur bisher weniger im Fokus stand, wurden Probleme innerhalb der Versorgungsstrukturen selbst von Flüchtlingen und insbesondere auch von MitarbeiterInnen im Gesundheitswesen in einigen Untersuchungen durchaus thematisiert. Von Bedeutung war hier v.a., dass Behandlungen infolge begrenzter Ressourcen innerhalb des Versorgungssystems oftmals nicht bzw. zeitlich nur stark verzögert wahrgenommen werden können (McKeary & Newbold, 2010). Auch in dieser Arbeit war die Facette eingeschränkter Versorgungskapazität von hoher Relevanz: Anfragen der Interviewten nach freien Therapieplätzen wurden insbesondere in den auf die Behandlung traumatisierter Flüchtlinge spezialisierten Behandlungs- und Beratungszentren häufig aus Kapazitätsgründen abgelehnt, Betroffene wurden weiterverwiesen oder auf Wartelisten gesetzt, von denen unklar war, wie lang sie sind. Die Erfahrungen der Befragten scheinen sich also mit der Einschätzung der Bundespsychotherapeutenkammer zu decken, dass diese Einrichtungen nur auf einen Bruchteil des angefragten Behandlungsbedarfs reagieren können (Bär, 2011). Auch die Vermittlung in niedrigschwelligere Angebote psychosozialer Unterstützung schien nur bedingt möglich. Dabei wurde deutlich, dass die Versorgungskapazität der Einrichtungen u.a. auch durch die projektgebundene Finanzierung von Hilfsangeboten begrenzt wird: Die Vermittlung in ein entsprechendes Unterstützungsprojekt konnte hier für eine Interviewte nicht mehr erfolgen, da dessen Projektförderung auslief.

Die bisherige Befundlage verweist ferner darauf, dass aufgrund personell begrenzter Ressourcen in entsprechenden Einrichtungen oft die Zeit fehle, KlientInnen genauer kennenzulernen und Vertrauen aufzubauen (Misra et al., 2006). Auch in den Narrationen der hier Befragten kam der Erfahrung, aufgrund der starken Auslastung behandelnder Einrichtungen in Beratung oder Therapie nur wenig Raum für die Bearbeitung der je eigenen Problemlagen zu haben, besondere Bedeutung zu. Aufgegriffen wurde dies dabei allerdings z.T. auch indirekt über die Antizipation einer Überlastung des Personals, welches ihrerseits z.T. als überfordert oder gestresst wahrgenommen wurde. Hier muss die Frage gestellt werden, was diese wahrgenommene Überlastung der Helfenden für KlientInnen bedeuten könnte, die – selbst stark belastet – Hilfe suchen, Erfahrungen der Belastung teilen und verarbeiten wollen. Würde die Wahrnehmung einer Belastung des Personals durch Kapazitätsprobleme der Einrichtung hier z.B. im Impuls resultieren, Rücksicht auf die Helfenden zu nehmen, sie zu schonen oder sich beispielsweise mit Kritik zurückzunehmen, dann würden hier strukturelle Barrieren durch die Interaktionen der AkteurInnen weiter verstärkt und fungierten als zusätzliches Hindernis im

Zugang zu bedarfsgerechter Behandlung.

Eingeschränkte Erreichbarkeit durch strukturelle Kontrolle von Autonomie und Mobilität

Als dritte Facette struktureller Barrieren waren für diese Untersuchung Faktoren von Bedeutung, die auf den ersten Blick wenig mit Strukturen gesundheitlicher Versorgung im engeren Sinne verbunden scheinen: So resultierten hier zusätzlich zu Faktoren, die den Zugang zur Versorgung direkt behinderten, Einschränkungen der Autonomie und Mobilität der Subjekte darin, dass entsprechende Angebote für sie physisch bzw. räumlich-geographisch nicht erreichbar waren. Physische Zugangsbarrieren wurden zwar auch in der Literatur bereits beschrieben (Lawrence & Kearns, 2005), bezogen sich hier jedoch vornehmlich auf infrastrukturelle Probleme wie die Erreichbarkeit mit dem ÖPNV sowie entsprechend verbundene Fahrtkosten und -zeiten, verweisen hier also stark v.a. auf ökonomische Facetten struktureller Barrieren. In der vorliegenden Stichprobe schien die Zugänglichkeit von Unterstützungsangeboten jedoch zusätzlich noch fundamentaler durch die strukturelle Kontrolle des Handlungs- und Interaktionsraums der Subjekte eingeschränkt: So resultierten die Kontrolle des Aufenthaltsortes durch die Erstverteilung sowie die eingeschränkte Mobilität der Betroffenen durch die Residenzpflicht in geographischen Barrieren bezogen sowohl auf die Verfügbarkeit als auch auf die Erreichbarkeit entsprechender Behandlungsangebote. Wie bereits Einschätzungen aus der Versorgungspraxis (Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer, 2012) nahe legten, wurden dabei für den ostdeutschen Raum deutlich höhere Zugangsbarrieren berichtet.

Eine Kompensation lokaler Versorgungsdefizite über die Wahrnehmung weiter entfernter Behandlungsangeboten war den hier Befragten nur eingeschränkt möglich: Mussten Angebote psychosozialer Versorgung aufgrund fehlender Strukturen im eigenen Landkreis außerhalb desselben wahrgenommen werden, war dies nur mit einer Verlassenserlaubnis der Ausländerbehörde möglich. Für die Betroffenen ließ sich hier ein innerer Konflikt rekonstruieren, in dem abgewogen werden musste zwischen der Sicherheit des Aufenthalts und dem Schutz von Gesundheit und Wohlbefinden. Asylrechtliche Bestimmungen schienen sie dabei in ihren Handlungsmöglichkeiten doppelt zu begrenzen: Das Gesetz verbot ihnen nicht nur, nötige Behandlungen außerhalb des eigenen Landkreises durchführen zu lassen, sie haben es sich als Asylsuchende darüber hinaus auch nicht leisten können, dieses Gesetz zu übertreten bzw. glaubten, sich in besonderem Maße „gesetzestreu“ verhalten zu müssen, da sie andernfalls möglicherweise ihren Aufenthalt in Gefahr bringen würden.

Diese Form der strukturellen Barriere findet so spezifisch in der Literatur keine Erwähnung. Dies ist insofern wenig überraschend, als dass zur psychosozialen Versorgung von

Flüchtlingen für die BRD keine Untersuchungen vorliegen, die Bundesrepublik jedoch der einzige europäische Mitgliedsstaat ist, der die Bewegungsfreiheit von Flüchtlingen überhaupt gesetzlich begrenzt.

Auch die Verpflichtung zum Wohnen in Gemeinschaftsunterkünften, schien in dieser Untersuchung zu beeinflussen, wie zugänglich gesundheitliche und psychosoziale Versorgung ist: Die räumliche Isolation sowie die strengen Reglementierungen im Heim schienen die Autonomie der Subjekte hier z.T. so stark zu begrenzen, dass mancherorts selbst die Schwelle bis zur Beantragung medizinischer Versorgungsleistungen beim Sozialamt nicht überschritten wurde. Der Zugang zum Versorgungssystem unterlag hier - wie bereits in einer Stellungnahme der Bundesärztekammer (2013) kritisiert - der Kontrolle durch die Mitarbeitenden der Gemeinschaftsunterkunft und schien stark abhängig zu sein von deren Fähigkeiten und Motivation, den Bedarf der BewohnerInnen an medizinischer und psychosozialer Versorgung zu identifizieren.

In der Literatur wurden diese Faktoren der Isolation und Reglementierung auf Grundlage des Aufenthaltsstatus zahlreich als Belastungsfaktoren dokumentiert, die die psychische Gesundheit von Flüchtlingen beeinträchtigen und im Umgang mit denen hoher Unterstützungsbedarf besteht (McCull & Johnson, 2006; Strijk et al., 2011). Als spezifische Barrieren, die den Zugang zu entsprechenden Unterstützungsleistungen behindert, wurden sie bisher jedoch nicht beschrieben. Evidenz besteht in diesem Zusammenhang allerdings für einen indirekten Einfluss der sozial und kulturell isolierten Position der Betroffenen: So gilt insbesondere das Fehlen sozialer Netzwerke und Gemeinschaften, die Wissen über verfügbare Angebote, Regeln und Prozesse verbreiten und zugleich emotionale ebenso wie finanzielle Unterstützung bieten, als verantwortlich für eine weitere Einschränkung der Interaktionsräume der Subjekte (McKeary & Newbold, 2010; Phillimore et al., 2007). Dieser Einfluss bestätigte sich auch in dieser Untersuchung, zeigte sich allerdings als stark abhängig vom geographischen Kontext. So wurde der Informationsaustausch innerhalb der kaukasischen Flüchtlingsgemeinschaft in der Großstadt als sehr hilfreich für den Umgang mit Vermittlungswegen oder auch dem Sozialamt beschrieben. Im ländlichen ostdeutschen Raum hingegen schienen Vernetzungsmöglichkeiten dieser Art bedingt durch die geringe Anzahl von Flüchtlingen in der Region nahezu vollständig zu fehlen.

6.2.2 *Wahrgenommene Barrieren auf interaktioneller Ebene*

Insbesondere die Verwaltungspraxis des Sozialamtes war für die Befragten nicht allein auf formaler Ebene, d.h. vor dem Hintergrund der Ablehnung ihrer Anträge von Relevanz: Die strukturelle Facette dieser Subkategorie korrespondierte für die meisten Interviewten darüber hinaus auch mit problematischen Interaktionen mit konkreten SachbearbeiterInnen. Ebenso konnten in einigen Fällen Abwertungs- und Diskriminierungserfahrungen durch MitarbeiterInnen des Gesundheitssystems rekonstruiert werden: die Befragten äußerten hier, dass sie sich durch ÄrztInnen mit deutlich weniger Respekt und Wohlwollen behandelt fühlten, als sie es bei deutschen PatientInnen wahrnahmen.

Der Blick auf die behördliche Interaktion verweist im Falle der hier Befragten auf einen deutlichen Zusammenhang zwischen der kommunikativen Oberfläche des institutionellen Gesprächs und dessen strukturellen Rahmen - dieser spiegelte sich als Machtgefälle zwischen den AkteurInnen auch prozessual wieder. Im Vordergrund stand dabei zwar oft kommunikative Ungleichheit – auch beeinflusst durch ungleiche kommunikative Voraussetzungen infolge der Sprachbarriere – vor dem Hintergrund der Abhängigkeit der AntragsstellerInnen von den Entscheidungen der SachbearbeiterInnen sollte diese Asymmetrie aber nicht als allein kommunikativ-interaktionelles Problem bewertet, sondern vielmehr als institutions- und positionspezifisch vorstrukturiert begriffen werden. Die sozialen und kommunikativen Möglichkeiten der Subjekte erschienen dabei sehr unterschiedlich verteilt: Die befragten Flüchtlinge schienen gezwungen, das Sozialamt für die Beantragung von Leistungen aufzusuchen, die SachbearbeiterInnen verfügten über die Macht, die Ressourcen zu verteilen, die auf Seiten der Flüchtlinge zur Wiederherstellung von Gesundheit und Wohlbefinden beantragt werden müssen. AntragsstellerInnen mussten sich dabei offenbar auch in intimen Bereichen ihrer Persönlichkeit offenbaren, die SachbearbeiterInnen hingegen waren lediglich in ihrer beruflichen Rolle tätig. Ihr Verhalten wurde zudem durch die rechtliche Grundlage des AsylbLG rational legitimiert. Der institutionelle Rahmen schien hier also eine der Grundlagen für beobachtete interaktionelle Barrieren darzustellen.

Sprachbarrieren

Beeinflusst wurden die meisten Kommunikationssituationen immer auch durch verschiedene Facetten der Sprachbarriere. Eine muttersprachliche Verständigung war den Befragten oft weder im behördlichen noch im Kontext der Versorgung selbst möglich, ihre Deutschkenntnisse beschrieben sie als für diesen komplexen Kommunikationskontext nicht ausreichend. Die Verfügbarkeit von DolmetscherInnen erwies sich insbesondere im Kontext der stationä-

ren Versorgung als unzureichend, aber auch qualitativ wurde die Kommunikation über DolmetscherInnen als problematisch beschrieben. Analog zu empirischen Befunden (Lawrence & Kearns, 2005; McKeary & Newbold, 2010; Misra et al., 2006) wurden dabei auch in dieser Studie nicht nur Missverständnisse berichtet, die sich aus inadäquaten Übersetzungsleistungen ergaben, sondern auch Unbehagen bzw. Vorbehalte, sensible Themen gegenüber DolmetscherInnen mitzuteilen. Die Triade zwischen KlientIn, DolmetscherIn und Behandlerin erschien hier als eine paradoxe Kommunikationskonstellation, die gegenseitiges Verstehen zum einen überhaupt erst möglich macht, genau dieses jedoch zum anderen auch entscheidend behindern kann. Als zentral erwiesen sich hier nicht die Fremdsprachigkeit bzw. der Übersetzungsprozess an sich, sondern vielmehr verschiedene kontextspezifische Faktoren: insbesondere als kulturspezifisch beschriebene Tabus, die in der Beratungssituation abhängig von Herkunft und Geschlecht der DolmetscherInnen eine offene Thematisierung bestimmter Themenbereiche erschwerten, waren dabei von Bedeutung.

Prinzipiell könnte davon ausgegangen werden, dass Probleme der Vertrauensbildung im Rahmen der dolmetschergestützten Kommunikation nicht nur spezifisch in der Population der Flüchtlinge von Relevanz sind, sondern generell bei der Arbeit mit Menschen auftreten, die für eine Behandlung Sprachmittlung benötigen, wie z.B. auch Menschen mit Migrationshintergrund im weiteren Sinne oder Gehörlose es sind. Die Literatur spricht jedoch dafür, dass speziell die Erfahrungen der Flucht und des Lebens im Exil besonderen Einfluss auf den Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zwischen BehandlerIn und KlientIn haben (Lawrence & Kearns, 2005; McKeary & Newbold, 2010):

Vertrauen

Einige AutorInnen fanden in diesem Zusammenhang auf Seiten der befragten Flüchtlinge ein generelles Misstrauen gegenüber Hilfsangeboten (Phillimore et al., 2007), andere verorteten dieses eher spezifisch innerhalb der therapeutischen Beziehungsgestaltung, gehen davon aus, dass das Vertrauen in verlässliche Beziehungen bei Flüchtlingen aus Kriegs- und Krisengebieten in besonderem Maße erschüttert wurde (McKeary & Newbold, 2010). Auch in dieser Studie fanden sich im Falle zweier Befragte Hinweise darauf, dass sie sich in der Arzt- bzw. Therapeut-Patientin-Beziehung nicht in jedem Fall so aufgehoben gefühlt hätten, dass die Bearbeitung sensibler Themen möglich gewesen sei. Von Bedeutung waren dabei zum einen wahrgenommene Zweifel an der eigenen Glaubhaftigkeit auf Seiten des Arztes. Eine weitere Befragte schilderte in diesem Zusammenhang, das Gefühl zu haben, durch ihren Psychotherapeuten in ihrem persönlichen Leidensdruck nicht ernst genommen zu werden und im thera-

peutischen Setting keinen Raum für den Ausdruck negativer Emotionen zu haben. Besonders drastische Form nahm dies in diesem Fall schließlich in einer Sequenz an, in der die Interviewte schilderte, wie ihr Therapeut sich ihr gegenüber aggressiv-abwertend verhielt und sie anschrie – eine klare therapeutische Grenzüberschreitung, für die plausibel erscheint, dass ein Vertrauensaufbau in der Folge schwer möglich ist. Zusammenhänge zu früheren Vertrauensbrüchen, die spezifisch mit Erfahrungen vor bzw. während der Flucht assoziiert waren, konnten dabei allerdings nicht rekonstruiert werden.

6.2.3 *Kultur- und geschlechtsspezifische Faktoren*

Als von besonderer Bedeutung insbesondere für die Beziehungsgestaltung in der Arbeit mit Menschen, die aus ihrem Herkunftsland geflohen sind, werden in der Literatur darüber hinaus kulturelle Faktoren beschrieben. Die meisten der vorhandenen Studien, insbesondere diejenigen, die AkteurInnen des Gesundheits- und Sozialwesens zu ihren Behandlungs- und Unterstützungserfahrungen befragten, beschreiben dabei die mangelnde kulturelle Passung westlicher Behandlungsrationale als entscheidende Problemfelder (Lawrence & Kearns, 2005; McKeary & Newbold, 2010; Misra, Connolly, Klynman, et al., 2006). Dabei gehen einige der AutorInnen davon aus, dass kulturelle Unterschiede sowohl im Verständnis von Gesundheit als auch betreffend die Erwartungen an die Behandlung von Krankheit (Lawrence & Kearns, 2005; Misra et al., 2006) sich in den Herkunftskulturen von denen in westlichen Ländern unterscheiden, dass bestimmte psychische Störungen z.B. nicht für behandlungsbedürftig gehalten, sondern vielmehr im familiären bzw. breiteren gemeinschaftlichen Dialog gelöst würden (Lawrence & Kearns, 2005). Abgesehen davon, dass sich hier die Frage aufwirft, inwieweit die Gegenüberstellung westlicher und nicht-westlicher Konzepte von Gesundheit und Krankheit der Heterogenität der Herkunftskulturen verschiedener Flüchtlingspopulationen gerecht werden kann, ließen sich diese Befunde für diese Stichprobe nicht bestätigen. Im Gegenteil: Alle InterviewpartnerInnen berichteten über einen hohen Gesprächsbedarf, den sie wiederholt gerade im institutionalisierten Beratungs- und Behandlungskontext zu befriedigen versucht hatten. Dabei war insbesondere die Struktur und Regelmäßigkeit des wöchentlichen therapeutischen Settings sowie auch die professionelle Berufsrolle der Behandelnden von Relevanz. Der therapeutischen Dyade als Konstellation, in der sich mit sensiblen Themen geöffnet und mitgeteilt werden könne, wovon andere Menschen nichts erfahren sollten, wurde in einem Fall verglichen mit eher gemeinschaftsnahen Lösungsmöglichkeiten deutlich höheres Unterstützungspotential zugesprochen.

Eine Interpretation dieser Favorisierung institutionalisierter Unterstützungsangebote kann hier jedoch nur relativiert am Kontext der Lebensbedingungen, wie sie die hier befragten Flüchtlinge schildern, erfolgen: Die Mehrheit der Interviewten berichtet in diesem Zusammenhang, gar nicht über die beschriebenen soziale Netzwerke zu verfügen. Insbesondere die im ostdeutschen ländlichen Raum lebenden Befragten schienen hochgradig isoliert zu leben und kaum Kontakt zu Menschen aus der Herkunftsregion zu haben, die ihnen emotionale und soziale Unterstützung bieten könnten. Bestünden starke Flüchtlingsgemeinschaften dieser Art, ergäbe sich hier möglicherweise ein anderes Bild. Dieser Annahme gegenüber steht allerdings, dass in dieser Stichprobe mit kulturellen Faktoren assoziierte Barrieren v.a. auch bezogen auf die Interaktion mit Menschen nicht aus der „Aufnahmekultur“, sondern eher mit Regionen der „Herkunftskultur“ geschildert wurden. So wurde z.B. explizit ein Spannungsverhältnis – eine „Gerüchteküche“ - zwischen Klientinnengruppen aus den verschiedenen Republiken der nordkaukasischen Region benannt, von der angenommen werden kann, dass sie als Zugangsbarriere zu gruppentherapeutischen Angeboten – im Rahmen derer sensible Informationen mit der jeweils anderen Klientinnengruppe hätten geteilt werden müssen – wirksam wurde. Hier schien die Inanspruchnahme eines Versorgungsangebotes also durch eine Facette der kulturellen Barriere beeinflusst, die in diesem Bereich von der Literatur so konkret noch nicht aufgegriffen wurde.

Die Relevanz kultureller Faktoren für den Kontakt mit BehandlerInnen selbst wurde mit Ausnahme eines jungen Mannes aus Tschetschenien, der den Einfluss geschlechtsspezifischer kultureller Normen als Einflussfaktor im Rahmen der Beziehung zur Sozialarbeiterin ansprach, nicht thematisiert bzw. explizit verneint. In seinem Fall allerdings wurde sehr deutlich sichtbar, wie bedeutsam die von durch den tschetschenischen „Adat“ vorgegebenen Verhaltenskodizes betreffend die Interaktion zwischen Männern und Frauen auch für die Beratungssituation waren. Sie resultierten für ihn in einem inneren Konflikt, die Selbstöffnung und das Zulassen von Schwäche gegenüber der Sozialarbeiterin einerseits als hilfreich zur Bewältigung seiner Problematik, andererseits zugleich als tabuisiert zu empfinden. Durch seinen Verweis auf die Relevanz von Tapferkeit als maskulinem Attribut kollektiver tschetschenischer Identität verortete der Interviewte selbst diese besondere Beratungskonstellation als explizit durch ein kulturspezifisches Phänomen beeinflusst. Bestätigt wird durch seinen Fall dabei zunächst auch die Bedeutung geschlechtsspezifischer Barrieren bei der Wahrnehmung psychosozialer Versorgung, wie sie in der Literatur bisher vornehmlich für weibliche KlientInnen untersucht wurden (Misra et al., 2006; Phillimore et al., 2007). Hier könnte jedoch die

Frage aufgeworfen werden, zum einen ob und in welcher Form dieser von ihm aufgegriffene Aspekt der Männlichkeit auch im Rahmen der Interaktion mit einem gleichgeschlechtlichen Therapeuten Bedeutung erlangt hätte, zum anderen, wie stark sich der hier durch ihn als explizit kulturell verorteter Einfluss geschlechtsspezifischer Verhaltenskodizes insbesondere was Bedenken im Blick auf das Teilen eigener Schwäche, das Zulassen von Emotionen bzw. das Abgeben von Kontrolle nicht ebenso in „westlichen“ Populationen außerhalb des Kontextes von Flucht, Migration und kulturellen Unterschieden reproduzieren ließe. Auch die Geschlechtsspezifität der Problematik selbst, wie sie hier vom Befragten angeführt wurde, sollte auf Grundlage der Erfahrungen aller Geschlechter überprüft werden.

Die hier abgesehen vom eben beschriebenen Fall insgesamt vergleichsweise geringe Relevanz, die kulturellen Unterschieden für die Wahrnehmung von Angeboten psychosozialer Unterstützung zugeschrieben wurde bzw. die sich deutlich von weiteren empirischen Befunden unterscheidende Ausprägung dieser Kategorie muss allerdings mit Vorsicht interpretiert werden. Ein Zugang insbesondere zu psychotherapeutischer Behandlung hatte im Falle der hier Befragten meist aufgrund struktureller Barrieren noch gar nicht stattfinden können – die Befragten berichteten über hohen unbefriedigten Gesprächsdruck und schienen diesbezüglich eine Besserung ihrer Befindlichkeit zu antizipieren, könnte endlich die indizierte Behandlung erfolgen. Darüber, ob dies jedoch eintreten würde, oder ob nicht im Rahmen eines intensiveren Behandlungssettings, das zugleich eine engere therapeutische Beziehung erfordert, die in der Literatur beschriebenen kulturellen Unterschiede salient werden und die Behandlung beeinflussen würden, kann auf Grundlage der vorliegenden Daten keine Aussage getroffen werden.

6.2.4 *Handlungs- und Interaktionsstrategien der Subjekte*

Die Handlungs- und Bewältigungsstrategien im Umgang mit wahrgenommenen Barrieren alternierten beim Großteil der Befragten situationsabhängig zwischen eher proaktiven und eher defensiven Strategien, zum Teil scheinen sie das Versorgungsdefizit über verschiedene kompensatorische Strategien zu bewältigen.

Über die Interviews hinweg liegt dabei die Vermutung nahe, dass die Bewältigungsstrategien der Befragten sich v.a. entlang der zeitlichen Dimension verändern: Zunächst schienen alle Interviewten, waren sie im Zugang zu Leistungen gesundheitlicher Versorgung mit Hindernissen konfrontiert, sehr aktiv zu reagieren: Sie insistierten hartnäckig auf ihren Anliegen, stellten im Falle einer Ablehnung wiederholt Anträge, sprachen mehrfach beim Sozialamt

bzw. den Behandlungs- und Beratungszentren vor, um ihren Bedarf ein weiteres Mal zu schildern, diesen zu spezifizieren und über objektive Nachweise zu belegen. Oftmals wurde der Bedarf dabei bis auf Leitungsebene des Sozialamts erstritten bzw. auf juristischem Weg eingeklagt. Eine Erweiterung der eigenen Handlungsmöglichkeiten fand dabei bei allen Interviewten sowohl durch juristische Unterstützung als auch durch das Einholen von Rat im Sinne konkreter Informationen und Empfehlungen zu möglichen Handlungsstrategien durch die Sozialarbeiterin der psychosozialen Beratungsstelle statt.

Mit steigender Anzahl erlebter Misserfolge und Handlungsbehinderungen erwies sich dieser proaktive Bewältigungsstil für viele Interviewten allerdings oft als von begrenztem Erfolg. Die anfängliche Beharrlichkeit schien überzugehen in eher defensive Strategien des Aushaltens und Abwartens, z.T. versuchten die Befragten bereits, sich sowohl mit dem eigenen Gesundheitszustand als auch eingeschränkten Versorgungsmöglichkeiten abzufinden.

Es ist anzunehmen, dass die Wahl der Handlungsstrategien jedoch unabhängig vom zeitlichen Verlauf auch stark von den Erklärungen, die die Subjekte für wahrgenommene Barrieren finden, beeinflusst wird: Insgesamt nahmen die Interviewten Schwierigkeiten, auf die sie in der Inanspruchnahme gesundheitlicher Leistungen trafen, als ursächlich bedingt durch ein Wechselspiel zwischen einerseits Ermessensentscheidungen der zuständigen Personen im bürokratischen bzw. medizinischen Kontext und andererseits einer strukturell bedingten Diskriminierung auf Grundlage ihres Aufenthaltsstatus wahr. Abhängig davon, ob Attributionen hier eher personell oder eher strukturell erfolgten, unterschieden sich auch die weiteren Strategien der Subjekte: Beschwerden auf höherer Ebene bzw. Klagen auf dem Rechtsweg erfolgten eher dann, wenn vornehmlich Schwierigkeiten mit der Verwaltungspraxis konkreter SachbearbeiterInnen wahrgenommen wurden. War den Betroffenen hingegen sehr klar, dass sich Einschränkungen, Ablehnungs- und Diskriminierungserfahrungen auf Grundlage gesetzlicher Bestimmungen ergaben, verorteten sie sich oft in einem Zustand der Ohnmacht und erzwungenen Passivität, in dem lediglich Strategien des Aushaltens und Akzeptierens verfügbar waren.. Dies galt ebenso für Situationen, deren Kontext entscheidend vom Abhängigkeitsverhältnis der Subjekte vom Sozialamt mitbestimmt wurde: Die Notwendigkeit, den eigenen Bedarf immer wieder detailliert begründen zu müssen, schien hier in einigen Fällen keine andere Wahl zu lassen, als sich der Behörde immer wieder auch entgegen der eigenen Würde zu verhalten.

Abschließend sei hier jedoch angemerkt, dass diese Systematik sich nicht in jedem Fall herausarbeiten ließ: Auch in Situationen, in denen die Subjekte sich stark durch strukturelle

Barrieren behindert beschrieben, konnten wiederkehrend auch Strategien rekonstruiert werden, mit denen sie versuchten, ihre Handlungsmöglichkeiten zu erweitern, sich Unterstützung zu suchen oder Öffentlichkeit zu erzeugen. In Anbetracht der zahlreichen Ablehnungs- und Diskriminierungserfahrungen, die von den Befragten zur Sprache gebracht wurden, verweist dieser Befund auf die trotz allem hohe Widerstandsfähigkeit und Stärke der Subjekte.

6.2.5 *Folgen wahrgenommener Barrieren im Zugang zur Versorgung*

Das lange und letztlich oftmals negativ beschiedene Verfahren zur Bewilligung von Leistungen gesundheitlicher Versorgung schien in mehreren Fällen dazu geführt zu haben, dass notwendige Behandlungen nicht oder nur stark verzögert stattfinden konnten. Hier schienen sich ExpertInnenberichte aus der Praxis zu bestätigen, die von Verschleppungen notwendiger medizinischer Interventionen infolge des langen Begutachtungsprozesses (Classen, 2010) sprechen. Darüber hinaus zeichneten sich in dieser Untersuchung jedoch auch die emotionalen Konsequenzen ab, in denen dieses Verfahren für die Betroffenen resultiert: Sie blieben in ständiger Unsicherheit über den Ausgang ihrer Anfrage, mussten beständig neue Energie mobilisieren, um die bürokratischen Anforderungen zu bewältigen und fanden so kaum Möglichkeiten, zur Ruhe zu kommen. Als Folge wiederholter Misserfolgserfahrungen veränderten sich dabei auch die Attributionsmuster der Befragten: ihre internalen Kontrollüberzeugungen wirkten stellenweise deutlich herabgesetzt, ihr Selbstwirksamkeitsempfinden reduziert, Misserfolgserwartungen z.T. bereits generalisiert. Einige der Interviewten berichteten, ihre Ansprüche und Ziele inzwischen bereits an die eingeschränkten Möglichkeiten ihrer Realisierung angepasst zu haben. Sie beschrieben ihre Bewältigungsressourcen als stark überansprucht und berichteten häufig Gefühle der Resignation und Verzweiflung.

In der Literatur wird als weitere Konsequenz darüber hinaus die Akkumulation und Chronifizierung gesundheitlicher Probleme beschrieben (Norrdedam, 2006). Auch in den Berichten der hier Befragten deuteten sich als Folge des eingeschränkten Zugangs zu Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen gesundheitliche Komplikationen bzw. das Fortbestehen oder die Verschlechterung der Symptomatik an. Einige Befragte nahmen dabei eine deutliche Verstärkung ihrer psychischen Belastung wahr, die sich u.a. auch somatisiert äußerte. Als soziale Folgen andauernder körperlicher und psychischer Beschwerden berichteten sie darüber hinaus Schwierigkeiten in der Fürsorge für ihre Kinder sowie – konsistent mit bereits vorliegenden Befunden (Strijk et al., 2011) eine Verstärkung zum einen familiärer Abhängigkeiten, zum anderen ihrer sozialen Isolation.

Die Ergebnisse liefern zudem Hinweise darauf, dass es in Verbindung mit der Kompensation fehlender psychotherapeutischer Versorgungsmöglichkeiten durch intensivere medikamentöse bzw. hochfrequente stationär-psychiatrische Behandlung auch zu Phänomenen der Fehlversorgung kommen kann. Dies kann anhand der Ergebnisse dieser Untersuchung nicht abschließend beurteilt werden, da Indikation und Effektivität der psychiatrischen Behandlung für die hier Befragten nicht hinreichend detailliert explorierbar waren. Ihre Berichte zu den Einschätzungen der behandelnden ÄrztInnen betreffend die Risiken von ausschließlich pharmakotherapeutischen Interventionen lassen diese Vermutung allerdings für ihre Fälle denkbar erscheinen.

Diese Hinweise zu den Folgen eingeschränkter gesundheitlicher Versorgung sind zwar vor dem Hintergrund der inhaltlichen und methodischen Konzeption der Untersuchung grundsätzlich als von ebenso begrenzter Reichweite zu betrachten wie der bisherige Forschungsstand in diesem Bereich, beides verweist allerdings auf hohen Forschungs- und auch Handlungsbedarf.

6.3 Diskussion der Methode, Limitationen und Ausblick

Im Folgenden wird die vorliegende Studie vor dem Hintergrund ihrer methodischen Konzeption und Durchführung (6.3.1) sowie einer kritischen Reflexion der Akquise und Zusammensetzung der befragten Stichprobe diskutiert (6.3.2). Die Limitationen der Studie werden aufgeführt und Ansatzpunkte für künftige Forschungsarbeiten abgeleitet (6.3.3).

6.3.1 Konzeption und Durchführung der Untersuchung

Eine Stärke dieser Untersuchung stellt der verstehende, rekonstruktive Zugang zur Fragestellung dar: Die Analyse erfolgte auf Grundlage der Perspektiven, Begründungs- und Bewältigungsmuster der befragten Flüchtlinge selbst als (potentielle) NutzerInnen von Versorgungsangeboten und ist damit per se von hoher Praxisrelevanz. Sie gibt einen ersten Einblick in das weite Spektrum versorgungsrelevanter Erfahrungen, die diese in der Regel schwer zu erreichende Population selbst als problematisch wahrnimmt. Die explorativ konzipierten und zugleich spezifisch auf die Erfahrungen mit Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung fokussierten problemzentrierten Interviews erlaubten dabei die Integration der vielschichtigen Relevanzen, welche die Befragten im Hinblick auf das Versorgungsproblem zum Ausdruck brachten. Zugleich schufen sie die Möglichkeit, Ambivalenzen und Widersprüche zu schildern, wie sie zum Beispiel im inneren Konflikt einiger Befragter deutlich wurden, einerseits für die eigene Gesundheit und insbesondere diejenige ihrer Kinder sorgen, für die eigenen

Rechte einstehen zu wollen, sich andererseits Leistungsträgern und -erbringerInnen gegenüber jedoch zugleich zu Dankbarkeit und Bescheidenheit verpflichtet zu fühlen, keinen „Lärm um sich selbst“ machen zu wollen.

Dennoch ist gerade dieses subjektorientierte Vorgehen mit der Einschränkung verbunden, nur unidimensional den Blick der NutzerInnen nachzuzeichnen. Über interaktionelle Aspekte der Fragestellung können keine umfassenden Aussagen getroffen werden, da die Perspektiven aller weiteren beteiligten AkteurInnen – ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und die SachbearbeiterInnen der zuständigen Sozialbehörden – nicht bekannt sind und konkrete Interaktionen mit relevanten AkteurInnen nicht untersucht wurden.

Zudem geben die Ergebnisse lediglich subjektive Einblicke in die Versorgungssituation der Zielgruppe: obgleich diese Untersuchung bewusst in dieser Form konzipiert wurde, um sich dem bisher unerschlossenen Forschungsfeld über die Stimmen der Betroffenen zu nähern, sollten künftige Studien einen solchen Forschungsansatz mit der Erhebung objektiver Daten, beispielsweise zur Epidemiologie psychischer Störungen, zur Spezifikation des Bedarfs sowie zur Anzahl der Personen, die über die verschiedenen Leistungsangebote versorgt werden bzw. nicht versorgt werden können, kombiniert werden.

Auch die Subjektivität der Forscherin sei an dieser Stelle kritisch reflektiert. In ihrer Rolle wurde sie von den Interviewten stark mit der Beratungsstelle *Z assoziiert, von der alle Befragten Hilfe und Unterstützung erfuhren. Dies ist als ambivalent zu bewerten. Zum einen wurde durch ihre Nähe zur Einrichtung von den Befragten möglicherweise implizit auf ihre Vertrauenswürdigkeit geschlossen und damit der Raum geöffnet für die Mitteilung auch sensibler Informationen wie sie z.B. mit Ohnmachtsgefühlen, Verzweiflung aber auch dem Einblick in verschiedene persönliche Problembereiche geschildert wurden. Zum anderen ist es jedoch überaus wahrscheinlich, dass gerade diese Nähe zu unterstützenden Personen, denen gegenüber alle InterviewpartnerInnen auch in den Interviews selbst hohe Dankbarkeit zum Ausdruck brachten, eine offene Positionierung zu möglichen Schwierigkeiten mit eben diesen UnterstützerInnen verhindert hat. Kritische Anmerkungen bezogen sich hier vornehmlich auf eher strukturell bedingte Problembereiche wie z.B. Wartezeiten und wurden selbst hier eher vorsichtig und subtil im Rahmen von Veränderungswünschen, selten als offene Kritik geäußert.

Darüber hinaus stellt sich die Frage, ob durch die Durchführung der Interviews, assoziiert mit dem weiteren Kontext einer Beratungsstelle, in der viel über Schwierigkeiten u.a. mit Be-

hören gesprochen wurde, bei den Interviewten genau diese Themen besonders salient werden ließ und die Kategorie struktureller Barrieren nicht evtl. auch vor diesem Hintergrund als von besonderem Stellenwert erschien. Wäre dies der Fall, müsste demgegenüber allerdings gefragt werden, weshalb überhaupt im Kontext einer *psychosozialen* Beratung bürokratische Hürden verglichen mit emotionaler Belastung so stark im Vordergrund stehen, und inwiefern dies wiederum für den zentralen Stellenwert struktureller Faktoren für die psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen spräche.

Vor diesem Hintergrund sei daher darauf hingewiesen, dass die vorliegenden Ergebnisse grundsätzlich an den Entstehungskontext der Daten, d.h. die konkreten Interaktionen in den Interviews ebenso wie an die Verstehensprozesse der Forscherin – beeinflusst von ihren Kategorien, Vorerfahrungen und ganz sicher auch Wünschen bezüglich der Verbesserung der Versorgungssituation für Flüchtlinge – gebunden bleiben und immer auch als Resultat ihrer Selektions- und Interpretationsentscheidungen begriffen werden müssen.

Verbunden mit der Rolle der Interviewerin zeigte sich in dieser Studie auch das Interview selbst als Erhebungsmethode als von ambivalentem Charakter. Zum einen erwies sich die Bezeichnung „Interview“ an sich als problematisch: Eine Dolmetscherin wies darauf hin, das Wort „Interview“ sei für die meisten KlientInnen recht exklusiv mit dem Interview zur Anhörung beim Bundesamt für Migration und Flüchtlinge verbunden und damit unangenehm konnotiert bzw. angstbesetzt. Das Interview wurde daraufhin meist als „Gespräch über Ihre Erfahrungen mit gesundheitlicher Versorgung in Deutschland“ beschrieben. Damit verbunden muss andererseits die Frage gestellt werden, als welche Art „Gespräch“ die InterviewpartnerInnen dieses letztlich antizipierten und wie stark sie sich ein Gespräch ähnlich der vertrauten Beratungsgespräche, wie sie sie in den Räumlichkeiten der Einrichtung sonst wahrnahmen, erhofften. Für einige der Interviews liegt hier die Vermutung nahe, dass das Interview in seiner Funktion eher als eine Art Entlastungsgespräch empfunden wurde, als Raum, in dem Erfahrungen mitgeteilt und gemeinsam reflektiert, sich über Misserfolge und Ablehnungserfahrungen Luft gemacht werden konnte, das jedoch z.T. auch die Hoffnung zu wecken schien, Hilfe beispielsweise beim Zugang zur Versorgung zu erhalten. Dies war der Interviewerin jedoch in keinem der Fälle möglich, was die ohnehin vorhandene Asymmetrie, Antworten auf wissenschaftliche Fragen zu suchen, außer einem Gesprächsraum jedoch nichts zurückgeben zu können, verstärkte. Als wissenschaftsethisches Problem sollte dieses Phänomen auch in der Konzeption zukünftiger Forschungsprojekte mit der Zielgruppe mitgedacht und weitgehend minimiert werden.

Grundsätzlich zeigten sich darüber hinaus einige der Barrieren, die als Forschungsgegenstand dieser Arbeit für den Zugang zur psychosozialen Versorgung gefunden wurden, auch innerhalb der konkreten Interviewsituation. Kultur- und geschlechtsspezifische Faktoren sowie die Sprachbarriere sind damit nicht allein von inhaltlicher sondern auch von methodischer Relevanz. So wurden beispielsweise geschlechtsspezifische kulturelle Normen bzw. Tabus im Falle eines Befragten auch in der Interviewsituation salient: Er sprach sehr direkt an, dass die Anwesenheit zweier weiblicher Personen hier beeinflusse, welche Inhalte er mitteilen und welche er eher aussparen wolle. Ferner musste in einem weiteren Interview eine Familienangehörige den seltenen Dialekt eines Befragten übersetzen, was einerseits die Kommunikation überhaupt erst ermöglichte, andererseits jedoch immer wieder dazu führte, dass sie in einzelnen Passagen das Gespräch auch explizit mit eigenen Inhalten füllte.

U.a. vor diesem Hintergrund ist künftigen Untersuchungen zu empfehlen, die Interviews im Nachgang der Transkription gemeinsam mit den Befragten kommunikativ zu validieren. Eventuelle Widersprüche könnten hier zudem wertvolle Ansatzpunkte für die Analyse von Sprach- und auch kulturellen Barrieren liefern.

6.3.2 *Diskussion der Stichprobe*

Als Kriterien einer adäquaten Stichprobenszusammensetzung gelten insbesondere die Heterogenität des Samples sowie die theoriegeleitete, von äußeren Zwängen unabhängige TeilnehmerInnenauswahl (Glaser & Strauss, 1998). Diese Unabhängigkeit von externen Bedingungen war in dieser Untersuchung nicht vollständig gegeben. Alle Teilnehmenden waren bereits als KlientInnen an eine Beratungsstelle angebunden. Dadurch konnte einerseits eine in der Regel schwierig zu erreichende Gruppe zur Teilnahme motiviert werden. Andererseits wurde dadurch jedoch eine Stichprobe generiert, die nur Befragte einschließt, die bereits einen ersten Zugang, zumindest zu psychosozialer Beratung, gefunden hatten. In Betracht gezogen muss hier darüber hinaus ein Selektionsbias. Es ist denkbar, dass im Zuge der Vorauswahl durch die Sozialarbeiterin verbunden mit ihrer Sensibilisierung für den Forschungsgegenstand v.a. Extremfälle in die Stichprobe aufgenommen wurden.

Auf Einzelfallebene wies die Stichprobe durch die Erfahrungen der Befragten mit unterschiedlichen Anlaufstellen und Behandlungssettings dennoch versorgungsrelevante Diversität auf: Während einige Befragte sich zumindest psychiatrisch relativ stabil versorgt fühlten oder bereits Zugang zu gruppentherapeutischen Angeboten gefunden hatten, schienen andere im Zugang zu bzw. bei der Bewilligung von Leistungen zur gesundheitlichen Rehabilitation mit

Ausnahme der psychosozialen Beratung in fast allen Bereichen gescheitert zu sein. Vor diesem Hintergrund konnten die verschiedenen Perspektiven kontrastiert, die Kategorien differenziert beschrieben und relevante Unterschiede klar herausgearbeitet werden. Bedeutsame Variationen wies das Sample zudem sehr klar entlang der Dimensionen des Wohnortes innerhalb Deutschlands sowie der Wohn- und Lebensbedingungen einschließlich der lokal vorhandenen Unterstützungsstrukturen auf. Dadurch konnten abhängig vom geographischen Kontext regionale Unterschiede zum einen in der Ausprägung des wahrgenommenen Versorgungsdefizits, zum anderen betreffend den Einfluss der Kontrolle von Autonomie und Mobilität durch asylrechtliche Bestimmungen herausgearbeitet werden. Nicht zuletzt erhöhte sich die Diversität der Stichprobe auch durch Variationen entlang demographischer Variablen wie der Kategorien Geschlecht, Alter, Familienstand und Bildungshintergrund.

Insgesamt war das Sample dieser Untersuchung allerdings vor allem im Blick auf die Herkunft der Interviewten ebenso wie bezüglich ihres Aufenthaltsstatus und der Aufenthaltsdauer in Deutschland relativ homogen: aufgrund des aktuellen Schwerpunktes der Beratungsstelle *Z auf der Unterstützung von Flüchtlingen aus dem Nordkaukasus kamen alle Interviewten entweder aus Tschetschenien oder aber der benachbarten Republik Dagestan. Außerdem waren die Befragten alle erst vor ein bis zwei Jahren eingereist und verfügten über relativ unsichere Aufenthaltstitel. Dies kann dazu beigetragen haben, dass v.a. strukturellen Barrieren hier übereinstimmend die größte Bedeutung zugeschrieben wurde. Es ist denkbar, dass Asylsuchende, anerkannte Flüchtlinge, geduldete und vollziehbar ausreisepflichtige Menschen sowie die Gruppe derjenigen Menschen, die über keine Aufenthaltspapiere verfügen, unterschiedliche Bedürfnisse an gesundheitliche Versorgung haben und gerade vor dem Hintergrund der in Deutschland unterschiedlichen rechtlichen Voraussetzungen ebenso verschiedene Erfahrungen mit dem Versorgungssystem machen. Differentielle Effekte in der Wahrnehmung und Bewältigung von Zugangsbarrieren sind letztlich auch für die Kategorien des Heimatlandes, der Muttersprachen sowie verschiedener soziokultureller Faktoren vorstellbar. Vor diesem Hintergrund sind die Ergebnisse also als von begrenzter Reichweite zu bewerten.

6.3.3 *Ausblick*

Insgesamt war die Fragestellung dieser Studie vor dem Hintergrund fehlender Befunde zum Forschungsgegenstand insbesondere für die deutsche Versorgungssituation explorativ und sehr breit angelegt: Die Ergebnisse geben damit einen ersten Ein- bzw. Überblick in die verschiedenen Schwierigkeiten, mit denen Flüchtlinge im Zugang zur psychosozialen und ge-

sundheitlichen Versorgung konfrontiert sind. Damit spezifisch auf die Wirkmechanismen der gefundenen Strukturen und Prozesse reagiert werden kann, sollten künftige Forschungsprojekte diese fokussiert auf einzelne der beschriebenen Barrieren in den Blick nehmen.

Untersucht werden sollte darüber hinaus, unter welchen Bedingungen sich der Einfluss struktureller Barrieren im Verhältnis zu dem interaktioneller oder aber speziell kultureller Faktoren verschieben kann und ob dabei Variationen im Aufenthaltsstatus sowie der Aufenthaltsdauer relevante Unterschiede generieren. Interessant wäre in diesem Zusammenhang zum einen, ob sich die Ergebnisse hier abhängig von der Zuständigkeit der verschiedenen Kostenträger unterscheiden: Wie verändern sich strukturelle Barrieren in ihrer bürokratischen, ihrer rechtlichen bzw. kapazitätsbedingten Facette, wenn für die Bewilligung von Behandlungen nicht mehr das Sozialamt sondern bereits die Gesetzlichen Krankenkassen zuständig sind?

Zum anderen sollte untersucht werden, welche Erfahrungen Flüchtlinge mit professioneller psychosozialer Unterstützung machen, wenn strukturelle Zugangsbarrieren überwunden sind, sie indizierte Behandlung bereits in Anspruch nehmen: Als wie relevant wird hier kultursensible Behandlung wahrgenommen, welche Unterstützungsformen werden von Betroffenen selbst als hilfreich empfunden und welche Faktoren erschweren die Behandlung?

Insgesamt erscheint es gerade vor dem Hintergrund der hier sehr kleinen Stichprobe von hoher Relevanz, in weiteren Untersuchungen mit höherer Fallzahl und größerer Variation die Reichweite und Belastbarkeit der Befunde zu erweitern. Angesetzt werden sollte hier auf drei Ebenen: bezogen auf die *Stichprobenzusammensetzung*, auf die *Perspektiven und Interaktionen der involvierten AkteurInnen* sowie auf den *Zugang zum Forschungsfeld*. Im Folgenden werden mögliche Ergänzungen zum vorliegenden Design auf diesen Ebenen skizziert.

Stichprobenzusammensetzung

Neben Variationen betreffend Aufenthaltsstatus und –dauer sollten Studien insbesondere zur Analyse kulturspezifischer Bedürfnisse und Barrieren künftig Menschen aus möglichst verschiedenen Herkunftsländern sowie mit möglichst unterschiedlichen Flucht- und Exilbiographien zu ihren Erfahrungen mit dem deutschen Gesundheitssystem befragen.

Von Interesse sollte darüber hinaus die besondere Situation von Kindern und Jugendlichen mit Fluchtbiographie sein: Im Hinblick auf die weitreichenden Folgen, die Einschränkungen im Zugang zur Gesundheitsversorgung und auch der Gesundheitsvorsorge für die körperliche und psychische Entwicklung dieser besonders vulnerablen Gruppe haben können, sind hier spezifische Informationen zur Versorgungssituation nötig. In diesem Zusammenhang sollte

u.a. untersucht werden, ob und inwiefern z.B. durch die Verwaltungspraxis der Jugendämter als Leistungsträger psychosozialer Hilfen hier spezifische strukturelle Barrieren erfahren werden.

Zudem sollten weitere Forschungsarbeiten sich um ein Sample bemühen, das alle Bundesländer der BRD abdeckt, um die föderal unterschiedlichen rechtlichen, versorgungsstrukturellen und auch gesellschaftlichen Rahmenbedingungen auf ihren Zusammenhang mit Barrieren im Zugang zum Gesundheitssystem zu analysieren. Im Hinblick auf die angestrebte Harmonisierung der Aufnahmebedingungen für Flüchtlinge über die EU hinweg, erscheinen hier auch Forschungsansätze zum europäischen Vergleich der Zugangsbarrieren in mehreren Mitgliedsstaaten angebracht.

Perspektiven und Interaktionen der involvierten AkteurInnen

Die Erfahrungen der Subjekte selbst als NutzerInnen des Gesundheitssystems sollten dabei auch durch diejenigen u.a. von ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und SozialarbeiterInnen ergänzt sowie auf Diskrepanzen und Übereinstimmungen mit der KlientInnenperspektive analysiert werden. Untersucht werden sollten darüber hinaus die Perspektiven und Entscheidungsprozesse von AkteurInnen, die im institutionellen Kontext mit der Bewilligungs- und Begutachtungspraxis von Gesundheitsleistungen befasst sind: Hier wäre insbesondere eine Befragung der SachbearbeiterInnen in den Sozialämtern bzw. auch der begutachtenden AmtsärztInnen hochinteressant: Welche Wahlmöglichkeiten nehmen diese im Rahmen des gesetzlich definierten Ermessensspielraumes wahr, wie bewerten sie den Bedarf von AntragsstellerInnen und aus welchen Gründen wird sich für die Bewilligung oder aber die Ablehnung von Anträgen auf Leistungen gesundheitlicher Versorgung entschieden? Zur Spezifikation interaktioneller Barrieren im institutionellen Kontext wären hier zudem Untersuchungen nötig, die sich den Zusammenhängen zwischen kommunikativen und strukturellen Asymmetrien widmen.

Zugang zum Forschungsfeld

Neben der Untersuchung der Barrieren, die Flüchtlinge im Zugang zum Gesundheitssystem behindern, erfordert die Analyse ihrer Versorgungssituation weiterführende Befunde zur Passung des Versorgungsbedarfs dieser Population und in Deutschland aktuell verfügbaren Versorgungsleistungen. Für das Versorgungsgebiet der BRD müssten diesbezüglich sowohl quantitative als auch qualitative Daten erhoben werden: Zunächst bedarf es hier belastbarer epidemiologischer Studien zur Prävalenz psychischer Störungen in der Population ebenso wie solche, die das komplexe Spektrum der Bereiche, in denen Unterstützungsbedarf besteht, für hier

lebende Flüchtlinge explorieren. Diesen Befunde zum Versorgungsbedarf wären u.a. Routinedaten zur Versorgungssituation der Population gegenüberzustellen, um Aussagen darüber machen zu können, wie viele Personen insgesamt nach Asylbewerberleistungsgesetz bzw. über die Gesetzliche Krankenversicherung versorgt werden.

7 Fazit

Die Ergebnisse dieser Untersuchung weisen darauf hin, dass Flüchtlinge, die psychosoziale Behandlung benötigen, im Zugang zum deutschen Gesundheitssystem auf mehreren Ebenen direkt und indirekt behindert werden. Dem hohen Einfluss, der dabei bislang v.a. kulturellen Unterschieden zugeschrieben wurde, stehen hier als zentrale Barriere strukturelle Faktoren gegenüber: begrenzte Behandlungsressourcen, die Verwaltungspraxis der Sozialämter sowie Beschränkungen der Autonomie und Bewegungsfreiheit durch das Asylrecht.

Kultur- und geschlechtsspezifische Faktoren, Sprach- und interaktionelle Barrieren sowie Informations- und Wissensdefizite beeinflussten die Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten dabei durchaus auch als je unabhängige Determinanten, standen meist jedoch in starker Beziehung zu Phänomenen, die im Kontext von Versorgungs-, Verwaltungs- bzw. asylrechtlichen Strukturen zu verorten sind. Die in vielen Fällen trotz allem starken Bewältigungsstrategien der Befragten verweisen allerdings darauf, dass das Verhältnis dieser Strukturen zum Befinden der Subjekte nicht als einseitige Begrenzung gefasst werden kann, sondern immer auch im Rahmen der Ressourcen begriffen werden muss, über die sie verfügen, um Kontrollierbarkeit wiederherzustellen und wahrgenommenen Handlungsbehinderungen entgegenzutreten.

Aus den Ergebnissen dieser Arbeit folgt, dass Maßnahmen zum Abbau von Zugangsbarrieren sowohl im Gesundheitssystem selbst, als auch innerhalb eines breiteren gesundheits- und sozialpolitischen bzw. auch asylrechtlichen Kontexts ansetzen sollten. Erste Schritte in Richtung einer Öffnung des deutschen Gesundheitssystems für Flüchtlinge und Asylsuchende lassen sich für folgende Ebenen ableiten:

1. Identifikation des Behandlungsbedarfs durch medizinisch qualifiziertes Personal

Im Krankheitsfall konnte hier meist keine direkte Konsultation eines/ einer ÄrztIn erfolgen, ihr vorgelagert war die Beantragung eines Behandlungsscheines auf dem Sozialamt. Anträge auf Behandlungsleistungen wurden durch die SachbearbeiterInnen der Behörde in vielen Fällen trotz Indikation abgelehnt. Um die Gefahr der Chronifizierung der entsprechenden Krank-

heits- und Leidenszustände abzuwenden, sollten bürokratische Hürden, die erkrankten Menschen den Zugang zu Behandlungen erschweren, die ihnen auch nach AsylbLG zustehen, beseitigt werden. Die Identifikation und Prüfung des Behandlungsbedarfes muss durch hierfür qualifizierte ÄrztInnen bzw. PsychotherapeutInnen erfolgen. Entscheidungen über die Bewilligung entsprechender Versorgungsleistungen sollten dabei ausschließlich nach medizinischen Kriterien getroffen werden.

2. Verkürzung des Bewilligungsverfahrens

Das langwierige und oft mehrstufige Bewilligungsverfahren zur Beantragung von Leistungen zur Gesundheitsversorgung ist für Betroffene belastend und verzögert notwendige Behandlungen. Entscheidungsfristen sollten verkürzt werden, um Risiken für Gesundheit und Wohlbefinden zu minimieren.

3. Gleichbehandlung bei der Bereitstellung gesundheitlicher Versorgung

Die Bewilligungspraxis des Sozialamtes, wie sie hier geschildert wurde, schränkt Flüchtlinge in der Inanspruchnahme von Leistungen gesundheitlicher Infrastruktur ein, die deutschen StaatsbürgerInnen nach den Sozialgesetzbüchern bzw. der GKV zustehen. Hier sind Interventionen nötig, die die laut internationaler Gesetzgebung staatlichen Verpflichtungen der Nichtdiskriminierung bei der Bereitstellung gesundheitlicher Versorgung sicherstellen. In diesem Sinne sollte die Basis einer Verbesserung der psychosozialen und gesundheitlichen Versorgung von Flüchtlingen ein Versorgungsangebot sein, das demjenigen der Gesetzlichen Krankenkassen entspricht.

4. Sensibilisierung von Verwaltungs- und Versorgungsstrukturen für den Behandlungsbedarf von Flüchtlingen und Asylsuchenden

Formale Ablehnungen auf Ebene der Bewilligungspraxis reproduzierten sich für die Befragten dieser Studie auch im Rahmen der Interaktion sowohl mit SachbearbeiterInnen der Behörden als auch mit medizinischem Personal. Dem sollte sowohl in Verwaltungsstrukturen als auch den Gesundheitsberufen mit Sensibilisierungs- und Bildungsmaßnahmen in Bezug auf die speziellen Bedürfnisse und Problemlagen der Betroffenen entgegengewirkt werden.

5. Maximierung der Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten

Die Inanspruchnahme von Behandlungsangeboten war einem Teil der hier Befragten u.a. infolge ihrer durch die Residenzpflicht eingeschränkten Bewegungsfreiheit nicht möglich. Eine Lockerung dieser Einschränkungen könnte die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten erweitern.

6. *Informationen zu Behandlungsangeboten und Versorgungsstrukturen*

Informationen über die Verwaltungs-, Bewilligungs- und Vermittlungspraxis im Feld psychosozialer Versorgung scheinen oft begrenzt und schwer zugänglich zu sein. Hier sollten niedrigschwellig sowie sprach- und kultursensibel Informationen über Strukturen, Leistungen, Anlaufstellen und Versorgungswege im deutschen Gesundheitssystem bereitgestellt werden. Dies könnte beispielsweise über das Auslegen von Informationsmaterial in den Ausländerbehörden, Erstaufnahmeeinrichtungen oder bei Sprachkursen realisiert werden. Außerdem scheinen Informationen meist informell innerhalb der Flüchtlingsgemeinschaft ausgetauscht und verbreitet zu werden. Diese Netzwerke sollten also bei der Anpassung der Versorgungssysteme an den Versorgungsbedarf von Flüchtlingen einbezogen werden. Versorgungsplanung und –entwicklung sollte gemeindenah und nutzerInnenorientiert erfolgen.

7. *Ausbau von Behandlungsressourcen*

Angesichts der hohen Wartezeiten sowie der z.T. erfolglosen Suche nach freien Therapieplätzen, die hier insbesondere in den auf die Behandlung von traumatisierten Flüchtlingen spezialisierten Behandlungszentren berichtet wurden, erscheint ein Ausbau der Behandlungsressourcen dieser Einrichtungen sinnvoll. Zugleich sollte die Vermittlung von Flüchtlingen an niedergelassene PsychotherapeutInnen etwa durch Informations- und Vernetzungs- sowie ggf. Fortbildungsmaßnahmen gefördert werden.

8. *Qualifizierte Sprachmittlung*

Verschiedene Facetten der Sprachbarriere, z.B. die mangelnde Verfügbarkeit sowie z.T. ambivalente Interaktion mit DolmetscherInnen scheinen sowohl den Zugang zu als auch die Wahrnehmung von Versorgungsangeboten zu erschweren. Hier ist die Stärkung muttersprachlicher Behandlungsangebote innerhalb des Versorgungssystems ebenso wie die Bereitstellung qualifizierter DolmetscherInnen sowohl für den Behandlungskontext als auch bei zuständigen Leistungsträgern zu empfehlen. Diese sollten für den Kontext gesundheitlicher Versorgung sowie die Besonderheiten der Erfahrung der Flucht und des Lebens im Exil geschult und orientiert an geschlechts- und kulturspezifischen Bedürfnissen Betroffener eingesetzt werden.

9. *Empowerment*

Misserfolgs- und Ablehnungserfahrungen sowie das Gefühl, in den eigenen Anliegen nicht erhört zu werden, resultierte für die hier Befragten oft im Gefühl, strukturellen Einschränkungen und diskriminierender Praxis hilflos ausgeliefert zu sein. In der Konsequenz war hier bei einigen der Interviewten ein deutlich reduziertes Selbstwirksamkeitsempfinden rekonstruier-

bar. Vor diesem Hintergrund sollten Flüchtlinge Zugang zu praktischer und juristischer Unterstützung erhalten, um entsprechenden Handlungsbehinderungen entgegenzuwirken und durch Interventionen des Empowerments in ihren hier durchaus deutlich sichtbaren Coping-Strategien gefördert werden. In diesem Zusammenhang müssten im Sinne einer Erweiterung der Handlungsfähigkeit der Subjekte jedoch zugleich Unsicherheiten durch soziale und staatliche Abhängigkeiten reduziert und sowohl die Erreichbarkeit von Unterstützungsmöglichkeiten als auch ihr Aktivitätsradius erweitert werden. So könnten Wahlmöglichkeiten bezüglich Wohnort und -form soziale Beziehungen und Strukturen (wieder-)herstellen und die Beseitigung struktureller Kontrolle der Autonomie einen Zugang zu Möglichkeiten schaffen, ein „normales Leben“ zu führen und sich sinnstiftend in die Gesellschaft einzubringen.

Literatur

- Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., Bryson, H., ... Vollebergh, W.A. (2004). Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum*, 420, 21–27.
- Amnesty International (Hrsg.) (2012). *Amnesty Report 2012: Russland*. Verfügbar unter: <http://www.amnesty.de/jahresbericht/2012/Russland> [27.08.2013].
- Bär, T. (2011). Psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Migrationshintergrund. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 5-10.
- Bazaeva, L. (2004). Überlebensstrategien. In T. Golova & U. Weinmann (Hrsg.), *Weg aus Tschetschenien... aber wohin?* (S. 5–9). Berlin: Heinrich Böll Stiftung.
- Berg, C. & Millmeister, M. (2007). Im Dialog mit den Daten das eigene Erzählen der Geschichte finden: über die Kodierverfahren der Grounded Theory Methodologie. *Historical Social Research*, 19, 182–210.
- Böhm, A. (2000). Theoretisches Codieren: Textanalyse in der Grounded Theory. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (S. 475–485). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Bracken, P. J., Giller, J. E. & Summerfield, D. (1995). Psychological responses to war and atrocity: The limitations of current concepts. *Social Science & Medicine*, 40(8), 1073–1082.
- BR-Drs. 961/08. (2009). Drucksache des Deutschen Bundesrates 961/08 vom 13.09.2009: Beschluss des Bundesrates „Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten (Neufassung). KOM(2008) 815 endg.; Ratsdok. 16913/08“. Verfügbar unter: [www.bundesrat.de/cln_340/sid_9F9604D92FEA44C26918EE474A0B1EB3/SharedDocs/Drucksachen/2008/0901-1000/961-08_28B_29,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/961-08\(B\).pdf](http://www.bundesrat.de/cln_340/sid_9F9604D92FEA44C26918EE474A0B1EB3/SharedDocs/Drucksachen/2008/0901-1000/961-08_28B_29,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/961-08(B).pdf) [30.08.2013]

Breuer, F., Mey, G. & Mruck, K. (2011). Subjektivität und Selbst-/Reflexivität in der Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 427–448). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

BT-Drs. 17/13461. (2013). Drucksache des Deutschen Bundestages 17/13461 vom 14.05.2013: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Maria Klein-Schmeink, Josef Philip Winkler, Volker Beck (Köln), weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN „Gesundheitliche Versorgung von Folteropfern und traumatisierten Flüchtlingen in Deutschland“. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/News/BPtk/2013/20130612/20130612_Bundestagsdrucksache_17_13461.pdf [30.08.2013]

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2011). *Das Bundesamt in Zahlen 2010. Asyl, Migration, ausländische Bevölkerung und Integration*. Verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2010.pdf?__blob=publicationFile [27.08.2013]

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2012). *Das deutsche Asylverfahren - ausführlich erklärt. Zuständigkeiten, Verfahren, Statistiken, Rechtsfolgen*. Verfügbar unter: <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/broschuere-das-deutsche-asylverfahren.html> [27.08.2013]

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2013a). *Das Bundesamt in Zahlen 2012. Asyl, Migration und Integration*. Verfügbar unter: <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2012.html?nn=1367522> [27.08.2013]

Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (Hrsg.) (2013b). *Aktuelle Zahlen zu Asyl*. Verfügbar unter: http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/Statistik/statistik-anlage-teil-4-aktuelle-zahlen-zu-asyl.pdf?__blob=publicationFile [27.08.2013]

Bundesärztekammer (Hrsg.) (2013). Stellungnahme der Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren Grenzgebieten (Zentrale Ethikkommiss-

sion) bei der Bundesärztekammer „Versorgung von nicht regulär krankenversicherten Patienten mit Migrationshintergrund“. *Deutsches Ärzteblatt*, 110(18), 60–72.

Bundesministerium der Justiz. Asylverfahrensgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 2. September 2008 (BGBl. I S. 1798), das zuletzt durch Artikel 4 des Gesetzes vom 22. November 2011 (BGBl. I S. 2258) geändert worden ist (1992). Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/asylvfg_1992/BJNR111260992.html [27.08.2013]

Bundesministerium der Justiz. Asylbewerberleistungsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 5. August 1997 (BGBl. I S. 2022), das zuletzt durch Artikel 3 des Gesetzes vom 22. November 2011 (BGBl. I S. 2258) geändert worden ist (1993). Verfügbar unter: <http://www.gesetze-im-internet.de/asylblg/BJNR107410993.html> [27.08.2013]

Bundesministerium der Justiz. Aufenthaltsgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 25. Februar 2008 (BGBl. I S. 162), das durch Artikel 7 des Gesetzes vom 17. Juni 2013 (BGBl. I S. 1555) geändert worden ist (2004). Verfügbar unter: http://www.gesetze-im-internet.de/aufenthg_2004/BJNR195010004.html [27.08.2013]

Bundesministerium des Inneren. (2011). *Migration und Integration. Aufenthaltsrecht, Migrations- und Integrationspolitik in Deutschland*. Verfügbar unter: www.bmi.bund.de/SharedDocs/Downloads/DE/Broschueren/2011/Migration_und_Integration.pdf?__blob=publicationFile [27.08.2013]

Bundesverfassungsgericht (2012). BVerfG, 1 BvL 10/10 vom 18.7.2012, Absatz-Nr. (1 - 140). Verfügbar unter: von http://www.bverfg.de/entscheidungen/ls20120718_1bvl001010.html [27.08.2013]

Bundeszentrale für politische Bildung (Hrsg.) (2011). *Nordkaukasus*. Verfügbar unter: <http://www.bpb.de/themen/RX5H7C,0,Nordkaukasus.html> [27.08.2013]

Burnett, A. & Peel, M. (2001). Asylum seekers and refugees in Britain - Health needs of asylum seekers and refugees. *BMJ: British Medical Journal*, 322(7285), 544–547.

- Carlsson, J. M., Olsen, D. R., Kastrup, M. & Mortensen, E. L. (2010). Late Mental Health Changes in Tortured Refugees in Multidisciplinary Treatment. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(11), 824–828.
- Classen, G. – Flüchtlingsrat Berlin (Hrsg.) (2010). *Die Finanzierung ambulanter Psychotherapien für Flüchtlinge*. Verfügbar unter: http://www.bptk.de/uploads/media/20101101_pt-finanzierung-fluechtlinge_symposium.pdf [27.08.2013]
- Classen, G. – Flüchtlingsrat Berlin (Hrsg.) (2011). *Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz*. Verfügbar unter: <http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/pdf/AsylbLG-Leitfaden.pdf> [27.08.2013]
- Classen, G. – Flüchtlingsrat Berlin (Hrsg.) (2013). *Das Asylbewerberleistungsgesetz und seine Novellen*. Verfügbar unter: <http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/gesetzgebung/KurzinfoAsylbLG-93-97-98-05.pdf> [27.08.2013]
- Crumlish, N. & O'Rourke, K. (2010). A systematic review of treatments for post-traumatic stress disorder among refugees and asylum-seekers. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 198(4), 237–251.
- De Jong, K., van der Kam, S., Ford, N., Hargreaves, S., van Oosten, R., Cunningham, D., ... Kleber, R. (2007). The trauma of ongoing conflict and displacement in Chechnya: quantitative assessment of living conditions, and psychosocial and general health status among war displaced in Chechnya and Ingushetia. *Conflict and Health*, 1(1), 4.
- Der Sächsische Ausländerbeauftragte (Hrsg.) (2012). *Mitmenschen im Schatten – „Heim-TÜV“ 2011 über das Leben in sächsischen Gemeinschaftsunterkünften*. Verfügbar unter: http://www.landtag.sachsen.de/de/integration_migration/aktuelles_presse/pressemitteilungen/6844_8121.aspx [27.08.2013]
- Deutscher Bundestag (Hrsg.) (2012). *Im Bundestag notiert: 30.585 ausreisepflichtige Personen ohne Duldung*. Verfügbar unter: http://www.bundestag.de/presse/hib/2012_08/2012_368/12.html [06.08.2013]

- Europäische Kommission (2007). *Bericht der Kommission an den Rat und das Europäische Parlament über die Anwendung der Richtlinie 2003/9/EG des Rates vom 27. Januar 2003 zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten* (No. /* KOM/2007/0745 endg. */). Verfügbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:52007DC0745:DE:NOT> [20.06.2013]
- Europäische Kommission (2009). *Vorschlag für eine Richtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates zur Festlegung von Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedstaaten (Neufassung) /* KOM/2008/0815 endg. - COD 2008/0244 */*. Verfügbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=COM:2008:0815:FIN:DE:HTML>
- Europäische Union (2007). *Charta der Grundrechte der Europäischen Union (2007/c 303/01)*. Verfügbar unter: <http://eur-lex.europa.eu/de/treaties/dat/32007X1214/htm/C2007303DE.01000101.htm>
- Fazel, M., Wheeler, J. & Danesh, J. (2005). Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *The Lancet*, 365(9467), 1309–1314.
- Flick, U. (2000). *Qualitative Sozialforschung: eine Einführung*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flick, U., von Kardorff, E., & Steinke, I. (2012). Was ist qualitative Forschung? Einleitung und Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (S. 13–29). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Flüchtlingsrat Berlin (Hrsg.) (2012). *Stellungnahme zur Novellierung der verfassungswidrigen Regelungen des Asylbewerberleistungsgesetzes*. Verfügbar unter: http://www.fluechtlingsinfo-berlin.de/fr/asylblg/FRBerlin_AsyblLG_BMAS_060113.pdf [27.08.2013]
- Gäbel, U., Ruf, M., Schauer, M., Odenwald, M., & Neuner, F. (2006). Prävalenz der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTSD) und Möglichkeiten der Ermittlung in der

- Asylverfahrenspraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(1), 12–20.
- Gannuschkina, S. (2009). Bewohner Tschetscheniens in der Russischen Föderation. Oktober 2007 – April 2009. Verfügbar unter: http://www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm_redakteure/Newsletter_Anhaenge/148/Gannuschkina.pdf [14.07.2013]
- Gerritsen, A. A. M., Bramsen, I., Devillé, W., van Willigen, L. H. M., Hovens, J. E. & van der Ploeg, H. M. (2006). Physical and mental health of Afghan, Iranian and Somali asylum seekers and refugees living in the Netherlands. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 41(1), 18–26.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. (1998). *Grounded Theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Helfferrich, C. (2005). *Die Qualität qualitativer Daten: Manual für die Durchführung qualitativer Interviews*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Hemmerling, U. (2003). Von der Schwierigkeit mit dem Begriff „Flüchtling“ zu operieren. In Projektutorien „Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin“ / „Behörden und Migration“ (Hrsg), *Verwaltet, entrechtet, abgestempelt - wo bleiben die Menschen? Einblicke in das Leben von Flüchtlingen in Berlin*. Berlin: Projektutorien „Lebenswirklichkeiten von Flüchtlingen in Berlin“ / „Behörden und Migration“.
- Hildenbrand, B. (2012). Anselm Strauss. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (S. 32–42). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Hollifield, M. (2002). Measuring Trauma and Health Status in Refugees: A Critical Review. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 288(5), 611–621.
- Hopf, C. (2012). Qualitative Interviews – ein Überblick. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (S. 349–360). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Human Rights Watch (Hrsg.) (2011). „*You Dress According to Their Rules*“. *Enforcement of an Islamic Dress Code for Women in Chechnya*. Verfügbar unter:

- <http://www.hrw.org/sites/default/files/reports/chechnya0311webwcover.pdf>
[15.08.2013]
- Karunakara, U. K., Neuner, F., Schauer, M., Singh, K., Hill, K., Elbert, T. & Burnha, G. (2004). Traumatic events and symptoms of post-traumatic stress disorder amongst Sudanese nationals, refugees and Ugandans in the West Nile. *African health sciences*, 4(2), 83–93.
- Kivling-Bodén, G. (2001). Life situation and posttraumatic symptoms: A follow-up study of refugees from the former Yugoslavia living in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 55(6), 401–408.
- Kothen, A. (2011). Die Unterbringungspolitik der Bundesländer. *AusgeLagert - Zur Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. Heft der Flüchtlingsräte 2011*, 11(133), 16–21.
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., van der Tweel, I. & de Jong, J. T. V. M. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(12), 825–832.
- Laban, C. J., Komproe, I. H., Gernaat, H. B. P. E. & Jong, J. T. V. M. (2008). The impact of a long asylum procedure on quality of life, disability and physical health in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 43(7), 507–515.
- Landesärztekammer Baden-Württemberg, & Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg (Hrsg.) (2011). *Traumatisierte MigrantInnen. I. Versorgungsbericht. Ambulante medizinische, psychosoziale und psychotherapeutische Versorgung von traumatisierten MigrantInnen in Baden-Württemberg*. Verfügbar unter:
<http://www.aerztekammer-bw.de/news/ressourcen/versorgungsbericht.pdf>
[08.03.2013]
- Lawrence, J. & Kearns, R. (2005). Exploring the „fit“ between people and providers: refugee health needs and health care services in Mt Roskill, Auckland, New Zealand. *Health and Social Care in the Community*, 13(5), 451–461.

- Lianowa, R., Joraschky, P., Groß, C., Mück-Weymann, M., & Pöhlmann, K. (2011). Post-traumatische Belastungsstörung bei tschetschenischen Flüchtlingen. *PPmP- Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54(02), 3587.
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von, Priebe, S., Mielck, A. & Brähler, E. (2009). Depression and anxiety in labor migrants and refugees – A systematic review and meta-analysis. *Social Science & Medicine*, 69(2), 246–257.
- Maier, T., Schmidt, M. & Müller, J. (2010). Mental health and healthcare utilization in adult asylum seekers. *Swiss Medical Weekly*, 140, 1-7.
- Marshall, G. N., Schell, T. L., Elliott, M. N., Berthold, S. M. & Chun, C.-A. (2005). Mental health of Cambodian refugees 2 decades after resettlement in the United States. *JAMA: the Journal of the American Medical Association*, 294(5), 571–579.
- McColl, H. & Johnson, S. (2006). Characteristics and needs of asylum seekers and refugees in contact with London community mental health teams. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 41(10), 789–795.
- McCrone, P., Bhui, K., Craig, T., Mohamud, S., Warfa, N., Stansfeld, S. A., ... Curtis, S. (2005). Mental health needs, service use and costs among Somali refugees in the UK. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 111(5), 351–357.
- McFarlane, C. A. & Kaplan, I. (2012). Evidence-based psychological interventions for adult survivors of torture and trauma: a 30-year review. *Transcultural psychiatry*, 49(3-4), 539–567.
- McKeary, M. & Newbold, B. (2010). Barriers to Care: The Challenges for Canadian Refugees and their Health Care Providers. *Journal of Refugee Studies*, 23(4), 523–545.
- Meinefeld, W. (2012). Hypothesen und Vorwissen in der qualitativen Sozialforschung. In U. Flick, E. von Kardorff, & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch*. (S. 265–275). Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Mergenthaler, E. (1992). *Die Transkription von Gesprächen: eine Zusammenstellung von Regeln mit einem Beispieltranskript*. Ulm: Ulmer Textbank.

- Mey, G. & Mruck, K. (2010). Grounded-Theory-Methodologie. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 614–626). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Mey, G., & Mruck, K. (2011). Grounded-Theory-Methodologie: Entwicklung, Stand, Perspektiven. In G. Mey & K. Mruck (Hrsg.), *Grounded Theory Reader* (S. 11–48). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Meyer, T., Karbach, U., Holmberg, C., Güthlin, C., Patzelt, C. & Stamer, M. (2012). Qualitative Studien in der Versorgungsforschung - Diskussionspapier, Teil 1: Gegenstandsbestimmung. *Das Gesundheitswesen*, 74(08/09), 510–515.
- Miller, K. E., Kulkarni, M. & Kushner, H. (2006). Beyond trauma-focused psychiatric epidemiology: Bridging research and practice with war-affected populations. *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(4), 409–422.
- Misra, T., Connolly, A. M., Klynman, N. & Majeed, A. (2006). Addressing mental health needs of asylum seekers and refugees in a London Borough: developing a service model. *Primary Health Care Research and Development*, 7, 249–256.
- Misra, T., Connolly, A. M. & Majeed, A. (2006). Addressing mental health needs of asylum seekers and refugees in a London Borough: epidemiological and user perspectives. *Primary Health Care Research and Development*, 7, 241–248.
- Mruck, K. & Breuer, F. (2003). Subjektivität und Selbstreflexivität im qualitativen Forschungsprozess – Die FQS-Schwerpunktausgaben. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 4(2), Art 23.
- Mruck, K. & Mey, G. (2009). Methodologie und Methodik der Grounded Theory. In W. Kempf & M. Kiefer (Hrsg.), *Forschungsmethoden der Psychologie. Zwischen naturwissenschaftlichem Experiment und sozialwissenschaftlicher Hermeneutik. Band 3 Psychologie als Natur- und Kulturwissenschaft. Die soziale Konstruktion der Wirklichkeit* (S. 100–152). Berlin: Regener.
- Norredam, M. (2006). Access to health care for asylum seekers in the European Union - a comparative study of country policies. *The European Journal of Public Health*, 16(3), 285–289.

- Ostdeutsche Psychotherapeutenkammer (Hrsg.) (2012). beHandeln statt verwalten! Ein Pilotprojekt zur Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung von Opfern von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen. *Psychotherapeutenjournal*, 2012(4), 386–389.
- Palic, S. & Elklit, A. (2011). Psychosocial treatment of posttraumatic stress disorder in adult refugees: a systematic review of prospective treatment outcome studies and a critique. *Journal of affective disorders*, 131(1-3), 8–23.
- Palmer, D. & Ward, K. (2006). ‘Unheard voices’: listening to Refugees and Asylum seekers in the planning and delivery of mental health service provision in London. Verfügbar unter: http://www.irr.org.uk/pdf/Unheard_Voices.pdf [29.06.2013]
- Paradies, Y. (2006). Ethnicity and health. A systematic review of empirical research on self-reported racism and health. *International Journal of Epidemiology*, 35(4), 888–901.
- Pascoe, E. A. & Smart Richman, L. (2009). Perceived discrimination and health: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135(4), 531–554.
- Pfaff, H., Neugebauer, E. A. M., Glaeske, G. & Schrappe, M. (2010). *Lehrbuch Versorgungsforschung: Systematik - Methodik - Anwendung; mit 19 Tabellen*. Stuttgart: Schattauer.
- Phillimore, J., Ergun, E., Goodson, L. & Hennessy, D. (2007). *They do not understand the problem I have: refugee well being and mental health*. University of Birmingham for Joseph Rowntree Foundation.
- Porter, M. & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602–612.
- Pro Asyl (Hrsg.) (2005). *Fluchtalternative mit Lebensgefahr. Zum Umgang mit tschetschenischen Flüchtlingen*. Verfügbar unter: http://www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm_redakteure/Flyer_PDF/01_05_B_0408_Tschetsch.pdf [05.06.2013]

- Ryan, D., Dooley, B. & Benson, C. (2008). Theoretical Perspectives on Post-Migration Adaptation and Psychological Well-Being among Refugees: Towards a Resource-Based Model. *Journal of Refugee Studies*, 21(1), 1–18.
- Selders, B., Kothen, A. & Weber, K. (2011). Lager: Begriff und Funktion. *AusgeLagert - Zur Unterbringung von Flüchtlingen in Deutschland. Heft der Flüchtlingsräte 2011*, 11(133), 4–7.
- Silove, D. (1999). The psychosocial effects of torture, mass human rights violations, and refugee trauma: toward an integrated conceptual framework. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 187(4), 200–207.
- Silove, D., Sinnerbrink, I., Field, A., Manicavasagar, V. & Steel, Z. (1997). Anxiety, depression and PTSD in asylum-seekers: associations with pre-migration trauma and post-migration stressors. *The British Journal of Psychiatry*, 170(4), 351–357.
- Silove, D., Steel, Z., Susljik, I., Frommer, N., Loneragan, C., Chey, T., ... Bryant, R. (2007). The impact of the refugee decision on the trajectory of PTSD, anxiety, and depressive symptoms among asylum seekers: a longitudinal study. *American Journal of Disaster Medicine*, 2(6), 321–329.
- Slade, M., Thornicroft, G., Loftus, L., Phelan, M. & Wykes, T. (1999). *CAN: the Camberwell assessment of need*. London: Gaskell.
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A. & van Ommeren, M. (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. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537–549.
- Steel, Z., Silove, D., Bird, K., McGorry, P. & Mohan, P. (1999). Pathways from war trauma to posttraumatic stress symptoms among Tamil asylum seekers, refugees, and immigrants. *Journal of Traumatic Stress*, 12(3), 421–435.
- Strauss, A. & Corbin, J. (1996). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz / Psychologie Verlags Union.

- Strijk, P. J. M., van Meijel, B. & Gamel, C. J. (2011). Health and Social Needs of Traumatized Refugees and Asylum Seekers: An Exploratory Study. *Perspectives in Psychiatric Care*, 47(1), 48–55.
- Thulesius, H. & Håkansson, A. (1999). Screening for posttraumatic stress disorder symptoms among Bosnian refugees. *Journal of Traumatic Stress*, 12(1), 167–174.
- Van Ommeren, M., Saxena, S. & Saraceno, B. (2005). Aid after disasters. *BMJ: British Medical Journal*, 330(7501), 1160–1161.
- Vereinte Nationen (1951). *Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951*. Verfügbar unter: http://www.unhcr.de/fileadmin/user_upload/dokumente/03_profil_begriffe/genfer_fluechtlingskonvention/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf [27.08.2013].
- Vereinte Nationen (1948). *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. Resolution 217 A (III) der Generalversammlung vom 10. Dezember 1948*. Verfügbar unter: <http://www.un.org/depts/german/grunddok/ar217a3.html>
- Watters, C. (2001). Emerging paradigms in the mental health care of refugees. *Social Science & Medicine*, 52(11), 1709–1718.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 1(1), Art. 22.
- Wurzbacher, S. (1997). *Gut beraten. Abgeschoben... Flüchtlingssozialarbeit zwischen Anspruch und Wirklichkeit*. Karlsruhe: von Loeper Literaturverlag.

Anhang

Anhang A: Leitfaden

1. VORSTELLUNG, ZEITLICHER UND ORGANISATORISCHER RAHMEN, EINVERSTÄNDNISERKLÄRUNG

Zunächst einmal danke ich Ihnen sehr, dass Sie sich Zeit genommen haben, mit mir dieses Gespräch zu führen. Ich habe für das Interview in etwa eineinhalb Stunden eingeplant. Vielleicht benötigen wir ein wenig mehr Zeit, vielleicht sind wir auch früher fertig. (Zeitrahmen InterviewpartnerIn/ DolmetscherIn klären!)

Zum Thema:

Sie wissen ja bereits, dass ich untersuchen möchte, welche Erfahrungen Flüchtlinge auf der Suche nach und im Kontakt mit Beratung und Behandlung, mit Ärzten, Psychotherapeuten, Sozialarbeitern machen, was genau ihnen helfen kann und welchen Schwierigkeiten und Hürden sie hier begegnen.

Jetzt interessieren mich dazu Ihre ganz persönlichen Erfahrungen – z.B. hier bei X oder auch bei anderen Stellen/ Personen.

- Damit ich ihre Schilderungen auch wissenschaftlich auswerten darf, benötige ich aus **Datenschutz**gründen ihre ausdrückliche und **informierte Einwilligung** in mein Vorgehen bei der Durchführung und der Auswertung der Interviews. Damit Sie die auch geben können, möchte ich sie darüber noch einmal kurz genauer informieren. Besonders wichtig ist mir dabei, zu betonen, dass ich alles, was Sie mir hier erzählen, **vertraulich** behandeln und Namen oder Orte, die Sie mir nennen, so **anonymisieren** werde, dass später keine Rückschlüsse auf Sie oder andere Personen möglich sind. Ihr **Name** und Ihre **Telefonnummer** werden nach Abschluss der Arbeit in unseren Unterlagen **gelöscht**. Die Einwilligungserklärung wird gesondert an einer gesicherten Stelle aufbewahrt. Sie kann mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.
- Prinzipiell ist die Teilnahme an dieser Befragung absolut **freiwillig**. Sie **können Sie zu jedem Zeitpunkt** ohne Angabe von Gründen **abbrechen**, ohne dass für Sie daraus Nachteile für die Behandlung entstehen. In diesem Fall werden alle erhobenen Daten gelöscht. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen verweigern.
- Meine Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Ich unterliege der **Schweigepflicht** und bin dem **Datengeheimnis** verpflichtet. Alles, was Sie mir erzählen, wird nur von mir und den an der Universität mit der Studie befassten Personen gelesen. All diese Personen sind ebenso zur Verschwiegenheit und zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet.
- Das Interview hat **keine Beratungsfunktion**. Ziel ist es jedoch, die Bedingungen der Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden besser zu verstehen und damit ggf. einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation zu leisten.

Haben Sie dazu zunächst noch Fragen? Dann würde ich Sie bitten, sich die **Einverständniserklärung** zur Studie durchzulesen und zu unterschreiben. Ich habe mir für das Interview hier ein paar Fragen vorbereitet, die ich Ihnen gerne stellen würde. Diese dienen mir aber lediglich als grober Rahmen: Sie können frei erzählen, was Ihnen zu den einzelnen Punkten einfällt. Dabei gibt es keine richtigen und keine falschen Antworten: was zählt ist allein Ihre persönliche Sichtweise.

Damit ich während unseres Gesprächs nicht alles mitschreiben muss, habe ich dieses Aufnahmegerät mitgebracht. Wie gesagt, ist die Aufnahme nur meinen Betreuern und mir zugänglich. Haben Sie denn für den Anfang noch Fragen an mich? Wenn nicht, dann beginnen wir jetzt.

2. BEDÜRFNISSE, ZUGANGSWEGE UND EINSCHRÄNKUNGEN IM ZUGANG ZUR VERSORGUNG

Leitfrage: *Sie sind KlientIn bei X – wie sind Sie denn hier hergekommen? Können Sie erzählen, welchen Weg Sie mit Ihren Anliegen bereits zurückgelegt haben?*

Themen	Konkrete Fragen (wenn nicht angesprochen)	Evtl. Nachfragen	Aufrechterhaltungs-/ Steu- erungsbemerkungen
Informationen woher?	Wie haben Sie X denn gefunden?	Wer empfohlen? Wie lange haben Sie gesucht/ gewartet?	Wie war das am Anfang? Wie ging es Ihnen dabei?
Schwierigkeiten im Zugang	Gab es Schwierigkeiten/ Hürden auf dem Weg bis dahin? Wussten sie, was zu tun ist?	Ängste? Zögern? Unsicherheiten? Gab es Alternativen?/ bewusste Entscheidung für X? Was hat Ihnen geholfen?/ Was bräuchten Sie, um damit besser umgehen zu können? An wen können Sie sich denn mit diesen Problemen wenden? Was würden Sie einem guten Freund raten, der in einer ähnlichen Situation ist?	Was war wichtig in dieser Zeit? Was war am wichtigsten? Gibt es ein Erlebnis, dass Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist? Was genau war hilfreich/ nicht hilfreich?
Vorerfahrungen	Welche Erfahrungen haben Sie denn vorher schon mit anderen ÄrztInnen/ Unterstützungsangebote gemacht?		Woran haben Sie das gemerkt?
Problembereiche; Ziele	Können Sie mir erzählen, mit welchen Anliegen Sie sich an die Beratungsstelle gewandt haben? ... womit genau es Ihnen nicht gut ging?		Wie haben Sie darauf reagiert?/ Wie sind Sie damit umgegangen?
Erstkontakt	Und dann haben Sie dort mit XXX (Behandlung) begonnen...können Sie mir erzählen, wie das für Sie war? Erzählen Sie ruhig von Anfang an und wie es dann weiterging... Behandlung durch wen? (SozialarbeiterIn; TherapeutIn; PsychiaterInnen/ ÄrztInnen)	Wie war der erste Kontakt für Sie? Wie verliefen/ empfanden Sie die ersten Sitzungen?	Wie erklären Sie sich, dass es dazu kam? Woran merken Sie das?
Intensität und Kontinuität der Behandlung(en) (Jahr, Dauer)	Wie oft sehen Sie X? Wie lange schon?	Wie lange müssen Sie auf einen Termin warten? Wie viele Termine bräuchten Sie eigentlich? Wie lange werden Sie XXX noch sehen? (begrenzt?)	Was hat es mit Ihnen gemacht? Was folgte darauf?
	Haben sie das Gefühl, dass Sie mit ihren Problemen hier richtig sind?		welche Gedanken/ Gefühle hat das in Ihnen ausgelöst...?
Weitervermittlung	Sind Sie bereits an andere Stellen weiterverwiesen worden?	Warum und wohin? Welche Erfahrungen gemacht?	

3. ERFAHRUNGEN MIT BEHANDLUNGS- UND UNTERSTÜTZUNGSANGEBOTEN

Leitfrage: Können Sie mir erzählen, was genau Ihnen gut tut in der Beratung hier? Erzählen Sie mir gern sehr ausführlich davon.

Themen	Konkrete Fragen (wenn nicht angesprochen)	Evtl. Nachfragen	Aufrechterhaltung/ Steuerung
Positive Erfahrungen	An welche Situationen erinnern Sie sich, in denen es Ihnen besonders gut ging/ die Sie als besonders hilfreich empfanden?	Welches Erlebnis war Ihnen hier am wichtigsten? Fallen Ihnen ganz konkrete Dinge ein, die sich in Ihrem Leben durch die Beratung verändert haben?/ Situationen, in denen Sie im Alltag profitiert haben?	Was war am wichtigsten? Gibt es ein Erlebnis, das Ihnen in besonderer Erinnerung geblieben ist?
negative Erfahrungen	Erinnern Sie sich auch an Situationen, die vielleicht manchmal schwierig waren? Gibt es manchmal Missverständnisse? Gibt es Dinge, die es schwierig machen, X zu vertrauen? Was macht X auch manchmal falsch? Was macht Sie unzufrieden? Enttäuscht Sie?	<u>Bei Schwierigkeiten</u> Was hätte in dieser Situation anders laufen müssen? Reaktion darauf, dass (nicht) geholfen wird? Jemandem anvertraut? Unterstützung gesucht? <u>Abbruch:</u> Haben Sie schon mal darüber nachgedacht, die Beratung/ Behandlung abzubrechen? Wie kam das? Was ging dem voraus? Was folgte darauf? Wenn kein Abbruch: Was hat Sie gehindert?	Was genau war hilfreich/nicht hilfreich? Woran haben Sie das gemerkt? Wie haben Sie darauf reagiert?/ Wie sind Sie damit umgegangen?
Vertrauen/ Erhöht/ verstanden werden	Verstehen die Menschen Sie? Können Sie sich in Sie einfühlen? Werden Ihre Probleme erkannt? Gelöst? Besserung?	Wie genau schafft er/ sie das? Wie müsste denn jemand sein, damit Sie sich verstanden fühlen?	Wie erklären Sie sich, dass es dazu kam? Woran merken Sie das?
Sprachl./ soziokult. Faktoren	Spricht X dieselbe Sprache wie Sie? Gleicher kultureller Hintergrund? Wie empfinden Sie die Anwesenheit der DolmetscherInnen?	Hat das Vor-/ Nachteile? Was wäre anders? Was wäre ohne anders? Beeinflusst das die Beziehung/ Vertrauensbasis?	Was hat es mit Ihnen gemacht? Was folgte darauf?
konkrete Erfahrungen mit anderen Personen	Sie haben ja erzählt, dass Sie wegen ... auch bei ... in Behandlung waren... Können Sie mir erzählen wie genau Sie diese Begegnungen empfunden haben?		welche Gedanken/ Gefühle hat das in Ihnen ausgelöst...?
Stigmatisierung	Wie wird das hier von ihrem Bekanntenkreis aufgenommen, dass Sie sich Unterstützung bei X suchen? Wie fände man das in X?	Können Sie beschreiben, was andere Mitglieder ihrer Gemeinschaft hier in Berlin tun, wenn Sie Probleme haben/ es Ihnen nicht gut geht? Welchen Rat würden Sie jemandem geben, der...? Was würden Familie/ Freunde tun?	

4. WÜNSCHE, VERÄNDERUNGSMOTIVATION, PERSPEKTIVEN

Leitfrage: *Nun haben Sie mir schon sehr viel über Ihre Erfahrungen mit X erzählt. Mich würde nun noch interessieren, was Sie glauben/ Sie sich wünschen, das in der Unterstützung von Flüchtlingen in Deutschland verbessert werden kann.*

Themen	Konkrete Fragen (wenn nicht angesprochen)	Evtl. Nachfragen	Aufrechterhaltungs- und Steuerungsmerkungen
Verbesserungsvorschläge Anregungen Wünsche Ratschläge Kritik Anforderungen an MA im Flüchtlingsschutz	Wie könnte X ihre Angebote verbessern? Was würden Sie gern verändern? Was denken Sie: Worauf sollte in der psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen/ Asylsuchenden geachtet werden? / Wie sollte sie gestaltet sein, damit sie hilfreich ist? Wie müssten sich demnach Menschen, die mit Flüchtlingen arbeiten, verhalten?	Konkrete Ratschläge/ Ideen? sensible Themen/ Bereiche? Welche? Wie Umgang damit? Stellen Sie sich vor, ein guter Freund oder Familienangehöriger (ebenfalls Asylsuchender) würde Ihnen erzählen, dass er psychische Probleme hat- was würden Sie ihm raten? Wen/ was würden Sie ihm empfehlen? Muss man etwas Bestimmtes wissen? Welche Fähigkeiten/ welches Wissen brauchen MitarbeiterInnen, um Flüchtlingen helfen zu können? Was müsste auf jeden Fall vermieden werden?	Wovon würden Sie abraten? Warum? Was würden Sie anders machen?
	Was würden Sie sich (noch) an Unterstützung wünschen?	Was hindert Sie daran, entsprechende Angebote wahrzunehmen?/ Was sorgt dafür, dass sie das nicht bekommen?	

5. ABSCHLUSS

Leitfrage: *Ich habe nun schon sehr viel gefragt und Sie haben mir viel erzählt. Ich möchte Sie zum Abschluss gern fragen: Haben wir alles, das Ihnen wichtig erscheint, besprochen oder gibt es noch etwas, das ich noch wissen sollte?*

- Haben Sie das Gefühl, dass noch etwas fehlt, das ich unbedingt noch wissen sollte?
- Vielleicht gibt es noch etwas anderes, das Ihnen am Herzen liegt...?

Dann möchte ich mich nun herzlich bei Ihnen für das Interview bedanken. Danke, dass Sie sich die Zeit genommen haben, mir so ausführlich Auskunft zu geben.

Anhang B: Informationsbogen zur Studie

**Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische
Soziologie**
Begutachtung der Diplomarbeit: Dr. Hendrik Berth

Fetscherstr. 74

01307 Dresden

Tel.: +49 (0) 351 458 4099

medizinische.psychologie@uniklinikum-dresden.de
**FB Erziehungswissenschaften und Psychologie
Arbeitsbereich Klinische Psychologie und
Psychotherapie**
Studienleitung: Dipl.-Psych. Theresa Steinhäuser

Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin

Tel.: +49 30 838-55743

01577-7735572

t.steinhaeuser@fu-berlin.de
Studiendurchführung: Cand.psych. Jenny Baron

0163 - 4634345

jennybaron@posteo.de
Datum: ____/____/____ (Tag / Monat / Jahr)

INFORMATIONSBogen zur Studie
„Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland“

(Diplomarbeit, cand.psych. Jenny Baron)

Liebe Studienteilnehmende!

Ich heiße Jenny Baron, habe Psychologie studiert und schreibe meine Abschlussarbeit zur gesundheitlichen und psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden in Deutschland.

Dabei interessiert mich, welche Erfahrungen Asylsuchende auf der Suche nach und im Kontakt mit psychosozialer Unterstützung machen, was genau ihnen helfen kann und welchen Schwierigkeiten und Hürden sie hier begegnen. Die Arbeit soll Anhaltspunkte für die Verbesserung der Behandlung von Flüchtlingen und Asylsuchenden bieten, indem sie die Bedürfnisse und Erfahrungen von KlientInnen untersucht.

Daher möchte ich gerne ein Interview mit Ihnen führen, um zu erfahren, wie Sie entsprechende Behandlungs- und Unterstützungsangebote erleben.

Ich würde mich sehr freuen, wenn Sie bei meiner Arbeit mitmachen. Dafür benötige ich aus **Datenschutz-**gründen ihre ausdrückliche und **informierte Einwilligung** in mein Vorgehen bei der Durchführung und der Auswertung der Interviews.

Hierüber möchte ich Sie nun vorab informieren:

- Die Teilnahme an der Befragung ist **freiwillig**. Sie **kann zu jedem Zeitpunkt** ohne Angabe von Gründen **widerrufen werden**, ohne dass für Sie daraus Nachteile für die Behandlung entstehen. Sie können Antworten auch bei einzelnen Fragen verweigern. Im Falle eines Abbruchs des Interviews werden alle erhobenen Daten gelöscht.
- Das Interview hat **keine Beratungsfunktion**. Ziel ist es jedoch, die Bedingungen der Versorgung von Flüchtlingen und Asylsuchenden besser zu verstehen und damit ggf. einen Beitrag zur Verbesserung der Versorgungssituation zu leisten.
- Meine Arbeit dient allein wissenschaftlichen Zwecken. Ich unterliege der **Schweigepflicht** und bin dem **Datengeheimnis** verpflichtet. Das **Band**, auf das ich unser Gespräch aufnehmen wird nach Abschluss der Arbeit wieder **gelöscht**.
- Damit Ihre Angaben nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht werden können, werden sie einschließlich aller Personen-, Orts-, und Straßennamen **anonymisiert** und nur von an der Universität mit der Studie befassten Personen gelesen. All diese Personen sind ebenso zur Verschwiegenheit und zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet.
- Ihr **Name** und Ihre **Telefonnummer** werden nach Abschluss der Arbeit in unseren Unterlagen **gelöscht**. Die Einwilligungserklärung wird gesondert an einer gesicherten Stelle aufbewahrt. Sie kann mit Ihrem Interview nicht mehr in Verbindung gebracht werden.

Haben Sie jetzt noch Fragen?

Wenn Sie keine weiteren Fragen haben, möchte ich Sie bitten, sich die **Einverständniserklärung** zur Studie durchzulesen und diese zu unterschreiben.

Sie können sich bei weiteren Fragen zur Studie auch später jederzeit an uns wenden:

Studiendurchführung:

Cand.psych. Jenny Baron

Tel.: 0163 – 4634345

eMail: jennybaron@posteo.de

Studienleitung

Dipl.-Psych. Theresa Steinhäuser

Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin

Tel.: +49 30 838-55743; 01577-7735572

t.steinhaeuser@fu-berlin.de

Anhang C: Einwilligungserklärung

Abteilung Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Begutachtung der Diplomarbeit: Dr. Hendrik Berth

Fetscherstr. 74

01307 Dresden

Tel.: +49 (0) 351 458 4099

medizinische.psychologie@uniklinikum-dresden.de
**FB Erziehungswissenschaften und Psychologie
Arbeitsbereich Klinische Psychologie und
Psychotherapie**
Studienleitung: Dipl.-Psych. Theresa Steinhäuser

Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin

Tel.: +49 30 838-55743

01577-7735572

t.steinhaeuser@fu-berlin.de
Studiendurchführung: Cand.psych. Jenny Baron

0163 - 4634345

jennybaron@posteo.de
Datum: ____/____/____ (Tag / Monat / Jahr)

EINWILLIGUNGSERKLÄRUNG zur Teilnahme an der Studie
„Psychosoziale Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland“

(Diplomarbeit, cand.psych. Jenny Baron)

Hiermit erkläre ich

Name.....

Vorname.....

Geburtsdatum.....

dass ich durch Frau Baron mündlich und schriftlich über den Verlauf des Interviews sowie das Vorgehen bei der Auswertung der Interviews informiert worden bin und ausreichend Gelegenheit hatte, meine Fragen zum Interview zu klären. Ich habe die mir vorgelegte Teilnehmerinformation gelesen und eine Ausfertigung derselben sowie dieser Einwilligungserklärung erhalten.

Ich bin bereit, an der wissenschaftlichen Untersuchung im Rahmen der oben genannten Studie teilzunehmen.

1. Die Teilnahme ist **freiwillig** und die **Einwilligung kann jederzeit** ohne Angabe von Gründen und ohne nachteilige Folgen **zurückgezogen werden**.
2. Das Interview wird geführt im Rahmen einer **Diplomarbeit** an der TU Dresden, Abteilung Medizinische Psychologie und Soziologie, betreut durch Frau Dipl. Psych. Theresa Steinhäuser, Frau

Prof. Dr. Anna Auckenthaler, Freie Universität Berlin, Klinische Psychologie und Psychotherapie.

Verantwortlich für die Durchführung und die wissenschaftliche Auswertung ist **Jenny Baron unter Betreuung von Frau Dipl. Psych. Theresa Steinhäuser.**

3. Die Verantwortliche trägt dafür Sorge, dass sämtliche im Rahmen des Interviews erhobenen Daten (Interview & Kurzfragebogen) **streng vertraulich behandelt** und **anonymisiert** werden.
4. Die **Bandaufnahme** wird verschlossen aufbewahrt und **gelöscht**, sobald die Arbeit abgeschlossen ist. Sie ist nur den an der Universität mit der Studie befassten Personen zugänglich. All diese Personen sind ebenso zur **Verschwiegenheit** und zur Wahrung des Datengeheimnisses verpflichtet wie die Diplomandin.
5. Einzelne Sätze und Ausschnitte, die aus dem Zusammenhang genommen werden und damit nicht mit meiner Person in Verbindung gebracht werden können, können als Material für wissenschaftliche Zwecke und die Weiterentwicklung der Forschung genutzt werden.

Unter diesen Bedingungen erkläre ich mich bereit, das Interview zu geben, und bin damit einverstanden, dass es auf Band aufgenommen, abgetippt, anonymisiert und ausgewertet wird.

Berlin, Datum, Unterschrift des Interviewpartners/ der Interviewpartnerin

Hiermit erkläre ich, den/ die oben genannte Studienteilnehmer/ in am über den Verlauf des Interviews sowie das Vorgehen bei der Auswertung der Interviews mündlich und schriftlich aufgeklärt und ihm/ihr eine Ausfertigung der Information sowie dieser Einwilligungserklärung übergeben habe.

Berlin, Datum, Unterschrift der Interviewerin

Sie können sich bei weiteren Fragen zur Studie auch später jederzeit an uns wenden:

Studiendurchführung:

Cand.psych. Jenny Baron

Tel.: 0163 – 4634345

eMail: jennybaron@posteo.de

Studienleitung:

Dipl.-Psych. Theresa Steinhäuser

Habelschwerdter Allee 45

14195 Berlin

Tel.: +49 30 838-55743; 01577-7735572

t.steinhaeuser@fu-berlin.de

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig verfasst habe. Andere als die angegebenen Hilfsmittel habe ich nicht benutzt. Alle angeführten Zitate habe ich kenntlich gemacht.

Ort, Datum

Unterschrift