

Jahresbericht des Flüchtlingssozialdienstes

der Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum e.V.

für den Zeitraum

vom 01.01.2011 bis zum 31.12.2011

Der Flüchtlingssozialdienst, einer von mehreren Arbeitsbereichen der Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum e.V. (MFH), versucht nach einem ganzheitlichen Ansatz seine sowohl sozialarbeiterischen als auch psychosozialen Aufgaben wahrzunehmen. Seit 2003 bzw. 2005 wird der Flüchtlingssozialdienst der MFH durch Landesmittel bzw. Mittel des Europäischen Flüchtlingsfonds (EFF) und seit 2011 durch den UN-Fonds zur Unterstützung von Folterüberlebenden (UNVFVT) gefördert.

Wesentliche Aufgaben des Flüchtlingssozialdienstes sind:

- Beratung, Begleitung, Betreuung und Hilfestellung für einzelne Flüchtlinge und ihre Familienangehörigen;
- Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung;
- Vermittlung zu anderen Beratungsstellen bzw. anderen Institutionen oder Behörden.

Schwerpunkte der Beratung sind:

- Verfahrensberatung von Flüchtlingen und konkrete Hilfestellung beim Asylverfahren bzw. Asylfolgeantrag;
- aufenthaltsrechtliche und ausländerrechtliche Hilfestellung;
- Hilfen bei der Orientierung innerhalb des hiesigen Lebensumfeldes und der Entwicklung realistischer Ziele und Perspektiven;
- Vermittlung von Informationen über das deutsche Schul- und Bildungssystem;
- Weitergabe von Informationen über die deutsche Sozialgesetzgebung und die deutsche Rechtsordnung;
- Beratung von Flüchtlingen beim Auftreten von Problemen im sozialen, psychischen, gesundheitlichen und persönlichen Bereich.

Fast die Hälfte unserer KlientInnen lebt länger als sechs Jahre in Deutschland, meist in Städten und Gemeinden des Ruhrgebietes, wie z.B. Bochum, Dortmund, Essen, Witten und Hattingen.

1) Herkunftsländer

Die KlientInnen stammen aus 36 unterschiedlichen Herkunftsländern; ein Großteil dieser Flüchtlinge kommt aus dem Iran.

Darüber hinaus waren Einzelpersonen aus 35 anderen Herkunftsländern vertreten: Afghanistan, Guinea, Irak, Serbien, Kosovo, Mazedonien, Ghana, Simbabwe, Gambia, Marokko, Kamerun, Türkei, Kenia, Nigeria, Aserbajdschan, Sri Lanka, Vietnam, Pakistan, Syrien, Russische Föderation, Algerien, Benin, Elfenbeinküste, Kongo, Demokratische Republik Kongo, Liberia, Sierra Leone, Somalia, Togo, Nicaragua, Indien, Philippinen, Tschad, China.

2) Statistik 2011

Im Jahr 2011 wurde beim Flüchtlingssozialdienst der MFH 218 KlientInnen empfangen. Die folgenden graphischen Darstellungen der Statistik des Jahresberichts 2011 des Flüchtlingssozialdienstes der Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum e.V. dokumentieren verschiedene Aspekte dieser Klientenkontakte.

Tabelle 1: Gesamtzusammenfassung der KlientInnen

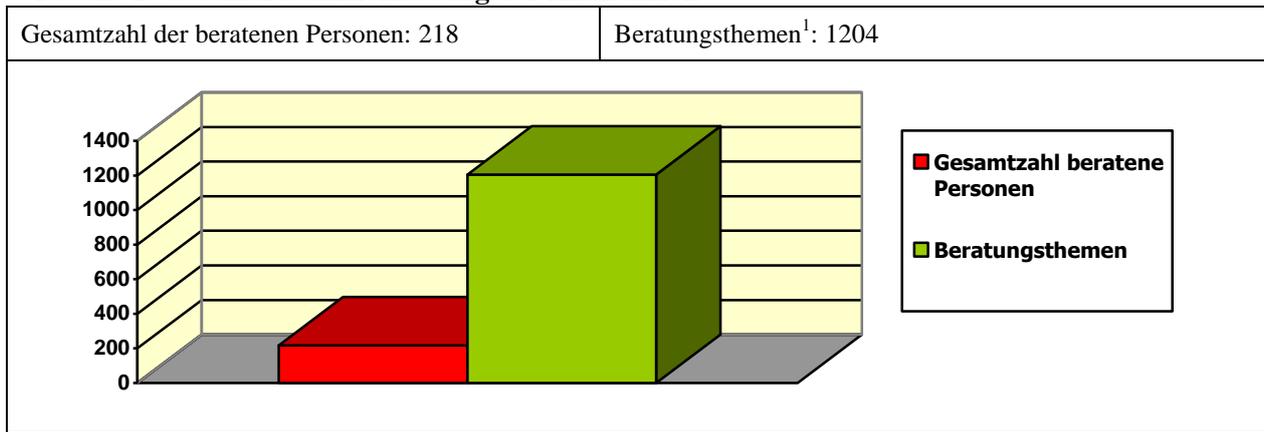


Tabelle 2: Einteilung nach Geschlecht der KlientInnen (Gesamt 218)

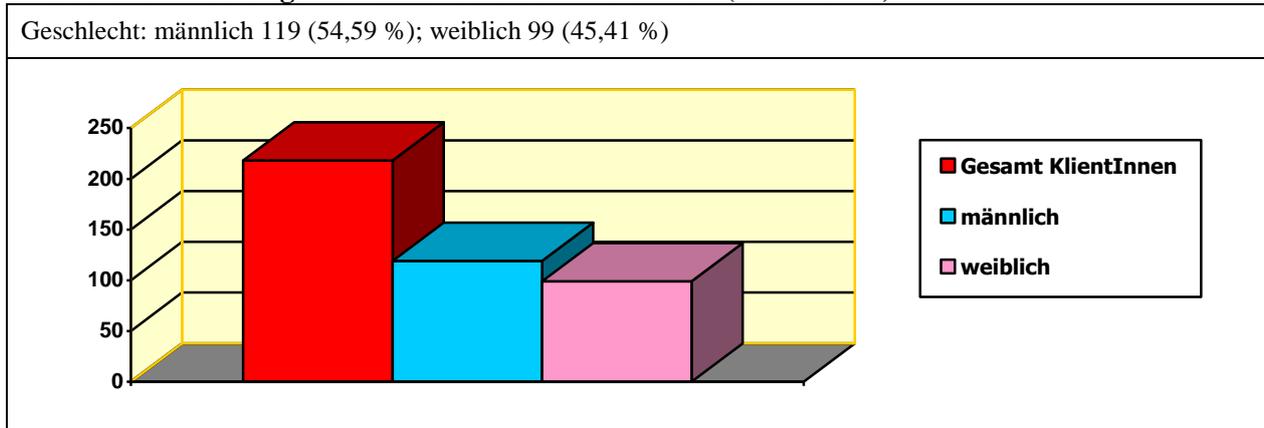
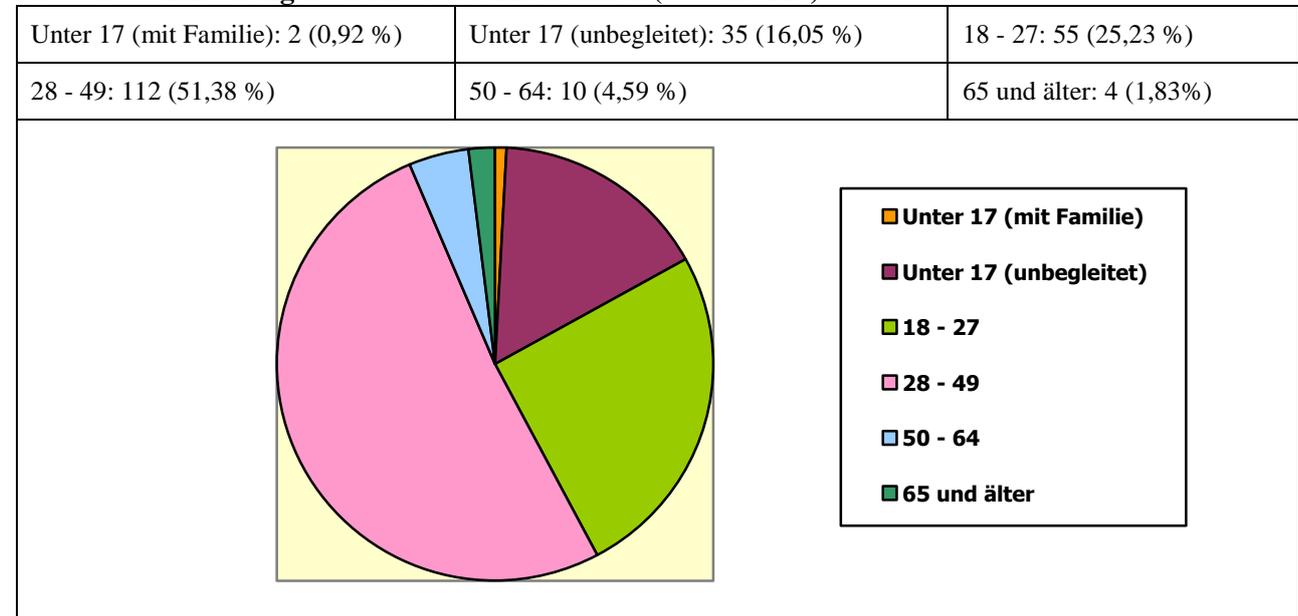


Tabelle 3: Einteilung nach Alter der KlientInnen (Gesamt 218)



¹ Die Beratungsthemen bezeichnen die unterschiedlichen Themengebiete, die in einem Kontakt besprochen werden. Diese Gebiete sind zunächst abgetrennt voneinander zu betrachten und jedes benötigt für sich seine eigene Antwort oder Bearbeitung.

Tabelle 4: Einteilung nach Aufenthaltsstatus (Gesamt 218)

Gestattung: 49 (22,48 %)	Duldung: 70 (32,11 %)	Aufenthaltserlaubnis: 63 (28,90 %) ²
Ohne Titel: 21 (9,63 %)	Anderer Aufenthaltstitel: 13 (5,96 %)	Ohne Angabe: 2 (0,92 %)

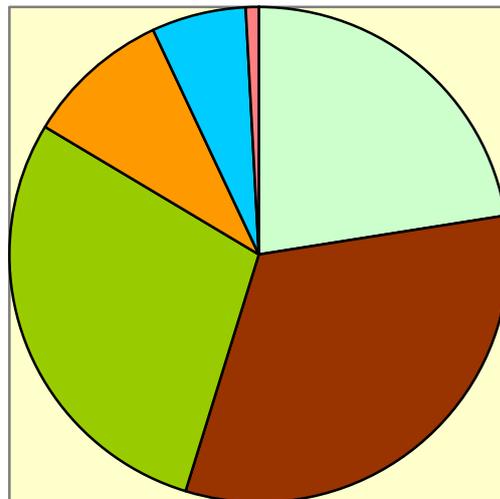
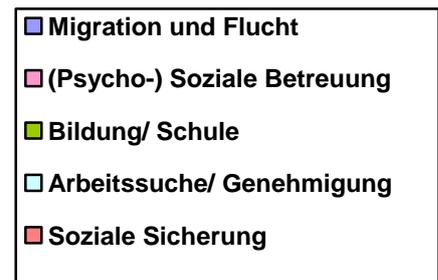
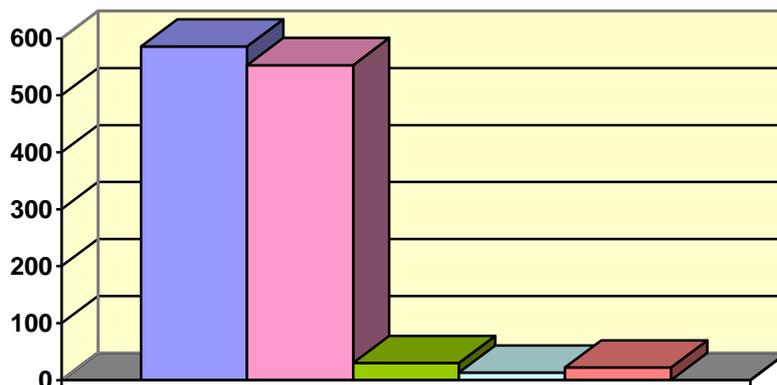


Tabelle 5: Verteilung der Beratungsschwerpunkte (Gesamt 1204)

- Migration und Flucht:	586 (48,67 %)
- (Psycho-) Soziale Betreuung:	553 (45,93 %)
- Bildung/ Schule:	30 (2,49 %)
- Arbeitssuche/ Genehmigung:	13 (1,08 %)
- Soziale Sicherung:	22 (1,83 %)



² Viele der KlientInnen mit Aufenthaltserlaubnis besitzen einen humanitären Status (§ 60 Abs. 2-7 des Aufenthaltsgesetzes) und fallen dadurch unter das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG) mit eingeschränkten sozialen Leistungen; teilweise besitzen diese Menschen auch keine Arbeitserlaubnis.

3) Erfolge und Schwierigkeiten in der täglichen Flüchtlingssozialarbeit

3.1.) Gute Nachrichten und Ergebnisse

- 8 Flüchtlinge konnten einen Aufenthaltsstatus bekommen:
 - > Nach § 60.1 AufenthG: 3 Personen (Gesicherter anerkannter Aufenthalt, Flüchtlingsschutz)
 - > Nach § 31 AufenthG: 1 Person (Eigenständiges Aufenthaltsrecht der Ehegatten)
 - > Nach § 28.1 AufenthG: 1 Person (Familiennachzug)
 - > Nach § 25.5 AufenthG: 3 Personen (Aus humanitären Gründen)
 - > Nach § 81 AufenthG: 1 Person (Sicherung des Aufenthalts als Fiktionsbescheinigung)
- Es wurde die Umverteilung von einer Person erreicht. Zudem konnten drei KlientInnen, die viele Jahre in einem Flüchtlingsheim lebten, eine private Wohnung bekommen.
- Es wurde für eine Klientin ein Schwerbehindertenausweis nach einem Widerspruch bewilligt.

3.2.) Negative Nachrichten und Ergebnisse

- Stationäre Behandlungen in der Psychiatrie: 4 Personen (In einem Fall mit Suizidgedanken)
- Stationäre Behandlungen im Krankenhaus: 1 Person
- Betreuung einer Klientin in der JVA: 1 Person (Wegen „illegalem“ Aufenthalt)
- Betreuung zweier Klientinnen in Kooperation mit Frauenhäusern
- „Freiwillige Rückkehr“ ins Heimatland: 1 Familie (Mutter mit drei Kindern)

4) Kurzer Überblick zu einigen Neuerungen

A. Inkrafttreten des § 25a des AufenthG

Mit der Einführung von § 25a AufenthG hat der Gesetzgeber mit dem „Gesetz zur Bekämpfung der Zwangsheirat“ - in Kraft getreten am 01.07.2011 (BGBl. I 30.06.2011) - eine stichtagsfreie Bleiberechtsregelung für einen Teil der in Deutschland aufgewachsenen und gut integrierten Jugendlichen und Heranwachsenden geschaffen. Diese Regelung ergänzt die gesetzliche Altfallregelung gemäß §§ 104a und 104b Aufenthaltsgesetz, sowie die Bleiberechtsregelung der Innenministerkonferenz vom 17.11.2006 mit dem Beschluss der Innenministerkonferenz vom 04.12.2009 zur Verlängerung der gesetzlichen Altfallregelung. (Asylnet.de)

Der Begriff „gut integrierte Jugendliche und Heranwachsende“ bewertet den Menschen nach seinen Leistungen und verfestigt damit eine diskriminierende Ansicht. Es mag sein, dass einige Jugendliche und Heranwachsende durch dieses Gesetz zu „besseren Leistungen“ motiviert werden, allerdings vermittelt das Gesetz auch das Gefühl, dass sie nicht als Menschen gesehen werden, sondern als „Leistungserbringer“. Zudem werden sich Personen, die nicht in diese Kategorie fallen, als Menschen zweiter Klasse fühlen und damit können sie sogar, wenn man in der Logik des Gesetzgebers bleibt, jegliche Motivation für weitere „Leistung“ und Verbesserung dauerhaft verlieren. So wird die Politik den gesellschaftlichen Boden für Ungerechtigkeit, Hass und Kriminalität nähren und damit die Zukunft der gesamten Gesellschaft gefährden.

Mit § 25a bleibt der Aufenthaltsstatus der Familie der Jugendlichen unverändert, sodass sie mit einer Duldung weiterhin in Unsicherheit leben müssen. Da das Leben einer Flüchtlingsfamilie in Deutschland von „gut integrierten“ Jugendlichen und Heranwachsenden abhängig ist, müssen diese eine enorme Belastung und Verantwortung übernehmen. Langfristig wird diese Politik, die das individuelle Schicksal von Menschen ignoriert, mehr psychische und psychosoziale Probleme und so unnötige Kosten für die Gesellschaft verursachen. Der richtige Weg wäre, langjährigen Flüchtlingen in Deutschland eine Perspektive zu geben und mit einer gesetzlichen Bleiberechtsregelung ohne Stichtag und Sippenhaft die Kettenduldung abzuschaffen.

B. Bleiberechtsregelungen

Die Innenministerkonferenz hat am 09.12.2011 vereinbart, dass eine Verlängerung der zum Jahresende auslaufenden Bleiberechtsregelung auf landesrechtlicher Grundlage möglich ist. Das dürfte auf Seiten der Betroffenen einerseits Erleichterung auslösen, andererseits geht die Hängepartie zum Thema einer Bleiberechtsregelung mit Dauerwirkung weiter. Denn ein mögliches Gesetzgebungsverfahren benötigt Zeit. (Pro Asyl)

Bis zur Abfassung dieses Berichts (31.01.2012) hat das Innenministerium Nordrhein-Westfalens den Personen, die unter die Bleiberechtsregelungen fallen, noch keinen Erlass gegeben. Die Ausländerbehörde verlängert die Aufenthaltserlaubnis der Betroffenen nur für drei Monate. Alle betroffenen Personen und ihre Familien bleiben so in Ungewissheit und weil sie gerade keinen gültigen Pass besitzen, haben sie große Angst vor einer Abschiebung. Ein solches von Angst geprägtes Klima sorgt dafür, dass alle Familien unter permanentem Stress weiter leben müssen.

C. Einrichtung eines Flüchtlingsozialdienstes für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge

Im Jahr 2011 ist die Anzahl von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen (UMF), die durch Jugendhilfeeinrichtungen bei uns Beratung suchen, weiter gestiegen. Die Arbeit ist sehr intensiv, weil man viele Gespräche mit KlientInnen, BetreuerInnen, PsychologInnen, Vormund und Ämtern koordinieren und führen muss. Dieses Arbeitsgebiet ist für die Jugendhilfeeinrichtungen neu, daher sind die MitarbeiterInnen in Asyl- und Aufenthaltsverfahren noch nicht geschult. Man ist nicht nur mit einem/ einer Bezugsbetreuer/in in Kontakt, sondern mit immer wechselnden Personen, daher muss man anderen Teamkollegen viele Punkte von neuem erklären. Die Arbeit mit UMF ist sehr sensibel und somit sehr zeitintensiv. Wegen dieser Faktoren hat der Vorstand der MFH beschlossen, eine neue Fachkraft nur für UMF einzustellen. Die neue Kollegin, Kader Dugru, ist Sozialarbeiterin, Sozialpädagogin und seit September 2011 zuständig für die UMF.

5) Schwerpunkt Unterbringung

2011 beantragte der Flüchtlingssozialdienst für drei Klienten, die in Sammelunterkünften lebten, bei den zuständigen Sozialämtern Privatwohnungen, die bewilligt wurden. Der Antragsprozess kann Monate dauern, bis er abgeschlossen ist. Die Lebenssituation in Flüchtlingsheimen bzw. Gemeinschaftsunterkünften ist sehr schlecht und meist unmenschlich. Rechtliche Grundlagen dafür sind § 53 Asylverfahrensgesetz (AsylVfG) und § 2 Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). AsylbewerberInnen, „geduldete Flüchtlinge“ und Flüchtlinge mit humanitärer Aufenthaltserlaubnis, die unter das Asylbewerberleistungsgesetz fallen, sind nach § 2 AsylbLG verpflichtet die ersten vier Jahre in Gemeinschaftsunterkünften zu leben; dies sind meist alte Kasernen, Container, heruntergekommene Häuser oder Gewerbebauten.

1. Fall-Beispiel: Frau N. leidet unter einer mittelgradigen depressiven Episode mit Somatisierungen, Reizbarkeit, Migräne, Kopfschmerzen, Hyperästhesie, Unruhezuständen und Anpassungsstörungen. Wegen ihrer Krankheit wurde sie 16 Tage in einer LWL-Klinik behandelt, Abteilung Psychiatrie und Psychotherapie. Frau N. und ihr Ehemann wohnen in einem 20 qm großen Zimmer in einem Flüchtlingsheim. Das Heim hat ca. 80 BewohnerInnen, darunter ca. 30 Kinder vom Säuglingsalter bis zu 15 Jahren, die selbstverständlich schreien und sehr laut zusammen spielen. Aus unterschiedlichen Gründen gibt es auch immer wieder lautstarke Auseinandersetzungen zwischen den Erwachsenen, die aus unterschiedlichen Herkunftsländern stammen.

Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Wohnsituation von Frau N. und der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes. Obwohl Frau N. regelmäßig in therapeutischer Behandlung ist und entsprechende Medikamente nimmt, kann zur Zeit keine Verbesserung ihres psychischen Zustandes festgestellt werden. Dr. med. S. P., der behandelnde Facharzt, weist in seiner Bescheinigung von 2010 explizit auf das private Umfeld von Frau N. hin: „Aus ärztlicher Sicht ist es dringend erforderlich, dass die Betroffene eine ruhigere Wohnung erhält.“

2. Fall-Beispiel: Frau R. leidet unter einer chronischen posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS) (DSM-IV:309.81/ICD-10:F43.1) mit ausgeprägt depressiven Komponenten und schweren Ängsten und Panikattacken (DSM-IV:296.23/ICD-10:F32.3). Ebenso leidet Frau R. u.a. unter folgenden somatischen Beschwerden: Ständiges Druckgefühl in Kopf und Ohren, Ohrgeräusche, starke Kopfschmerzen und Migräne („Kopfblockade“), Atmungsschwierigkeiten („ich ersticke“), Zittern, Schwindel, Erbrechen, schwerer Druck in der Brust, diffuse und starke Schmerzen in den Beinen und den Füßen, starke Rückenschmerzen, auch in Hals und Schultern, starke Müdigkeit und Erschöpfung („ich würde am liebsten den ganzen Tag schlafen“), starke Menstruationsschmerzen. Frau R. befand sich im September 2011 für 6 Tagen im Marien-Hospital zur stationären Behandlung.

Das Flüchtlingswohnheim befindet sich etwas abseits der Innenstadt. Es leben viele Kinder dort; lediglich eine Mietpartei hat keine Kinder. Die Haustür ist Tag und Nacht geöffnet, der Hausflur ist zugig; insgesamt macht das Haus einen sehr hellhörigen Eindruck. Direkt anliegend befindet ein weiteres Gebäude des Flüchtlingsheims mit eigenem Eingang, angrenzend an das Heim befindet sich eine Schule. Die 34 qm große Wohnung der Klientin besteht aus einem sehr kleinen Flur, einem vom Flur abgehendes Bad, einem Wohn-Koch-Raum und einem Schlafzimmer. Alle Räume, bis auf den Flur, verfügen über Fenster. Im Schlafzimmer steht das Bett bedingt durch den Schnitt des Zimmers, direkt unter dem Fenster. Alle Fenster liegen zu der Seite gerichtet, an der das Schulgelände liegt. In der Wohnung kann man deutlich Geräusche (Treppensteigen u.ä.) und Unterhaltungen im Hausflur verstehen; die Zwischentür zwischen Flur und Wohn-Koch-Raum dämpft dies kaum ab. Auch können lautere Gespräche, Babygeschrei u.ä. aus den angrenzenden Wohnungen gehört werden. Auch bei geschlossenem Fenster kann man die Geräusche vom angrenzenden Schulhof vor allem während der Pausen und vor und nach Beginn des Schultages deutlich hören. Die Situation verändert sich nachmittags kaum, da viele Kinder aus dem Heim dort spielen. Zusätzlich finden am Wochenende in der direkt gegenüber der Wohnung liegenden Aula häufig Veranstaltungen statt. Ebenfalls kann man auch bei geschlossenem Fenster den Schienenverkehr (DB und Straßenbahn) deutlich hören. Es besteht ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Wohnsituation von Frau R. und der Verschlechterung ihres Gesundheitszustandes. Die Wohnung wird von der Klientin seit September 2009 bewohnt. Obwohl sie regelmäßig in therapeutischer Behandlung ist, kann zurzeit keine Verbesserung ihres psychischen Zustandes festgestellt werden. Neben den psychischen Belastungen löst der permanente Geräuschpegel bei Frau R. Nervosität und in der Folge starke Kopfschmerzen aus. Da sie sich in der Schwangerschaft befindet, kann sie keine schmerzlindernden Mittel einnehmen.

Position der medizinische Flüchtlingshilfe Bochum zu Unterbringung von Flüchtlingen

Seit ihrem Bestehen bekämpft die MFH die Unterbringung von AsylbewerberInnen und Flüchtlingen in Sammelunterkünften, wie z.B. den Übergangwohnheimen. Die MFH bezieht sich dabei in ihrer Kritik nicht nur auf grundsätzliche humanitäre Anforderungen an den Umgang mit Flüchtlingen in Deutschland. In den Beispielen steht die mit der Unterbringung zwangsweise verbundene Lebensweise der Flüchtlinge in unmittelbarem Verdacht, gesundheitsschädigende Wirkungen für die Betroffenen zu fördern. So gilt es als erwiesen, dass Lebensbedingungen in Unterkünften, in denen es wegen schlechter Bausubstanz zu Feuchtigkeit und Schimmelbefall gekommen ist, Asthma, andere Atemwegserkrankungen und Allergien herbeiführen können.

Zudem ist gesichert, dass die Unterbringung in Massenunterkünften, mit der einhergehenden Störung von Intimität und fehlenden Rückzugsmöglichkeiten Aggressionen und Konflikte zwischen Familienmitgliedern und Nachbarn schürt, sowie in statistisch signifikanter Häufigkeit seelische Erkrankungen, u.a. Depressionen und Ängste auslöst. Hierzu trägt vor allem die mit der Massenunterbringung verbundene Aufhebung der Schutzfunktion der eigenen Wohnung bei.

Die Evidenz der geschilderten Zusammenhänge wurde auf der Konferenz der Umwelt- und Gesundheitsminister der europäischen Mitgliedsstaaten der Weltgesundheitsorganisation (WHO) vom 23. - 25. Juni 2004 in Budapest bekräftigt. In der Abschlusserklärung verpflichteten sich die Mitgliedsstaaten gesundheitsschädigende Wohnsituationen vorrangig zu beheben.

Ferner muss man auch auf die Verpflichtung der Bundesregierung im Rahmen der Erklärung zur Sicherung der gesundheitlichen Wohnsituationen hinweisen (EUR/04/5046267/BD/1). Hier sind unter anderem folgende Punkte zu beachten: 14a., 14b., 14c. der „Erklärung Wohnen und Gesundheit, ein Überblick - Vierte Ministerielle Konferenz Umwelt und Gesundheit-2004“.

http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0010/88579/E83335G.pdf

Aus diesen Gründen hält die MFH die Abschaffung von Sammelunterkünften, so auch der Übergangwohnheime, für grundsätzlich erforderlich.

Zum Schluss möchte ich mich an dieser Stelle bei allen Freunden und Freundinnen, die im Jahr 2011 die Arbeit des Flüchtlingssozialdienstes unterstützt haben, recht herzlich bedanken.

Hanif Hidarnejad („Gahraman“), Februar 2012