

Die gesundheitliche Situation von Flüchtlingen – eine Untersuchung der kommunalen Gesundheitsversorgung in Münster und Osnabrück

Diplomarbeit

im Fachbereich Oecotrophologie
an der
Fachhochschule Münster

vorgelegt von:

Andreas Beier

im April 2007

Erstprüfer: Prof. Dr. Joachim Gardemann (Fachhochschule Münster)

Zweitprüferin: Dr. Birgit Behrens (Universität Osnabrück)

Inhaltsverzeichnis

| | | |
|------------|---|------------|
| 1.0 | Einleitung | 7 |
| 2.0 | Die theoretischen Grundlagen | 11 |
| 2.1 | Migration | 11 |
| 2.2 | Historischer Rückblick auf die Entwicklung des internationalen Flüchtlingsschutzes | 16 |
| 2.3 | Die Definition des Flüchtlingsbegriffes | 21 |
| 2.4 | Die weltweite Flüchtlingssituation | 26 |
| 2.4.1 | <i>Die europäische Flüchtlingssituation</i> | 30 |
| 2.5 | Die gesetzliche Rahmenbedingungen | 37 |
| 2.5.1 | <i>Die 'Harmonisierung' der Europäischen Union (EU)</i> | 37 |
| 2.5.2 | <i>Die deutsche Gesetzgebung</i> | 45 |
| 2.5.2.1 | <i>Das Zuwanderungsgesetz</i> | 55 |
| 2.5.2.2 | <i>Die Bleiberechtsregelung</i> | 61 |
| 2.5.2.3 | <i>Die Abschiebung</i> | 66 |
| 2.6 | Die Lebenssituation der Flüchtlinge in Deutschland | 71 |
| 2.6.1 | <i>Die Wohnsituation von Flüchtlingen</i> | 76 |
| 2.6.2 | <i>Der allgemeine Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten</i> | 82 |
| 2.6.2.1 | <i>Traumabedingte psychische Belastungen</i> | 86 |
| 2.6.3 | <i>Die allgemeine Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge</i> | 91 |
| 2.6.3.1 | <i>Der Abbau von Zugangsbarrieren</i> | 95 |
| 2.6.4 | <i>Der Gesundheitsstatus und die gesundheitliche Versorgung einzelner Flüchtlingsgruppen</i> | 104 |
| 2.6.4.1 | <i>Ein Leben in der 'Illegalität'</i> | 104 |
| 2.6.4.2 | <i>Minderjährige Flüchtlinge</i> | 109 |
| 2.6.4.3 | <i>Frauen</i> | 118 |
| 2.6.4.4 | <i>Ältere Flüchtlinge</i> | 121 |
| 3.0 | Die eigenen Erkenntnisse | 124 |
| 3.1 | Die methodische Herangehensweise | 124 |
| 3.2 | Die Untersuchung der gesundheitlichen Versorgungssituation für Flüchtlinge in Osnabrück/Niedersachsen | 141 |
| 3.3 | Die Untersuchung der gesundheitlichen Versorgungssituation für Flüchtlinge in Münster/Nordrhein-Westfalen | 159 |
| 4.0 | Die Ergebnisdiskussion | 184 |
| 4.1 | Fazit | 193 |
| 4.2 | Abschließende persönliche Betrachtung | 198 |
| 5.0 | Zusammenfassung | 200 |
| 6.0 | Literaturverzeichnis | 204 |
| 7.0 | Anhang | 246 |

Abbildungsverzeichnis

| | | |
|-------------|---|-----|
| Abb. 2.5.1: | Die drei Säulen der Europäischen Union (EU) | 40 |
| Abb. 7.1.1: | Gate-Keeping-System der Unité mobile | 248 |
| Abb. 7.2.1: | ´Ausländische` ÄrztInnen in Deutschland | 250 |

Tabellenverzeichnis

| | | |
|-------------|--|-----|
| Tab. 2.4.a: | weltweite Flüchtlingszahlen | 28 |
| Tab. 2.5.a: | Verschärfung des Asylrechts durch die Änderung des Artikels 16 GG | 47 |
| Tab. 2.5.b: | Überblick über die Asylanträge 1995 bis 2006 und deren Entscheidung | 49 |
| Tab. 2.5.c: | Asylanträge Januar bis März 2007 | 49 |
| Tab. 2.5.d: | Leistungen nach dem <i>Asylbewerberleistungsgesetz</i> (AsylbLG) | 50 |
| Tab. 2.5.e: | Bemessungsgrenzen für einen gesicherten Lebensunterhalt | 63 |
| Tab. 2.6.a: | Anträge im Asylverfahren auf Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung | 87 |
| Tab. 2.6.2: | Die 12 Kriterien ´guter Praxis` für auf ´sozial Benachteiligte` ausgerichtete Projekte im Umwelt- und Gesundheitsbereich | 102 |
| Tab. 3.1.a: | Kataloge zur Literaturrecherche I | 124 |
| Tab. 3.1.b: | Kataloge zur Literaturrecherche II | 125 |
| Tab. 3.1.c: | Experteninterviewpartner Münster I | 135 |
| Tab. 3.1.d: | Experteninterviewpartner Osnabrück I | 136 |
| Tab. 3.1.e: | GesprächspartnerInnen aus Osnabrück und Münster | 137 |
| Tab. 3.2.a: | Experteninterviewpartner Osnabrück II | 141 |
| Tab. 3.2.b: | Anzahl der Flüchtlinge in Osnabrück | 145 |
| Tab. 3.3.a: | Experteninterviewpartner Münster II | 159 |
| Tab. 3.3.b: | gekürzte Leistungen nach § 1a <i>AsylbLG</i> | 165 |
| Tab. 3.3.c: | Übergangswohnheime in Münster | 172 |

Begriffserläuterungen

Community: engl.: Gemeinschaft. Als Community wird die ethnische Gemeinschaft in einem Nicht-Herkunftsland beschrieben, welche den Angehörigen dieser Gemeinschaft, Zusammenhalt, Vertrautheit, sprachliches und kulturelles Verständnis, aber auch Schutz bieten kann.

Compliance: engl.: Einwilligung, Verständnis. Die Compliance beschreibt, inwieweit das Verhalten und die Mitwirkung der Patientin/des Patienten hinsichtlich der Medikamenteneinnahme und sonstigen Hinweisen und Empfehlungen der Ärztin/des Arztes mit diesen übereinstimmt. Die gewünschte Therapiekooperation zwischen Ärztin/Arzt und PatientIn kann durch vielerlei Faktoren gestört werden. Besonders im Hinblick auf Menschen mit Migrationsvorgeschichte wird eine hohe Non-Compliance beschrieben.¹

Doctors-hopping: engl.: ÄrztInnenwechsel. Als doctors-hopping wird das Phänomen umschrieben, dass besonders Flüchtlinge aufgrund von Verständigungs- und Kommunikationsschwierigkeiten und unterschiedlicher Erwartungen, in der Hoffnung auf medizinisches Verständnis und schneller Heilung, einen häufigen ÄrztInnenwechsel vornehmen. Dadurch summieren sich die Kosten für die Behandlungen, und es erhöht die Gefahr einer Polypragmasie und eines Medikamentenmissbrauchs.

Bei dem in den vorliegenden Literaturquellen zumeist verwendete Begriff des 'doctor-shoppings', handelt es sich m.E. um ein vielfach verwendetes Zitat mit einem Rechtschreibfehler, der die Bedeutung des Begriffes jedoch deutlich verändert.

Empowerment: Selbstbefähigung, Er-/Bemächtigung; Stärkung der positiven Kräfte und Fähigkeiten der/des Einzelnen für dauerhafte Problemlösungen; Empowerment umschreibt die Förderung eigener Stärken im Sinne von Selbstbestimmung und Lebensautonomie.

¹ vgl. Bielefeld, 2004, S. 39-40

Ethnie/ethnisch: Trotz der im politischen Kontext schwierigen Bedeutung des Begriffes ´Ethnie`, wird dieser Begriff in einigen Teilen der vorliegenden Arbeit beibehalten, da die Verwendung ausschließlich der Verdeutlichung kultureller Heterogenität und Vielfalt dient, aber keinesfalls einer Kategorisierung der Menschen.

Flugreisetauglichkeit: In einer Antwort auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sevim Dagdelen, Dr. Hakki Keskin und der Fraktion DIE LINKE., betonte die *Bundesregierung* den Begriff der Flugreisetauglichkeit, an dem „festgehalten werden“ und somit nicht auf den Begriff der „Reisefähigkeit reduziert werden“ soll. Im Hinblick auf diese deutliche Stellungnahme der *Bundesregierung* wird in der vorliegenden Arbeit ebenfalls der Begriff ´Flugreisetauglichkeit` verwendet, um den politischen Kontext dieses Begriffes hervorzuheben.²

Ghettoisierung: siehe Segregation

Illegalisierte: In der vorliegenden Arbeit umfasst der Begriff Illegalisierte all jene Menschen, die ohne einen rechtlichen Aufenthaltsstatus in dem jeweiligen Zielland leben. Sie werden offiziell als illegal Aufhältige bezeichnet und somit illegalisiert, kriminalisiert, diskriminiert und benachteiligt.

Kultur: Die Benutzung des Begriffes ´Kultur` in der hier vorliegenden Arbeit, umschreibt verkürzt die heterogene und individuelle Vielfalt kultureller Einflüsse und Erfahrungen eines Menschen, und nicht etwa um homogene (und voneinander abgrenzbare) Kulturen.

Segregation: Segregation, wie auch die Ghettoisierung, beschreibt eine Situation der gesellschaftlichen Ausgrenzung³, der Konzentration sozialer Gruppen in bestimmten Stadtgebieten. Als Ursachen (freiwillige und unfreiwillige) dafür benennt

² vgl. Deutscher Bundestag, 2006, S. 13

³ Ausgrenzung auf der ökonomischen (fehlender Zugang zum Arbeitsmarkt), institutionellen (fehlender Zugang zu sozialstaatlichen und politischen Institutionen), kulturellen (z.B. Diskriminierungen) und sozialen (eingeschränkte soziale Kontakte) Ebene (vgl. Tempel, 2006, S. 32-34).

Tempel u.a. den beschränkten Zugang zum Wohnungsmarkt, die Wohnungszuweisung seitens der Behörden (sozialer Wohnungsbau), aber auch das Alter, der Lebensstil und die Herkunft.⁴

Transkulturalität, Interkulturalität, Kultursensibilität, Kulturkompetenz: Diese Begriffe beschreiben prinzipiell eine bestimmte Herangehensweise, die Hälg, Salis Gross, Wallimann, Wick Marcoli wie folgt, beschreiben: „Im Zentrum der transkulturellen Kompetenz steht nicht die `Kultur` der anderen Person, sondern die Interaktion mit derselben. [...] Deshalb ist es in erster Linie wichtig, dass sich die (medizinische) Fachperson mit den eigenen soziokulturellen Werthaltungen und Hintergründen auseinandersetzt“.⁵

⁴ vgl. Tempel, 2006, S. 32

⁵ Hälg, Salis Gross, Wallimann, Wick Marcoli, 2004

1.0 Einleitung

Weltweit befinden sich weit mehr als 21 Millionen Menschen auf der Flucht. Viele von ihnen fliehen vor bürgerkriegsähnlichen Zuständen in ihrem Herkunftsland, aus politischen, sozioökonomischen Gründen oder aufgrund der Auswirkungen des globalen Klimawandels. Neben einer hohen Anzahl von Binnenflüchtlingen, verfolgt ein Teil dieser Menschen das Ziel, vom afrikanischen Kontinent aus auf dem Seeweg, das europäische Festland zu erreichen. Bei diesem Versuch starben in den vergangenen Jahren bereits mehrere tausend Menschen.

Die verstärkte Sicherung der EU-Außengrenzen durch weitreichende, sicherheitspolitisch begründete Maßnahmen, soll eine Abschottung Europas, der 'Festung Europa', garantieren und die unerwünschte Einreise von Flüchtlingen verhindern. Diese extreme Abschottungspolitik führt dazu, dass nur ein verhältnismäßig kleiner Teil der Flüchtlinge es bis in die Metropolen Europas zu flüchten schafft, um dort den vermeintlichen Schutz zu suchen. Ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus erwartet sie ein Leben in sozialer Ungerechtigkeit, Ausbeutung, Diskriminierung, Kriminalisierung und Illegalisierung. Sie fühlen sich häufig aufgrund der Einschränkungen des Alltäglichen, missachtet und ausgegrenzt. Eine rigide Asylpraxis und nationale Gesetzesverschärfungen zeichnen von den Flüchtlingen ein gesellschaftliches Bild als ungebetene Gäste, die wie Fremdkörper mit allen Mitteln zum Verlassen des Schutzraumes bewegt werden sollen. Es werden bilaterale Verträge geschlossen und Rückübernahmeabkommen mit außereuropäischen Ländern getroffen, um Flüchtlinge abschieben zu können.

Die Verschärfungen der europäischen und besonders deutschen Asylpraxis ist gekennzeichnet von sinkenden Flüchtlingszahlen, einer abnehmenden Asylanerkennungsrates und steigenden Abschiebungsquote.

Dieses kontinentale Vorgehen gegen unerwünschte Zuwanderung zeigt sich richtungsweisend auch für die einzelnen Rechtssysteme der EU-Mitgliedsländer.

Es werden Lager errichtet, in denen Flüchtlinge keine Möglichkeit erhalten, ein selbstbestimmtes und freies Leben zu führen. Zentralisiert untergebracht, werden die Betroffenen zunehmend isoliert und ihre bürgerlichen Rechte missachtet. Ein schnelles Asylverfahren ermöglicht den Staaten eine schnelle *Abschiebung* in ein, ihrer Ansicht nach, sicheres Drittland, welches für die Aufnahme der Flüchtlinge durch Unterstützungszahlungen entschädigt wird.

Die bis nach Deutschland geflohenen Menschen erhalten die Möglichkeit, einen Antrag auf Asyl zu stellen, dessen Anerkennung jedoch aufgrund von Verschärfungen des Asylrechts zunehmend gefährdet wird. Die Lebenssituation der Flüchtlinge ist häufig von Angst vor Ausgrenzung, Diskriminierung und *Abschiebung* geprägt. Fehlende Perspektiven und eingeschränkte Gestaltungsfreiheiten eines wenig selbstbestimmten Lebens verstärken die gesundheitlichen Belastungen und erhöhen den psychischen Druck. Die staatliche Versorgung der Flüchtlinge zeigt vielfältige Defizite.

Grundsätzlich ist Flucht und Migration mit spezifischen Gesundheitsgefahren und -risiken verbunden. Die Menschen stellen spezifische Forderungen und Bedarfe an die Gesundheitsversorgungssysteme. Sie sind stärker gesundheitlichen Beeinträchtigungen und Belastungen ausgesetzt, die unter Umständen in einem schlechteren Gesundheitsstatus sichtbar werden. Dies führt zu einer besonderen Herausforderung, auf die die Politik und vorrangig die Regeldienste der Gesundheitsversorgung verantwortungsvoll und angemessen reagieren müssen. Im Vordergrund stehen dabei der Abbau vielfältiger Zugangsbarrieren sowie die transkulturelle Öffnung der Regeleinrichtungen. Nur in wenigen Kommunen werden Angebote einer medizinischen Versorgung Illegalisierter angeboten. Ältere und körperlich beeinträchtigte Flüchtlinge, Frauen sowie Kinder und Jugendliche sind aufgrund ihrer besonderen Bedarfe der Versorgung zusätzlich benachteiligt. Allgemein wird die Versorgungslage der Flüchtlinge als sehr defizitär beschrieben. Dabei steht Deutschland in der Verantwortung, die Versorgung aller hier lebenden Flüchtlinge zu gewährleisten.

Die Eigenständigkeit und föderale Struktur der Bundesländer, verpflichtet diese, und letztendlich die Kommunen, sich diesen Herausforderungen u.a. einer zielgerichteten Gesundheitsversorgung der ihnen zugeteilten Flüchtlingen zu stellen.

In der vorliegenden Arbeit soll diese unterschiedliche Herangehensweise am Beispiel von zwei Städten aus unterschiedlichen Bundesländern untersucht werden. Hierbei geht es um die Frage, wie sich die Städte Osnabrück (Niedersachsen) und Münster (Nordrhein-Westfalen) der Herausforderung einer zielgerichteten Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge stellen. Die beiden Städte verbindet neben der infrastrukturellen Verknüpfung durch den gemeinsamen Flughafen Münster/Osnabrück (FMO), eine tief verwurzelte Städtegemeinschaft durch den 1246 geschlossenen Westfälischen Städtebund und ihrer friedenspolitischen Ausrichtung. Bei diesen beiden Bischofsstädten handelt es sich um die zentralen Orte des Westfälischen Friedens von 1648.

Trotz ihrer räumlichen Nähe zeigen sich deutliche Unterschiede der Versorgungsstrukturen und politischen Handlungsmaßstäben in Bezug auf Flüchtlinge. Eine Darstellung der Gesundheitsversorgungssituation beider Städte soll einen differenzierten Einblick in die Versorgungsstrukturen für Flüchtlinge geben und mit als Grundlage für die Formulierung politischer Forderungen und Handlungsansätze dienen. Hierzu werden zehn ExpertInnen aus den Bereichen 'Stadtverwaltung/ Sozialamt/Gesundheitsamt', 'städtischer AusländerInnen-/Migrationsbeirat' und 'unabhängige UnterstützerInnenorganisation', interviewt.

Beginnend mit einer Beschreibung der methodischen Herangehensweise mit den Erläuterungen zur Methodenwahl, befasst sich der erste Teil der Ergebnisdokumentation mit den Gründen für und Hintergründen von Migration, einem historischen Rückblick auf die Entwicklung des internationalen Flüchtlingsschutzes und dem Versuch einer Flüchtlingsdefinition.

Die Betrachtung der globalen und europäischen Flüchtlingssituation erfolgt im engen Zusammenhang mit der Darstellung der gesetzlichen Rahmenbedingungen. Die spezifische, europäische Gesetzgebung bildet die Einleitung in die nähere Betrachtung des deutschen Rechtssystems.

Den rechtlichen Entwicklungen gegenüber steht die Lebenssituation der Flüchtlinge in Deutschland. Diese wird anhand der beeinflussenden Faktoren für den Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten der Flüchtlinge beschrieben. Die allgemeine Gesundheitsversorgung im Hinblick auf einzelne Flüchtlingsgruppen bildet den Abschluss des theoretischen Teils der Untersuchung und den Übergang zur Betrachtung der regionalen Strukturen. Der zweite Teil der Ergebnisdokumentation erlaubt die Darstellung und Diskussion der Ergebnisse aus den Experteninterviews.

Die Betrachtung weltweiter Missstände und deren Auswirkungen auf die Benachteiligten und Betroffenen einer kapitalisierten und machtpolitisch orientierten Weltpolitik, aber auch das gesellschaftspolitische Anliegen, die Gesundheitsversorgungssituation für Flüchtlinge in Osnabrück und Münster kritisch zu beleuchten sowie der persönliche Bezug zu beiden Städten, waren Motivationsgründe für die Erstellung der vorliegenden Arbeit. Doch die entscheidende Initialzündung hatte eine Veranstaltung „zur gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen...“, die im Rahmen des Referates für Ökologie und Verkehr des Allgemeinen Studierenden Ausschuss der Fachhochschule Münster im Mai 2005 organisiert wurde. Als ReferentInnen waren eingeladen: Dr. Birgit Behrensen, Dr. Karim Mashkooi und Prof. Joachim Gardemann, die über die Situation der Flüchtlinge in Osnabrück und Münster berichteten.

Aufgrund der derzeit rasanten Entwicklungen der aufenthaltsrechtlichen Regelungen und gesetzlichen Umsetzungen auf Bundes- und Länderebene, und fast täglich neuen Meldungen, wurden ich in der vorliegenden Arbeit bis auf wenige Ausnahmen nur Daten bis inklusive 31. Januar 2007 berücksichtigt.

2.0 Die theoretischen Grundlagen

2.1 Migration

Unter dem Begriff der Migration werden die Wanderungsbewegungen von 5-10 Prozent der Weltbevölkerung verstanden, die aus individuell unterschiedlichen Gründen und Motivationen von einem in ein anderes Land ´wandern`. Verschiedene AutorInnen beschreiben Fluchtgründe, wie z.B. Armut, Hunger, Krankheit, Unterdrückung, Verfolgung, Krieg als „Druckfaktoren (push-factors)“⁶ der Migration. Dagegen werden die ziellandbezogenen Gründe, wie z.B. die mögliche Verbesserung der Lebensbedingungen, als „Sogfaktoren (pull-factors)“⁷ bezeichnet. Die inzwischen gebräuchlichen Begrifflichkeiten, wie z.B. ´Auswanderer`, ´Einwanderer`, ´Arbeitsmigranten`, ´Wirtschaftswanderer`, Flüchtlinge und Asylsuchende und die ihnen zugesprochenen „Identitäten“⁸, sind nach Ansicht Bades durch „staatliche Verwaltungs- bzw. Staatsinteressen“⁹ definierte Begriffe, die mit den „in aller Regel multiplen Migrationsidentitäten“¹⁰ wenig zu tun haben. Bade führt weiter aus, dass die ihnen so zugesprochenen „Identitäten“¹¹ den Druck erhöhen, sich den „amtlichen Fremdzuschreibungen“¹² anzupassen, um überhaupt eine Chance auf eine Einwanderung zu bekommen. Daher „geht es für die asylsuchenden Flüchtlinge [...] darum, ob ihre Geschichte in den Katalog der verfügbaren Zuschreibungen und damit in die Spielregeln des Aufnahmelandes passt“.¹³

Eine Vielzahl von individuellen Motivationen und Gründen erschweren eine klare Definition der vielfältigen Migrationsformen. Zwar könnten zum Beispiel „Überlebenswanderungen“ von Vertreibungen und Zwangsumsiedlungen unterschieden werden, jedoch sei beispielsweise eine Differenzierung nach „freiwilliger“ und „un-

⁶ Furnham, Kirkcaldy, Merbach, Siefen, Wittig, 2006, S. 873

⁷ ebd.

⁸ Bade, 2002a, S. 16

⁹ ebd.

¹⁰ ebd.

¹¹ ebd.

¹² ebd.

¹³ Bade, 2002a, S. 16; vgl. Bade, 2002a, S. 16; 2002b, S. 24, 42-44; Brandrup-Lukanows, 2000, S. 13; Furnham, Kirkcaldy, Merbach, Siefen, Wittig, 2006, S. 873

freiwilliger“ Migration¹⁴ nicht hilfreich und vereinfache die komplexen Fluchtmotivationen und Fluchtursachen.¹⁵

Bei den „Wanderungsbewegungen [...] in neue Lebensräume“¹⁶ handelt es sich nach Auffassung Bades um „sozial- und kulturhistorische Prozesse“.¹⁷ Menschen reagieren mit unterschiedlichen historischen, soziokulturellen und vor allem individuellen Lebenshintergründen¹⁸ auf „ökonomische und ökologische, soziale und kulturelle, aber auch religiös-weltanschauliche, ethnische und politische Existenz- und Rahmenbedingungen“.¹⁹ Nach Ansicht von Efionayi-Mäders lässt sich Migration nur selten „administrativ oder juristisch“²⁰ bestimmen. Beispielsweise nennt Bade die subsistentielle oder „existentielle Erwerbsmigration“ als eine Form der „wirtschaftlich und beruflich-sozial motivierten“²¹ Migration.²²

Sluzki gliedert den „Verlauf des Migrationsprozesses“²³ in fünf Phasen, die von individuellen Ressourcen, Krisen, Bewältigungs- und Umsetzungsstrategien abhängig sind.

Die erste Stufe beinhaltet die Vorbereitungsphase, in der sich die Motivationsgründe für eine Migration mit all ihren Entscheidungen, Notwendigkeiten und Abwägungen entwickeln. Die zweite Phase ist der „Migrationsakt“.²⁴ Er beschreibt den Prozess der Wanderung, der einige Stunden aber auch Wochen, Monate oder Jahre dauern kann. Die dritte „Phase der Überkompensierung“²⁵ verdeutlicht die besonders in den ersten Monaten auftretenden Belastungen, in denen die betroffenen Menschen ein „Höchstmaß an Anpassungsfähigkeit“²⁶ zeigen. Jedoch kann diese

¹⁴ „Freiwillige“ und „unfreiwillige“ Migration sind jedoch gleichzeitig gebräuchliche Begriffe im politischen und wissenschaftlichen Diskurs und werden von den Medien in der Berichterstattung und in der öffentlichen Diskussion verwendet (vgl. Bade, 2002b, S. 22-23).

¹⁵ vgl. Bade, 2002b, S. 22-23; Jordan, 1999, S. 3

¹⁶ Schoop, 1994, S. 4

¹⁷ Bade, 2002b, S. 21, 25

¹⁸ Borde, David, 1999, S. 7

¹⁹ Bade, 2002b, S. 21, 25

²⁰ Efionayi-Mäders, 2005

²¹ Bade, 2002b, S. 22-23

²² vgl. Bade, 2002b, S. 21-23, 25; Borde, David, 1999, S. 7; Efionayi-Mäders, 2005; Schoop, 1994, S. 4

²³ Sluzki, 2001

²⁴ ebd.

²⁵ ebd.

²⁶ ebd.

Phase auch durch den hohen psychischen Druck, psychosomatische Belastungsstörungen auslösen. Auf der vierten Stufe, der Dekompensationsphase zeigen sich häufig die Folgen dieser Anpassung an die neuen Bedingungen in Form von „Konflikten, Symptomen und Problemen“²⁷ aufgrund kultureller, traditioneller sowie sozialer Gewohnheiten und Überzeugungen. Diese führen wiederum zu der Entstehung massiver multimorbider Krankheitssymptome.

Die fünfte Phase ist gekennzeichnet durch die „generationsübergreifenden Anpassungsprozesse“.²⁸ Sie äußern sich in Konflikten und Widersprüchen zwischen den Generationen; zwischen traditionellen Werten der ‚MigrantInnen‘ und modernen Überzeugungen der „Aufnahmegesellschaft“.²⁹

Die Betrachtung und vor allem Berücksichtigung der einzelnen Migrationsphasen, in der sich die betroffene Person gerade befindet, kann nach der Theorie Sluzkis bei der Ausgestaltung individueller Behandlungs- oder Beratungskonzepte hilfreich sein.³⁰

Für Domenig ermöglicht der Migrationsprozess darüber hinaus die Entstehung „globaler, transnationaler Beziehungsnetze“³¹ durch die anhaltenden engen Bindungen an die „sozialen Netze“³² in den Herkunftsländern. Diese beeinflussen und prägen den Lebensalltag der Menschen durch ihre spezifische Migrationsgeschichte. Die demographische Entwicklung der Länder Europas, besonders von Deutschland, ist nach Ansicht von Birg von der Zuwanderung abhängig. Birg prognostiziert, zwischen 2015 und 2020 werde der Anteil der Zugewanderten unter den 40-jährigen in Großstädten mehr als 50 Prozent betragen. Doch nach Rethmann hat das „demographische Argument [...] eine begrenzte Aussagekraft“³³, da die „Zuwanderer“³⁴ die „hinter der demographischen Überalterung stehenden Probleme [...] nicht kompensieren können, zumal sie sich selbst mit zunehmender Integration auch an das Fertilitätsverhalten der Aufnahmegesellschaft anpassen“.³⁵

²⁷ ebd.

²⁸ ebd.

²⁹ ebd.

³⁰ vgl. Sluzki, 2001

³¹ Domenig, 2001, S. 33

³² ebd.

³³ Rethmann, 1995, S. 148

³⁴ ebd.

³⁵ Rethmann, 1995, S. 148; vgl. Birg, 2000, S. 189; Domenig, 2001, S. 33; Rethmann, 1995, S. 148

Backes beschreibt, welcher Wandel sich derzeit in der globalen Betrachtung vollzieht. Demnach galt die Migration aus der Sicht der Weltbank lange Zeit als problemfördernd. Sie stand einer Modernisierung und Entwicklung entgegen, und trug zu einer Zunahme von Armut bei. Inzwischen betont die Weltbank den Geldfluss ausländischer Devisen durch die Rücküberweisungen der ausgewanderten und geflohenen Menschen in ihre Herkunftsländer als eine positive Entwicklung. Begründet liegt diese aktuelle Sichtweise darin, dass diese Gelder die „globalen öffentlichen Mittel für Entwicklungszusammenarbeit (OPA)“³⁶ um das Dreifache übersteigen und somit „positive Effekte [...] auf die Ernährungssicherung, auf die Armutsreduzierung und damit auf die Erreichung der Millenniums-Entwicklungsziele“³⁷ haben.

Backes weist gleichzeitig auf gegenläufige Effekte dieser Entwicklung hin. Denn zum Einen kann diese Argumentation es den betreffenden Staaten ermöglichen, sich aus der sozialen Verantwortung zurückzuziehen. Zum Anderen werden hierbei die hohen Verschuldungen durch die hohen Kosten für die ‚Reise‘ der Verwandten in die Zielländer ausgeblendet. Außerdem kann die Migration einzelner FamilienmitgliederInnen eine finanzielle Mehrbelastung der zurückgebliebenen Familien bedeuten. Als ein weiteres Problem formuliert Backes die Abwanderung von Fachkräften (‚Brain Drain‘) z.B. nach Europa. In Sambia arbeiten nur noch 50 von 600 in Sambia ausgebildete ÄrztInnen, 16.000 ausgebildete Krankenschwestern arbeiten inzwischen in Kliniken anderer Länder. Auch in der landwirtschaftlichen Produktion werden zunehmend Menschen aus anderen Ländern eingestellt, die zu Dumpinglöhnen oft unter menschenunwürdigen Bedingungen, ohne soziale Absicherung und ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus arbeiten.³⁸

In der Auseinandersetzung um die „positiven Zusammenhänge von Migration und Entwicklung“³⁹ fehlt nach Ansicht Backes eine kritische Betrachtung der „strukturellen Ursachen sozialer Unsicherheit, wie etwa ruinöse Weltmarktkonkurrenz oder Privatisierung öffentlicher Güter“.⁴⁰ Schließlich ziele die alltägliche Praxis von MigrantInnen darauf ab, gesellschaftlich hergestellte soziale Unsicherheit indivi-

³⁶ Backes, 2007

³⁷ ebd.

³⁸ vgl. Backes, 2007

³⁹ Backes, 2007

⁴⁰ ebd.

duell zu bewältigen. Migration sei zuerst eine „reale Praxis von Menschen, die ihre benachteiligte Stellung in der ungleichen Weltwirtschaft, in hierarchischen Verhältnissen und in einem marginalisierten Umfeld durch eine »Globalisierung von unten« überwinden wollen“.⁴¹

Um der Antwort auf die Frage nach der Beendigung oder dem Schlusspunkt der Migration, bzw. der Flucht und dem Beginn des Niederlassens zu begegnen, erscheint auch die derzeit zumeist verwandte Umschreibung als ´MigrantInnen` oder ´Menschen mit Migrationshintergrund` unangemessen. Die Bezeichnung Migrationshintergrund impliziert, die Migration habe noch weiterhin bestand und wäre nicht beendet. Jedoch ist die Migration zu diesem Zeitpunkt beendet und daher als Migrationsvorgeschichte zu bezeichnen. So ist nach Ansicht Marinos´ die Bezeichnung ´mit einer Migrationsvorgeschichte` derer ´mit Migrationshintergrund` vorzuziehen, was in der vorliegenden Arbeit auch berücksichtigt wird.⁴²

⁴¹ vgl. Backes, 2007

⁴² vgl. Borde, David, 1999, S. 7; Marinos, 2007

2.2 Historischer Rückblick auf die Entwicklung des internationalen Flüchtlingsschutzes

Der Beginn eines historischen Rückblickes, hier in Bezug auf die Entwicklung des Flüchtlingsschutzes, lässt sich nur sehr schwer herausarbeiten. Die Geschichte der Migration, aber auch die der Flüchtlinge, mit all ihren Auswirkungen auf das Leben der Menschen, ist nach Meinung Landaus so alt wie die Menschheitsgeschichte selbst. Als ein historisches ´Datum` wird jedoch das 5. Jahrhundert erwähnt, in dem das Asylrecht erstmals „staatlicherseits anerkannt“⁴³ wurde.⁴⁴

Landau beschreibt in seinem historischen Rückblick die Ansicht des Rechtsgelehrten Hugo Grotius (1623), nach der „Flüchtlinge [...] aufgrund des Naturrechts auch das Recht [besitzen], zu einem gerechten Preis Nahrungsmittel, Kleidung und Arzneimittel zu erwerben“.⁴⁵ „Vertreiben dürfe man Fremde nicht“⁴⁶, so Landau weiter, sondern ist stattdessen daran gelegen „die Not gemeinsam erdulden“.⁴⁷ In den folgenden Jahrhunderten kam es nicht selten vor, dass die „städtische Armenkasse“⁴⁸ die Kosten für eine Heilbehandlung „Fremder“⁴⁹ aufkam. Ein Grund hierfür war vor allem die Angst vor tödlichen Krankheiten und Seuchen, wie Pest, Cholera, Tuberkulose oder Typhus. Bis zum 19. Jahrhundert entwickelte sich die Laien- und Volksmedizin zu einem professionalisierten Gesundheitssystem mit niedergelassenen ÄrztInnen, Krankenhäusern und Pflegeanstalten. Das Verständnis von Krankheit erfuhr eine Wandlung. Während einst „göttliche Strafen“⁵⁰ und „persönliche Schuld“⁵¹ als Gründe für Krankheit galten, richtete sich das Augenmerk zunehmend auf die medizinischen Ursachen für die körperlichen „Funktionsfehler“⁵². Die Ursachenbekämpfung entwickelte sich im 19. Jahrhundert zu einer präventiven,

⁴³ Landau, 1999, S.304

⁴⁴ vgl. Landau, 1999, S.304

⁴⁵ Landau, 1999, S.317-318

⁴⁶ ebd.

⁴⁷ Doering, 1999

⁴⁸ Marschalk, 2000, S. 32

⁴⁹ Marschalk, 2000, S. 33

⁵⁰ ebd.

⁵¹ ebd.

⁵² Marschalk, 2000, S. 34

kommunalen Gesundheitspflege, in der die Begriffe „Wohlbefinden, Krankheiten und Gesundheit“⁵³ eine neue Bedeutung erfuhren.⁵⁴

Während sich das völkerrechtliche Asyl im 17. Jahrhundert auf das Recht eines Staates gegenüber anderen Staaten bezog, ohne dass sich einzelne Menschen darauf berufen konnten, begründete der Philosoph und Rechtshistoriker Samuel von Pufendorf (1632-1694) nach Angaben Landaus dagegen das Menschenrecht naturphilosophisch, und beschrieb das Recht auf Asyl als „die Pflicht aller Menschen zur Gastfreundschaft“⁵⁵.⁵⁶ Caestecker beschreibt den Schutz von Flüchtlingen im 18. und 19. Jahrhundert als „ein Bekenntnis zur Menschenwürde“⁵⁷ und „einen der wichtigsten Werte“⁵⁸ in der europäischen Entwicklung. Scholler sieht dagegen, dass das „Recht und Staat bei der Behandlung des Asylrechts in einem gewissen Spannungsverhältnis zur Humanität“⁵⁹ stehen. Landau verweist auf die Verwurzelung der „dreihundertjährigen philosophischen Tradition europäischen und deutschen Denkens“⁶⁰ in der deutschen Asylgesetzgebung und betont dabei den Artikel 16a des *Grundgesetzes*. Lehmann, Kruse und Augustinos als Vertreter der unterschiedlichen Kirchenverbände, mahnen dagegen an, dass das deutsche Asylrecht nicht als Abschreckungsinstrument verwandt werden dürfe, sondern stattdessen christliche Humanität Teil des Asylrechts werden solle.⁶¹

Die Erfahrung des Flüchtlingselends in der Folge des Zweiten Weltkrieges bewog die Vollversammlung der *Vereinten Nationen* zur Verabschiedung der *Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte* am 10. Dezember 1948. Durch diese wurde jedoch nach Auffassung Landaus „nicht etwa ein Recht auf Asyl, sondern [...] eine Empfehlung, ein Rechtsinstitut des Asyls einzuführen“⁶² ausgesprochen.⁶³

⁵³ Marschalk, 2000, S. 32-35

⁵⁴ vgl. Doering, 1999; Landau, 1999, S.317-318; Marschalk, 2000, S. 32-35

⁵⁵ Der Grundgedanke dieser Philosophie entwickelte sich bereits im 4. Jahrhundert in der Reichskirche des römischen Reiches in der Gewährung eines Kirchenasyls (vgl. Landau, 1999, S. 303).

⁵⁶ Pufendorf zit. n. Landau, 1999, S.319

⁵⁷ Caestecker, 2006, S. 75-77

⁵⁸ ebd.

⁵⁹ Scholler, 1999, S. 325, 327

⁶⁰ Landau, 1999, S. 301-302

⁶¹ vgl. Doering, 1999; Caestecker, 2006, S. 75-77; Landau, 1999, S.301-302, 319, 334; Scholler, 1999, S. 325-333

⁶² Landau, 1999, S.301-302

⁶³ vgl. Landau, 1999, S.301-302, UNRIC, 2007

1950 verabschiedete der *Europarat* eine „Europäische Konvention zum Schutz der Menschenrechte und Grundfreiheiten“⁶⁴. Diese sollte verhindern, dass Flüchtlinge in Länder abgeschoben werden, in denen den Betroffenen Folter und Repression drohen. Um den Flüchtlingen in der Nachkriegszeit zu helfen, wurde der *Hohe Flüchtlingskommissariat der Vereinten Nationen* (United Nations High Commissioner for Refugees - UNHCR) als Unterorgan der *UN-Vollversammlung* am 1. Januar 1951 gegründet⁶⁵. Die Aufgabe des *UNHCR* besteht, neben dem Schutz der Flüchtlinge, durch die Einhaltung des Völkerrechts und der nationalen Asylregelungen, sowie der Weiterentwicklung des nationalen Flüchtlingsrechts, „die Rechte von Flüchtlingen in Lebensbereichen wie Unterbringung, Ausbildung, Beschäftigung und Freizügigkeit zu fördern“.⁶⁶

Die am 28. Juli 1951 unterzeichnete vierte *Genfer Flüchtlingskonvention* (GFK) definiert als „Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge“⁶⁷ erstmals das Flüchtlingsrecht zu einem internationalen Recht. Diese internationale Konvention gilt als Grundlage für die *Europäische Menschenrechtskonvention* (EMRK), die wiederum die juristische Grundlage für die europäische Flüchtlingspolitik bildet. In der *GFK* „verpflichteten sich alle Unterzeichnerstaaten, die Verantwortung für die an ihren Grenzen ankommenden Flüchtlinge zu übernehmen“.⁶⁸ In ihr wurde erstmals definiert, wer als ein Flüchtling anzuerkennen ist und einen Anspruch auf Asyl besitzt. Der Geltungszeitraum der *GFK* bezog sich ursprünglich auf Menschen, die vor dem 1. Januar 1951 fliehen mussten.⁶⁹ Mit dem Zusatzprotokoll von 1967 wurden die zeitlichen und geographischen⁷⁰ Beschränkungen aufgehoben. Die *UNHCR* bezeichnet die *GFK* als „Magna Charta des internationalen Flüchtlingsrechts“.⁷¹ Die *GFK* trat am 22. April 1954 in der *Bundesrepublik Deutschland* in Kraft.⁷²

⁶⁴ Caestecker, 2006, S. 75

⁶⁵ Der UNHCR ist die Nachfolgeorganisation des von dem Friedensnobelpreisträger und Polarforscher Fridtjof Nansen (1861-1930) nach dem Ersten Weltkrieg gegründeten - und von ihm bis 1927 geleiteten - Flüchtlingskommissariats des Völkerbundes (Wikipedia, 2007a).

⁶⁶ Angenendt, 2000, S. 20; vgl. Angenendt, 2000, S. 20; Caestecker, 2006, S. 75-77; UNHCR, 2006a

⁶⁷ UNHCR, 2006b

⁶⁸ DRK, 2006a; vgl. Caestecker, 2006, S. 76, 79, DRK, 2006a, UNHCR, 2006b

⁶⁹ vgl. UNHCR, 2006b

⁷⁰ vgl. UNHCR, 2006a

⁷¹ UNHCR, 2006b

⁷² vgl. Brinkmeier, 2006, Curio, 2006, S. 64; UNHCR, 2006a

Als Flüchtling gilt nach Artikel 1, Abschnitt A, Absatz 2 *GFK*, „jede Person [...] die [...] aus begründeter Furcht vor Verfolgung wegen ihrer Rasse, Religion, Nationalität, Zugehörigkeit zu einer bestimmten sozialen Gruppe oder wegen ihrer politischen Überzeugung sich außerhalb des Landes befindet, dessen Staatsangehörigkeit sie besitzt, und den Schutz dieses Landes nicht in Anspruch nehmen kann oder wegen dieser Befürchtungen nicht in Anspruch nehmen will“.⁷³

Nach der Auswanderungswelle⁷⁴ am Ende des 19. Jahrhunderts war Deutschland aufgrund des massiven Arbeitskräftemangels auf SaisonarbeiterInnen aus Italien, Polen und den Niederlanden angewiesen. Nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges schloss die bundesdeutsche Regierung „Anwerbeabkommen“⁷⁵ mit unterschiedlichen europäischen und nordafrikanischen Ländern⁷⁶ für sogenannte ‘Gastarbeiter’. Sie erhielten die Möglichkeit, nach einem mindestens achtjährigen Aufenthalt in Deutschland, eine unbefristete Aufenthaltserlaubnis zu beantragen. Zwischen 1960 und 1980 wurden so mehr als 2,5 Millionen Menschen angeworben, was insgesamt als Wendepunkt in der bundesdeutschen Entwicklung zu einem sogenannten ‘Einwanderungsland’ bezeichnet wurde.⁷⁷

Als Reaktion auf die Weltwirtschaftskrise zu Beginn der 1970er Jahre (siehe 2.4.1) und dem geringen Arbeitskräftebedarfs, folgte jedoch 1973 ein „Anwerbestopp“⁷⁸ für ‘Gastarbeiter’. Viele Anwerbebüros wurden geschlossen und Visaanträge wurden abgelehnt. Nachdem das 1974 eingeführte *Familienzusammenführungsgesetz* von vielen Familien in Anspruch genommen wurde, versuchte die bundesdeutsche Regierung über ein *Rückkehrförderungsgesetz* von 1983, den Zugereisten eine Heimkehr zu erleichtern. Diese Möglichkeit nutzten rund 250.000 Menschen, die dafür sogenannte „Rückkehrprämien“⁷⁹, einer Kombination aus einem festgelegten Geldbetrag und der Möglichkeit, bisher angesparte Beträge der Altersvorsorge aus-

⁷³ Benz, 2006a, UNHCR, 2006b

⁷⁴ Die Massenauswanderung aus Deutschland zum Ende des 19. Jahrhunderts betraf zwischen 1880 und 1893 allein 1,8 Millionen Menschen, die in die Vereinigten Staaten von Amerika auswanderten (vgl. Bade, 2002a, S. 7-20).

⁷⁵ Pohl, 2005a, S.26-27

⁷⁶ „Anwerbeabkommen“ wurden mit Italien (1955), Spanien/Griechenland (1960), Türkei (1961), Marokko (1963), Portugal (1964), Tunesien (1965) und Jugoslawien (1968) geschlossen.

⁷⁷ vgl. Caestecker, 2006, S. 75-77; Pohl, 2005a, S.26-27; 2005b, S. 7-9; Schoop, 1994, S. 4; Widmann, 2006, S. 117

⁷⁸ Benz, 2006a, S. 98

⁷⁹ ebd.

zahlen zu lassen, erhielten. Während 1964 der Millionste 'Gastarbeiter' in der Bundesrepublik noch mit einem Moped als Geschenk empfangen wurde, bot die Bundesregierung 1983 den „arbeitslosen Ausländern 50.000 Mark als kapitalisierte Form des Arbeitslosengeldes“⁸⁰ wenn sie das Land verlassen, veranschaulicht das Basso-Sekretariat^{81, 82}.

Daraufhin entwickelte der damalige *Bundesbeauftragte für ausländerangelegenheiten* Heinz Kühn aufgrund der notwendig gewordenen Integrationsmassnahmen, das sogenannte *Kühn-Memorandum*⁸³ (siehe CD). Das nach ihm benannte Memorandum *Stand und Perspektiven der Integration der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familien in den Bundesrepublik Deutschland* von 1979, gilt bis heute als ein Meilenstein in der Integrationsdiskussion.⁸⁴

In den 1980er Jahren begann der Zuzug von rund 4,2 Millionen Menschen nach Westdeutschland. Neben „deutschstämmigen [...] SpätaussiedlerInnen“⁸⁵ aus Osteuropa (1,3 Millionen) und ÜbersiedlerInnen aus der DDR (1,1 Millionen), kamen mehr als eine Million Asylsuchende. Mit der Verfassungsänderung im sogenannten „Asylkompromiss“⁸⁶, die drei Regeln des Asylverfahrens (Drittstaatenregelung, Prinzip des sicheren Herkunftslandes, Flughafenregelung) neu festlegte, ging die Zahl der Asylanträge „massiv zurück“ (siehe Kapitel 2.5.2).⁸⁷

⁸⁰ Basso, 1995

⁸¹ Dem Basso-Sekretariat Berlin gehören VertreterInnen von Antirassismus-, Flüchtlings- und Menschenrechtsgruppen sowie Einzelpersonen an.

⁸² vgl. Basso, 1995; Benz, 2006a, S. 98; Kohlmeier, Schimany, 2005, S. 71; Pohl, 2005a, S.26-27; 2005b, S. 7-9; Sahin, 2001, S. 6

⁸³ Kühn forderte u.a. eine „uneingeschränkte Arbeits- und Ausbildungserlaubnis für alle Jugendlichen“, das „Recht auf Einbürgerung“, sowie die „Vereinfachung von Ausländerrecht und Einbürgerungsverfahren“. Weiterhin unterstrich er ein „kommunales Wahlrecht, Sozialberatung“ und die „volle rechtliche Gleichstellung“ aller in Deutschland lebenden Menschen. Seine Forderungen fanden damals keine Beachtung und werden heute von einigen Seiten als „reichlich überholt“ (DGB, 2004) bezeichnet wird (vgl. Pohl, 2005b, S. 7-9; DGB, 2004; Kohlmeier, Schimany, 2005, S. 71).

⁸⁴ vgl. Pohl, 2005b, S. 7-9; DGB, 2004; Kohlmeier, Schimany, 2005, S. 71

⁸⁵ Benz, 2006a

⁸⁶ Benz, 2006a, S. 99

⁸⁷ Benz, 2006a, S. 99; vgl. Benz, 2006a, S. 96-97, 99, 103; Kohlmeier, Schimany, 2005, S. 19

2.3 Die Definition des Flüchtlingsbegriffes

Die 14 Mitgliedländer des Völkerbundes einigten sich 1938 auf einen gemeinsamen Flüchtlingsbegriff für die Menschen, die „ihr Heimatland wegen Verfolgung verließen“.⁸⁸ Doch fehlt nach Überzeugung Angenendts bis heute eine einheitliche und vor allem zeitgemäße und praxisnahe Definition des Flüchtlingsbegriffes. Denn Menschen, die aus wirtschaftlicher Not ihre Heimat verlassen, werden von der internationalen Staatengemeinschaft meist als ‚Migranten‘ bezeichnet. Eine völkerrechtliche Unterscheidung von Flüchtlingen und ‚MigrantInnen‘ erfolgt mit der Begründung, dass ‚MigrantInnen‘ wandern, weil sie diese Möglichkeit gewählt haben, Flüchtlinge aber wandern, weil sie dazu gezwungen sind. Schließlich handelt es um Menschen, deren Leben durch „unterschiedliche historische, persönliche und sozio-kulturelle“⁸⁹ Hintergründe geprägt wurde. Häufig gehen „individuelle politische Verfolgung mit einer Zerstörung der wirtschaftlichen Lebensgrundlage der Betroffenen einher, und in Kriegs- und Bürgerkriegssituationen vermischen sich politische Verfolgung, wirtschaftliche Zusammenbrüche und soziale Zerrüttung als Fluchtursachen“⁹⁰, die oftmals „durch ökologische Katastrophen zusätzlich verschärft“⁹¹ werden.⁹²

Nach Ansicht von Schoop liegen den Flüchtlingsbewegungen innerhalb der Länder des Südens [Anm. vorwiegend Afrika], wie auch vom Süden in den Norden [Anm. vorwiegend Europa] vier zentrale Ursachenkomplexe zugrunde, deren Ursachen wiederum externe wie interne Faktoren beinhalten können.

Dabei handelt es sich um Kriege und kriegerische Auseinandersetzungen (z.B. sogenannte ethnische Konflikte), Repressionen und Menschenrechtsverletzungen z.B. durch totalitäre Regime. Weiterhin die Armut als Folge unterschiedlicher Entwicklungen, sei es durch eine zunehmend starke Verschuldung oder der Zerstörung traditioneller Lebensformen und die Zerstörung natürlicher Lebensgrundlagen. Besonders deutlich sind die Faktoren der globalklimatischen Veränderungen

⁸⁸ Angenendt, 2000, S. 22

⁸⁹ Borde, David, 1999, S. 8

⁹⁰ Angenendt, 2000, S. 22

⁹¹ ebd.

⁹² vgl. Angenendt, 2000, S. 22; Borde, David, 1999, S. 8; Kiefer, 2006, S. 32-33

und anthropogener Umweltzerstörungen, verdeutlicht am Raubbau von Rohstoffen und der intensiven Monokulturennutzung.

In der Betrachtung der vielfältigen und individuellen Gründe für Flucht und Migration spielen jedoch Armut sowie der zunehmende Mangel an Grundfreiheiten der Menschen, als Folgen einer international verfehlten Entwicklungspolitik, eine übergeordnete Rolle.⁹³

Nach Veiter ist Flucht „in der Regel aufgrund individueller Entscheidung zu beobachten, sie kann aber aus geänderten politischen Verhältnissen deshalb erfolgen, weil eine Person dann in ihrer angestammten Heimat nicht mehr Leben kann bzw. will“.⁹⁴ So führt die Flucht „aus politischen, rassischen usw. Motiven“⁹⁵ dazu, dass „der Flüchtende ein Flüchtling wird“.⁹⁶ Dabei handelt es sich nach Ansicht Fadlallas um einen „scheinbar freiwilligen Wohnsitzwechsel“⁹⁷, dessen individuelle Entscheidungen jedoch mit den Ursachen der politischen Veränderung verbunden sind.⁹⁸

Brinkmeier sieht einen „zwingenden Zusammenhang zwischen den Fluchtgründen und der Furcht vor Verfolgung“⁹⁹, so dass auch Flüchtlinge, die beispielsweise aus „ökonomischen und ökologischen, sozialen und kulturellen, aber auch religiös-weltanschaulichen“¹⁰⁰ Fluchtgründen Asyl suchen, sowie sogenannte ‚Binnenflüchtlinge‘, nach der *GFK* berücksichtigt werden. Der *UNHCR* betont, dass ‚Binnenflüchtlinge‘, bei denen die Flucht und Vertreibung vielfach in „Bürgerkriegen und innerstaatlichen Unruhen“¹⁰¹ begründet liegt und die nicht unter die *GFK* fallen, „dringend Unterstützung benötigen“.¹⁰² Die Organisation weist auch darauf hin, dass in der globalen Betrachtung auch die als befriedet geltenden Gebiete

⁹³ vgl. Schoop, 1994, S. 4

⁹⁴ Fadlalla, 1991, S. 15

⁹⁵ ebd.

⁹⁶ ebd.

⁹⁷ Fadlalla, 1991, S. 16

⁹⁸ vgl. Fadlalla, 1991, S. 15-16

⁹⁹ Brinkmeier, 2006

¹⁰⁰ Bade, 2002b, S. 21, 25

¹⁰¹ UNHCR, 2006c

¹⁰² UNHCR, 2006d

nicht vergessen werden dürfen. „Wiederaufbau, [...] politische Transformation und nachhaltige Entwicklungshilfe“¹⁰³ müssen dabei im Vordergrund stehen.¹⁰⁴

In der politischen und gesellschaftlichen Diskussion finden sich unterschiedliche Ausgestaltungen des Flüchtlingsbegriffes (Wirtschafts-, Armut-, Umweltflüchtlinge), denen häufig eine differenzierte Definition unter Beachtung der vielfältigen Fluchtursachen fehlt. In den 1980er Jahren wurde beispielsweise für „die überwiegende Zahl der Asylbewerber“ der negativ besetzte und stigmatisierende Begriff der ‚Wirtschaftsflüchtlinge‘ benutzt, der jedoch auch heute oft noch in der Terminologie für einen Großteil der Flüchtlinge verwendet wird.¹⁰⁵

Die im juristischen und institutionellen Sprachgebrauch verwendeten Bezeichnungen einzelner Flüchtlingsgruppen dienen zur Differenzierung u.a. nach Aufenthaltsstatus, Leistungsbezug und Fluchtgrund der einzelnen Menschen. Demnach gelten nur die Menschen als Flüchtlinge, die ein Bleiberecht durch die Anerkennung als Asylbewerber, Kontingent- oder Konventionsflüchtling bekommen. Bürgerkriegsflüchtlinge sowie abgelehnte oder geduldete Asylsuchende dagegen werden nach Aussage Angenendts nicht als Flüchtlinge bezeichnet.¹⁰⁶

Die Verwendung des Flüchtlingsbegriffes in den folgenden Ausführungen schließt folgende Flüchtlingsgruppen mit ein:

De-facto-Flüchtlinge:

Als De-facto-Flüchtlinge gelten Menschen, die entweder keinen Asylantrag gestellt haben oder dieser abgelehnt wurde. Eine *Abschiebung* ist z.B. aus humanitären Gründen nicht möglich, so dass sie eine Duldung erhalten. Dies betrifft zum Beispiel Bürgerkriegsflüchtlinge.¹⁰⁷

Konventionsflüchtlinge:

GFK- oder Konventionsflüchtlinge nach § 60 Abs. 1, *AufenthG* sind anerkannte Flüchtlinge auf Grundlage der *GFK*, jedoch ist auch eine Anerkennung nach § 60

¹⁰³ UNHCR, 2006c

¹⁰⁴ vgl. Brinkmeier, 2006; Lienkamp, 2006, Schoop, 1994, S. 4-5; UNHCR, 2006c; 2006d

¹⁰⁵ Fadlalla, 1991, S. 22-23

¹⁰⁶ vgl. Angenendt, 2000, S. 22-23

¹⁰⁷ vgl. BMI, 2007a; Collatz, 1999, S. 40; Fadlalla, 1991, S. 17; Germershausen, Narr, S. 30

Abs. 3, 4 *AufenthG* [„geschlechtsspezifische und nichtstaatliche Verfolgung“¹⁰⁸] möglich.¹⁰⁹

Geduldete Flüchtlinge:

Die Asylanträge dieser Flüchtlinge wurden abgelehnt und können aufgrund von inlands- wie zielstaatsbezogenen Abschiebehindernissen nicht abgeschoben werden. Zum Beispiel durch Aussetzung der *Abschiebung* oder ein bestehendes Abschiebungsverbot nach § 60 Abs. 2, 3, 5, 7 *AufenthG* (siehe unten).

Hierunter fallen auch sogenannte ‚Altfälle‘. ‚Altfälle‘ sind Flüchtlinge, die ohne gesicherten Aufenthaltsstatus meist seit vielen Jahren in Deutschland geduldet werden.

- § 60 Abs. 2 *AufenthG*: „konkrete Gefahr der Folter“¹¹⁰
- § 60 Abs. 3 *AufenthG*: „Gefahr der Todesstrafe“¹¹¹
- § 60 Abs. 5 *AufenthG*: „Verletzung von Menschenrechten nach EMRK“ (ebd.)
- § 60 Abs. 7 *AufenthG*: „konkrete Gefahren für Leib, Leben oder Freiheit“.¹¹²

Illegalisierte:

‚Sans Papiers‘, ‚Papierlose‘ sind Flüchtlinge, die aufgrund eines fehlenden rechtlichen Aufenthaltsstatutes, illegalisiert werden

Asylsuchende:

Als Asylsuchende werden Flüchtlinge bezeichnet, deren Asylverfahren um die Anerkennung nach § 16a *Grundgesetz* noch nicht abgeschlossen ist.¹¹³

¹⁰⁸ Tobiassen, 2006, S. 29

¹⁰⁹ vgl. BMI, 2007a; Tobiassen, 2006

¹¹⁰ Tobiassen, 2006, S. 31

¹¹¹ ebd.

¹¹² Tobiassen, 2006, S. 31; vgl. BMI, 2007a; Tobiassen, 2006

¹¹³ vgl. BMI, 2007a

Anerkannte Flüchtlinge:

Anerkannte Flüchtlinge oder „Asylberechtigte“¹¹⁴ besitzen eine Anerkennung nach Artikel 16a *Grundgesetz*. Als „asylberechtigt“¹¹⁵ gelten Menschen, deren Asylgründe im Antrag auf Asyl nach Prüfung durch das *Bundesamt für Migration und Flüchtlinge* (BAMF) anerkannt wurden.¹¹⁶

Subsidiär geschützte Flüchtlinge:

Für diese Flüchtlinge besteht nach der *Europäischen Menschenrechtskonvention* (EMRK) ein Abschiebeschutz aufgrund einer drohenden Gefahr von Folter oder Todesstrafe im Herkunftsland nach § 24 *AufenthG*.¹¹⁷

Eine Ausnahme gilt für die große Gruppe der jüdischen ‚Kontingentflüchtlinge‘, auf die in der vorliegenden Arbeit größtenteils nicht eingegangen werden kann. Bei den ‚Kontingentflüchtlingen‘, die aus Gründen der humanitären Hilfe bis in die 1980er Jahre nach dem *Kontingentflüchtlingengesetz* anerkannt und aufgenommen wurden, handelte es sich häufig um sogenannte ‚Boat-People‘¹¹⁸ aus Vietnam, Kambodscha, Laos, sowie irakische KurdInnen, für die das *Gesetz über Maßnahmen im Rahmen humanitärer Hilfsaktionen aufgenommener Flüchtlinge* (HumHAG) verabschiedet wurde. Anfang der 1990er Jahre wurden albanische Botschaftsflüchtlinge als ‚Kontingentflüchtlinge‘ aufgenommen. Nach einem Beschluss der *Innenministerkonferenz* (IMK) von 1991 wurde das ehemalige DDR-Recht in gesamtdeutsches Recht umgewandelt. Demnach wurde es Menschen jüdischer Religionszugehörigkeit ermöglicht, über ein „erleichtertes Einreiseverfahren“ in die BRD einzureisen. Seit dem 1. Januar 2005 ist das *HumHAG* außer Kraft gesetzt und durch § 23 Abs. 2 *AufenthG* ersetzt worden. Die Flüchtlinge behalten somit ihren Flüchtlingsstatus nach der *GFK*.¹¹⁹

¹¹⁴ BMI, 2007a

¹¹⁵ BMI, 2006

¹¹⁶ vgl. BMI, 2006a; 2007a

¹¹⁷ vgl. BMI, 2007a; Tobiassen, 2006, S. 28

¹¹⁸ Der Begriff kommt aus dem amerikanischen Sprachgebrauch und bezeichnet *indochinese boat people*. Er wird benutzt für Bootsflüchtlinge, die als Folge des Vietnamkrieges das Land und seine Nachbarländer verließen (vgl. Wikipedia, 2006b)

¹¹⁹ vgl. Benz, 2006a, S. 96-97; BMI, 2006b; Kohlmeier, Schimany, 2005, S. 21; Tobiassen, 2006, S. 26; Widmann, 2006, S. 109; Wikipedia, 2006b

2.4 Die weltweite Flüchtlingssituation

Während sich der geschlossenen *Völkerbund* nach dem *Zweiten Weltkrieg* auflöste, begegneten die *Vereinten Nationen* den weltkriegsbedingten Flüchtlingsbewegungen mit der Einrichtung der *United Nations Relief and Rehabilitation Administration* (UNRRA) und der *Internationalen Flüchtlingsorganisation* (IRO)¹²⁰, woraufhin 1948 die *Menschenrechtsdeklaration* verabschiedet wurde.

Der 1950 gegründete *UNHCR* mit seinem wichtigen Rechtsinstrument, der 1951 verabschiedeten *GFK*, erkannte die Menschen aus grenzüberschreitenden Fluchtbewegungen als internationale Flüchtlinge an.¹²¹

Die Anwendung der *GFK*-Kriterien auf die nach dem *Zweiten Weltkrieg* entstanden Flüchtlingsbewegungen und aufgrund der "Verlagerung [...] von Europa in die Regionen der sogenannten Dritten Welt"¹²², führen nach Schätzungen Opitz', zu einer geschätzten Zahl von rund 12 Millionen Flüchtlinge. Unter Berücksichtigung derer, die „infolge von Kriegsgeschehen, Armut, Hunger und ökologischen Schäden“¹²³ zu 'Binnenflüchtlingen' wurden, liegt nach Ansicht von Opitz die Zahl bei etwa einer halben Milliarde Menschen.¹²⁴

Für 'Binnenflüchtlinge' gilt das Völkerrecht nicht und für ihren Rechtsschutz verfügt der *UNHCR* kein Mandat, sondern ist auf die Kooperation mit anderen internationalen und Nichtregierungsorganisationen, wie beispielsweise das *Internationale Komitee vom Roten Kreuz* (IKRK, engl. ICRC), angewiesen. Für diese 'Binnenflüchtlinge' (Internally Displaced Persons - IDP's) gelten die *Richtlinien über interne Vertriebene* nach Deng:

„Für die Zwecke der Richtlinien sind interne Personen oder Personengruppen, die zur Flucht, zum Verlassen ihrer Häuser oder ihres ständigen Aufenthaltsortes ge-

¹²⁰ vgl. UNHCR, 2006c

¹²¹ vgl. UNHCR, 2003a; 2006c; 2006d

¹²² Opitz, 1988, S. 37

¹²³ ebd.

¹²⁴ vgl. Germershausen, Narr, S. 26-27, 31; Opitz, 1988, S. 15-57

zwungen wurden, im Besonderen als Ergebnis oder zum Zweck der Vermeidung der Folgen von bewaffneten Konflikten, Situationen allgemeiner Gewalttätigkeiten, Menschenrechtsverletzungen oder natürlichen oder vom Menschen verursachte Katastrophen die dabei keine international anerkannte Grenze überschritten haben“.¹²⁵

Ein Grund für den Anstieg der weltweiten Flüchtlingszahlen waren z.B. die Folgen der Entkolonialisierung durch die „Gewährung der Unabhängigkeit an koloniale Länder und Völker“¹²⁶ durch eine *UN*-Resolution von 1960. Diese politische Entwicklung hatte einen Anstieg von Repressalien und Vertreibungen innerhalb der betroffenen Länder, aufgrund von Unabhängigkeitskämpfen und antikolonialer Widerstände, besonders in afrikanischen Staaten und in Indien, zur Folge. Aber auch die Auswirkungen des sogenannten Ost-West-Konfliktes ließ die Flüchtlingszahlen ansteigen. Darüber hinaus entstanden Flüchtlingsbewegungen in Ost- und Südostasien, die ebenfalls ein „deutliches Ost-West-Gefälle“¹²⁷ aufwiesen.¹²⁸

1967 verabschiedete die *UN*-Vollversammlung das *Zusatzprotokoll über die Rechtsstellung von Flüchtlingen*, an die sich weitere völkerrechtliche Vereinbarungen und Abkommen, wie z.B. das der *Organisation für Afrikanische Einheit* (*Organisation of African Unity - OAU*) oder das der lateinamerikanischen Staaten „Cartagena“¹²⁹ anschlossen. 2001 kam es zur Verständigung über eine Agenda für den internationalen Flüchtlingsschutz.¹³⁰

Während in den 1970er und 1980er Jahren ein „Anschwellen internationaler Flüchtlingsströme“¹³¹ zu beobachten war, sank nach Angaben des *UNHCR* die weltweite Anzahl grenzüberschreitender Flüchtlinge aufgrund der Abnahme zwischenstaatlicher Konflikte, in den letzten Jahren kontinuierlich. Jedoch ist auf der anderen Seite eine deutliche Zunahme innerstaatlicher Konflikte und Bürgerkriege zu beobachten, was die Anzahl der ‚Binnenflüchtlinge‘ ansteigen lässt, wie Opitz betont.¹³²

¹²⁵ tdh, 2007b; vgl. tdh, 2007b; UNHCR, 2006

¹²⁶ Opitz, 1988, S. 39

¹²⁷ Opitz, 1988, S. 36

¹²⁸ vgl. Germershausen, Narr, S. 26-27, 31; Opitz, 1988, S. 15-57

¹²⁹ UNHCR, 2003a

¹³⁰ vgl. UNHCR, 2003a

¹³¹ Opitz, S. 15

¹³² vgl. Opitz, 1988, S. 15-57; UNHCR, 2006c

Der UNHCR registrierte nach eigenen Angaben Mitte 2006 eine leicht abnehmende Anzahl von weltweit rund 8,3 Millionen Flüchtlingen. Unter Berücksichtigung von Bürgerkriegsflüchtlingen, 'Binnenflüchtlingen' und Staatenlosen, beläuft sich die Anzahl auf etwa 20,8 Millionen Menschen (Stand 1. Januar 2006) (siehe Tab. 2.4.a).¹³³ Dagegen nimmt die weltweite Anzahl von Menschen mit Migrationsvorgeschichte deutlich zu und beläuft sich nach Schätzungen des UNHCR auf mehr als 191 Millionen. Die transnationale, über Staatsgrenzen hinausreichende Migration erreichte nach Einschätzung von Razum und Zeeb, 2005 einen Stand von mehr als 185 Millionen Menschen. Nach Angaben Töpfers befinden sich allein in Afrika weit mehr als 18 Millionen Menschen auf der Flucht.¹³⁴

Tab. 2.4.a: weltweite Flüchtlingszahlen (Stand: 1. Januar 2006)

| Kontinent | Anzahl der Flüchtlinge |
|-------------------|-------------------------------|
| Asien und Pazifik | 8.686.100 |
| Europa | 3.666.700 |
| Afrika | 5.169.300 |
| Amerika | 3.229.800 |
| | |
| Gesamt | 20.751.900 |

Eigene Darstellung nach: UNHCR, 2006

¹³³ vgl. UNHCR, 2006

¹³⁴ vgl. Hoffmann, 2007; Neudeck, 2006, S. 199; Razum, Zeeb, 2006, S. 845; UNHCR, 2006; 2006c; 2006d

Unbeachtet bleiben hier die Menschen, die aufgrund von „wirtschaftlicher Unterentwicklung, Überbevölkerung, tiefgreifender, ökologischer Zerstörung, einer falschen Wirtschaftspolitik oder weltwirtschaftlichen Einflüssen“¹³⁵ fliehen (müssen). Eine weltweit zunehmende Abschottung vor diesen oft als „Wirtschaftsflüchtlinge“¹³⁶ bezeichneten und zunehmend illegalisierten Flüchtlingen ist zu beobachten.¹³⁷ Das *Rote Kreuz* geht bereits weltweit von weit mehr als 500 Millionen Umweltflüchtlingen aus. Die zunehmende Desertifikation¹³⁸, Degradierung und Auslaugung der Böden, die Zerstörung der Umwelt und der Lebensgrundlage der Menschen durch rücksichtslose industrielle Nutzung, sowie die Folgen des Klimawandels sind Ursachen für eine Umweltflucht. Bereits im Jahr 2000 wurden nach Angaben der *World Health Organization* (WHO) mehr als 150.000 Todesopfer als Folge des Klimawandels gezählt, deren Zahlen deutlich ansteigen werden, warnt Lienkamp.¹³⁹

¹³⁵ Opitz, S. 53

¹³⁶ Opitz, S. 54

¹³⁷ vgl. Opitz, 1988, S. 15-57

¹³⁸ Desertifikation bezeichnet den anthropogenen Landschaftswandel in Trockengebieten, der zu einer fortschreitenden Steppen- sowie Wüstenbildung und -ausbreitung infolge der Übernutzung der Ökosysteme führt (vgl. Leser, 1994, S. 90)

¹³⁹ vgl. Lienkamp, 2006, Schoop, 1994, S. 4-5

2.4.1 Die europäische Flüchtlingssituation

Europa entwickelte sich in der Mitte des 20. Jahrhunderts durch die bereits genannten Massenauswanderungen, zu einem „Einwanderungskontinent“.¹⁴⁰ Diese Entwicklung wirkte sich auch auf die europäische Flüchtlingssituation aus.¹⁴¹

Der *Vertrag zur Gründung der Europäischen Gemeinschaft* (EG) 1957 sah u.a. eine innereuropäische Grenzliberalisierung vor. Für den ökonomischen Neuanfang nach dem *Zweiten Weltkrieg* benötigten viele europäische Staaten Arbeitskräfte. Dies verstärkte die Migration aus den ehemaligen Kolonien sowie den „unterentwickelten Regionen Europas“. Am Ende der 1950er Jahre kamen rund drei Viertel der ArbeitsmigrantInnen aus dem europäischen Inland überwiegend nach Deutschland und Frankreich. Frankreich warb eine große Anzahl von AlgerierInnen aus dem bis 1962 kolonial abhängigen Land an.¹⁴²

Die weltweite Ölkrise von 1973 und die damit verbundenen Konjunkturrückgänge besonders in der Bau- und Automobilindustrie, führten zu Kurzarbeit, Massenentlassungen und Firmenfusionen. Die Arbeitslosenquote stieg allein in Deutschland zwischen 1973 und 1974 von 2,2 auf 4,2 Prozent. Parallel dazu war ein starker Rückgang außereuropäischer Arbeitskräfte zu verzeichnen, der in Deutschland in einem „Anwerbestopp“¹⁴³ (siehe Kapitel 2.2) begründet lag.¹⁴⁴

Die neoliberale Wirtschaftspolitik der *EU* verfolgt einerseits das Ziel, niedrige Löhne auf dem Arbeitsmarkt zu platzieren, was die hohe Arbeitslosenquote „zu einem nützlichen Mechanismus“ werden lässt. Andererseits zeigen sich besonders MigrantInnen in diesem „Billiglohnsektor“¹⁴⁵ „zufrieden“.¹⁴⁶ Insbesondere die Bereiche der Privathaushalte, des Baugewerbes, der Landwirtschaft und des Hotel- und Gaststättengewerbes profitieren von den billigen Arbeitskräften.¹⁴⁷

¹⁴⁰ Bade, 2002b, S. 42

¹⁴¹ vgl. Pohl, 2005b, S. 7-9; Bade, 2002b, S. 42-49

¹⁴² vgl. Malgesini, 1993, S. 114

¹⁴³ Pohl, 2005b, S. 7-9

¹⁴⁴ vgl. DHM, 2006, Malgesini, 1993, S. 114-115

¹⁴⁵ German-foreign-policy, 2005

¹⁴⁶ Malgesini, 1993

¹⁴⁷ vgl. German-foreign-policy, 2005; Malgesini, 1993; Migration und Bevölkerung, 2005a

Im September 2004 wurden im Rahmen einer Legalisierungskampagne fast 700.000 sich ´illegal` in Spanien aufhaltende Menschen legalisiert, die besonders in den o.g. „schlecht bezahlten“¹⁴⁸ Branchen arbeiteten.¹⁴⁹

Nach Angaben von Pro Asyl fordern insbesondere Deutschland und Frankreich die Abschaffung dieser südeuropäischen „Legalisierungspolitik“¹⁵⁰ und die verstärkte Nutzung von *Rückübernahmeabkommen* über „bilaterale Partnerschaftsverträge“¹⁵¹ mit den potentiellen Herkunftsländern. Zusammen mit der gemeinsamen Forderung, illegalisierte Menschen abzuschicken und die Familienzusammenführung an bestimmte Bedingungen zu knüpfen, fördert die o.g. Initiative Deutschlands und Frankreichs die sogenannte „zirkuläre Migration“¹⁵². Bei dieser „gesteuerten Migration“¹⁵³ geht es nach Ansicht Kopps um Repressalien gegenüber den Flüchtlingen, durch „eine verstärkte Bekämpfung“¹⁵⁴ und um „effizientere Rückführungsmechanismen“.¹⁵⁵

Bereits 1998 beschloss der *Europarat* einen *Aktionsplan über den Zustrom von Migranten aus dem Irak und den benachbarten Regionen* (Action plan on the influx of migrants from Iraq and the neighbouring region), der unter anderem eine „krisennahe Unterbringung von illegalen Zuwanderern in der Türkei“¹⁵⁶ sowie „deren Rückführung“¹⁵⁷ beinhaltet.¹⁵⁸

Im September 2006 forderten die südeuropäischen LändervertreterInnen der *EU*, finanzielle Unterstützungsleistungen der „für den Kampf gegen die illegale Einwanderung“ zu erhalten. Wolfgang Schäuble wendete diesen Vorstoß insbesondere gegen Spanien, dass zuerst garantieren müsse, „dass jeder illegale Einwanderer registriert und abgeschoben“ werde.¹⁵⁹

¹⁴⁸ Malgesini, 1993, S. 116

¹⁴⁹ vgl. Migration und Bevölkerung, 2005a

¹⁵⁰ Pro Asyl, 2006a

¹⁵¹ ebd.

¹⁵² Pro Asyl, 2006a. Die sogenannte „zirkuläre Migration“ als ein neues „migrations- und entwicklungspolitisches Instrument“ einer deutsch-französischen Initiative, soll eine Einwanderung in die EU mit befristetem Arbeitsvertrag ermöglichen. Diesem Vorschlag des amtierenden *Innenministers* Wolfgang Schäuble, warf *Pro Asyl* ein „Recycling der Gastarbeiterpolitik alten Schlages“ vor (vgl. Pro Asyl, 2006a).

¹⁵³ Bozic, 2006

¹⁵⁴ ebd.

¹⁵⁵ Bozic, 2006; vgl. Bozic, 2006; Pro Asyl, 2003c; 2006a

¹⁵⁶ No Racism, 2000

¹⁵⁷ ebd.

¹⁵⁸ vgl. Düvell, 2006a, No-racism, 2000

¹⁵⁹ vgl. Asyl, 2006d

Da Flüchtlinge bei Grenzkontrollen immer häufiger „unmenschlicher und entwürdigender Behandlung“¹⁶⁰ ausgesetzt sind und ihnen kein Rechtsbeistand gewährt wird, fordert das europäische *Rote Kreuz* die Einhaltung der *GFK*.¹⁶¹

In mehreren nichteuropäischen Staaten, wie z.B. in Moldawien oder Tansania sollen Flüchtlinge im Rahmen der *Regionalen Schutzprogramme* der *EU* von der „Reise nach Europa abgebracht“¹⁶² werden. Der *niedersächsische Flüchtlingsrat* berichtet von völkerrechtswidrigen Zurückweisungen und Massenabschiebungen in der Ukraine. So wurde TschetschenInnen der Zugang zum Asylverfahren in Slowenien verweigert und über die Ukraine in die *Russische Föderation* abgeschoben. Italien hat innerhalb von zwei Jahren mehr als 4.000 Menschen nach Libyen abgeschoben, ohne vorherige Prüfung der Fluchtgründe. Somit verstieß Italien nach Angaben des *UNHCR* und *amnesty international* wiederholt gegen die Konvention der *Organisation Afrikanischer Einheit* (OAU)¹⁶³.

Auch der *Europäische Flüchtlingsrat* (ECRE) hatte kritisiert, dass die *EU*-Richtlinie zu den „Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern“ aus dem Jahr 2002 nur in wenigen *EU*-Mitgliedsländern vollständig umgesetzt und in vielen Fällen den Betroffenen keine ausreichende Grundversorgung (u.a. Unterkunft, Verpflegung, Gesundheitsversorgung, Finanzen) garantiert werde.¹⁶⁴

Ende 2006 protestierten Flüchtlinge in Griechenland gegen die menschenunwürdigen Zustände in den dortigen Flüchtlingslagern. Die Polizei verteilte dort Beruhigungsmedikamente an die Flüchtlinge, die mit mehr als 20 Menschen in einem Container leben müssen, meist ohne Heizung, „Schuhe, Kleidung, Geschirr, Seife und Decken“.¹⁶⁵ Nach Angaben von *Pro Asyl* erhalten ÄrztInnen keinen Zutritt zu diesen Containerlagern. Ihren Informationen nach, weist der ‚Kinderombudsman‘ Moschos in Griechenland deutlich auf die „üblen Bedingungen“¹⁶⁶ der Flüchtlingskinder hin. Die Kinder werden häufig von ihren Eltern getrennt unter-

¹⁶⁰ Asyl, 2006i

¹⁶¹ vgl. Asyl, 2006i

¹⁶² Asyl, 2006h

¹⁶³ vgl. ai, 2005; Asyl, 2006h; Flüchtlingsrat Nds., 2006b. Verstoß gegen die OAU bezüglich der „spezifischen Aspekte des Flüchtlingsproblems in Afrika“, d.h. „niemanden in ein Land zurückzuführen, in welchem die Person der Gefahr schwerer Menschenrechtsverletzungen ausgesetzt wäre“ (ai, 2005).

¹⁶⁴ vgl. Asyl, 2005a; 2006o; Europäische Kommission, 2002

¹⁶⁵ Pro Asyl, 2006a

¹⁶⁶ ebd.

gebracht, und der Zugang zu diesen Lagern bleibt den internationalen Flüchtlingsorganisationen, neutralen BeobachterInnen, DolmetscherInnen und AnwältInnen verwehrt. Böffgen berichtet von rassistischen Übergriffen und Misshandlungen.¹⁶⁷

Europäische Länder schließen Rückführungsverträge und Kooperationsabkommen für „Land- und Seegrenzkontrollen“¹⁶⁸ mit den Ländern der europäischen Nachbarregionen ab. Diese sollen als Sicherheitsgürtel dienen und z.B. die militärische Abschottung des südlichen Maghrebs (Tschad, Mali, Niger, Mauretanien) durch den sogenannten „Pan-Sahel-Plan“¹⁶⁹ garantieren. Über die meist bilateralen Abkommen, erhalten die jeweiligen außereuropäischen Länder „im Austausch mit einer EU-gefälligen Sicherheits- und Migrationspolitik einen günstigeren Zugang zum Binnenmarkt und finanzielle Hilfen“.¹⁷⁰ Durch das *Rückübernahmeabkommen* mit Marokko entledigt sich Spanien seiner Flüchtlinge durch die direkte *Abschiebung* in das nordafrikanische Land. Flüchtlinge können daher in ein beliebiges Drittland zurückgewiesen werden, ohne dass sie es jemals betreten haben. Darunter fallen auch Staaten und Teilstaaten, die die *GFK* nicht ratifiziert haben, aber als ´sicher` gelten, wie z.B. Libyen oder Marokko. Diese Länder wiederum können die Betroffenen weiter in Länder abschieben, in denen ihnen Folter, Verfolgung und Misshandlungen drohen.¹⁷¹

Neben den schon bestehenden, teilweise geheimen und exterritorialen *Auffanglagern* entlang der *EU*-Aussengrenzen, werden aufgegriffene Flüchtlinge in nordafrikanische Lager deportiert. Ein Beispiel dafür sind die völkerrechtswidrigen Massenabschiebungen aus dem italienischen Lampedusa nach Libyen. Die *Auffanglager* gelten als „Vorposten bei der Bekämpfung der unerwünschten Flucht- und Migrationsbewegungen“.¹⁷² Erst dort wird ein „möglicher Flüchtlingsstatus“¹⁷³ überprüft. Flüchtlinge aus italienisch-tunesischen *Auffanglagern*, wurden bereits mehrfach in der algerischen Wüste ausgesetzt wurden. Auch Streck berichtet von *Abschiebungen* von AfrikanerInnen aus Marokko, die „ohne Wasser und Nahrung“¹⁷⁴

¹⁶⁷ vgl. Böffgen, 2007; Pro Asyl, 2006a

¹⁶⁸ Hohlfeld, Vogelskamp, 2005

¹⁶⁹ ebd.

¹⁷⁰ Baumann, 1999

¹⁷¹ vgl. ai, 2005b; Baumann, 1999; Hohlfeld, Vogelskamp, 2005; Pro Asyl, 2003c; Streck, 2006

¹⁷² Hohlfeld, Vogelskamp, 2005

¹⁷³ Migration und Bevölkerung, 2005b, S. 3-4

¹⁷⁴ Streck, 2006

ebenfalls in die Wüste deportiert wurden. Darüber hinaus fand die *Befreiungsfront für die Westsahara* (Polisario) „in vermintem Gelände [...] ausgesetzte“¹⁷⁵ Flüchtlingsgruppen vor. Der bayerische *Innenminister* Günther Beckstein fordert eine Unterstützung für die Errichtung von weiteren *Auffanglagern* in Nordafrika durch die *Bundeswehr*, denn nach Aussage der europäischen Innenminister sind die „Migrationsursachen [...] frühzeitig in den Herkunftsländern zu bekämpfen“.¹⁷⁶

Seit 2005 gelten verschärfte Grenzschutzmassnahmen und „massiven Aufrüstungen“¹⁷⁷ von Schutzwällen durch unüberwindbare Grenzanlagen und der Sicherung von Landgrenzen, wie z.B. in den Exklaven Ceuta (8 km) und Melilla (11 km) an der nordafrikanischen Küste.¹⁷⁸ Von der Insel Teneriffa aus koordiniert dort die europäische Grenzschutzbehörde *Frontex* mit hochtechnisierter Ausrüstung und militärischen Mitteln diese Maßnahmen. Nach Ansicht Frattinis geht es darum, „einen enormen Zustrom von Migranten [zu] verhindern“.¹⁷⁹ Das *Bundesministeriums des Innern* (BMI) berichtet von 32.000 sogenannte Schleusungen im Jahr 2004. Überwiegend aus Afrika stammende Menschen wagen nach Angaben von *Migration und Bevölkerung* die risikoreiche Überfahrt in meist seeuntüchtigen Booten über das Mittelmeer, bei der es vermehrt zu Todesfällen aufgrund der „lebensgefährlichen Überfahrten“¹⁸⁰ kommt. Viele spanische Fischer, denen die Auferlegung von Fangquoten und der Kampf gegen die industrielle Fischerei immense ökonomische Einbussen bescheren, nutzen die neuen Verdienstmöglichkeiten durch den Menschenschmuggel. So haben bereits 1992 etwa 90 Prozent der Fischer von Ceuta¹⁸¹ vom Menschenschmuggel provitiert.¹⁸²

Im ersten Halbjahr 2006 wurden mehr als 18.000 „gestrandete Migranten“¹⁸³ allein an den Küsten der Kanarischen Inseln „aufgegriffen“.¹⁸⁴ Die spanischen Behör-

¹⁷⁵ ebd.

¹⁷⁶ vgl. Hohlfeld, Vogelskamp, 2005; *Migration und Bevölkerung*, 2005b, S. 3-4; Streck, 2006

¹⁷⁷ Kreienbrück, 2006, S. 180-181

¹⁷⁸ vgl. Kreienbrück, 2006, S. 180-181

¹⁷⁹ *Migration und Bevölkerung*, 2006a, S. 2-3

¹⁸⁰ ebd.

¹⁸¹ Spanische Exklave in Nordafrika

¹⁸² vgl. 3SAT, 2001; Bade, 2002b, S. 42-44; Böffgen, 2007; Kreienbrück, 2006, S. 167-171, 179-180; Malgesini, 1993, S. 113; *Migration und Bevölkerung*, 2006a, S. 2-4; Öko-Fair, 2006; Piper, 2001; Streck, 2002, 2006

¹⁸³ *Migration und Bevölkerung*, 2006a, S. 2-3

¹⁸⁴ ebd.

den gehen davon aus, dass zeitgleich über 1.500 Menschen bei dem Versuch, das Mittelmeer zu überqueren, starben. Insgesamt berichten die spanischen Behörden offiziell von 6.000 Tote auf spanischem Gebiet. Nach Einschätzungen des *Informationsbundes Asyl* liegt jedoch die Dunkelziffer noch wesentlich höher, da bis zu 40 Prozent der Bootsflüchtlinge die spanische Küste nicht lebend erreichen. Spanien (Anm. wie auch andere EU-Länder, z.B. Italien) hat auf den Druck der übrigen EU-Länder die Initiative ergriffen, *Auffanglager* zu errichten, um die Menschen an der Ausreise zu hindern.¹⁸⁵

Die europäischen Arbeitsgruppen *EURASIL*¹⁸⁶ und *CIREFI*¹⁸⁷ sind für die Erstellung der monatlichen Statistiken über „Asyl und illegaler Zuwanderung“¹⁸⁸ auf die Unterstützung unterschiedlicher sicherheitspolitischer EU-Einrichtungen angewiesen. Hierzu zählen u.a. *EURODAC*¹⁸⁹ und *EUROPOL*¹⁹⁰, die *AG POL MOE*¹⁹¹, die *International Conference of Border Police* sowie das *Schengener Informationssystem* (SIS). Holzberger und Schubert kritisieren diesen Informationsverbund als „entscheidendes Instrument für die Abwehr von Flüchtlingen und MigrantInnen“¹⁹². Das *Schengener Informationssystem* (SIS) II soll nach den Wünschen Wolfgang Schäubles von den Geheimdiensten aller EU-Mitgliedsländer genutzt werden können.

In Deutschland nahm im Mai 2006 das *Gemeinsame Analyse- und Strategiezentrum illegale Migration* (GASIM), in dem die deutsche *Bundespolizei* mit mehreren Geheimdiensten und dem *Auswärtigen Amt* zusammenarbeitet, seine Arbeit auf.¹⁹³

¹⁸⁵ vgl. Hackensberger, 2003; Kopp, 2006; Migration und Bevölkerung, 2006a, S. 2-4

¹⁸⁶ *EU- Netzwerk für Asylpraktiker* - (European Union Network for Asylum Practitioners)

¹⁸⁷ Informations-, Reflexions- und Austauschentrums für Fragen im Zusammenhang mit dem Überschreiten der Außengrenzen und der Einwanderung

¹⁸⁸ EU, 2006b

¹⁸⁹ EURODAC als „unionsweite Biometriedatenbank“ seit Januar 2003, mit umfassenden persönlichen Datensätzen (incl. einer ID-Kennnummer) von Asylsuchenden ab 14 Jahren (vgl. EU, 2003; 2006d; 2006e; 2006f).

¹⁹⁰ Europäische Polizei mit Sitz in Den Haag seit 1992 (vgl. EU, 2006e).

¹⁹¹ Arbeitsgemeinschaft Polizeiliche Zusammenarbeit mit den Mittel- und Ost-Europäischen Ländern

¹⁹² Holzberger, Schubert, 1998

¹⁹³ vgl. Asyl, 2006a; German-foreign-policy, 2007; Holzberger, Schubert, 1998; no-racism, 2000; Nowak, 2006; Pro Asyl, 2006c

Bade sieht hierin ein „europäisches Abwehrsystem“, welches „jenseits von Privatbesuchen“ und „Tourismus“ nur privilegierte und „hochqualifizierte Fachkräfte und Wissenschaftler“ in Europa zulässt und als „postkoloniale oder ethnische Minderheiten akzeptiert“. Aus humanistischen und menschenrechtlichen, ethischen und moralischen Gründen müssen dagegen auch Flüchtlinge und Asylsuchende in diesem System „toleriert werden“¹⁹⁴. Anstelle einer Bekämpfung der Fluchtursachen zeigt die europäische Politik besonders hohes Engagement in dem Ausbau europäischer Sicherheits- und Abschottungsmaßnahmen zu einer „Festung Europa“.¹⁹⁵

Pro Asyl urteilt darüber hinaus über das Vorhaben der *Europäischen Kommission*, mit Unterstützungszahlungen in Höhe von 40 Millionen Euro „Arbeitsplätze in Afrika zu schaffen“ mit einem ironischen Unterton, da die *EU*-Mitgliedsländer „doch über alle Maßen erfolgreich gewesen sind, Arbeitsplätze in Europa zu schaffen“. Außerdem sollen demnach zukünftige „Migrationszentren“, auch Ausbildungs- und Sprachprogramme bieten, um eine „legale Zuwanderung“ als Fachkraft oder SaisonarbeiterIn in die *EU* „zu erleichtern“.¹⁹⁶

In der *EU* werden anstelle der Fluchtursachen vielmehr die Flüchtlinge bekämpft und keine Überlegungen und Konzepte erarbeitet, um diese Asylpraxis zu verändern, meint Kopp. Vielmehr produziert die *EU* mit ihrer Subventionspolitik im Agrar- und Fischereisektor derzeit Armut, Hunger und weiteren Fluchtursachen insbesondere in afrikanischen Ländern. Märker warnt, dass „solange das Pendant der Abwehr von Flüchtlingen aus der ‚Dritten Welt‘, die Bekämpfung der Fluchtursachen, fehle, bleibe diese Abwehr ein historischer Skandal, an dem künftige Generationen das Humanverständnis Europas im späten 20. und frühen 21. Jahrhundert bemessen werden“.¹⁹⁷

¹⁹⁴ Bade, 2002b, S. 42

¹⁹⁵ Bade, 2002b, S. 42-44; vgl. *Asyl*, 2006l; Bade, 2002b, S. 42-44; Bozic, 2006

¹⁹⁶ *Pro Asyl*, 2006b

¹⁹⁷ vgl. Bozic, 2006; Kopp, 2006; Märker, 2001, S. 10

2.5 Die gesetzlichen Rahmenbedingungen

2.5.1 Die 'Harmonisierung'¹⁹⁸ der Europäischen Union (EU)

Die gesetzlichen Rahmenbedingungen für eine gemeinsame Flüchtlingspolitik und die Auswirkungen auf ihre nationale Umsetzung liegen in einer sogenannten 'Harmonisierung' der EU begründet. Dieses Zielvorhaben dient einer Vereinheitlichung der Umsetzung einer Reihe europäischer Gesetzgebungen in das nationale Recht der EU-Mitgliedsländer.¹⁹⁹

Im Juni 1985 verfassten die Regierungen von Frankreich, Deutschland und der Beneluxländer, unabhängig von der EU, das sogenannte *Schengener Abkommen*. Ein Kernpunkt dieses Abkommens ist die Vereinbarung über die gemeinsame europäische Innenpolitik. Unter Ausschluss und Verweigerung eines Mitbestimmungsrechts des *Europäischen Parlaments* (EP)²⁰⁰ und der nationalen Parlamente, wurde die Umsetzung einer „hermetischen Absicherung und Kontrolle der Außengrenzen, die rigide Visavergabepaxis, die gemeinsame Asylzuständigkeits- und Anerkennungsregelungen sowie eine enge Polizeikooperation“²⁰¹ unter dem Deckmantel einer „Demokratisierung der EU“²⁰² vereinbart. Formuliert wurde dies 1990 in dem *Schengener Durchführungsabkommen* (SDÜ) und dem *Dubliner Übereinkommen* (DÜ). Beide Vereinbarungen ersetzten das bisher gültige europäische *Asylrecht* des *Schengener Abkommens* ersetzte. So erfolgte neben dem „One-Chance-

¹⁹⁸ Der *europäische Vertrag über die Europäische Union*, der als *Vertrag von Maastricht* am 07. Februar 1992 beschlossen wurde, trat am 01. November 1993 in Kraft. Die *Gemeinsame Außen- und Sicherheitspolitik* (GASP) löst die bisherige *Europäische Politische Zusammenarbeit* (EPZ) ab. Außerdem wird die *polizeiliche und justizielle Zusammenarbeit in Strafsachen* (PJZS) innerhalb der *Europäischen Gemeinschaft* (EG) beschlossen. Die drei Säulen (EG, GASP und PJZS) bilden die *Europäische Union* (EU) (vgl. Wikipedia, 2006a, Auswärtiges Amt, 2006a, 2006b, Malgesini, 1993, S. 115).

¹⁹⁹ vgl. Caestecker, 2006, S. 79; Leuninger, 2007; Malgesini, 1993, S. 114-115

²⁰⁰ Das fehlende Mitbestimmungsrecht des Europäischen Parlaments (EP) innerhalb der sogenannten 3. Säule der EU (*Polizeiliche und justizielle Zusammenarbeit in Strafsachen* - PJZS), hatte beispielsweise zur Folge, dass in der polizeilichen Zusammenarbeit auch nach der Unterzeichnung des Maastrichter Vertrages, auch weiterhin die Abgeordneten des EPs nur „Anfragen und Empfehlungen an den Europäischen Rat“ nach Art. 39 EU-Vertrag äußern konnten, der dann das EP „einmal jährlich über die Fortschritte bei der Kooperation der Strafverfolgungsbehörden“ informierte (vgl. Holzberger, Schubert, 1998)

²⁰¹ Holzberger, Schubert, 1998

²⁰² ebd.

Only-Prinzip²⁰³, durch das Mehrfachanträge vermieden werden sollen, u.a. die Einführung der bis heute geltenden sogenannten *Drittstaatenregelung*. Nach Artikel 6 der *DÜ*, ist der Mitgliedsstaat für die Antragstellung zuständig, über den der „Asylbewerber [...] illegal auf dem Land-, See- oder Luftweg [...] nachweislich eingereist ist“.²⁰⁴ Dabei gilt als „sicherer Drittstaat“²⁰⁵ ein Land, dass hinsichtlich der *GFK* und *EMRK* als „sicher“²⁰⁶ ausgewiesen wurde.²⁰⁷

Nach den Abkommen von Schengen und Dublin wurde ein „Vorverfahren bei der Prüfung von Asylanträgen“ beschlossen, um „missbräuchliche und unbegründete Anträge nicht zum Verfahren zuzulassen“.²⁰⁸ So sind Asylanträge von EU-BürgerInnen nicht mehr möglich und trotz einer Verletzung der *GFK* ein solcher Antrag „als offensichtlich unbegründet“²⁰⁹ abgelehnt. Dadurch wurde zum Beispiel auch das bisher geltende politische Asyl für *ETA*-MitgliederInnen in Frankreich abgeschafft.²¹⁰

Ein weiterer Schritt war der *Vertrag über die Europäische Union/Vertrag von Maastricht* von 1993, über den die Zusammenarbeit der Innen- und Justizminister in die gesamte *EU*-Struktur eingeflochten wurde und einen wesentlichen Schritt in Richtung einer ‚Harmonisierung‘ bedeutete.

Zielvereinbarung des *Maastrichter Vertrages* war die Ausgestaltung des gemeinsamen Binnenmarktes eines „Europas ohne Grenzen“²¹¹ sowie die Festelegung von „Mindeststandards für Asylverfahren, [...] eine ausgewogene Verteilung“²¹² und die *Abschiebung* „illegaler Einwanderer“.²¹³ Zur Wahrung dieser Ziele wurde eine „verstärkte Kontrolle der Außengrenzen“ als „notwendig“ erachtet, um „illegale Grenzübertritte [...] zu verhindern“.²¹⁴ Der Artikel 63 des *EG-Vertrages* verweist darauf, dass die europäischen Regelungen über ein gemeinsames europäisches Asylsystem

²⁰³ Leuninger, 2007

²⁰⁴ ebd.

²⁰⁵ BAMF, 2007b

²⁰⁶ Baumann, 1999

²⁰⁷ vgl. BAMF, 2007b; 2007c; Baumann, 1999; Caestecker, 2006, S. 79; Holzberger, Schubert, 1998; Leuninger, 2007; Märker, 2001

²⁰⁸ Kreienbrück, 2005, S. 172

²⁰⁹ Leuninger, 2007

²¹⁰ vgl. Baumann, 1999; Kreienbrück, 2005, S. 172; Leuninger, 2007

²¹¹ Malgesini, 1993, S. 114-115

²¹² Holzberger, Schubert, 1998

²¹³ ebd.

²¹⁴ Kreienbrück, 2006, S. 176

in Übereinstimmungen mit der *GFK* und dem Zusatzprotokoll von 1967 stehen müssen.²¹⁵ Die Unterzeichnung des *Maastrichter Vertrages* bezeichnet die *Europäische Kommission* als den „Beginn der Asyldebatte“.²¹⁶

Als eine weitere Entwicklung gilt die Gliederung der *Europäische Union* in die sogenannten ´drei Säulen der EU` (siehe Abb. 2.5.1). Somit wurde das Konstrukt ´Europäische Union` in drei Kernbereiche aufgeteilt, in denen „unterschiedliche Regeln für die Beschlussfassung und die Verbindlichkeit der Beschlüsse“²¹⁷ gelten. Eine besondere Bedeutung für die heute gültige *Gemeinsame Außen- und Sicherheitspolitik* (*GASP*)²¹⁸, aber auch für die gesamte EU-Politik, hat der 1999 geschlossene *Vertrag von Amsterdam*²¹⁹. In diesem Vertrag wurden zum Einen die „Zuständigkeiten und Arbeitsbereiche in der Innen- und Justizpolitik der EU neu definiert“²²⁰, zum Zweiten auch die Aufgaben der *GASP* überarbeitet und erweitert. Der Ministerrat und das *EU-Parlament* können in der *GASP* und der *polizeilichen und justiziellen Zusammenarbeit in Strafsachen* (*PJZS*) die *EU-Kommission* nur auffordern, einen Vorschlag zu unterbreiten, sie können jedoch selbst keine Anträge stellen. Zusätzlich ist u.a. das Initiativrecht²²¹ der *EU-Kommissionen*, sowie die Kontrolle durch den *Europäischen Gerichtshof* (*EuGH*) eingeschränkt. Der *EU-Rat*, in dem die Regierungen vertreten sind, haben die Möglichkeit, Vorschläge der *EU-Kommissionen* zu blockieren.²²²

²¹⁵ vgl. Brinkmeier, 2006, Caestecker, 2006, S. 79; Europäische Kommission, 2002

²¹⁶ Europäische Kommission, 2002

²¹⁷ Leuninger, 2007

²¹⁸ Als letzter wichtiger Vertrag zur Weiterentwicklung der *GASP* gilt der 2001 geschlossene Vertrag von Nizza. Dort wurden überwiegend militärische und verteidigungspolitische Aspekte formuliert, wie z.B. eine nun eigenständige EU-Verteidigungspolitik, unabhängig von der NATO (vgl. Auswärtiges Amt, 2006a).

²¹⁹ Durch die Ratifizierung des Amsterdamer Vertrages fanden auch die Schengener Abkommen mit den dazugehörigen Beschlüssen, Einzug in das EU-Recht. Diese Beschlüsse wurden unter die „erste“ (EG) und „dritte Säule“ (PJZS) der EU aufgeteilt. Der EU-Rat bestätigte die rechtliche und politische Konzeption der einstigen Schengen-Gruppe als „Acquis communautaire“ (gemeinsamer, rechtlicher Besitzstand der EU) (Auswärtiges Amt, 2006c) und erklärte diesen für „sakrosankt“ (Busch, 2001) [Anm. unverletzlich (Drosdowski, Scholze-Stubenrecht, Wermke, 1991)]. Dies hat zur Folge, dass die EU-Innen- und Justizpolitik, aber auch das EP sich nur in diesem Rahmen bewegen kann (vgl. Auswärtiges Amt, 2006c, Busch, 2001).

²²⁰ Busch, 2001

²²¹ Als Initiativrecht wird das Recht von Organen eines Staates, einer Institution der gesetzgebenden Gewalt (Legislative) – in direkten Demokratien das Recht jedes Bürgers – bezeichnet, einen Gesetzentwurf zur Abstimmung vorzulegen (vgl. WDR, 2005, Wikipedia, 2006).

²²² vgl. AHA-Büren, 2006; Auswärtiges Amt, 2006b; Busch, 2001; Caestecker, 2006, S. 79; Europäische Kommission, 2002; Holzberger, Schubert, 1998; Kreienbrück, 2006, S. 176; Leuninger, 2007; Malgesini, 1993, S. 114-115; Süßmuth, 2006, S. 104

Abb. 2.5.1: Die drei Säulen der Europäischen Union (EU)



Eigene Darstellung nach: Auswärtiges Amt, 2006b; Busch, 2001; Leuninger, 2007

Im Rahmen des *Amsterdamer Vertrages* wurde u.a. die Asyl- und Einwanderungspolitik auf die „erste Säule“²²³ der *EU* übertragen, und somit „vergemeinschaftet“.²²⁴

Der Vertrag regelt u.a. eine Richtlinie zur Festlegung von „Mindestnormen für die Aufnahme von Asylbewerbern in den Mitgliedsstaaten“²²⁵, eine gleichmäßige Verteilung von Flüchtlingen, Asylsuchenden und der dadurch entstehenden Kosten. Die Umsetzung einer „Vereinheitlichung der allgemeinen Lebensbedingungen für Asylbewerber, wie Unterkunft, Verpflegung, Zugang zum Arbeitsmarkt, medizinische Versorgung und schulische Betreuung Minderjähriger“²²⁶ sollte bis Mai 2004 abgeschlossen sein. Schließlich wurde im Oktober 1999 ein Fünf-Jahres-Plan zur Umsetzung des *Amsterdamer Vertrages* in Tampere festgelegt und eine gemeinsame *EU*-Asylpolitik angekündigt.

²²³ Auswärtiges Amt, 2006b

²²⁴ Busch, 2001

²²⁵ BMI, 2006g

²²⁶ BMI, 2006g

Durch die am 6. Februar 2005 ausgelaufenen Umsetzungsfrist haben Flüchtlinge innerhalb der EU „Anspruch auf Aufnahme einschließlich Wohnung, Lebensmittel, Kleidung und Geld“.²²⁷ Darüber hinaus steht ihnen eine „angemessene Gesundheitsversorgung“²²⁸ und die „Grundschulerausbildung Minderjähriger“²²⁹ zu.²³⁰

Derzeit liegt Frankreich an der Spitze der in der EU gestellten Asylanträge, gefolgt von Großbritannien, Deutschland und Österreich. Nach Angaben Kopp wurden insgesamt weniger als 200.000 Asylanträge gestellt, davon allein rund ein Zehntel in Deutschland.²³¹

Zur Vermeidung, „dass kein Land die Verantwortung für die Genehmigung oder Ablehnung von Asylanträgen übernehmen will und Flüchtlinge von einem EU-Staat in einen anderen abgeschoben werden“²³², legte die sogenannte *Dublin II-Verordnung* von 2003 Kriterien für die „Zuständigkeit der Mitgliedsstaaten zur Durchführung des Asylverfahrens“²³³ fest. Sie löste damit das *Dubliner Übereinkommen* von 1990 ab. Über die Verordnung ist „dem Mitgliedsstaat die Zuständigkeit für die Prüfung eines Asylantrages zuzuweisen, der die wichtigste Rolle bei der Einreise des Antragstellers [...] gespielt hat“.²³⁴ Durch diese Vorgehensweise soll nach Angaben des BMI „Missbrauchsanträgen vorgebeugt werden“.²³⁵ Zuständigkeitskriterien und Gründe für ein *Rückübernahmeersuchen* sind u.a. der Aufenthaltstitel oder ein Visum für ein anderes EU-Mitgliedsland.²³⁶

Nach den Untersuchungsergebnissen des *Europäischen Flüchtlingsrates* (ECRE) führt die Umsetzung der *Dublin II-Verordnung* dazu, dass Betroffene „häufiger inhaftiert“²³⁷ werden und dies zu Trennungen von ihren Familien und Kindern führt. Wie der *UNHCR* beschreibt auch der *Informationsverbund Asyl* die fehlende Garantie eines fairen Asylverfahrens durch eine „Zugangsverweigerung zum Asylsys-

²²⁷ ebd.

²²⁸ Europäische Kommission, 2002

²²⁹ ebd.

²³⁰ vgl. BAMF, 2007a; Baumann, 1999; BMI, 2006g; EU, 2005a ; 2006a; Europäische Kommission, 2002; No-racism, 2000

²³¹ vgl. Kopp, 2006; UNHCR, 2006e

²³² Europäische Kommission, 2002

²³³ BMI, 2006g

²³⁴ EU, 2006g

²³⁵ BMI, 2006g

²³⁶ vgl. BAMF, 2006e; BMI, 2006g ; Europäische Kommission, 2002; EU, 2006g

²³⁷ Asyl, 2006e

tem“²³⁸, bei dem Asylanträge nicht geprüft, aber dafür vermehrt Inhaftierungen vorgenommen werden.²³⁹

In einem sogenannten Pilotprojekt sollen diese Migrationsbewegungen mit Geldern aus dem *Europäischen Entwicklungsfonds* gesteuert werden. Kopp schildert die Situation als eine „Botschaft an die Transit- und Herkunftsländer“²⁴⁰, höhere Entwicklungshilfe zu erhalten, wenn entsprechende *Rückübernahmeabkommen* und Kooperationen umgesetzt werden.²⁴¹

Durch die Möglichkeit von *Rückübernahmeersuchen* an insbesondere osteuropäische Mitgliedsländer, wird Deutschland nach Überzeugung des *BAMFs* „entlastet“²⁴² und trägt so zu einer „effektiven Durchsetzung der Ausreisepflicht nicht bleibeberechtigter Personen bei“²⁴³. Während die Anzahl der Asylanträge (siehe Tab. 2.5.b) stetig sinkt, steigen die von Deutschland gestellten *Rückübernahmeersuche* an. Im Jahre 2000 belief sich der Anteil gestellter *Rückübernahmeersuche* auf 5 Prozent der AsylantragstellerInnen. 2005 dagegen war der Anteil auf 19,1 Prozent (5.527 Menschen) gestiegen. 2004 waren es 19,5 Prozent (6.939 Menschen). Von Januar bis Dezember 2006 verzeichnete das *BAMF* monatlich durchschnittlich rund 400 *Rückübernahmeersuche* mit einem leichten Anstieg zum Jahresende. Im Januar 2007 stieg die Anzahl auf über 550 *Rückübernahmeersuche* an.²⁴⁴

Vor der „Rückführung illegal aufhältiger Drittstaatenangehöriger“²⁴⁵ muss nach einer *EU-Richtlinie des Haager Programms zur Stärkung von Freiheit, Sicherheit und Recht* vom 5. November 2004 eine sogenannte *Rückführungsentscheidung* formuliert werden. Weiterhin ist zusätzlich, möglicherweise auch zeitgleich, eine sogenannte *Abschiebungsanordnung* zu stellen. Dennoch besteht in der Regel dabei die Möglichkeit einer „freiwilligen Ausreise“²⁴⁶ innerhalb von vier Wochen. In

²³⁸ ebd.

²³⁹ vgl. Asyl, 2006c, 2006e; 2006o; Pro Asyl, 2006a

²⁴⁰ Bozic, 2006

²⁴¹ vgl. Asyl, 2006l, Bozic, 2006

²⁴² BAMF, 2006e

²⁴³ ebd.

²⁴⁴ vgl. BAMF, 2006c; 2006e

²⁴⁵ Migration und Bevölkerung, 2005b, S. 4-5

²⁴⁶ Migration und Bevölkerung, 2005b, S. 4-5. „Freiwillige Ausreise“ wurde zum „Unwort des Jahres 2006“ gewählt; www.unwortdesjahres.org (Mesovic, 2007)

jedem Falle wird ein *Wiedereinreiseverbot* von bis zu fünf Jahren für die gesamte *EU* ausgesprochen.

Bei dem *Haager Programm* handelt es sich um ein „Mehrjahresprogramm für den Zeitraum bis Ende 2009“.²⁴⁷ Es sieht u.a. die Umsetzung eines *gemeinsamen Europäischen Asylsystems* vor. Dieses wiederum beinhaltet z.B. ein einheitliches *Asylverfahren* und sogenannte „regionale Schutzprogramme“²⁴⁸, die die „Schutzkapazitäten in den Herkunftsstaaten und –regionen erhöhen“²⁴⁹ sollen. Darüber hinaus wurde im Rahmen des *Haager Programms* die der *Europäischen Flüchtlingsfonds* (EEF) eingerichtet. Dieser soll u.a. die Mitgliedsländer bei der Aufnahme von Flüchtlingen, sowie Projekte und Aktionen, die der „sozialen und wirtschaftlichen Integration“²⁵⁰ dienen, fördern. Ein Beispiel dafür sind „praktische Maßnahmen für Kinder und unbegleitete Minderjährige, insbesondere im Hinblick auf ihre Aufnahme und Eingliederung“.²⁵¹

Für eine „gemeinsame Analyse und einen besseren Austausch statistischer Daten über Asyl und Zuwanderung“²⁵², forderten die „EU-Minister für Justiz und Inneres und Zivilschutz“²⁵³ im Mai 2001 die *EU-Kommission* auf, eine entsprechende Verordnung auszuarbeiten. Daraufhin stellte sie im Mai 2003 einen „Aktionsplan für das Sammeln und die Analyse von EU-Statistiken im Bereich Migration“ vor und formulierte im Rahmen des *Haager Programms* eine „Verordnung des Europäischen Parlaments und des Rates zu Gemeinschaftsstatistiken über Wanderung und internationalen Schutz“, die im September 2005 dem *Europäischen Parlament* (EP) und dem *EU-Rat* vorgelegt wurde.²⁵⁴

Die von EURASIL und CIREFI zusammengetragenen monatlichen Statistiken werden dem *Statistischen Amt der Europäischen Gemeinschaft* (Eurostat) übergeben. Seit 1998 werden hier alle Daten zu legaler wie auch 'illegaler' Zuwanderung und Asyl, auch aus Norwegen und Island, gesammelt und Statistiken erstellt.²⁵⁵

²⁴⁷ Auswärtiges Amt, 2006e

²⁴⁸ ebd.

²⁴⁹ Auswärtiges Amt, 2006e

²⁵⁰ EU, 2005b

²⁵¹ EU, 2005b; vgl. Auswärtiges Amt, 2006e; EU, 2005b; Migration und Bevölkerung, 2005b, S. 4-5

²⁵² EU, 2006b

²⁵³ ebd.

²⁵⁴ vgl. EU, 2006b

²⁵⁵ ebd.

Eine *EU-Qualifikationsrichtlinie zum Schutz der Flüchtlinge* (QualRL) ist im September 2004 in Kraft getreten. Seit dem 10. Oktober 2006 gilt sie als europäischer „Maßstab für die Anerkennung von Flüchtlingen“.²⁵⁶

Nach dieser Richtlinie können Flüchtlinge einen Antrag auf „internationalen Schutz“²⁵⁷ stellen. Anspruch auf „subsidiären Schutz“²⁵⁸ nach Artikel 2 e, f *QualRL* haben „Drittstaatenangehörige oder Staatenlose“²⁵⁹, die z.B. die notwendigen Voraussetzungen für die Anerkennung als Flüchtlinge nach Artikel 1a *GFK* erfüllen. „Subsidiären Schutz“²⁶⁰ erhalten Menschen, die als „schutzbedürftig anzusehen sind, weil sie in Gefahr stehen, bei einer Rückkehr in den Herkunftsstaat einen ernsthaften Schaden zu erleiden“²⁶¹.

²⁵⁶ Hoffmann, 2007

²⁵⁷ ebd.

²⁵⁸ ebd.

²⁵⁹ ebd.

²⁶⁰ ebd.

²⁶¹ Hoffmann, 2007; vgl. EU, 2005c; Hoffmann, 2007; Tobiassen, 2006, S. 28

2.5.2 Die deutsche Gesetzgebung

Die Bildung nationalstaatlicher Grenzen und ihre „Absicherung nach innen und außen“²⁶² wurde durch die Einrichtung der „Visapflicht“²⁶³ und durch die Einführung von Grenz- und „internen Einwanderungskontrollen“²⁶⁴ begleitet. Besonders nach dem Zweiten Weltkrieg führten diese Maßnahmen „zur Installation einer selektiven und protektionistischen Einwanderungspolitik“.²⁶⁵ Diese Absicherungen waren durch eine Gewährleistung der „erforderlichen Freizügigkeit nach innen“, sowie einer Begrenzung der „Teilhabe an den ökonomischen und politischen Strukturen nach außen“²⁶⁶ gekennzeichnet. Die Reglementierungen zeigten sich u.a. in der Tragweite des *Ausländergesetzes* (AuslG) von 1965, welches die Möglichkeit eröffnete, die bundesdeutsche Ausländerpolitik nach „Zweckmäßigkeitserwägungen“²⁶⁷ auszurichten und mit dem „Arbeitserlaubnisrecht [...] nach Ablauf der [...] Arbeitserlaubnis eine Verlängerung zu verweigern“.²⁶⁸

Seit den 1950er Jahren war es auf Grundlage des Artikels 16 des *Grundgesetzes* (GG) Flüchtlingen ermöglicht worden Asyl zu beantragen. Während in der Zeit von 1988 bis 1992 ein deutlicher Anstieg der Asylantragszahlen zu verzeichnen war, hatte der im Dezember 1992 beschlossene ‚Asylkompromiss‘ einen deutliche Abnahme der Anträge zur Folge. Durch die seit 1993 geltenden Änderungen des *Asylbewerberleistungsgesetzes* (AsylbLG) (siehe CD) und des GGs (siehe Tab. 2.5.a) wurden u.a. soziale Leistungen gekürzt (um rund 20 Prozent unter dem Sozialhilfesatz), Arbeitsverbote ausgesprochen und eine „restriktiv angewandte Residenzpflicht“²⁶⁹ zur Abschreckung weiterer potentieller Asylbewerber“²⁷⁰ eingeführt. Die

²⁶² Bommers, Scherr, 1993, S. 47

²⁶³ Caestecker, 2006, S. 73. Ein gültiges Visum bedeutet nicht, eine freie Einreise in die EU zu erhalten. Vielmehr muss nachgewiesen werden, dass es sich bei der Einreise nicht um eine Einwanderung handelt (vgl. Kreienbrück, 2006, S. 178).

²⁶⁴ Caestecker, 2006, S. 73-74

²⁶⁵ Caestecker, 2006, S. 73

²⁶⁶ Bommers, Scherr, 1993, S. 47

²⁶⁷ Bommers, Scherr, 1993, S. 49

²⁶⁸ Bommers, Scherr, 1993, S. 49; vgl. Baumann, 1999; Bommers, Scherr, 1993, S. 47, 49; Caestecker, 2006, S. 73-74

²⁶⁹ Meist besteht eine sogenannte *Residenzpflicht* für das jeweilige Bundesland, den Landkreis oder die Gemeinde, in dem/der ein Flüchtling gemeldet ist, und erlaubt ein Verlassen dieser Region ausschließlich mit behördlicher Genehmigung auf Antragstellung (vgl. Birck, 2004, S. 178; MFH, 2006, S. 19-20).

²⁷⁰ Rethmann, 1995, S. 302-303

mit der „jederzeitigen Erreichbarkeit“²⁷¹ begründete *Residenzpflicht* nach § 55 Abs. 1 des *Asylverfahrensgesetzes* (AsylVfG) hat zur Folge, dass „soziale Kontakte“²⁷² und „familiäre Bindungen auseinandergerissen“²⁷³ werden.

In Niedersachsen kann ein Verstoß gegen die *Residenzpflicht* mit 14 Tagen bis zu einem Monat Haft bestraft werden. Bei einem wiederholten Verstoß ist eine gerichtliche Verurteilung oder eine *Abschiebung* möglich.²⁷⁴

Hierdurch war, nach Auffassung Angenendts ein „menschwürdiges Leben während des Asylverfahrens nicht mehr möglich“.²⁷⁵ Bereits in dem „Gutachten zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes“²⁷⁶ von 1988 stellten Röseler und Schulte die Legitimität einer Gesetzesänderung in Frage. Ihrer Ansicht nach schafft das Gesetz die Möglichkeit „ausreisepflichtige Ausländer, die nicht abgeschoben werden können oder dürfen [...] zur freiwilligen Ausreise“²⁷⁷ zu bewegen, um „die kommunalen Haushalte zu entlasten“²⁷⁸ und „Ausländer zu bestrafen, die rechtswidrig alles daran setzen, in der Bundesrepublik zu bleiben, indem sie z. B. ihre Pässe vernichten oder ihre Identität verbergen“.²⁷⁹

²⁷¹ Müller, 2000

²⁷² ebd.

²⁷³ ebd.

²⁷⁴ vgl. N.N., 2007 ; Weber, 2007c

²⁷⁵ Angenendt, 2000, S. 15

²⁷⁶ Röseler, Schulte, 1988, S. 24

²⁷⁷ ebd.

²⁷⁸ ebd.

²⁷⁹ Röseler, Schulte, 1988, S. 24; vgl. Angenendt, 2000, S. 15; Benz, 2006a, S. 96-97, 99, 103; Müller, 2000; Rethmann, 1995, S. 302-303; Röseler, Schulte, 1988, S. 24

Tab. 2.5.a: Verschärfung des Asylrechts durch die Änderung des Artikels 16 GG

| Artikel 16 Grundgesetz | Artikel 16a Grundgesetz |
|--|---|
| Gültig bis 1. Juli 1993 | Gültig seit 1. Juli 1993 |
| „politisch Verfolgte genießen Asylrecht“ | „(1) politisch Verfolgte genießen Asylrecht (2) Auf Absatz 1 kann sich nicht berufen, ...“ |

Eigene Darstellung nach: Gardemann, 2006b; BMJ, 2007a

Es folgten weitere Gesetzesverschärfungen in den Jahren 1997 und 1998. Die Innenminister der Länder verständigten sich auf eine sogenannte *Missbrauchsregelung*, die als § 1 unter dem Stichwort „Anspruchseinschränkung“²⁸⁰ in das *AsylbLG* aufgenommen wurde. Derzeit liegen die Leistungen nach dem *AsylbLG* bei rund 35 Prozent (siehe Tab. 2.5.d) unter den Leistungen nach dem *Sozialgesetzbuch (SGB) II/XII* (Anm. nach Angaben des BMI: 20 Prozent).²⁸¹

Bei der Senkung der Sozialleistungen für Flüchtlinge und der gleichzeitigen Erhöhung von Steuererleichterungen für Unternehmen in Deutschland, kann sich nach Aussage von Frielinghaus „der Standort Deutschland also durchaus sehen lassen im internationalen Wettbewerb um die effizienteste Bekämpfung der Überflüssigen und um angemessene Förderung der Leistungsträger“.²⁸²

Nach den Berechnungen des *Instituts zur Zukunft der Arbeit* (IZA) werden die derzeit in Deutschland lebenden etwa 6,7 Millionen Menschen mit „nichtdeutscher Staatsangehörigkeit“²⁸³ im Laufe ihres Lebens „durchschnittlich 11.000 Euro mehr an den Staat zahlen“²⁸⁴, als sie bekommen.²⁸⁵

²⁸⁰ BMI, 2006f

²⁸¹ vgl. Angenendt, 2000, S. 15; BMI, 2006e, 2006f; kmii, 2007a, 2007b; Kohlmeier, Schimany, 2005, S. 19; MFH, 2006; Müller, 2000; Rethmann, 1995, S. 302-303; Röseler, Schulte, 1988, S. 24

²⁸² vgl. Frielinghaus, 2006

²⁸³ news aktuell, 2006

²⁸⁴ ebd.

²⁸⁵ vgl. Flüchtlingsrat Nds., 2007b; news aktuell, 2006; Razum, Zeeb, 2006, S. 845

Die Zahl der gestellten Asylanträge (Erst- und Folgeanträge) stieg in der Zeit von 1983 bis 1992 von rund 20.000 auf etwa 440.000 an. Doch mit den o.g. Gesetzesänderungen sanken die Asylantragszahlen in Deutschland kontinuierlich. Allein von 1995 bis 2006 sank die Zahl der *Asylanträge* von über 200.000 auf weniger als 31.000 (siehe Tab. 2.5.b).

Heute liegt die Zahl der Asylanträge bei unter 20.000 (Stand 2007). die Anerkennungsquote lag nach Aussage von Rita Süßmuth stets unter zehn, seit 2002 unter zwei Prozent.²⁸⁶

In der Zeit von Januar bis März 2007 haben insgesamt 7.288 Menschen Asyl beantragt. 52 Menschen (0,7 Prozent) erhielten eine Asylberechtigung. Einen *Abschiebeschutz* nach § 60 Abs.1 *AufenthG* erhielten 484 Menschen und eine *Duldung* aufgrund § 60, Abs. 2, 3, 5, 7 164 Menschen. Demnach wurden 4.110 Asylanträge (56,4 Prozent) abgelehnt (siehe Tab. 2.5.b).²⁸⁷

²⁸⁶ vgl. BAMF, 2006a; 2006c, S. 1, 6; Benz, 2006a, S. 96-97, 99, 103; Kohlmeier, Schimany, 2005, S. 19; Süßmuth, 2006, S. 102-103; Misereor, 1994, S. 22

²⁸⁷ vgl. BAMF, 2006c

Tab. 2.5.b: Überblick über die Asylanträge 1995 bis 2006 und deren Entscheidung

| Jahr | Anzahl Asylanträge insgesamt | Anerkennung nach Art. 16a GG | Abschiebeschutz nach § 60 Abs. 1 AufenthG | Abschiebeschutz nach § 60 Abs. 2,3,5,7 AufenthG | Ablehnungen |
|------|------------------------------|------------------------------|---|---|----------------|
| 1995 | 200.188 | 18.100 | 5.368 | 2.631 | 117.939 |
| 1996 | 194.451 | 14.389 | 9.611 | 2.082 | 126.652 |
| 1997 | 170.801 | 8.443 | 9.779 | 2.768 | 101.886 |
| 1998 | 147.391 | 5.883 | 5.437 | 2.537 | 91.700 |
| 1999 | 135.504 | 4.114 | 6.147 | 2.100 | 80.231 |
| 2000 | 105.502 | 3.128 | 8.318 | 1.597 | 61.840 |
| 2001 | 107.193 | 5.716 | 17.003 | 3.383 | 55.402 |
| 2002 | 130.128 | 2.379 | 4.130 | 1.598 | 78.845 |
| 2003 | 93.885 | 1.534 | 1.602 | 1.567 | 63.002 |
| 2004 | 61.961 | 960 | 1.107 | 964 | 38.599 |
| 2005 | 48.102 | 411 | 2.053 | 657 | 27.452 |
| 2006 | 30.759 | 251 | 1.097 | 603 | 17.781 |

Eigene Darstellung nach: BAMF, 2006a; 2006c

Tab. 2.5.c: Asylanträge Januar bis März 2007

| Asylanträge insgesamt | Anerkennung nach Art. 16a GG | Abschiebeschutz nach § 60 Abs. 1 AufenthG | Abschiebeschutz nach § 60 Abs. 2,3,5,7 AufenthG | Ablehnungen |
|-----------------------|------------------------------|---|---|--------------|
| 7.288 | 52 | 484 | 164 | 4.110 |

Eigene Darstellung nach: BAMF, 2006c

Die derzeitige Anzahl von Geduldeten und Gestatteten in Deutschland beläuft sich auf 184.455 (Einreise vor dem 1. Januar 2005), davon

- 106.739 (Einreise vor dem 1. Januar 2001) und
- 72.303 (Einreise vor dem 1. Januar 1999)²⁸⁸

²⁸⁸ vgl. Hohlfeld, 2007

Tab. 2.5.d: Leistungen nach dem Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG)

| Gruppe | Leistungen nach dem AsylbLG in Euro* | Im Vergleich dazu Leistungen nach SGB XII in Euro |
|----------------------|--------------------------------------|---|
| Haushaltsvorstand | 184,07 | 345,- |
| Kinder unter 8 Jahre | 112,48 | 207,- |
| Kinder 8-18 Jahre | 158,50 | 207,- (unter 14 Jahre) 276,- (14-18 Jahre) |

*: zuzüglich einer monatlichen Taschengeldpauschale von 40,90 €, bzw. 20,45 € für Kinder unter 15 Jahre

Eigene Darstellung nach: BMAS, 2007a, 2007b; BMI, 2006e; 2006f

Nach dem *AsylbLG* in der Fassung vom 1. September 1998 werden allen Leistungsberechtigten über drei Jahre hinweg „gekürzte Sachleistungen“²⁸⁹ gewährt. Anschließend, nach der „3-Jahres-Frist“²⁹⁰, werden die Leistungen analog zu *SGB XII* erbracht, unter der Voraussetzung, dass die Betroffenen ihren Aufenthalt z.B. aufgrund fehlender Mitwirkungspflicht nach § 2 Abs. 1 *AsylbLG* „nicht rechtsmissbräuchlich [...] beeinflusst haben“.²⁹¹ Ist dies jedoch nach der Entscheidung der Sozialämter und Ausländerbehörden der Fall, haben die Sozialämter die Möglichkeit, die „unabweichbaren Leistungen“²⁹² zu kürzen bzw. einzustellen. Am Häufigsten wird um die Höhe des Taschengeldes oder der Leistungen für Kleidung, Körperpflege und Ernährung gekürzt.²⁹³

Die Leistungen nach dem *AsylbLG* umfassen nach der Definition des Bundesinnenministeriums, eine sogenannte Grundversorgung. Diese beinhaltet Leistungen (in der Regel nach dem Sachleistungsprinzip), um den „notwendigen Bedarf an Ernährung, Unterkunft Heizung, Kleidung, Gesundheits- und Körperpflege sowie Gebrauchs- und Verbrauchsgüter des Haushalts“²⁹⁴. Die Art der ‚Auszahlung‘ dieser Leistungen liegt in der Entscheidung des jeweiligen Landes bzw. letztendlich der

²⁸⁹ Classen, 2007b

²⁹⁰ Reimann, 2007

²⁹¹ BMI, 2006f

²⁹² Classen, 2007b

²⁹³ vgl. BMI, 2006f; Classen, 2007b; Reimann, 2007

²⁹⁴ BMI, 2006e

jeweiligen Kommune. Zusätzlich erhalten die Betroffenen „zur Deckung persönlicher Bedürfnisse“²⁹⁵ ein Taschengeld in bar.

Die medizinischen Leistungen beschränken sich auf die Behandlung akuter Erkrankungen oder Schmerzzuständen (Notfallbehandlung), sowie der dafür notwendigen Arzneimittel, Verbände etc. nach § 4 *AsylbLG*. Bei Schwangerschaft und Geburt sind ärztliche und pflegerische Hilfen zu übernehmen. Darüber hinaus können zur Gesundheit erforderliche/unerlässliche Behandlung notwendige Leistungen nach § 6 *AsylbLG* gewährt werden. Für die Entscheidung des zuständigen *Sozialamtes* ist eine vorherige Antragstellung auf Zusatzleistungen notwendig, der häufig ein ärztliches Gutachten durch einen Amtsarzt folgt. Bei einer Ablehnung ist es den Betroffenen ermöglicht Widerspruch gegen diese Entscheidung einzulegen, bzw. diesen Fall vor dem *Sozialgericht* verhandeln zu lassen.

Betroffene, die nach 36 Monaten Leistungen analog zu dem Leistungssystem der *Grundsicherung für Arbeitssuchende* (Sozialgesetzbuch - SGB II) beziehungsweise der *Sozialhilfe* (Sozialgesetzbuch - SGB XII). bekommen, erhalten die Möglichkeit, Mitglied einer Krankenkasse nach § 264 *SGB V* zu werden und erhalten somit alle Leistungen einer/eines Pflichtversicherten.²⁹⁶

Bis zum Ende des Jahres 2000 bestand ein grundsätzliches Arbeitsverbot und kein Anspruch auf Sprachförderung, Kinder- oder Elterngeld, eine Krankenversicherung oder die Übernahme von Mietkosten.²⁹⁷ Seit Dezember 2000 war es aufgrund einer Rechtsverordnung über die Aufhebung des Arbeitsverbotes, Flüchtlingen ermöglicht worden, nach einem zwölfmonatigen Aufenthalt in Deutschland eine Beschäftigungserlaubnis nach § 61 Abs. 2 *AsylVfG* zu erhalten (siehe Kapitel 2.5.2.1).²⁹⁸

Als „asylberechtigt“²⁹⁹ gelten Menschen, deren Asylgründe im Antrag auf Asyl nach Prüfung durch das *BAMF* anerkannt wurden. Meldet sich ein asylsuchender Mensch, der über einen sogenannten „sicheren Drittstaat“³⁰⁰ einreisen möchte bei einer deutschen Grenzbehörde, wird er in der Regel umgehend aufgrund von § 18

²⁹⁵ Osnabrück, 2007b

²⁹⁶ vgl. BMI, 2006e; Flüchtlingsrat Nds. 2007c; Osnabrück, 2007b

²⁹⁷ vgl. Classen, 2007b

²⁹⁸ vgl. Kühne, 2002, S. 33

²⁹⁹ BMI, 2006a

³⁰⁰ BAMF, 2007b

Abs. 2 *AsylVfG* in diesen rücküberführt. Meldet dieser Mensch sich jedoch erst nach seiner Einreise bei einer Ausländerbehörde, wird er über das bundesweite Verteilungssystem zur *Erstverteilung von Asylbewerbern* (EASY) in eine *Zentrale Aufnahmeeinrichtung* (ZAE) überwiesen. Hier hat er nun die Möglichkeit, bei einer Außenstelle des *BAMFs* einen Antrag auf Asyl zu stellen. Eine auf sechs Monate befristete *Aufenthaltsgestattung* nach *AsylVfG* § 55 beschreibt die Rechtsgrundlage für Asylsuchende für die Zeit des Asylverfahrens.³⁰¹

Im Rahmen der Antragstellung werden eine Reihe von Datenerhebungen und Überprüfungen vorgenommen. Diese Registrierung der Flüchtlinge bei der Antragstellung umfasst:

- die Erstellung einer Asylakte im *Asylverfahrenssekretariat* (AVS)
- die Eintragung der Personaldaten in das IT-System *MARiS*
- die Prüfung, ob es sich um einen Erst-, Folge-, oder womöglich einen Mehrfachantrag handelt
- die erkennungsdienstliche (ED)-Behandlung mit dem Automatischen Fingerabdruck-Identifizierungssystem (AFIS) und dem Europäischen Fingerabdruck- und Identifizierungssystem (EURODAC)³⁰², sowie dem Datenabgleich mit dem Ausländerzentralregister (AZR)
- die Prüfung durch die *Arbeitsgruppe Statusrechtliche Begleitmassnahme* (AG Status) des *BAMFs*³⁰³, „ob bei Personen mit extremistischem oder terroristischem Hintergrund aufenthaltsrechtliche Massnahmen“³⁰⁴ oder „Widerrufsverfahren“³⁰⁵ „erforderlich sind“.³⁰⁶

Daraufhin folgt die Anhörung durch das *BAMF* nach § 25 *AsylVfG*. Bei „Hinweisen auf eine Zuständigkeit eines anderen EU-Mitgliedsstaates“ (*BAMF*, 2007b) nach

³⁰¹ vgl. *BAMF*, 2007b; *BMI*, 2006a; 2006d

³⁰² EURODAC ist eine seit Januar 2003 eingerichtete „unionsweite Biometriedatenbank“ seit Januar 2003, mit umfassenden persönlichen Datensätzen (incl. einer ID-Kennnummer), die Asylsuchende ab dem 14. Lebensjahr erfasst (vgl. *EU*, 2003; 2006d; 2006e).

³⁰³ In diesem Zusammenhang wird die Einführung einer sogenannten „Präventivhaft“ (*Pro Asyl*, 2006d) diskutiert, welche nach Überzeugung von *Pro Asyl* gegen Art. 5 *EMRK* verstößt (vgl. *Pro Asyl*, 2006d).

³⁰⁴ *BMI*, 2006d

³⁰⁵ *Pro Asyl*, 2007a

³⁰⁶ *BMI*, 2006d; vgl. *BMI*, 2006d; *Pro Asyl*, 2006d; 2007a

der *Dublin II-Verordnung* und aufgrund möglicher dementsprechender Aussagen bei der „Reisewegbefragung“³⁰⁷, ist eine *Abschiebung* auf Grundlage des Rückübernahmeabkommens möglich.

Im weiteren Fortgang erfolgt die Entscheidung durch die „Sachbearbeiter Asyl“³⁰⁸ des *BAMFs*. Berücksichtigt werden dabei „Auskünfte und Lageberichte des Auswärtigen Amtes [...] vom UNHCR, von amnesty international, Gutachten wissenschaftlicher Institute sowie Presseartikel und Fachliteratur“.³⁰⁹

Nach Auffassung der Bundesregierung ist es aufgrund der gesetzlichen Änderungen der *International Convention for the Safety of Life at Sea (SO/AS)* und der *International Convention on Maritime Search and Rescue (SAR)* nicht verpflichtend, Flüchtlinge, die gegenüber der *Bundespolizei* auf einem deutschen Schiff in deutschen Hoheitsgewässern ein Asylgesuch stellen, aufzunehmen und ein *Asylverfahren* einzuleiten.³¹⁰

Durch die Einreise auf dem Luftweg kommt die Sonderregelung „Flughafenverfahren“³¹¹ nach § 18a *AsylVfG* zum Tragen, bei dem die Betroffenen bis zur Asylentscheidung, maximal aber 19 Tage, im Transitbereich des Flughafengeländes festgehalten werden können.

Flüchtlinge, die über einen „sicheren Drittstaat“³¹² nach § 26a *AsylVfG* einreisen, werden nicht als „Asylberechtigte“³¹³ anerkannt. In diesem Fall „ordnet das BAMF die Rückführung in den sicheren Drittstaat an, über den die Einreise erfolgt ist“ („Abschiebungsanordnung“)³¹⁴, oder ordnen die Abschiebehaft nach § 62 *AufenthG* an.

Gegen diese Entscheidung können auf Grundlage der „Rechtswegsgarantie“³¹⁵ Rechtsmittel vor dem *Verwaltungsgericht* eingelegt werden, die aber hohe Prozess- und Anwaltskosten nach sich ziehen, die von den Flüchtlingen meist nicht aufgebracht werden können.³¹⁶

³⁰⁷ BAMF, 2007b

³⁰⁸ ebd.

³⁰⁹ vgl. BAMF, 2007b

³¹⁰ vgl. Pro Asyl, 2006a

³¹¹ BAMF, 2007b

³¹² ebd.

³¹³ ebd.

³¹⁴ ebd.

³¹⁵ BMI, 2006a

³¹⁶ vgl. BAMF, 2007b; BMI, 2006a, Pohl, 2005a, S. 32-33

Das am 1. Januar 2000 in Kraft getretene *Staatsangehörigkeitsgesetz* ermöglichte es, neben der Einführung von Sprachtests, im Rahmen von *Einbürgerungsverfahren* durch die sogenannte „Anwerbestoppausnahmereordnung“³¹⁷, ausländischen *IT-Fachkräften*³¹⁸, über eine sogenannte ‘Green-Card` einen Aufenthalt in Deutschland mit unbeschränkter *Arbeitserlaubnis* zu erhalten. Auch wenn in diesem Zusammenhang von einer „Elitenmigration“³¹⁹ gesprochen wurde, entsprach die tatsächliche Nachfrage nach ‘Green-Cards` nicht den Vorstellungen der deutschen Bundesregierung.³²⁰

Kohlmeier und Schimany sprechen von einem „Paradigmenwechsel in der deutschen Migrationspolitik“, welcher sich beginnend mit der Einrichtung einer *Unabhängigen Kommission Zuwanderung* im Jahr 2000 und des *Sachverständigenrates für Migration und Integration* (Zuwanderungsrat) im Jahr 2003, vollzog.³²¹

Die *Unabhängige Kommission Zuwanderung* oder sogenannte „Süssmuth-Kommission“³²² entwickelte neben den einzelnen Fraktionsparteien, „Vorstellungen zur Gestaltung von Einwanderung und Asyl sowie zu Integrationsangeboten der deutschen Aufnahmegesellschaft an die bereits Eingewanderten“.³²³ In Bezug auf diese Empfehlungen wurde im August 2001 ein Referentenentwurf für ein *Zuwanderungsgesetz* vorgestellt. Bereits im September einigten sich, trotz massiver Kritik besonders aus flüchtlingspolitischen Kreisen, die Koalitionsparteien auf einen gemeinsamen Gesetzesentwurf.³²⁴

³¹⁷ Eder, 2003, S. 78

³¹⁸ Mit dem wirtschaftlichen Einbruch der IT-Branche verloren mehr als 15.000 ‘Green-Card`-BesitzerInnen nach kurzer Zeit ihren Arbeitsplatz (Kohlmeier, Schimany, 2005, S.36).

³¹⁹ Kühne, 2002, S. 33

³²⁰ vgl. Eder, 2003, S. 78; Kohlmeier, Schimany, 2005, S. 22-24, 36-37; Kühne, 2002, S. 33

³²¹ Kohlmeier, Schimany, 2005, S. 22-24, 71-72

³²² Kühne, 2002, S. 34-37

³²³ ebd.

³²⁴ vgl. Kühne, 2002, S. 34-37

2.5.2.1 Das Zuwanderungsgesetz

Die folgenden Ausführungen beziehen sich auf das *Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern* (Zuwanderungsgesetz) in der Fassung vom 30. Juli 2004 (siehe CD). Sie erheben keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Es soll vielmehr ein grober Überblick über die derzeit gültige Gesetzeslage gegeben werden, bei dem viele Details und Aspekte unberücksichtigt bleiben müssen. Darüber hinaus bleiben die länderspezifischen Auslegungen des vorliegenden Gesetzes größtenteils unbeachtet.

Anfang 2005 trat das *Zuwanderungsgesetz* in Kraft. Hierbei handelt es sich um ein sogenanntes Artikelgesetz, in dem unterschiedliche Gesetzesänderungen, sowie das bislang geltende *Aufenthaltsgesetz* (AufenthG) enthalten sind.

Das *Aufenthaltsgesetz*, welches das *Ausländergesetz* (AuslG) ablöste, ersetzt somit die *Aufenthaltsberechtigung* nach § 27 *AuslG* und die unbefristete *Aufenthaltserlaubnis* nach § 15 *AuslG* mit der nun gültigen *Niederlassungserlaubnis* nach § 9 *AufenthG*. Alle anderen Aufenthaltsstatuten entfallen durch die Einführung der *Aufenthaltserlaubnis* nach § 7 *AufenthG*.

Demnach enthält das Aufenthaltsgesetz drei Aufenthaltstitel:

- die befristete Aufenthaltserlaubnis,
- die unbefristete Niederlassungserlaubnis und
- das Visum

Für diese drei verschiedenen Aufenthaltstitel nach den *allgemeinen Erteilungsvorschriften* des § 5 *AufenthG* müssen die Betroffenen sogenannte *Regelvoraussetzungen* erfüllen. Neben der Sicherung des Lebensunterhalts³²⁵ durch eine unbefristete Beschäftigung ist i.d.R. ein Visum erforderlich. Darüber hinaus kann eine *Aufenthaltserlaubnis* erteilt werden, wenn

- eine Asylanererkennung nach § 16a GG

³²⁵ Tobiansen, 2006

- ein Abschiebestopp durch die vorübergehende Aussetzung der *Abschiebung* nach § 60a (Duldung) länger als sechs Monate besteht
- ein Abschiebeverbot nach § 60 Abs. 1 *AufenthG*
- ein Abschiebehindernis nach § 60 Abs. 2, 3, 5, 7 *AufenthG*
- ein subsidiärer Schutz nach § 24 *AufenthG*
- ein Härtefall nach § 23a *AufenthG*

besteht.

Die *Aufenthaltserlaubnis* kann maximal für drei Jahre erteilt bzw. verlängert werden, wenn die „Abschiebung seit mehr als 18 Monaten ausgesetzt ist“.³²⁶ In der *Niedersächsischen Verwaltungsvorschrift* wird jedoch auf die „Erteilung für die Dauer eines Jahres“³²⁷ als Regelfall empfohlen und nur in bestimmten Fällen der gesetzliche Höchststrahmen ausgeschöpft. Bei „tatsächlichen oder rechtlichen Gründen, die eine Ausreise unmöglich“³²⁸ machen, und sich die Betroffenen weniger als 18 Monate in Deutschland aufhalten, ist eine *Aufenthaltserlaubnis* nach § 26 Abs. 1 *AufenthG* „für längstens sechs Monate“³²⁹ zu erteilen.

Eine *Niederlassungserlaubnis* kann ausgesprochen werden, bei

- einer *Aufenthaltserlaubnis* von mindestens fünf Jahren
- anerkannten „asylberechtigten“³³⁰ und Konventionsflüchtlingen, die eine mindestens dreijährige *Aufenthaltserlaubnis* vorweisen und kein *Widerrufsverfahren* eingeleitet wurde
- ‚Kontingentflüchtlingen‘ nach § 23 Abs. 2 *AufenthG*

Eine *Niederlassungserlaubnis* ist an die Erfüllung sogenannter Erteilungsvoraussetzungen nach § 9 Abs. *AufenthG* gebunden. Hierunter fallen u.a. eine *Aufenthaltserlaubnis* seit mindestens drei Jahren, „ausreichende Kenntnisse der deutschen Sprache, [...] ausreichender Wohnraum“³³¹, keine „Verurteilungen [...] wegen

³²⁶ Tobiasen, 2006, S. 37

³²⁷ Tobiasen, 2006, S. 31

³²⁸ Tobiasen, 2006, S. 36

³²⁹ Tobiasen, 2006, S. 37

³³⁰ Tobiasen, 2006, S. 9

³³¹ Tobiasen, 2006, S. 11

einer vorsätzlichen Straftat³³² sowie von Voraussetzungen für ein Widerrufsverfahren.

„Günstige Erteilungsvoraussetzungen“³³³ können Betroffene erhalten, die unter die sogenannten *Altfallregelung* fallen.

Darüber hinaus kann eine Erteilung einer *Niederlassungserlaubnis* nach § 26 Abs. 4 *AufenthG* auf Menschen angewandt werden, die seit mehr als sieben Jahre - „Sieben-Jahres-Frist“³³⁴ - eine *Aufenthaltserlaubnis* besitzen. Angerechnet werden u.a. die Aufenthaltszeit während des Asylverfahrens und die „Zeit des Besitzes einer Aufenthaltsbefugnis oder einer Duldung vor dem 01.01.2005“.³³⁵

Durch die Erteilung einer *Aufenthaltserlaubnis* auf Grundlage des sogenannten *One-Step-Governments* der *Ausländerbehörden*, erhalten die Betroffenen meistens eine „Erlaubnis zur Erwerbstätigkeit“.³³⁶ Einen gesetzlichen Anspruch haben Menschen mit einer *Niederlassungserlaubnis*, Studierende und „Asylberechtigte“.³³⁷ Wird mit der *Aufenthaltserlaubnis* keine „generelle Erlaubnis zur Erwerbstätigkeit“³³⁸ erteilt, kann eine „unselbstständige Erwerbstätigkeit nur nach den §§ 39 bis 42 *AufenthG*, nach der *Beschäftigungsverfahrensverordnung* (BeschVerfV), der *Beschäftigungsverordnung* (BeschV) oder aufgrund zwischenstaatlicher Vereinbarungen erlaubt werden“.³³⁹

Darüber hinaus beinhaltet das *Zuwanderungsgesetz* erstmalig die Integration als einen zentralen Bestandteil³⁴⁰. Das *Aufenthaltsgesetz* regelt „die Einreise, den Aufenthalt, die Erwerbstätigkeit und die Förderung der Integration von Ausländern [...] zur Erfüllung [...] humanitärer Verpflichtungen“.

Zur Feststellung „völkerrechtlicher oder humanitärer Gründe oder zur Wahrung politischer Interessen“³⁴¹ können Betroffene ein Härtefallersuchen stellen, welches durch die zuständige *Härtefallkommission* geprüft wird. Diese kann anschließend

³³² ebd.

³³³ ebd.

³³⁴ Tobiasen, 2006, S. 40

³³⁵ ebd.

³³⁶ Tobiasen, 2006, S. 16

³³⁷ Tobiasen, 2006, S. 9

³³⁸ Tobiasen, 2006, S. 6

³³⁹ Tobiasen, 2006, S. 6; vgl. Bleiberechtsbüro, 2007; Gardemann, 2006b; Tobiasen, 2006, S. 9

³⁴⁰ Siehe „Förderung der Integration“ (BMI, 2006a) nach § 43-45 *AufenthG*

³⁴¹ Pohl, 2005a, S. 32-33

die Aussetzung der *Abschiebung* für maximal sechs Monate erwirken eine „Aufenthaltsgewährung in Härtefällen“³⁴² nach § 23a *AufenthG* oder eine *Aufenthaltserlaubnis* in „außergewöhnlichen Härtefällen“³⁴³ nach § 25 Abs.4 *AufenthG* veranlassen.

Über das *Widerrufsverfahren* hat das *BAMF* die „Pflicht zur Überprüfung der Flüchtlingsanerkennung“³⁴⁴ nach drei Jahren. Durch die Überprüfung droht nach Angaben von Pro Asyl der „Widerruf der Asylanerkennung und [...] der Verlust des Aufenthaltes“.³⁴⁵ Dies bestärkt Hidarnejad mit der Anmerkung, dass die durch einen möglichen Widerruf erwirkte Ausreisepflicht die ständige Angst der Betroffenen vor einer möglichen *Abschiebung* erhöht. Seit der Einführung des Zuwanderungsgesetzes haben bereits mehr als 45.000 Flüchtlinge, oft aus dem Irak, Kosovo und Afghanistan, ihren Status verloren.³⁴⁶

Der *Informationsverbund Asyl e.V.* vertritt den Standpunkt, dass durch die Aufnahme der Verfolgungsgründe nach Artikel 1 *GFK* in § 60 Abs. 1 *AufenthG* die Möglichkeit eröffnet wurde, anerkannten Flüchtlingen nach der *GFK* nach drei Jahren eine unbefristete *Niederlassungserlaubnis* zu erteilen. Unter bestimmten Voraussetzungen ist demnach ein Anspruch auf Familiennachzug möglich. In diesem Falle gilt somit der völkerrechtlich garantierte *Non-Refoulement*-Grundsatz. Nach dem *Non-Refoulement* mit dem *Rückweisungsverbot* nach der *GFK* dürfen Asylsuchende nicht zurückgeschickt oder ausgewiesen werden. Ein Verstoß gegen das Verbot besteht, wenn z.B. aufgrund einer Kettenabschiebung durch Anwendung der Drittstaatenregelung nach dem *Dubliner Übereinkommen* (DÜ), ein Flüchtling letztendlich in sein Herkunftsland abgeschoben wird.³⁴⁷

³⁴² Tobiassen, 2006, S. 26

³⁴³ Tobiassen, 2006, S. 34

³⁴⁴ Pro Asyl, 2006d

³⁴⁵ ebd.

³⁴⁶ Pro Asyl, 2006d; vgl. Angenendt, 2000, S. 50-51; BAMF, 2006b; Benz, 2006a, S. 98; BMI, 2006a; BMJ, 2006c; Harmening, 2005, S. 7; Hidarnejad, 2006, S. 6; Jelpke, 2006; MFH, 2006, S. 21; Pohl, 2005a, S. 12-13, 30; Pro Asyl, 2006d ; Tobiassen, 2006

³⁴⁷ vgl. Bank, Schneider, 2006, S. 10; Europäische Kommission, 2002; N.N., 1995; Süßmuth, 2006, S. 106-107

Die ungenügende Abgrenzung des Begriffes der „sozialen Gruppe“³⁴⁸ im *Zuwanderungsgesetz* zur „Gruppenverfolgung“³⁴⁹, führt „häufig [...] zur Ablehnung des Flüchtlingsschutzes“³⁵⁰, betonen Bank und Schneider. Demnach erfolgt die Anerkennung eines Verfolgungsgrundes aufgrund der Zugehörigkeit zu einer bestimmten ‚sozialen Gruppe‘ selten, denn außer bei der geschlechtsspezifischen Verfolgung wird dieser noch immer nicht als „selbstständiges Merkmal wahrgenommen“.³⁵¹

Süssmuth ist der Meinung, dass die Rechte der Flüchtlinge in Deutschland in einigen „wichtigen Punkten im *Zuwanderungsgesetz* zwar verbessert“³⁵² wurden, doch die „Abwehrmechanismen dominieren“.³⁵³

Darüberhinaus erfolgte eine Änderung des *AsylVfG* hinsichtlich der Asylantragstellung für Minderjährige, die nun nach § 14a *AsylVfG* gilt. Dies hat weitreichende Auswirkungen auf die monatlichen Veröffentlichungen des *BAMFs*, die „kein realistisches Bild“ der tatsächlichen Asylantragszahlen, wie auch Ablehnungsquoten wiedergeben. Nach Aussage Ulla Jelpkes werden durch die Gesetzesänderung die Anträge der in Deutschland geborenen Kindern und deren Ablehnungen aufgrund fehlender „individueller politischer Verfolgung“³⁵⁴ mit eingerechnet und nicht gesondert berücksichtigt. Ihren Angaben nach handelte es sich beispielsweise bei 12.100 (27 %) von insgesamt 46.600 Asylanträgen in dem Zeitraum von Januar 2005 bis Oktober 2006 um Anträge von in Deutschland geborener Kinder.³⁵⁵

Nach Auskunft der *Bundesregierung* soll dem § 47 *AsylVfG* ein vierter Absatz, der die Umsetzungsfrist der Vereinbarungen des *Amsterdamer Vertrages* regelt, angefügt werden. Dieser Zusatz soll eine Hinweispflicht auf die Aufnahmeeinrichtungen enthalten, die Flüchtlinge u.a. über vorhandene medizinische Versorgungs- und Beratungsangebote zu informieren.

³⁴⁸ Bank, Schneider, 2006, S.15

³⁴⁹ ebd.

³⁵⁰ ebd.

³⁵¹ Bank, Schneider, S. 13

³⁵² Süssmuth, 2006, S. 108

³⁵³ ebd.

³⁵⁴

³⁵⁵ vgl. Jelpke, 2006b

Das seit dem 18. August 2006 geltende *Allgemeine Gleichstellungsgesetz* (AGG) ist auch auf das Gesundheitsversorgungssystem anzuwenden. Es hat zum Ziel, „Benachteiligungen der ethnischen Herkunft oder der Hautfarbe, wegen des Geschlechts, der Religion oder Weltanschauung, einer Behinderung, des Alters oder sexuellen Identität zu verhindern oder zu beseitigen“.³⁵⁶

Die Umsetzung der *Qualifikationsrichtlinie* (QualRL) (siehe Kapitel 2.5.1) erfolgte bisher nur teilweise. Die *Bundesregierung* kommt somit ihrer Verpflichtung nicht nach, die von der *EU* geforderten Umsetzung auch u.a. der *Familienzusammenführungsrichtlinie* zu beschließen. Bereits seit dem vergangenen Frühjahr 2007 diskutiert die *Bundesregierung* über ein Referentenentwurf für ein *Zweites Änderungsgesetz zum Zuwanderungsgesetz* zur Umsetzung mehrerer europäischer Richtlinien. Das dafür notwendige Gesetzgebungsverfahren soll Ende März 2007 eröffnet werden.³⁵⁷

³⁵⁶ Schweitzer, 2006, S. 7

³⁵⁷ vgl. Deutscher Bundestag, 2006, S. 14; EU, 2005c; Löhr, 2007; Reckmann, 2006; Schweitzer, 2006, S. 7; Voigt, 2007a

2.5.2.2 Die Bleiberechtsregelung

Am 17. November 2006 einigten sich die Innenminister der Länder über eine *Bleiberechtsregelung* für langjährig in Deutschland geduldete Flüchtlinge. Die als *Innenministerkonferenz* (IMK)-Beschluss bezeichnete Einigung fand nach einer kurzen euphorischen Phase harsche Kritik.³⁵⁸ Nach Vorstellung des *BMI* sollte diese Regelung die bisherigen sogenannten 'Kettenduldungen' abschaffen. Doch tatsächlich veränderte sich nur die Situation einiger weniger Betroffener.

Die Innenminister der Länder berieten Anfang März diesen Jahres erneut über eine *Bleiberechtsregelung*. Diese überarbeitete Form soll demnach voraussichtlich bis Ende März 2007 im Rahmen eines Gesetzgebungsverfahrens als Gesetzespaket verabschiedet werden.³⁵⁹

Die folgenden Ausführungen beziehen sich im Wesentlichen auf das *Aufenthaltsgesetz* in Bezug auf den offiziellen Beschluss der *Innenministerkonferenz* vom 17. November 2006 mit einem kurzen Ausblick auf die geplanten Änderungen. Eine Berücksichtigung der länderspezifischen Auslegung des Beschlusses kann an dieser Stelle nicht erfolgen. Darüber hinaus kann auch hier dem Anspruch auf Vollständigkeit nicht entsprochen werden.

Nach der derzeitigen *Bleiberechtsregelung* haben Alleinstehende, die sich mindestens seit acht Jahren (seit dem 17. November 1998), und Familien mit Kindern, die sich mindestens seit sechs Jahren (seit dem 17. November 2000) in Deutschland dauerhaft aufhalten, die Möglichkeit, eine *Aufenthaltserlaubnis* zu erhalten. Ausnahmen und unterschiedliche Handhabungen gelten z.B. für als minderjährig, unbegleitet eingereiste Flüchtlinge.

Gelten soll dieses *Bleiberecht* somit für langjährig Geduldete, „Asylbewerber“³⁶⁰, anerkannte Flüchtlinge im *Widerrufsverfahren*³⁶¹ und Menschen mit einer Aufenthaltserlaubnis nach § 25 Abs. 4, 5 *AufenthG*.

³⁵⁸ vgl. Voigt, 2007a; Tobiassen, 2006

³⁵⁹ vgl. Löhr, 2007; Voigt, 2007a

³⁶⁰ Bleiberechtsbüro 2007. „Um ein Bleiberecht zu erhalten, müssen Asylbewerber (Anm. nach einer verbindlichen Zusicherung durch die Ausländerbehörde) ihren Asylantrag zurückziehen (Bleiberechtsbüro, 2007).

³⁶¹ Anerkannte Flüchtlinge im Widerrufsverfahren müssen ihre Klage gegen den Widerruf zurückziehen“ ebenfalls nach verbindlicher Zusicherung durch die Ausländerbehörde (vgl. Bleiberechtsbüro, 2007).

Nach Ansicht Hohlfelds liegt die Anzahl der Betroffenen, die „die zeitliche Voraussetzung des *IMK-Beschlusses* erfüllen“, zwischen 72.303 und 106.739.³⁶²

Um von der *Bleiberechtsregelung* profitieren zu können, müssen die Betroffenen bestimmte Voraussetzungen wie z.B. den Nachweis über ein „dauerhaftes Beschäftigungsverhältnis“³⁶³ nach Punkt. 3.2.1 *IMK-Bleiberechtsbeschluss*, zur Sicherung des Lebensunterhaltes „ohne Inanspruchnahme von Sozialleistungen“³⁶⁴ nach Punkt. 3, 4 *IMK-Bleiberechtsbeschluss*, erfüllen.

Nach dem derzeit gültigen Beschluss muss der Antrag auf Erteilung der *Aufenthaltserlaubnis* bis spätestens dem 17. Mai 2007 gestellt werden. Bis zum 30. September 2007 gilt für diese Menschen eine *Duldung* nach § 60a Abs. 1 *AufenthG*. Mit der *Duldung* erhalten die Betroffenen eine *Arbeitserlaubnis* und auf Nachfrage einen „unbeschränkten Zugang zum Arbeitsmarkt“.³⁶⁵ Eine *Vorrangprüfung* findet hier in der Regel nicht statt. Die auf das Aufenthaltsgebiet beschränkte Arbeitsplatzsuche durch die bestehende *Residenzpflicht* kann nur auf Antrag, über eine sogenannte „Verlassungserlaubnis“³⁶⁶, kurzzeitig ausgesetzt werden. Eine *Duldung* wird dann ausgesprochen, wenn die Voraussetzungen, wie die Aufenthaltsdauer und die Abwesenheit von Ausschlussgründen erfüllt sind. Bis zu dem oben genannten Stichtag müssen die Betroffenen eine Arbeitsstelle vorweisen. Einen Nachweis über einen Arbeitsvertrag und Passdokumente sind jedoch für die Antragstellung nicht erforderlich.

Wird ein Arbeitsvertrag vorgelegt, erfolgt eine „Wochen dauernde, [...] arbeitsverhindernde“³⁶⁷ sogenannte „Lohnprüfung“³⁶⁸, welche sich an die „branchenweiten Tarifverträge oder [...] an der ortsüblichen Bezahlung“³⁶⁹ orientiert.³⁷⁰

Der Nachweis eines gesicherten Lebensunterhaltes ist erbracht, wenn das monatliche Einkommen mindestens so hoch ist wie der nach sozialrechtlichen Regelungen des *SGB II* bzw. *SGB XII* ermittelte Bedarf, zuzüglich der Miete, der Nebenkosten

³⁶² vgl. Hohlfeld, 2007

³⁶³ IMK, 2006

³⁶⁴ ebd.

³⁶⁵ Bleiberechtsbüro 2007

³⁶⁶ Classen, 2006a

³⁶⁷ Flüchtlingsrat B, 2006

³⁶⁸ Voigt, 2007b

³⁶⁹ ebd.

³⁷⁰ vgl. Bleiberechtsbüro 2007; Classen, 2006a; Flüchtlingsrat B, 2006; IMK, 2006, S. 35-40; SZ, 2006b; Voigt, 2007b

und der Kosten einer Krankenversicherung. Menschen mit einer *Aufenthaltserlaubnis* haben nach § 23 Abs. 1 *AufenthG* einen zum 1. Januar 2006 rückwirkenden Anspruch auf *Kinder-, Erziehungs- und Elterngeld* sowie Unterhaltsvorschuss. Dieser seit dem 13. Dezember 2006 geltende Anspruch wird für die „Lebenshaltungskosten als eigenes Einkommen angerechnet“.³⁷¹ In einigen Bundesländern (z.B. Niedersachsen) wird der Nachweis über „ausreichende Deutschkenntnisse“³⁷² verlangt, obwohl es den meisten Betroffenen bisher verwehrt blieb, Sprachkurse zu besuchen.³⁷³

Tab. 2.5.e: Bemessungsgrenzen für einen gesicherten Lebensunterhalt

| Gruppe | Bemessungsgrenze in Euro |
|--------------------------------------|-------------------------------------|
| Einzelperson | 345,- |
| Ehepaar ohne Kind | 622,- |
| Jedes Kind unter 14 Jahren | 207,- |
| Jedes Kind zwischen 14 und 18 Jahren | 276,- |

Eigene Darstellung nach: Bleiberechtsbüro, 2007

Werden alle Voraussetzungen und Bedingungen für ein *Bleiberecht* nach § 23 Abs. 1 *AufenthG* erfüllt, wird von der zuständigen Ausländerbehörde eine *Aufenthaltserlaubnis* für zwei Jahre erteilt. Nach diesen zwei Jahren erfolgt eine Überprüfung der Voraussetzungen für ein *Bleiberecht*. Erst dann wird in der Regel eine *Niederlassungserlaubnis* nach § 26 Abs. 4 *AufenthG* ausgesprochen.

Zu einem Ausschluss von der *Bleiberechtsregelung* kann es kommen, wenn die/der Betroffene z.B. zu mehr als 50 Tagessätzen³⁷⁴ (bei Residenz- und Passpflicht, 90 Tagessätzen) Geldstrafe oder Haft- bzw. Bewährungsstrafen verurteilt

³⁷¹ Bleiberechtsbüro 2007

³⁷² HAZ, 2006

³⁷³ vgl. Bleiberechtsbüro 2007; Classen, 2006a; 2007a; HAZ, 2006; Ibendahl, 2007

³⁷⁴ Anm. in diesem Fall droht eine Abschiebung (vgl. Weber 2007c).

wurde. Weitere mögliche Ausschlussgründe sind u.a. fehlende Deutschkenntnisse nach Stufe A2 („elementare Sprachbeherrschung“³⁷⁵) des *Gemeinsamen Europäischen Referenzrahmens* (GERR) und ein Verstoß gegen die Mitwirkungspflicht (z.B. bei der Passbeschaffung). Wer Passpflicht nicht nachkommt oder nicht über „ausreichenden Wohnraum“³⁷⁶ verfügt, ist ebenfalls von der Regelung ausgeschlossen.³⁷⁷

Die MitarbeiterInnen des *Bleiberechtsbüros* befürchten, dass es auch in Zukunft `Kettenduldungen` geben wird, da diese *Bleiberechtsregelung* nur für einen kleinen Teil der Betroffenen in Frage kommt. Die Erteilung einer *Aufenthaltserlaubnis* nach § 25 *AufenthG* ist jedoch auch weiterhin möglich. Außerdem gibt es bundesweit *Härtefallkommissionen*, die eine *Aufenthaltserlaubnis* aus humanitären Gründen nach § 23a *AufenthG* gewähren können. In *Nordrhein-Westfalen* (NRW) sind die *Ausländerbehörden* nach Angaben von *Pro Asyl* in über 80 Prozent der „Ersuchsentscheidungen“³⁷⁸ der Kommission gefolgt.³⁷⁹

Reimar vertritt den Standpunkt, dass es dem *Sozialstaatsprinzip* widerspricht, den Flüchtlingen kein dauerhaftes *Bleiberecht* zu gewähren, da sie auf Sozialleistungen angewiesen sind und ihren Lebensunterhalt in der Regel nicht eigenständig bestreiten können. Außerdem ist „die Erteilung eines Aufenthaltsrechts für Menschen, die seit Jahren und Jahrzehnten in Deutschland leben und hier ihren Lebensmittelpunkt haben“³⁸⁰, nach Ansicht des *niedersächsischen Flüchtlingsrates*, „eine Frage des menschlichen Anstands“.³⁸¹ In diesem Kontext weisen *Bündnis 90/Die Grünen* deutlich auf die besondere Situation von „Kranken, Behinderten, Alten und alleinstehenden Frauen und Müttern“³⁸² hin, die eine *Abschiebung* „besonders hart treffen würde“.³⁸³

Die Einigung der Regierungskoalition über die zweite *Bleiberechtsregelung* zu einem Gesetzesentwurf erfolgte am 12. März 2007.

³⁷⁵ Hochschule Darmstadt, 2007

³⁷⁶ Bleiberechtsbüro 2007

³⁷⁷ vgl. Bleiberechtsbüro 2007; Hochschule Darmstadt, 2007; HAZ, 2006; SZ, 2006a

³⁷⁸ Pro Asyl, 2007c

³⁷⁹ vgl. Bleiberechtsbüro 2007; Pro Asyl, 2007c

³⁸⁰ Flüchtlingsrat Nds., 2006

³⁸¹ ebd.

³⁸² Reimar, 2006

³⁸³ Reimar, 2006; vgl. Flüchtlingsrat Nds., 2006; Reimar, 2006

Nach Einschätzungen des *Niedersächsischen Flüchtlingsrates* haben sich dadurch einige Änderungen zu der oben beschriebenen *Bleiberechtsregelung* ergeben.

Somit wird bei einem Antrag auf Erteilung der *Aufenthaltserlaubnis* für diese Menschen eine *Duldung* bis zum 31. Dezember 2009 ausgesprochen. Bei einem entsprechenden Nachweis über die Lebensunterhaltssicherung aus eigener Erwerbstätigkeit, kann diese *Aufenthaltserlaubnis* um zwei Jahre verlängert werden. Außerdem kann minderjährigen Kindern, deren Eltern abgeschoben werden, eine *Aufenthaltserlaubnis* nach § 23 Abs. 1 *AufenthG* erteilt werden.

Der neu eingefügte § 104a *AufenthG* betrifft die Menschen, die unter die 'Altfallregelung' fallen. Sie erhalten nach Abs. 5 eine *Aufenthaltserlaubnis* "auf Probe"³⁸⁴, und können bis zur Aufnahme einer Erwerbstätigkeit keinen Anspruch auf *Elterngeld* nach dem *Elterngeldgesetz* geltend machen.

Die derzeit gültige „3-Jahres-Frist“³⁸⁵ des Leistungsbezuges von Flüchtlingen, soll nach dem erarbeiteten Gesetzesentwurf auf vier Jahre ausgeweitet werden. Für Menschen, die unter diese Regelung fallen, bedeutet das ein um ein Jahr längeren Bezug von Leistungen nach dem *AsylbLG*. Darüber hinaus soll es den Ländern über eine *Länderöffnungsklausel* freigestellt werden, den Betroffenen, die am 1. März 2007 Sachleistungen erhalten haben, auch in Zukunft ausschließlich diese Sachleistungen zu gewähren.

Nach geltendem *EU-Recht* sollen Flüchtlinge einen Abschiebeschutz erhalten, die vor „willkürlicher Gewalt“³⁸⁶ geflohen sind. Doch nach dem vorliegenden Gesetzesentwurf ist kein genereller Schutzanspruch nach *EU-Vorgaben* vorgesehen, sondern diese Flüchtlinge „sind auf Abschiebestopps der Bundesländer angewiesen“.³⁸⁷ Nach Aussage von *Pro Asyl* droht „tausenden Betroffenen [...] damit die Abschiebung in Kriegs- und Krisengebiete“.³⁸⁸ Derzeit finden beispielsweise *Widerrufsverfahren* für geduldete Flüchtlinge aus dem Irak statt.³⁸⁹

³⁸⁴ Viusa, 2007

³⁸⁵ Reimann, 2007

³⁸⁶ Pro Asyl, 2007b

³⁸⁷ ebd.

³⁸⁸ ebd.

³⁸⁹ vgl. Bundesverwaltungsgericht, 2007; DLF, 2007b; Pro Asyl, 2007b; Reimann, 2007; Viusa, 2007; Weber, 2007a; 2007b

2.5.2.3 Die Abschiebung

In Reaktion auf den *IMK-Beschluss* fordert der *Niedersächsische Flüchtlingsrat* den niedersächsischen Innenminister Uwe Schünemann auf, „bis zu einer gesetzlichen Regelung alle Abschiebungen von Flüchtlingen auszusetzen“³⁹⁰, die von der *Bleiberechtsregelung* betroffen sein können. Denn trotz laufender Bleiberechtsanträge finden Sammelabschiebungen weiterhin statt. So z.B. am 13. Februar 2007 in die Türkei. Der *EU-Rat* spricht von einer positiv zu bewertenden „Steigerung der Abschiebezahlen“³⁹¹ durch eine „engere Zusammenarbeit“³⁹² der EU-Mitgliedsländer im Rahmen „gemeinsamer Abschiebeflüge“.³⁹³

Durchgeführt werden die *Abschiebungen* durch die *International Organization for Migration* (IOM), die dafür zuständig ist, im „Auftrag vieler Regierungen die bei der Abwehr von Unerwünschten anfallenden Arbeiten, etwa die Abschiebungen“³⁹⁴ zu organisieren und durchzuführen. Hauptsitz der IOM ist die Schweiz.³⁹⁵

Nach Angaben des *BMI* zeigt sich eine rückläufige Entwicklung in der Zahl der durchgeführten *Abschiebungen* aus Deutschland. Während im Jahr 2005 noch 17.773 *Abschiebungen* gezählt wurden, sank die Anzahl im Jahr 2006 von 38.205 auf 29.036.³⁹⁶

Grundsätzlich besteht ein „Abschiebeverbot“³⁹⁷ nach § 60 Abs. 2-7 *AufenthG* zum Einen aufgrund „zielstaatsbezogener Abschiebehindernisse“³⁹⁸ wie z.B. einer „erheblichen konkreten Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit“³⁹⁹, durch Folter, Gefahr der Todesstrafe, Gewalt oder aber Krankheit.

Ein krankheitsbedingtes, „zielstaatsbezogenes Abschiebehindernis“⁴⁰⁰ nach § 60 *AufenthG* besteht, wenn in den betreffenden Ländern keine „adäquate Behandlung“ möglich ist. Eine *Abschiebung* in dieser Situation bedeutet nach Ansicht des

³⁹⁰ Flüchtlingsrat Nds., 2006

³⁹¹ Asyl, 2006p

³⁹² ebd.

³⁹³ ebd.

³⁹⁴ Benz, 2006a, S. 135

³⁹⁵ vgl. Asyl, 2006p; Benz, 2006a, S. 135; Flüchtlingsrat Nds., 2006; 2007a

³⁹⁶ vgl. Jelpke, 2006

³⁹⁷ BAMF, 2006b

³⁹⁸ ebd.

³⁹⁹ ebd.

⁴⁰⁰ ebd.

Niedersächsischen Flüchtlingsrates eine „erhebliche Gesundheitsgefährdung“.⁴⁰¹ Außerdem ist das Zielland häufig Grund der erlittenen Traumatisierung, das Land, in dem das traumatische Ereignis stattfand.

Zum Anderen ist aufgrund eines sogenannten „inlandsbezogenen Abschiebehindernisses“⁴⁰² nach § 60a *AufenthG*, eine „vorübergehende Aussetzung der Abschiebung“⁴⁰³ möglich. Hierbei gilt die fehlende „Flugreisetauglichkeit“⁴⁰⁴ aufgrund einer möglichen Lebensgefährdung auf der Reise z.B. durch eine Suizidgefährdung. Während die Entscheidung über ein „Abschiebeverbot“⁴⁰⁵ das *BAMF* trifft, urteilt die zuständige *Ausländerbehörde* unabhängig vom *BAMF* über eine „vorübergehende Aussetzung der Abschiebung“.⁴⁰⁶

Nach Aussage von Bernd Mesovic von *Pro Asyl* beinhaltet der Kriterienkatalog der *Innenministerkonferenz* zur „Flugreisetauglichkeit“⁴⁰⁷, dass diese „mit allen Mitteln herzustellen“ ist, da die Betroffenen im „Herkunftsland die größten Heilungschancen hätten“⁴⁰⁸.

Ein Problem dabei sieht der *Niedersächsische Flüchtlingsrat*, wenn die zuständigen Behörden die „Flugreisetauglichkeit“⁴⁰⁹, trotz ärztlicher Gutachten und Bescheinigungen, nicht als *Abschiebehindernis* anerkennen.⁴¹⁰ Sie bezweifeln in vielen Fällen ärztliche Gutachten und Atteste und unterstellen eine Missbrauchsabsicht, bzw. „wird nicht selten unterstellt, dass mittels Gefälligkeitsgutachten Abschiebungen verhindert werden sollen“.⁴¹¹

Nach § 25 der (*Muster-*) *Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte* (Stand 2006) haben ÄrztInnen „bei der Ausstellung ärztlicher Gutachten und Zeugnisse [...] mit der notwendigen Sorgfalt zu verfahren und nach bestem Wissen

⁴⁰¹ Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 12, 114

⁴⁰² BAMF, 2006b

⁴⁰³ ebd.

⁴⁰⁴ Deutscher Bundestag, 2006, S. 13. Bei den für die Abschiebung geltenden *Bestimmungen über die Rückführung ausländischer Staatsangehöriger auf dem Luftweg* (Best.-Rück Luft) handelt es sich um Dienstanweisungen des *Bundesministerium des Innern* für die bundespolizeiliche Durchführung (vgl. Flüchtlingsrat Köln, 2005, S. 3).

⁴⁰⁵ BAMF, 2006b

⁴⁰⁶ BAMF, 2006b; vgl. BAMF, 2006b; Deutscher Bundestag, 2006, S. 13; Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 12-16, 112; Gardemann, 2006b, S. 27

⁴⁰⁷ Deutscher Bundestag, 2006, S. 13

⁴⁰⁸ vgl. Mesovic, 2004, S. 280. Vielgenanntes Zitat von Peter van Krieken; hier aus einem Beschluss des OVG Hamburg (vgl. Mesovic, 2004, S. 280)

⁴⁰⁹ Deutscher Bundestag, 2006, S. 13

⁴¹⁰ vgl. Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 13

⁴¹¹ vgl. Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 13-14, 137

ihre ärztliche Überzeugung auszusprechen“.⁴¹² ÄrztInnen sind jedoch an Menschenrechtsverletzungen beteiligt, wenn sie u.a. Zwangsmedikationen durchführen, um eine „Flugreisetauglichkeit“⁴¹³ zu einem Abschiebevollzug zu gewährleisten, so die Argumentation von Claus Metz überzeugt. Er kritisiert dabei das Fehlen eines „kritischen Verstandes“⁴¹⁴ und des „Mitgefühls“.⁴¹⁵ Gegen die *Abschiebung* von Menschen - z.T. sogar aus Kliniken heraus -, die sich in psychotherapeutischer Behandlung wegen einer Traumatisierung befinden oder von einer Retraumatisierung (sog. Flashbacks) bedroht sind, spricht sich auch der *Deutsche Ärztetag* aus medizinischen wie auch aus ethischen Gründen eindeutig aus und lehnt eine ärztliche Beteiligung ab. Der *Weltärztebund* verabschiedete bereits 1998 einen „Beschluss zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen“ (siehe Kapitel 2.6.2.1; Anhang 7.3). Gardemann betont, dass die „ärztliche Versorgung [...] keinesfalls an der Flugzeugtür“⁴¹⁶ endet, sondern „auch die Beförderung in ein geeignetes Krankenhaus“⁴¹⁷ umfasst.⁴¹⁸

Werden die gesundheitlich notwendigen Strukturen im Zielland durch das *Auswärtige Amt* bestätigt, bestehen selten noch ausreichende *Abschiebehindernisse*, auch wenn den Betroffenen eine Inanspruchnahme der medizinischen Versorgung aus finanziellen Gründen verwehrt bleibt.⁴¹⁹

Die Bundesregierung betont, dass „die Verabreichung von Medikamenten [...] stets einer entsprechenden medizinischen Indikation“ bedarf, und nicht ausschließlich dazu eingesetzt werden darf, um die „Flugreisetauglichkeit“⁴²⁰ der Betroffenen herzustellen.⁴²¹ Vielmehr muss eine sorgfältige Prüfung des Einzelfalles erfolgen. Es reicht nach Ansicht Leidels nicht aus, dass die notwendigen Behandlungsmöglichkeiten im Zielland vorhanden sind, sondern sie müssen für die/den Betroffenen auch finanzier- und erreichbar sein. „Bleiben Zweifel daran bestehen, dass die Abschiebung bzw. Rückführung ohne Gefährdung von Leben und körperlicher Unversehrtheit möglich ist, sollte das Gutachten entsprechend abgefasst werden und

⁴¹² BÄK, 2007c

⁴¹³ Deutscher Bundestag, 2006, S. 13

⁴¹⁴ Metz, 2007

⁴¹⁵ ebd.

⁴¹⁶ Gardemann, 2006b, S. 28

⁴¹⁷ ebd.

⁴¹⁸ vgl. BÄK, 2007c; Dagdelen, Jelpke, Keskin, 2006, S. 1-2; Gardemann, 2006b, S. 28; Lisson, 2006

⁴¹⁹ vgl. Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 15

⁴²⁰ Deutscher Bundestag, 2006, S. 13

⁴²¹ vgl. Deutscher Bundestag, 2006, S. 13

durch seine Formulierungen der Ausländerbehörde nahe legen, von einer Abschiebung abzusehen“.⁴²²

Für die Begutachtung von Flüchtlingen in Bezug auf das Gutachten zur „Flugreisetauglichkeit“⁴²³, hat das *Gesundheitsamt Bremen* Grundsätze und Empfehlungen entwickelt.⁴²⁴

Während in Deutschland nach § 62 *AufenthG* ein bis zu 18 Monate dauernder Abschiebehaftaufenthalt angewandt werden kann, begrenzt die *EU-Richtlinie* die Abschiebehaft auf sechs Monate, insofern „Fluchtgefahr besteht und weniger drastische Zwangsmaßnahmen ihren Zweck nicht erfüllen“.⁴²⁵ Außerdem müssen demnach Nichtregierungsorganisationen die Möglichkeit haben, die Abschiebehaftanstalten zu besuchen und die Haftbedingungen zu überprüfen.

Der ehemalige Bundesinnenminister Otto Schily kritisierte 2004 die *EU-Richtlinie* in Bezug auf die *Abschiebehaftbegrenzung* und forderte eine „erleichterte Ausweisung und Abschiebehaft bei bestimmten Personengruppen“.⁴²⁶

Auch Schünemann fordert „ausländerpolitische Verschärfungen“⁴²⁷, wonach die „Flugreisetauglichkeit“⁴²⁸ bei drohenden *Abschiebungen* nicht mehr von den Behörden nachgewiesen werden muss, sondern vielmehr die „Beweislast umgekehrt“⁴²⁹ werden soll.⁴³⁰

In jüngster Vergangenheit weigerte sich vermehrt das Flugpersonal von Linienmaschinen, Abschiebehäftlinge zu transportieren. Um diesen ‚Problemen‘ bei der *Abschiebung* vorzubeugen und zusätzlich eine deutliche Kostenreduzierung zu erreichen, beschlossen im September 2005 die bevölkerungsreichsten EU-Staaten Deutschland, Frankreich, Großbritannien, Italien und Spanien, gemeinsame Abschiebeflüge als regelrechte ‚Sammelabschiebungen‘ durchzuführen. Dazu sollen nach Vorstellungen der Innenminister Charterflüge eingesetzt werden, die „zu-

⁴²² Leidel, 2000, S. 141; vgl. Deutscher Bundestag, 2006, S. 13; Leidel, 2000, S. 140

⁴²³ Deutscher Bundestag, 2006, S. 13

⁴²⁴ vgl. Deutscher Bundestag, 2006, S. 13; Zenker, 2004, S. 281-288

⁴²⁵ Migration und Bevölkerung, 2005b, S. 4-5

⁴²⁶ ebd.

⁴²⁷ Reimar, 2006

⁴²⁸ Deutscher Bundestag, 2006, S. 13

⁴²⁹ Reimar, 2006

⁴³⁰ vgl. Deutscher Bundestag, 2006, S. 13; Migration und Bevölkerung, 2005b, S. 4-5; Reimar, 2006

nächst die Abschiebehäftlinge [...] abholen, um sie dann in ihre Heimatländer zurückzufliessen“.⁴³¹

⁴³¹ vgl. Migration und Bevölkerung, 2005c

2.6 Lebenssituation der Flüchtlinge in Deutschland

Die Lebenssituation der Flüchtlinge in Deutschland ist von vielen verschiedenen Faktoren abhängig. Sowohl gesetzliche Vorgaben und ihre Umsetzung, als auch Versorgungsangebote der Regeldienste gestalten das Leben der Flüchtlinge mit.

Collatz sieht in einer langfristigen Internierung der Flüchtlinge in Deutschland, dem subjektiven Empfinden einer anhaltenden Lebensbedrohung, sowie einer Unplanbarkeit der Zukunft mit einem „hohen Fremdheits- und Angstgefühl“⁴³², das Leben von Flüchtlingen in Deutschland belastet. Nach Überzeugung Tempels stehen „Unterprivilegierung und sozialer Abstieg“⁴³³ in einem direkten Zusammenhang zu einem „schlechteren Gesundheitszustand und einer erhöhten Sterblichkeit“.⁴³⁴

Nach Handschuck und Schroer haben sich bislang „die kommunalen Dienste für Migranten wenig verantwortlich gefühlt“.⁴³⁵ Dagegen entwickelten sich die MigrantInnenorganisationen darüber hinaus „immer mehr zu Organen der Interessensvertretung und des interkulturellen Dialogs. Sie mischen sich als ´Stimme` der MigrantInnen unter die vielen Stimmen der Zivilgesellschaft, lassen sich in kommunale Gremien (Ausländerbeiräte) wählen“.⁴³⁶

Mit Hilfe der Ergebnisse einer Untersuchung zur „Nutzung von Beratungsstellen durch Afrikanerinnen“ verdeutlicht Nestvogel die bevorzugt gewählten Hilfsangebote der genannten Untersuchungsgruppe. Demnach präferieren die Betroffenen Verwandtschafts- und Freundschaftsnetzwerke, da vielen Beratungsstellen die „Sach- und Fachkompetenz“ sowie der „gleiche kulturelle Hintergrund“ fehlt bzw. nicht ausreichend ist. Knapp ein Drittel der befragten Afrikanerinnen gab an, die caritativen Beratungsstellen zu nutzen, während mehr als 50 Prozent sich gegen ein Aufsuchen von „Jugendamt, Botschaft/Konsulat“ aussprachen.⁴³⁷

⁴³² Collatz, 1999, S. 51

⁴³³ Tempel, 2006, S. 69

⁴³⁴ Tempel, 2006, S. 69; vgl. Collatz, 1999, S. 51; Tempel, 2006, S. 69

⁴³⁵ Handschuck, Schröer, 2003, S. 50-53

⁴³⁶ Gaitanides, 2003b, S. 25; Handschuck, Schröer, 2003, S. 50-53

⁴³⁷ vgl. Nestvogel, 2005, S. 54-59

Gaitanides beschreibt die Rolle der MigrantInnenselbstorganisationen, die „Angebote zur Weitergabe und Entwicklung der ethnischen Kulturen [...] entwickeln“⁴³⁸ und durch ihren „ganzheitlichen, multifunktionalen Ansatz [...] entschieden zur Bewältigung von Integrationsproblemen“⁴³⁹ beitragen, denn eine frühzeitige und nachhaltige Integrationspolitik ist nach den Ausführungen von Kohlmeier und Schimany, bisher blockiert worden. Erst 1998 wurden demnach strukturelle Veränderungen in der Migrations- und Integrationspolitik erkennbar.⁴⁴⁰

Inzwischen beschreibt das *Netzwerk Migration in Europa e.V.* seit 2005 ein „großes Interesse“⁴⁴¹ an den durch das *Zuwanderungsgesetz* „für Neuzuwanderer ohne einfache Deutschkenntnisse“⁴⁴² verbindlichen *Integrationskursen*. Allein im Januar 2005 haben sich nach Angaben des *BAMF* 162.000 Menschen zu einem 630 Unterrichtsstunden umfassenden *Integrationskurs* angemeldet. Diese Kurse sollen nach Ansicht des Bundesinnenministers Wolfgang Schäuble in Zukunft als verpflichtend weitergeführt werden.⁴⁴³

Die seit 2006 geltende *Bleiberechtsregelung* ermöglicht es theoretisch Flüchtlingen, ein *Bleiberecht* zu erhalten, wenn sie u.a. ein dauerhaftes Beschäftigungsverhältnis zur Sicherung des Lebensunterhaltes nachweisen können. Bislang verhinderte ein *Beschäftigungsverbot* für Flüchtlinge eine Arbeitsaufnahme. Dies führte zu einer „wesentlich“⁴⁴⁴ höheren Inanspruchnahme von Sozialleistungen durch Asylsuchende als anderer Menschen mit Migrationsvorgeschichte. Nach Überzeugung des *Niedersächsischen Flüchtlingsrates* werden Flüchtlinge bei einer *Arbeitserlaubnis* „erheblich mehr Steuern und Abgaben zahlen als Transferleistungen [zu] erhalten“.⁴⁴⁵ Der niedersächsische Innenminister Schünemann hatte dagegen vor einer „Einwanderung in die Sozialkassen“⁴⁴⁶ gewarnt.⁴⁴⁷

⁴³⁸ Gaitanides, 2003b, S. 24

⁴³⁹ ebd.

⁴⁴⁰ vgl. Gaitanides, 2003b, S. 24; Kohlmeier, Schimany, 2005, S. 71

⁴⁴¹ Migration und Bevölkerung, 2005b, S. 1

⁴⁴² ebd.

⁴⁴³ dlf, 2007b) (vgl. dlf, 2007b; Migration und Bevölkerung, 2005b, S. 1

⁴⁴⁴ Kohlmeier, Schimany, 2005, S. 28-29

⁴⁴⁵ Flüchtlingsrat Nds., 2006

⁴⁴⁶ ebd.

⁴⁴⁷ vgl. Flüchtlingsrat Nds., 2006; Kohlmeier, Schimany, 2005, S. 28-29

Tempel weist auf die Studienergebnisse des *Robert-Koch-Instituts* über die gesundheitlichen Folgen der Arbeitslosigkeit hin. Demnach „begünstigt [...] Arbeitslosigkeit die Entwicklung schwerwiegender, insbesondere psychischer Erkrankungen“ und erhöht das Mortalitätsrisiko.⁴⁴⁸

Von der zunehmenden Armut unter der Bevölkerung sind Flüchtlinge jedoch besonders betroffen. Sie haben ein höheres Risiko „in Armut zu gelangen und [...] in Armut zu verbleiben“⁴⁴⁹, als die Allgemeinbevölkerung. Nach Angaben Tempels beträgt die „Armutrisikoquote“⁴⁵⁰ der Menschen mit Migrationsvorgeschichte rund 24 Prozent (Stand 2003).⁴⁵¹

Arbeitslosigkeit und Armut verstärken die Krisensituationen im Leben der Flüchtlinge zusätzlich. Ehret spricht gar von einem Teufelskreis, in dem kranke Menschen eher von Arbeitslosigkeit bedroht sind als Gesunde, und die Arbeitslosigkeit letztendlich die Krankheit bedingt. Aufgrund andauernder Arbeitslosigkeit und finanzieller Unsicherheit steigt die Morbiditätsrate.⁴⁵²

Das Armutrisiko der Menschen mit Migrationsvorgeschichte ist mehr als doppelt so hoch, als unter der Allgemeinbevölkerung. Ein Viertel aller EmpfängerInnen von Sozialleistungen sind nach Einschätzung Paleceks Menschen mit Migrationsvorgeschichte. Heinemann macht deutlich, dass angesichts der sozialen Lage die „Unterschiede [...] unter den Benachteiligten“⁴⁵³ (Anm. Hartz IV-EmpfängerInnen, Wohnungslose, Frauen, Alleinerziehende, Kinder etc.) „nicht groß“⁴⁵⁴ sind.⁴⁵⁵

Die Zahl der von Armut betroffenen Menschen steigt stetig an. Daher fordert der Ratsvorsitzende der *Evangelischen Kirche Deutschland* (EKD) Bischof Huber in einer Erklärung ein „entschlossenes Vorgehen gegen Armut“.⁴⁵⁶ Es müsse das Ziel sein, eine „umfassende Beteiligung aller an Bildung und Ausbildung“ zu gewährleisten.⁴⁵⁷

⁴⁴⁸ vgl. Tempel, 2006, S. 8

⁴⁴⁹ Collatz, 1999, S. 42

⁴⁵⁰ Tempel, 2006, S. 27

⁴⁵¹ vgl. Tempel, 2006, S. 27

⁴⁵² vgl. Collatz, 1999, S. 42-43; Ehret, 2005; Tempel, 2006, S. 27

⁴⁵³ Heinemann, 2004, S. 170

⁴⁵⁴ ebd.

⁴⁵⁵ vgl. Collatz, 1999, S. 43; Ehret, 2005; Heinemann, 2004, S. 170; Palecek, 2005, S. 274

⁴⁵⁶ EKD, 2006

⁴⁵⁷ vgl. EKD, 2006

Durch die Änderungen im *AsylbLG* soll der Lebensunterhalt der Betroffenen „vorrangig durch Sachleistungen gesichert“⁴⁵⁸ werden. Von dieser Vorschrift nehmen jedoch inzwischen mehr und mehr Städte und Gemeinden Abstand und zahlen den Flüchtlingen die Leistungen aus Kostengründen in Form von Bargeld aus. Bei der Versorgung nach dem Sachleistungsprinzip mit Lebensmittelpaketen durch die zuständige Kommune bleiben besondere Essgewohnheiten und Ernährungsbedürfnisse⁴⁵⁹ unbeachtet. Die Nahrungsmittel sind „eintönig“⁴⁶⁰ zusammengestellt und oft von „mangelhafter [...] Qualität“⁴⁶¹, berichtet Angenendt. Das *Anti-Rassismus-Büro Bremen* hat herausgefunden, dass auch bereits verdorbene Lebensmittel verteilt wurden. Der Bayerische Rundfunk (BR) berichtete im Dezember 2005, dass Flüchtlingen sogenannte ´Essenspakete` zugeteilt wurden, die längst abgelaufene und verdorbene Lebensmittel enthielten.⁴⁶²

Durch Gutscheinsysteme (wie in Münster) oder Chipkarten (wie in Osnabrück) wird es den Flüchtlingen zwar ermöglicht, ihre Nahrungsmittel nach eigenen Wünschen ´frei zu wählen`⁴⁶³, jedoch werden die Gutscheine und Chipkarten nur von bestimmten Supermärkten und nur in seltenen Fällen von Discountern akzeptiert. In einigen Städten gibt es „spezielle für sie eingerichtete, kommerziell betriebene Magazine“⁴⁶⁴, die sich durch kurze Öffnungszeiten und überdurchschnittlich hohe Preise auszeichnen. Hier können nur bestimmte Waren (Nahrungsmittel, Körperpflegeartikel, Haushaltsgegenstände) eingekauft werden. Die freie Entscheidung für den Kauf traditioneller und günstiger Lebensmittel z.B. vom Wochenmarkt oder im ´Lebensmittelladen auf der Ecke` ist nicht möglich. Alkohol und Zigaretten sind nicht erlaubt. Ebenso können keine Druckerzeugnisse und vor allem keine Dienstleistungen, wie Fahrscheine für den öffentlichen Nahverkehr, Briefmarken, Telefonkosten bis hin zu Kosten für die notwendigen Anwältinnen oder Anwälte bezahlt werden. Außerdem werden die Chipkarten einmal im Monat im zuständigen Sozialamt aufgeladen, ein noch vorhandenes Guthaben wird verrechnet und

⁴⁵⁸ Angenendt, 2000, S. 65

⁴⁵⁹ Zu nennen sind hier die besonderen Bedürfnisse einer kindgerechten Ernährung, aber auch die der sogenannten Risikogruppen wie z.B. Schwangere, sowie von DiabetikerInnen, AllergikerInnen, Menschen mit Laktose- oder Glutenunverträglichkeiten

⁴⁶⁰ Angenendt, 2000, S. 65

⁴⁶¹ ebd.

⁴⁶² vgl. Angenendt, 2000, S. 65; Beier, 2007, S. 16; BR, 2005; Düvell, 1993, S. 162

⁴⁶³ Unter Berücksichtigung des geringen, zur Verfügung stehenden Geldbetrages nach dem *AsylbLG*.

⁴⁶⁴ Angenendt, 2000, S. 65

nicht übertragen. Angenendt ist daher überzeugt, dass ein „preisbewusster und günstiger Einkauf“ nicht möglich sei und darüber hinaus die „Selbstständigkeit und Handlungskompetenz“⁴⁶⁵ der Flüchtlinge eingeschränkt werde.⁴⁶⁶

In den folgenden Ausführungen wird die Wohn- und Lebenssituation der Flüchtlinge unter den Gesichtspunkten der behördlichen Unterbringungsvorstellungen genauer betrachtet. Weiterhin wird das Gesundheitsverhalten der Flüchtlinge sowie ihr allgemeiner Gesundheitsstatus beschrieben. Hierauf folgt eine detaillierte Betrachtung der allgemeinen Gesundheitsversorgung der Flüchtlinge, sowie die differenzierte Darstellung des Gesundheitsstatutes einzelner Flüchtlingsgruppen, wie Illegalisierte, Kinder und Jugendliche, Frauen sowie ältere und körperlich beeinträchtigte Flüchtlinge.

⁴⁶⁵ ebd.

⁴⁶⁶ vgl. Angenendt, 2000, S. 65; Beier, 2007b, S. 31-36

2.6.1 Die Wohnsituation von Flüchtlingen

Nachdem 1980 *Baden-Württemberg* als erstes Bundesland eine Verordnung „zur Unterbringung von Flüchtlingen in [...] Sammellagern“⁴⁶⁷ verabschiedete, wurde erstmals 1982 eine bundesweit einheitliche ‚Unterbringung‘ in *Gemeinschaftsunterkünften* beschlossen, und durch den § 44 des *Asylverfahrensgesetzes* (AsylVfG) von 1992 alle Bundesländer verpflichtet, sogenannte „Aufnahmeeinrichtungen“⁴⁶⁸ für „Asylbegehrende“⁴⁶⁹ einzurichten.

Das *Anti-Rassismus-Büro Bremen* bezeichnet das Lagersystem als „Institution der Asylverfahrensabwicklung“⁴⁷⁰, welche als eine „Drehscheibe in die Folgeunterkünfte, Abschiebung oder Illegalität“⁴⁷¹ fungieren. Bereits in einer Pressemitteilung macht der *Landkreisverband Bayern* 1982 deutlich, dass „die unerwünschte Integration (Asylsuchender) in die deutschen Lebensverhältnisse [...] durch bewusst karge, lagermäßige Unterbringung zu verhindern“⁴⁷² ist. „Sie muss als psychologische Schranke gegen den weiteren Zustrom Asylwilliger aufgebaut werden“.⁴⁷³ Der ehemalige baden-württembergische Ministerpräsident Lothar Späth knüpfte in dem selben Jahr an die bayerischen Vorstellungen an und beschwor eine Situation in der „die Buschtrommeln [...] in Afrika signalisieren“⁴⁷⁴ werden, „kommt nicht nach Baden-Württemberg, dort müsst ihr ins Lager“.⁴⁷⁵

Als sogenannte Unterkünfte dienen überwiegend ehemalige bzw. leerstehende Kasernen- und Fabrikgebäude, aber auch Katastrophenschutzbunker und Gefängnisse oder einfach nur Zelte. In einigen Kommunen wurden spezielle Wohncontainerschiffe genutzt, wie beispielsweise auf den Containerschiffen⁴⁷⁶ *Bibby Endeavour*

⁴⁶⁷ Düvell, 1993, S. 161

⁴⁶⁸ ebd.

⁴⁶⁹ ebd.

⁴⁷⁰ ebd.

⁴⁷¹ ebd.

⁴⁷² Fadlalla, 1991, S. 27

⁴⁷³ ebd.

⁴⁷⁴ Pro Asyl, 2001

⁴⁷⁵ Pro Asyl, 2001; vgl. Düvell, 1993, S. 161; Fadlalla, 1991, S. 27; Pro Asyl, 2001

⁴⁷⁶ In Klammern: die Jahreszahlen, in deren Zeitspanne die jeweiligen Schiffe als ZAST/ZAE genutzt wurden

(~1992/1993) und *Bibby Altona* (2003-2006) im *Hamburger Hafen* und das *Hotelschiff Embrica Marcel* in Bremen (1993-2002), welche als *Zentrale Anlaufstelle* (ZAST) bzw. *Zentrale Aufnahmeeinrichtung* (ZAE) dienen.⁴⁷⁷

Oft werden Sicherheitseinrichtungen genutzt, um die BewohnerInnen der Unterkünfte zu kontrollieren und überwachen. So war der Zugang zum Containerschiff in Bremen nur mit einer „Magnet-Bordkarte“⁴⁷⁸ über eine elektronische Drehschleuse möglich. Die Flure zu den Wohnräumen und den sanitären Einrichtungen, sowie die Aufenthaltsräume wurden videoüberwacht. Über „Kontaktmelder“⁴⁷⁹ an der Kabinentür wurde stets der Zugang bzw. Ausgang zum bzw. vom ‚eigenen‘ Wohncontainer registriert. Nach § 54/55 *AsylVfG* galt eine Anwesenheitspflicht, die durch eine „bis zu dreimal tägliche Abgabe“⁴⁸⁰ der Unterschrift und eine regelmäßige Ausweiskontrolle überprüft wurde. Bereits nach drei Fehltagen verlor die/der Betroffene den Anspruch auf die Unterkunft, auf finanzielle Unterstützung und den jeweiligen Aufenthaltsstatus.⁴⁸¹

„Schwerwiegende Einwände gegen die Lagerunterbringung“⁴⁸² werden von Organisationen und Einzelpersonen, wie dem *UNHCR* und verschiedenen ÄrztInnen geäußert. Die Betroffenen versuchen sich mit der Unterstützung von Vereinen und regionalen Bündnissen, sowie caritativer Einrichtungen zu organisieren, und gegen diese Formen der ‚Unterbringung‘ und Verpflegung zu demonstrieren. So traten im vergangenen Jahr mehrere Flüchtlinge der Lager *Zentrale Aufnahme- und Ausländerbehörde Blankenburg* (ZAAB) (bei Oldenburg) und *ZAST Bramsche* (bei Osnabrück) in den Hungerstreik. Viele verweigerten die zentralisierte Essensversorgung des Lagers und beklagten das „unzureichende Kantinenessen als auch die mangelhafte medizinische Versorgung, sowie den gesamten repressiven Alltag“.⁴⁸³

⁴⁷⁷ vgl. Düvell, 1993, S. 162-164; Flüchtlingsrat HH, 2006; Heins, 1992, S. 9; jungle world, 2006; taz, 2002

⁴⁷⁸ Düvell, 1993, S. 163

⁴⁷⁹ Düvell, 1993, S. 162

⁴⁸⁰ ebd.

⁴⁸¹ vgl. Düvell, 1993, S. 162-164; Flüchtlingsrat HH, 2006; Heins, 1992, S. 9; jungle world, 2006; taz, 2002

⁴⁸² Düvell, 1993, S. 166

⁴⁸³ *Avanti!*, 2006; vgl. *Avanti!*, 2006; Collatz, 1999, S. 45; Düvell, 1993, S. 168

Angenendt berichtet, dass die „Abgeschlossenheit der Einrichtungen [...] als Isolierung aufgefasst“⁴⁸⁴ wird und spricht von großen Problemen. Die Flüchtlinge werden ungeachtet ihrer Nationalität und unabhängig ihrer Vorstellungen in Gemeinschaftsräumen untergebracht. Es seien „nicht abschließbare Frauen- und Mädchenräume, [...] fehlende Kochgelegenheiten“⁴⁸⁵ sowie eine „unzureichende Ausstattung sanitärer Einrichtungen“⁴⁸⁶ festzustellen. Meistens sei kein weibliches sondern „ausschließlich männliches Betreuungs- und Wachpersonal“⁴⁸⁷ im Lager vorhanden.⁴⁸⁸

Die Gemeinschaftsverpflegung erfolge zumeist über einen Kantinen- oder Großküchenservice, der die verschiedenen religiösen, traditionellen oder kulturellen Essgewohnheiten, -riten oder -zeiten kaum berücksichtige.

Ein Verbot der Selbstversorgung und Nahrungszubereitung verhindert das traditionelle Rollenverhalten vieler Frauen, in dem sie nicht kochen dürfen und ihnen somit die Rolle als Mutter und Hausfrau genommen wird.

Lager seien „Verwaltungseinrichtungen, die als rationelle Kontrollinstrumente der Selektion und Schnellabschiebung dienen“.⁴⁸⁹ Durch eine Zunahme zentralisierter und von externen Dienstleistungsunternehmen organisierter Versorgungsleistungen wird das Leben der Betroffenen nach Aussage Behrensens und Groß' vermehrt fremdbestimmt.⁴⁹⁰

Neben der direkten Gewalt gegen die BewohnerInnen unterschiedlicher *Zentraler Aufnahmeeinrichtungen* durch den Einsatz von elektrischen Schlagstöcken, werden vermehrt Berichte von sexistischen Übergriffen, Besuchsverboten und Postkontrollen bekannt. So ließ in der Stadt Schwalbach „der Wachdienst 1000 Flüchtlinge in Zweierreihen antreten“.⁴⁹¹ Nach Meldungen der *taz - die tageszeitung* trugen 1992 die BeamtInnen der Ausländerbehörde in der *Zentralen Aufnahmestelle*

⁴⁸⁴ Angenendt, 2000, S. 60

⁴⁸⁵ ebd.

⁴⁸⁶ ebd.

⁴⁸⁷ ebd.

⁴⁸⁸ vgl. Angenendt, 2000, S. 60, 95, Behrensens, Groß, 2004, S. 220

⁴⁸⁹ Antirassismus-Büro, 1995

⁴⁹⁰ vgl. Angenendt, 2000, S. 60; Antirassismus-Büro, 1995; Behrensens, Groß, 2004, S. 221; Giesin, Hausladen, 1992, S.241; Jordanova-Duda, 2003

⁴⁹¹ Heins, 1992, S. 9

Ingelheim „Schusswaffen [und] die Wachdienste patrouillier[t]en mit Gummiknütteln durchs Lager“.⁴⁹²

„Sexuelle Übergriffe und Vergewaltigungen durch Lagermitbewohner“, aber auch durch Bedienstete, werden oft aus Scham und Angst verschwiegen. Giesin und Hausladen zitieren Ashkenasi, der die „Vergewaltigungen und Prostitution“⁴⁹³ als die „behütetsten Geheimnisse der Sammellager“⁴⁹⁴ bezeichnet. Die Frauen erleben diese Situation „nur zu oft als fortgesetzte Verfolgung“.⁴⁹⁵

Die Verteilung von „Asylbewerbern“⁴⁹⁶ und seit einiger Zeit auch von „jüdischen Zuwanderern“⁴⁹⁷ findet über eine sogenannte „Verteilungsentscheidung“⁴⁹⁸ statt, die seit 2003 mit Hilfe des sogenannten *Königsteiner Schlüssels*⁴⁹⁹ erfolgt, der die bis dahin geltende *Quotenregelung* ablöste.⁵⁰⁰

Die Aufnahme erfolgt in einer der *Zentralen Erstaufnahmeeinrichtungen* (ZAEs) oder den *Zentralen Aufnahmestellen* (ZASTen) der Länder (LAEs/LASTen), die der ‚Unterbringung‘ von Flüchtlingen in *Gemeinschaftsunterkünften* und als *Ausreisezentrum* gleichermaßen dienen. Umverteilungen sind nur dann möglich, wenn sich die Kernfamilie der/des Betroffenen an einem anderen Ort (Gemeinde/Bundesland) aufhält, wenn eine vom Arzt attestierte „Verschlechterung der Gesundheitssituation durch eine Umverteilung verhindert“⁵⁰¹ werden kann, oder sich der Arbeitsplatz der/des Betroffenen außerhalb des „zugewiesenen Aufenthaltsbereiches“⁵⁰² befindet. Eine Weiterverteilung in *Gemeinschaftsunterkünfte* wird durch die zuständigen Landesbehörden länderspezifisch, meist nach *Quotenregelungen*, koordiniert. Nach der Prüfung der Aufnahmekapazitäten, erfolgt die Zuweisung an die aufnehmende Gemeinde. Diese verteilt die Betroffenen

⁴⁹² TAZ, 1992

⁴⁹³ Giesin, Hausladen, 1992, S.241

⁴⁹⁴ ebd.

⁴⁹⁵ vgl. Giesin, Hausladen, 1992, S.241

⁴⁹⁶ BAMF, 2006g

⁴⁹⁷ ebd.

⁴⁹⁸ BLK, 2006

⁴⁹⁹ Der einst zur Finanzierung wissenschaftlicher Forschungseinrichtungen eingeführte *Königsteiner Schlüssel* regelt die „Aufteilung des Länderanteils bei gemeinsamen Finanzierungen“. Er wird jährlich von der *Bund-Länder-Kommission für Bildungsplanung und Forschungsförderung* berechnet (vgl. BAMF, 2006g; BLK, 2006; FHH, 2006).

⁵⁰⁰ vgl. Angenendt, 2000, S. 20-21; BAMF, 2006g; BLK, 2006; FHH, 2006

⁵⁰¹ Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 16-17

⁵⁰² ebd.

auf die zur Verfügung stehenden *Gemeinschaftsunterkünfte*, in denen sie für die Dauer des *Asylverfahrens* oder *Asylfolgeverfahrens* wohnen müssen. Eine mögliche Umverteilung nach Beendigung des *Asylverfahrens* z.B. bei einer *Duldung*, ist gesetzlich nicht geregelt und wird ebenfalls länderspezifisch uneinheitlich gehandhabt. In *Nordrhein-Westfalen* entscheidet darüber die zuständige *Ausländerbehörde*. Die Aufenthaltsdauer in einer *Gemeinschaftsunterkunft* schwankt von wenigen Monaten bis zu mehreren Jahren. Viele Flüchtlinge verbringen zehn und mehr Jahre in einer *Übergangswohnrichtung*.⁵⁰³

Aufgrund der geringen finanziellen Mittel und dem beschränkten Zugang zum Wohnungsmarkt haben Flüchtlinge kaum die Möglichkeit, geeigneten und bezahlbaren Wohnraum zu finden. Jordanova-Duda beschreibt die häufig verschwiegenen „Ausländerquoten beim öffentlich geförderten Wohnungsbau“.⁵⁰⁴ Dies gelte besonders für Städte mit wenig freiem Wohnraum, in denen sich „Ausländer oft mit schlechten Wohnungen für horrenden Mieten begnügen“⁵⁰⁵ müssen. Oft bleibt den Flüchtlingsfamilien nur die Möglichkeit, eine günstige (Sozial-) Wohnung in einem der „sozialen Brennpunkte“⁵⁰⁶ der Stadt anzumieten. Der freie Wohnungsmarkt bleibt für die finanziell stark eingeschränkten Menschen meist verschlossen. Trotz durchgeführter Sanierungs- und Strukturierungsmaßnahmen, zeichnen sich diese Wohngebiete „mit einem hohen Anteil von Familien in Armutslagen“⁵⁰⁷ durch eine mangelhafte Infrastruktur (z.B. eingeschränkte Freizeit- und Einkaufsmöglichkeiten) aus.⁵⁰⁸

Besonders Kinder und Jugendliche sind leidtragende dieser „erzwungenen Segregation“.⁵⁰⁹ Die Ausgrenzung und räumliche und soziale Begrenzung des Wohngebietes fördern eine „Stigmatisierung und Diskreditierung aufgrund der Adresse“.⁵¹⁰

⁵⁰³ vgl. Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 16-17; Jordanova-Duda, 2003; MFH, 2006, S. 21; Müller, 2000

⁵⁰⁴ Jordanova-Duda, 2003

⁵⁰⁵ Jordanova-Duda, 2003

⁵⁰⁶ Boos-Nünning, 2000, S. 17

⁵⁰⁷ ebd.

⁵⁰⁸ vgl. Boos-Nünning, 2000, S. 16-19; Jordanova-Duda, 2003; Kohlmeier, Schimany, 2005, S. 77; Tempel, 2006, S. 69; Rethmann, 1995, S. 93-94

⁵⁰⁹ Boos-Nünning, 2000, S. 17

⁵¹⁰ ebd.

Durch diese *Ghettoisierung* entstehen „soziale Brennpunkte“⁵¹¹, die den Kindern und Jugendlichen kaum Zukunftsperspektiven bieten.⁵¹²

Tempel beschreibt diese *Ghettoisierung* und gesellschaftliche Ausgrenzung als *Segregation*, denn der Begriff *Ghetto* umfasst nach seiner Ansicht meist ausschließlich Angehörige einer ethnischen Gruppe. Der Begriff der *Segregation* dagegen verdeutliche „das Zusammentreffen von sozialer Ungleichheit, ethnischen Unterschieden und räumlicher Isolierung“.⁵¹³ Der funktionellen *Segregation* bestimmter sozialer Gruppen bietet die Gemeinschaft „im Wohnquartier materielle Unterstützung und sozialen Rückhalt, und ermöglicht die Chance auf Integration“.⁵¹⁴ Die strukturelle *Segregation* hingegen beschreibt einen Prozess der Stagnation, in denen die Betroffenen verharren und „ohne nennenswerte Chancen auf Integration“⁵¹⁵ bleiben. Tempel ist der Ansicht, dass „eine schärfer werdende *Segregation* [...] Ausgrenzungen weiter verstärken, [...] aber auch selbst Ursache für Ausgrenzung und Desintegration sein“⁵¹⁶ kann.⁵¹⁷

Die jugendlichen BewohnerInnen der französischen Vorstadtsiedlungen in denen die Folgen einer *Ghettoisierung* deutlich werden, sind häufig geprägt durch ihre Perspektivlosigkeit, Desintegration und Isolation. Denn neben der fehlenden Integration, verhindern schon die Herkunft und der Wohnort eine Verbesserung der Lebenssituation. Die räumlichen und sozialen Benachteiligungen sind verbunden mit einer nicht ausreichenden Schulbildung und eingeschränkten sprachlichen Kenntnissen, die den Zugang zu einer gesicherten Zukunft ebenfalls behindern. Das *Ghetto* mit seinen ‘communities` kann zwar Sicherheit für eine „Entfaltung [...] kultureller Eigenständigkeit“⁵¹⁸ und Schutz vor Diskriminierungen bieten, doch verringern sich durch die geringen Berufschancen auch die Chancen auf ein Leben außerhalb der *Ghettos*. Außerdem macht „eine ‘schlechte Adresse` [...] die Stellensuche oder die Eröffnung eines Bankkontos schwieriger“.⁵¹⁹

⁵¹¹ ebd.

⁵¹² vgl. Boos-Nünning, 2000, S. 17

⁵¹³ Tempel, 2006, S. 16

⁵¹⁴ ebd.

⁵¹⁵ ebd.

⁵¹⁶ ebd.

⁵¹⁷ vgl. Kolhlmeier, Schimany, 2005, S. 77-78; Tempel, 2006, S. 16

⁵¹⁸ Boos-Nünning, 2000, S. 17

⁵¹⁹ Tempel, 2006, S. 16; vgl. Boos-Nünning, 2000, S. 17-18; Salman, 2000, S. 92; Wüpper, 2005

2.6.2 Der allgemeine Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten

Der allgemeine Gesundheitsstatus und das Gesundheitsverhalten der Flüchtlinge lässt sich aufgrund der individuellen Faktoren nicht pauschalisierend beschreiben. Die Quellen der meisten Untersuchungen beschränken sich nicht auf die Gruppe der Flüchtlinge, sondern beziehen ihre Ergebnisse auf die gesamte Gruppe von Menschen mit Migrationsvorgeschichte. Viele der folgenden Aspekte sind somit nicht nur auf die Flüchtlinge, sondern auch durchaus auf alle Menschen mit Migrationsvorgeschichte übertragbar, die durch ihre Heterogenität z.B. aufgrund von individuell unterschiedlichen Migrationsprozessen, Lebensstilen, biographischen Prägungen und Sozialisationen gekennzeichnet sind. Daher besteht eine gewisse Ungenauigkeit in der Betrachtung der Flüchtlinge als eine homogene, geschlossene Gruppe.⁵²⁰

Vielfach leiden Flüchtlinge unter dem sogenannten *psychosomatischen Beschwerdekomples*. Dieser wird oft als multimorbide, ganzkörperliche Störung mit starken Schmerzzuständen empfunden. Im Sinne von „kulturspezifischen Ausdrucksformen für Kummer oder Schmerzen“⁵²¹ werden so „Konflikte und Leiden [...] als leibliches Befinden wahrgenommen“.⁵²² Collatz beschreibt diese Situation als eine „andersartige Krankheitspräsentation“⁵²³ oder als andere „Erlebensformen des Krankseins“⁵²⁴, die nicht zuletzt aufgrund einer hohen „Krankheitslast“⁵²⁵ auftreten. Es wird die Hoffnung in die medizinische Behandlung gesetzt, gleichzeitig „Diskriminierung und soziale Kränkung“⁵²⁶ zu ´heilen`.⁵²⁷

Der Begriff des „kulturspezifischen Syndroms“⁵²⁸ beschreibt eine ethnomedizinische Betrachtung der Krankheit. Häufig wird ein Krankheitssymptom erst bei Anwesenheit von Schmerzen und von äußerlich sichtbaren Verletzungen als Krank-

⁵²⁰ vgl. Collatz, 1999, S. 42-43, 49

⁵²¹ Berg, 1999, S. 87-88

⁵²² ebd.

⁵²³ Collatz, 1999, S. 35

⁵²⁴ ebd.

⁵²⁵ ebd.

⁵²⁶ ebd.

⁵²⁷ vgl. Berg, 1999, S. 87-88; Bielefeld, 2004, S. 29; Collatz, 1999, S. 35, 48-51, 53

⁵²⁸ Berg, 1999, S. 85

heitssymptom akzeptiert, und auch erst dann ein Arzt aufgesucht. Dabei wird der Schweregrad der Krankheit oft an der Intensität des Schmerzes gemessen. Präventive Angebote werden in diesen Fällen selten angenommen. „Kulturelle Schmerzunterschiede“⁵²⁹ beschreiben eine ganzheitliche Körperwahrnehmung durch eine unterschiedliche Schmerzwahrnehmung und Schmerzäußerung. *Psychosomatische Belastungsstörungen* zeigen sich in Form von Schmerzstörungen des Stütz- und Bewegungsapparates in Verbindung mit Ängsten, Depressionen und psychosexuellen Störungen.⁵³⁰

In dieser Situation verschlimmern traumatische Erfahrungen der Flucht, wie auch unsichere Lebensumstände in Deutschland die Erkrankungen. Die Betroffenen, die physische Folter erlitten haben, weisen häufig Gelenkerkrankungen, Ohren- und Augenverletzungen bzw. -störungen und Zahnverlust auf.

Sogenannte Begleitumstände beeinträchtigen einen positiven Verlauf des Heilungsprozesses. Ängste und Misstrauen aufgrund von Negativerfahrungen gegenüber den Behörden, ein ungesicherter Aufenthaltsstatus, Ausgrenzung und Diskriminierung oder eine drohende *Abschiebung*, rufen bei den Betroffenen psychische Belastungen hervor. Verstärkt werden diese Negativerfahrungen durch Einsamkeit, Isolation, Identitätsverluste und -krisen, „fragliche Zukunftsorientierungen, Ohnmachtsgefühle, [...] Entwurzelungserlebnisse und Verlustgefühle“.⁵³¹ Die Einschränkung individueller Grund- und Freiheitsrechte sowie die Belastungen des Alltags können zu einer ‚Selbstentwertung‘ führen. Zu diesen alltäglichen Belastungen zählen u.a. Langeweile, Arbeitsverbote, die prekäre finanzielle Lage, Leistungseinschränkungen, eine defizitäre Gesundheitsversorgung oder die unzulängliche Wohnsituation. Die Betroffenen zeigen sich hierdurch deprimiert, fühlen sich demoralisiert und ausgegrenzt, ungerecht behandelt, minderwertig, unsicher, verängstigt, perspektivlos, reagieren darauf mit Antriebslosigkeit und in manchen Fällen mit Aggressivität und Wut.

⁵²⁹ Ernst, 2000, S. 58

⁵³⁰ vgl. Berg, 1999, S. 85-86, 88; Collatz, 1999, S. 49; Ernst, 2000, S. 58; Geiger, Razum, Ronellenfitsch, Zeeb, 2004, S. A2886; Mane, 2004, S. 54

⁵³¹ Weber, 2000, S. 52

Stresssituationen im Allgemeinen, z.B. aufgrund von interkulturellen oder Generationenkonflikten belasten die Gesundheit zusätzlich. Die Betroffenen befinden sich in einer „andauernden Konfrontation mit der ihnen fremd bleibenden Kultur“.⁵³² Darüberhinaus vertreten Gardemann und Grieger die Ansicht eines möglichen Zusammenhangs von Morbidität, Krankenstand, Krankheitsverlauf, Mortalität und ‚geringem sozialen Status‘.⁵³³

Die Multimorbidität beschreibt einen Symptomkomplex der von vielen ÄrztInnen nicht oder erst sehr spät diagnostiziert wird. Die Betroffenen sprechen von Schmerzen am ganzen Körper ohne den Schmerz genau lokalisieren zu können. Neben Kopfschmerzen und Herzbeschwerden, zeigen sich ganzkörperliche Schmerzen, Angstzustände, Unruhe und Schlafstörungen. Häufig werden „nonverbale Ausdrucksformen, manchmal auch die Verwendung von Gleichnissen“⁵³⁴ benutzt, um die Krankheitssymptome zu beschreiben. Andere und ganzheitliche Erlebnisformen des Krankseins, in denen Krankheit häufig eng mit den Symptomen körperlicher Schmerzen verbunden und durch eine Somatisierung komplexer psychischer Belastungen sowie vielschichtiger sozialer Problemlagen gekennzeichnet ist, stellt die ÄrztInnen vor eine besondere Herausforderung. Unter Beachtung der Migrationsphasen nach Sluzki (siehe Kapitel 2.1), müssen sie äußerst sensibel und flexibel auf die individuellen Beschwerden der Betroffenen reagieren.⁵³⁵

Besonders signifikante Morbiditätsrisikofaktoren sind gesundheitsschädigende Verhaltensweisen, wie z.B. das Rauchen und ein erhöhter Alkohol- und Drogenkonsum⁵³⁶ sowie wenig Bewegung. Diese führen bedeutend früher und schneller als bei der Allgemeinbevölkerung zu chronischen und schweren Krankheiten. Es entstehen häufig Übergewicht (erhöhter BMI) mit ungünstige Blutfettwerte, kardiovaskuläre Erkrankungen und somit eine hohe Prävalenz einer Hyperlipidämie mit

⁵³² ebd.

⁵³³ vgl. Berg, 1999, S. 89; Collatz, 1999, S. 44, 46, 51; Gardemann, Grieger, 2003, S. 705; Geiger, 1999, S. 173-174; Jordan, 1999, S. 1; Marschalk, 2000, S. 35-36; MFH, 2006, S. 19-24; Palecek, 2005, S. 275; Salman, 2000, S. 92; Tempel, Mohammadzadeh, 2004, S. 31; Weber, 2000, S. 50-52; Wirtgen, 2007; Wykes, 2000, S. 47

⁵³⁴ Gries, 2002, S. 4

⁵³⁵ vgl. Collatz, 1999, S. 49, 52; Gries, 2002, S. 4; Salman, 2000, S. 93; Tempel, Mohammadzadeh, 2004, S. 30

⁵³⁶ Der Anteil der Menschen mit Migrationsvorgeschichte in der Gruppe, die illegale Drogen gebraucht, liegt bei mehr als 40 % (vgl. Nitschke-Özbay, 2000, S. 123).

einem erhöhten Diabetesrisiko. Darüber hinaus zeigt sich eine erhöhte Zahl bei Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes, bei komplexen Störungen der Abdominalorgane, Tuberkulose, Altersdemenz und Infektionskrankheiten, wie Hepatitis B sowie die Infektion mit *Helicopacter pylori*.⁵³⁷

Eine deutlich erhöhte Mortalitätsrate zeigt sich durch die Suizidhäufigkeit (u.a. bei drohender *Abschiebung*/Abschiebehaft), die tödlichen Unfälle während der risikoreichen Flucht nach Europa über den Seeweg (siehe Kapitel 2.4.1), die hohe psychische Belastung Illegalisierter (siehe Kapitel 2.6.4.1) und die gesteigerte Mütter-/Säuglingssterblichkeit (siehe Kapitel 2.6.4.3).⁵³⁸

⁵³⁷ vgl. Collatz, 1999, S. 49-50; Ehret, 2005; Razum, Zeeb, 2006, S. 849-851; Rücker, 2006; Steinhoff, Wrobel, 2004, S. 214; Wyes, 2000, S. 47

⁵³⁸ vgl. Collatz, 1999, S. 48-50; Kömür, 2001, S. 5-9; Razum, Zeeb, 2006, S. 845; Wirtgen, 2007

2.6.2.1 Traumabedingte psychische Belastungen

Aufgrund der Komplexität des Themenfeldes „Traumabedingte psychische Belastungen“, sowie deren Auswirkungen auf die Lebensbedingungen und die gesundheitliche Situation von Flüchtlingen, wird diese Thematik im Folgenden ausführlicher dargestellt.

Neben den oben bereits genannten fluchtspezifischen Aspekten beeinflusst der „psychische Prozess“⁵³⁹ der Migration die psychische Konstitution der Menschen und hat Einfluss auf ihr „Identitätsgefühl“.⁵⁴⁰ Sluzki beschreibt dies als „Phase der Überkompensierung“ (siehe Kapitel 2.1).⁵⁴¹ Dabei spielt nach Ansicht Kürsat-Ahlers` neben den vielschichtigen Angstgefühlen die Trennung vom gewohnten Lebensbereich mit all seinen „Bindungen und Beziehungen“⁵⁴², sowie dem Verlust von Kommunikations- und Handlungskompetenz⁵⁴³ eine wichtige Rolle.⁵⁴⁴

Während nach Angaben der *Bundesregierung* im Jahr 2005, 1.736 Menschen und im Jahr 2006, 1.339 Menschen im Asylverfahren einen Antrag auf Anerkennung der *Posttraumatischen Belastungsstörung* gestellt haben, spricht Flatten nach Angaben des *Niedersächsischen Flüchtlingsrates*, insgesamt von einer Traumatisierungsrate bei Flüchtlingen von etwa 50-70 Prozent der Flüchtlinge. Dabei ist nach offiziellen Angaben eine höhere Zahl von weiblichen als männlichen AntragstellerInnen zu beobachten. Anerkannt wurden im Jahr 2005, 440 und im Jahr 2006, 390 Anträge, für deren AntragstellerInnen ein *Abschiebungsverbot* nach § 60 Absatz 7 *AufenthG* erteilt wurde (siehe Tab. 2.6.a).⁵⁴⁵

⁵³⁹ Kürsat-Ahlers, 2000, S. 46

⁵⁴⁰ ebd.

⁵⁴¹ Sluzki, 2001

⁵⁴² Kürsat-Ahlers, 2000, S. 48

⁵⁴³ Kürsat-Ahlers, 2000, S. 49

⁵⁴⁴ vgl. Kürsat-Ahlers, 2000, S. 46-49; Sluzki, 2001

⁵⁴⁵ vgl. Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 12, 150-151

Tab. 2.6.a: Anträge im Asylverfahren auf Anerkennung einer posttraumatischen Belastungsstörung⁵⁴⁶

| Jahr | Antrag-stel-lerInnen | davon Frauen | davon Männer | <i>Abschiebungsverbot</i> erteilt nach <i>AufenthG</i> § 60 Abs. 7 |
|-------|----------------------|--------------|--------------|--|
| 2005 | 1736 | 953 | 783 | 440 |
| 2006* | 1339 | 710 | 629 | 390 |

* Berücksichtigung der Anträge bis einschließlich 22. November 2006

Eigene Darstellung nach: Deutscher Bundestag, 2006, S. 2-4

Für eine Anerkennung muss es sich nach einem *BVerwG*-Urteil vom 29. Juli 1999 um eine „wesentliche oder gar lebensbedrohliche“, konkreter um eine „existentielle Gefahr“⁵⁴⁷ handeln. Für diese Beurteilung gilt ein „Sachverständigengutachten [als] das geeignete Mittel der Aufklärung“.⁵⁴⁸ Über die Erteilung eines „zielstaatsbezogenen Abschiebungsverbotes“ nach § 60 Absatz 7 *AufenthG* entscheidet die zuständige *Ausländerbehörde* unter Beteiligung des *BAMFs*. Wenn die medizinische Versorgung im Zielland, in welches abgeschoben werden soll, gewährleistet ist, ist diese „schon aus Kostengründen [...] vorzuziehen“.⁵⁴⁹ Doch bleibt dies nach Aussage der *Bundesregierung* eine „Frage des Einzelfalls [...]“, ob eine solche Maßnahme sachgerecht ist“.⁵⁵⁰ Die Entstehung von Gesundheitsgefahren durch das Erleben einer „Zwangsabschiebung“⁵⁵¹ hat die zuständige *Ausländerbehörde* zu beantworten. Die Entscheidung darüber, ob eine finanzielle Unterstützung der Flüchtlinge hinsichtlich der medizinischen Versorgung im Zielland geleistet werden soll, entscheidet das jeweils zuständige Bundesland⁵⁵² nach Einzelfallprüfungen. Das Bundesland *Berlin* verweigert die Kostenübernahme, während die Bundesländer *Bayern*, *Bremen* und *Mecklenburg-Vorpommern* eine deutliche Bereitschaft für die Kos-

⁵⁴⁶ Die Anträge werden erst seit 2005 statistisch erfasst

⁵⁴⁷ Konkretisierung des Obergerichtspräsidenten Nordrhein-Westfalen (OVG NRW) vom 16.12.2004. OVG NRW sowie BAMF verwenden jedoch aufgrund einer möglichen „Irreführung“ diese Bezeichnung seit dem 20.09.2006 nicht mehr (vgl. Deutscher Bundestag, 2006, S. 5-6).

⁵⁴⁸ Deutscher Bundestag, 2006, S. 2-5

⁵⁴⁹ Deutscher Bundestag, 2006, S. 6-14

⁵⁵⁰ ebd.

⁵⁵¹ ebd.

⁵⁵² In einigen Bundesländern haben die Kommunen die Entscheidungsbefugnis und teilweise Zugriff auf Landesmittel (vgl. Deutscher Bundestag, 2006, S. 6-14).

tenübernahme zeigen und *Bayern* nach Aussage der *Bundesregierung* die „Finanzierungszusage bei Widerspruchsbegehren [...] begrüßt und unterstützt“.⁵⁵³

Das *Psychotrauma* umschreibt einen Ausdruck für langanhaltende schwere psychische Verletzungen durch Gewalt, Missbrauch, Folter, Flucht usw. Als *Posttraumatische Belastungsstörungen* (PTBS bzw. post traumatic stress disorder – PTSD) gelten Folgen und individuelle Reaktionen auf komplexe sozial-politische Vorgänge und Ereignisse, die die „Fähigkeiten des Individuums“ überfordern. Sie sind gekennzeichnet durch u.a. massive Gedächtnisstörungen und treten insbesondere nach Folter⁵⁵⁴ (cirka 80 Prozent), politischer Verfolgung (cirka 50-70 Prozent) und Vergewaltigungen (cirka 55 Prozent) auf. Es besteht die Gefahr einer *Retraumatisierung* (Wiedererleben; sog. Flashbacks), einer „Reaktualisierung“⁵⁵⁵ durch Steigerung des „Wiedererinnerungsdruckes“.⁵⁵⁶ Eine traumatische Erfahrung wird nicht als abrufbare Erinnerung gespeichert, kann aber plötzlich aufgrund einer eskalierten Situation, z.B. während einer kurz bevorstehenden *Abschiebung*, erneut hervortreten. Bereits zu Beginn des *Asylverfahrens* ist es den Betroffenen oft nicht möglich, alle „Fakten schlüssig und in allen Einzelheiten“⁵⁵⁷ sowie ihre Asylgründe „anschaulich, vollständig, detailreich und widerspruchsfrei [...] vorzutragen“.⁵⁵⁸ „Retraumatisierungen führen zu akuten Krisensituationen, [...] verschlechtern insgesamt die Prognose“⁵⁵⁹ und fördern die Chronifizierung bestehender Erkrankungen.⁵⁶⁰

Eine nicht oder sehr spät erkannte psychische Erkrankung führt häufig zu einer Übermedikalisierung, da „andere Interventionen nicht zur Verfügung stehen“⁵⁶¹ und die üblichen psychiatrischen Behandlungsmethoden nicht ausreichen. Die sprachlichen Barrieren und in einigen Fällen Analphabetismus, führen zu einer ho-

⁵⁵³ vgl. Deutscher Bundestag, 2006, S. 6-14

⁵⁵⁴ Ein Drittel aller Flüchtlinge sind Opfer von Folter und/oder politischer Verfolgung (vgl. Birck, 2004, S. 177).

⁵⁵⁵ Iskenius, 2004, S. 250

⁵⁵⁶ ebd.

⁵⁵⁷ Flüchtlingsrat Nds, 2004, S. 150

⁵⁵⁸ Birck, 2004, S. 184

⁵⁵⁹ Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 158

⁵⁶⁰ vgl. Birck, 2004, S. 184; Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 14, 150, 153-155, 158; Gierlichs, 2003; Iskenius, 2004, S. 250

⁵⁶¹ Collatz, 1999, S. 49

hen Abbruchquote der begonnenen Therapien und letztendlich zu einer „beträchtlichen Chronifizierung“⁵⁶² der Beschwerden.

Das Aufarbeiten des Erlebten scheint nach Ansicht der *Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum e.V.* (MFH) aufgrund der Aufenthaltsbedingungen unmöglich. Vielmehr bewirken die verschiedenen Formen der Ausgrenzung eine Fortsetzung der Traumatisierung. Die Betroffenen vermeiden zunehmend das Gespräch über das Geschehene, und es kommt zu einer sozialen Isolierung, was wiederum zu einer Reihe von psychosomatischen Erkrankungen führen kann. Neben Essstörungen und einem erhöhten Suchtpotential treten auch Schlaflosigkeit, Apathie, Hoffnungslosigkeit, Antriebshemmungen, Depressionen bis hin zu Panikanfällen und Suizidversuchen auf.⁵⁶³

Wirtgen weist deutlich darauf hin, dass die Notwendigkeit bestehe, alle Beteiligte, angefangen bei RichterInnen und AnhörerInnen, über Fortbildungen hierfür zu sensibilisieren, so dass eine Früherkennung und eine angemessene Behandlung von folter- und traumabedingten, psychischen Beeinträchtigungen gewährleistet sei. Dabei sei eine deutliche Unterscheidung zwischen einer Behandlung von *PTBS* und einer Traumatherapie geboten.⁵⁶⁴ Denn nach Marschalk ist die psychiatrische und psychosomatische Versorgung als „unzureichend“⁵⁶⁵ zu bezeichnen, und auch Zenker betont, dass die „Kooperation zwischen den vorhandenen Diensten [...] unzureichend“⁵⁶⁶ sei.⁵⁶⁷

Die *Bundesärztekammer* rät ÄrztInnen und Behandelnden, die von ihnen veröffentlichten *Standards zur Begutachtung psychotraumatisierter Menschen* (SPBM) zu beachten, während z.B. die *Landesärztekammer (LÄK) Baden-Württemberg* Fortbildungen zur *Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei Erwachsenen* anbietet. Hierdurch soll sichergestellt werden, dass die „Menschenrechte auf Gesundheit, Wohlbefinden und

⁵⁶² Borde, 1999b, S. 105

⁵⁶³ vgl. Birck, 2004, S. 177; Borde, 1999b, S. 105; Collatz, 1999, S. 44, 49, 51; Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 141; Gierlichs, 2003; Glier, Rodewig, Tietz, 1999, S. 190-196; MFH, 2006; Rethmann, 1995, S. 92-95; Wirtgen, 2007

⁵⁶⁴ Rauchfuss, 2002

⁵⁶⁵ Marschalk, 2000, S. 38

⁵⁶⁶ Zenker, 2000, S. 175

⁵⁶⁷ vgl. Marschalk, 2000, S. 38; Rauchfuss, 2002; Wirtgen, 2007; Zenker, 2000, S. 175

Rechtsstaatlichkeit“⁵⁶⁸ eingehalten werden. Im Rahmen des Fördervereins *Refugio Schleswig-Holstein* erarbeiteten Fiedler, Ganten-Lange, Neitzel und Wilke „Empfehlungen für ärztliche/psychologische Stellungnahmen bei traumatisierten Flüchtlingen“.⁵⁶⁹

⁵⁶⁸ Ganten-Lange, Neitzel, Wilke, 2005

⁵⁶⁹ ebd.; vgl. Bieringer, Forster, Lamott, 2003; Fiedler, Ganten-Lange, Neitzel, Wilke, 2005; Lisson, 2006. Förderverein Refugio Schleswig-Holstein, Kiel. Weitere Informationen unter: <http://www.refugio-kiel.de/seiten/foerder.html>

2.6.3 Die allgemeine Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge

Seit den 1990er Jahren steht die Bekämpfung eingeschleppter Krankheiten und Seuchen zum Schutz der deutschen Bevölkerung im Vordergrund medizinischer Untersuchungen von Flüchtlingen. An dieser Priorität hat sich in den letzten Jahren nur wenig geändert. Auch die aktuell gesetzlich vorgeschriebenen *Erstuntersuchungen* für Flüchtlinge tragen kaum zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung bei. Denn die Untersuchungen werden über ein *Screening-Verfahren* zur Früherfassung von Erkrankungen durchgeführt und gelten in einem Großteil der Fälle als überflüssig, da sie keinen gesundheitlichen Nutzen haben und statt dessen die Betroffenen einschüchtern und verunsichern. Junghans kritisiert das *Screening-Verfahren* als diskriminierend und auch Mohammadzadeh betrachtet die derzeit angewandten *Screening-Ansätze* kritisch. Sie setzt vielmehr auf eine „gezielte Untersuchung bei Verdachtsfällen“⁵⁷⁰, um so der Gefahr einer Verallgemeinerung und Diskriminierung vorzubeugen.⁵⁷¹

Die Einschätzung der gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen ist nicht nur hinsichtlich eines ethnischen Hintergrundes mit speziellen Erkrankungen zu betrachten, sondern muss vielmehr von den besonderen, individuellen Bedarfen und Bedürfnissen der Flüchtlinge ausgehen, auf die das Gesundheitssystem entsprechend reagieren muss.

In einer Befragung umschrieben die Betroffenen ihre Erwartungen an eine stationäre Gesundheitsversorgung mit „lebenswichtigen Versorgungsaspekten“⁵⁷², wie Sicherheit, Hygiene, fachliche Kompetenz, aber auch Verständnis, Ehrlichkeit, Geduld und Hilfsbereitschaft.

⁵⁷⁰ Mohammadzadeh, 2000, S. 199

⁵⁷¹ vgl. Bendrat, 2003; Hilbert, 2000, S. 201-202; Frühauf, Serdaroglou, Volz, Wladarsch, 2000, S. 217; Junghanss, 2000, 191; Marschalk, 2000, S. 40; Mohammadzadeh, 2000, S. 198-200; Rauchfuss, 2002b; Schmacke, 2002, S. 555-556; SPI, 2004, S. 17. Die Arbeitsgruppe *Gesundheitliche Screeningverfahren* hat bereits fachliche und ethische Standards für die Durchführung von Screening-Verfahren, ihre Kopplung mit Präventionsmaßnahmen und der allgemeinen Verbesserung der Lebensbedingungen erarbeitet.

⁵⁷² Borde, David, Kentenich, 2000, S. 131

Die Erfüllung dieser und anderer spezifischer Versorgungsbedürfnisse wird als notwendig erachtet, um eine effektive, effiziente und vor allem patientInnenorientierte Gesundheitsversorgung gewährleisten zu können.⁵⁷³

Die Nachfrage nach entsprechenden Angeboten ist hoch. Zunehmend besteht das Interesse an selbstorganisierten Angeboten der Betroffenen, deren Zukunft jedoch aufgrund fehlender kommunaler Finanzierung nicht gesichert ist.

Sozialberatungsstellen, SozialpädagogInnen und -betreuerInnen z.B. in den *Übergangswohnrichtungen* üben an dieser Stelle eine VermittlerInnenposition aus. Sie verweisen die Flüchtlinge an entsprechende Angebote der Gesundheitsversorgung oder stellen den direkten Kontakt zwischen der jeweiligen Einrichtung und den Betroffenen her.⁵⁷⁴

Im Vergleich zu den Bedürfnissen der Betroffenen gegenüber den ÄrztInnen und der Medizin, beschreiben einige ÄrztInnen die Behandlung von Menschen mit Migrationsvorgeschichte als Belastung mit einem hohen zeitlichen Aufwand, da Behandlungshinweise und Ratschläge aufgrund von Kommunikationsproblemen nicht berücksichtigt werden und ein erhöhter Bedarf an Aufklärung bestehe.

In diesen Fällen besteht die Gefahr, dass die/der behandelnde Ärztin/Arzt beispielsweise eine Fehlernährung diagnostiziert, eine Ernährungsberatung jedoch aufgrund fehlender Sprachkenntnisse nicht ermöglicht. Daher muss eine Alltags-tauglichkeit der Behandlung gegeben sein, um die Compliance zu erhöhen und den gewünschten Erfolg zu erzielen. Denn eine Non-Compliance führt häufig zu Behandlungsabbrüchen und sogenannten *doctors-hoppings*.

Die physischen Leiden werden verstärkt durch eine fehlende bzw. falsche Behandlung aufgrund von Symptom-, Fehl- und Verlegenheitsdiagnosen. Es kommt zu einer Chronifizierung bestehender Erkrankungen bzw. zur Verstärkung alter Beschwerden. Dies führt zu längeren Krankenhausaufenthalten und Behandlungswiederholungen, was wiederum hohe Kosten verursacht. In der Hoffnung eine gesunde Behandlung zu erfahren, kommt es vielfach zu einem *doctors-hopping*,

⁵⁷³ vgl. Borde, David, Kentenich, 2000, S. 126, 131-135; Gardemann, Grieger, 2003, S. 704; Geiger, Razum, Ronellenfisch, Zeeb, 2004, S. A 2882-A 2884; Lettau, 2000, S. 69

⁵⁷⁴ vgl. Boos-Nünning, 2000, S. 19-22; Borde, David, Kentenich, 2000, S. 83-86, 127; Collatz, 1999, S. 52; Domenig, 2001, S. 24-25; Salman, 2000, S. 98-99

bei dem mehrfach die Ärztin/der Arzt gewechselt wird. Hier besteht die Gefahr einer Polypragmasie, also einer Verschreibung verschiedener Medikamente zur gleichzeitigen Anwendung. Dies kann somit wiederum einen Analgetikamissbrauch⁵⁷⁵ fördern.⁵⁷⁶

Nach den Ergebnissen unterschiedlicher Befragungen kritisierten die Betroffenen Defizite in den Bereichen der Verpflegung, der migrationspezifischen Bedürfnissen und der psychosozialen Betreuung. Sie äußerten auch ihre Unzufriedenheit über lange Wartezeiten und sehr kurze ÄrztInnen-PatientInnen-Gespräche.⁵⁷⁷

Es zeigen sich deutliche Defizite in der Regelversorgung, die „weder strukturell noch fachpraktisch der gesellschaftlichen Realität einer multikulturellen Gesellschaft adäquat Rechnung“⁵⁷⁸ tragen.

Die Angebote der Gesundheitsversorgung sind meist weder mehrsprachig, noch interkulturell ausgerichtet und werden deshalb von vielen Betroffenen nicht aufgesucht. Diese Mängel verstärken wiederum die individuelle Unsicherheit den jeweiligen Einrichtungen gegenüber. Insbesondere im Bereich der Familienberatung fehlen interkulturell ausgerichtete Angebote, die Fragen und Probleme der Familienbildung, Erziehung sowie „Ehe- und Trennungsberatung“, aber auch frauenspezifische Themenfelder, wie „Körperfunktion, Verhütung, Vorsorgeuntersuchungen, Wechseljahre [...] Schwangerschaft“⁵⁷⁹ und Nachsorge berücksichtigen. Weiterhin bestehen Defizite in den Bereichen Diagnostik, gesundheitlicher Aufklärung und Prävention.⁵⁸⁰

⁵⁷⁵ Analgetika sind Schmerzmittel wie Paracetamol oder Aspirin, aber auch stark wirksame, wie z.B. Morphin (vgl. Benner, 1997, S. 87)

⁵⁷⁶ vgl. Benner, 1997, S. 855; Berg, 1999, S. 89; Birck, 2004, S. 177; Borde, 1999, S. 102-103; 1999b, S. 96-107, 106; Gardemann, Grieger, 2003, S. 706; Geiger, Razum, Ronellenfitsch, Zeeb, 2004, S. A2886; Kabis, 2002, S. 5; Mane, 2004, S. 60-61; Rücker, 2006; Tempel, Mohammadzadeh, 2004, S. 33; Weber, 2000, S. 49; Wirtgen, 2007

⁵⁷⁷ vgl. Borde, David, Kentenich, 2000, S. 144, 147; Frühauf, Serdaroglou, Volz, Wladarsch, 2000, S. 219

⁵⁷⁸ Angenendt, 2000, S. 60

⁵⁷⁹ Borde, David, Kentenich, 2000, S. 83-84

⁵⁸⁰ vgl. Angenendt, 2000, S. 60; Boos-Nünning, 2000, S. 19-21; Borde, 1999b, S. 95-96, 107; Borde, David, Kentenich, 2000, S. 83-84; Hälg, Salis Gross, Wallimann, Wick Marcoli, 2004; Marrel, Wagner, 2000, S. 255

Trotz eines hohen Bedarfs wird eine adäquate Versorgung im Sinne therapeutischer und Rehabilitationsmaßnahmen, Beratung und Prävention sowie Gesundheitsversorgung, nur unzureichend erfüllt. Religiöse, kulturelle und vor allem muttersprachliche Aspekte werden in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung kaum berücksichtigt. Notwendige DolmetscherInnensysteme sind nur selten verfügbar. Dies führt zu Missverständnissen, Kommunikationsstörungen und zur Verstärkung der Zugangsbarrieren für Flüchtlinge.⁵⁸¹

⁵⁸¹ vgl. Birck, 2004, S. 178; Borde, 1999b, S. 96; Ehret, 2005; Frühauf, Serdaroglou, Volz, Wladarsch, 2000, S. 219; Gardemann, Grieger, 2003, S. 705-706; Geiger, 1999, S. 173-175; Kabis, 2002, S. 5; Salman, 2000, S. 93

2.6.3.1 Der Abbau von Zugangsbarrieren

Rauchfuss differenziert migrationsbedingende und migrationsbedingte Faktoren. Migrationsbedingende Einflüsse sind z.B. Flucht- und Migrationsgründe, sowie ihre Auswirkungen auf die Gesundheit der Flüchtlinge. Migrationsbedingte Faktoren dagegen beschreiben die Lebens- und Gesundheitsversorgungssituation im Zielland und deren Folgen für die gesundheitliche Situation der Flüchtlinge.

Das überdurchschnittlich hohe Erkrankungsrisiko wird somit wesentlich von der sozialen Lage und den individuellen Aspekten der Migration beeinflusst und fordert von den öffentlichen Gesundheitsdiensten ein hohes Verantwortungsbewusstsein sowie besondere Aufmerksamkeit.⁵⁸²

Mehrere Studien belegen, dass Menschen mit Migrationsvorgeschichte und insbesondere Flüchtlinge einem hohen Erkrankungsrisiko ausgesetzt sind und ihnen der Zugang zu entsprechenden Einrichtungen der Gesundheitsversorgung häufig verwehrt bleibt. Ein Grund dafür sind Zugangsbarrieren.⁵⁸³

Eine Vielzahl von Barrieren beschränken oder verhindern den Zugang zu Einrichtungen der Prävention, Gesundheitsförderung und Gesundheitsversorgung. Ein Mangel an Informationen über die Existenz bestehender Angebote und deren Nutzung, die Scheu Institutionen und Behörden gegenüber, aufgrund von Negativerfahrungen und die Angst vor aufenthaltsrechtlichen Folgen, beeinflussen die gleichberechtigte Inanspruchnahme unterschiedlicher Angebote.

Insgesamt betrachtet, besteht darüber hinaus ein erschwerter Zugang der Betroffenen z.B. aufgrund eines unterschiedlichen Verständnisses von Krankheit und ihrer Behandlung, gesetzlicher Beschränkungen (rechtliche Barrieren) und aufgrund von Kommunikationsschwierigkeiten (sprachliche Barrieren). Aber auch Geschlecht, Alter, Familiengröße, Wohnort, Nationalität und Alphabetisierungsgrad haben Einfluss auf die Zugangsmöglichkeiten.

⁵⁸² vgl. Collatz, 1999, S. 43, 46; Rauchfuss, 2002b, S. 27, 36

⁵⁸³ vgl. Borde, David, Kentenich, 2000, S. 83-86, 127

Kulturelle Barrieren entstehen zwischen unterschiedlichen kulturellen, spirituellen, religiösen und traditionellen Wertvorstellungen, in denen beispielsweise Scham, Schande und Ehre eine besondere Bedeutung beigemessen werden.

Die sozioökonomischen, finanziellen und rechtlichen Barrieren werden durch die meist unzulängliche und begrenzte Kostenübernahme durch die Sozialbehörden aufgrund der gesetzlichen Leistungsbeschränkungen durch das *AsylbLG* deutlich. Außerdem gelten Gebühren und Zuzahlungen im Gesundheitsversorgungssystem, wie z.B. bei den Kosten für DolmetscherInnen, ebenfalls als Zugangsbarrieren.⁵⁸⁴

Aufgrund von Verständigungsschwierigkeiten können vielfach spezifische, medizinische Sachverhalte nicht kommuniziert werden. Es zeigen sich erhebliche Kommunikations- und Verständigungsprobleme zwischen den Betroffenen und den Fachkräften der jeweiligen Versorgungseinrichtungen, die häufig zu Missverständnissen führen.

Der Bedarf an DolmetscherInnen und multilingualen Fachkräften ist groß. Nach dem *Bielefelder Gesundheitsbericht* werden DolmetscherInnendienste überwiegend von stationären Einrichtungen (und weniger von KassenärztInnen), psychologischen und zahnärztlichen Praxen in Anspruch genommen. Salman beschreibt den Einsatz von DolmetscherInnen im Rahmen der Therapiekonzeption einiger Kliniken als Regelfall. In einer Untersuchung von Pöchhacker beurteilen die Betroffenen die Sprachmittlung durch einen qualifizierten DolmetscherInnendienst insbesondere in Fachgebieten, wie der Kinderheilkunde und der Gynäkologie als 'am meisten geeignet'.

Professionellen DolmetscherInnen fehlen häufig die nötigen psychologischen, medizinischen und sozialen Fachkompetenzen. Außerdem ist ihre Beauftragung recht kostenintensiv. Öffentlich finanzierte *GemeindedolmetscherInnen* können ein Lösungsansatz sein, doch fehlt es an den o.g. öffentlichen Mitteln, um Angebote zur Vermittlung der nötigen Fachkompetenzen einzurichten.

⁵⁸⁴ vgl. Boos-Nünning, 2000, S. 19-22; Borde, David, Kentenich, 2000, S. 83-86, 127; Brandrup-Lukanows, 2000, S. 14; Collatz, 1999, S. 35, 46, 52-53; Domenig, 2001, S. 24-25; Gaitanides, 2003a, S. 45; Gardemann, Grieger, 2003, S. 704, 706; Jordan 1999, S. 1, 4; Lettau, 2000, S. 68; Marrel, Wagner, 2000, S. 255; Salman, 2000, S. 98-99; Tempel, 2006, S. 29

Für das Alltagsgeschehen ist es von Vorteil, praxisintern, auf muttersprachliches und ethnomedizinisch fortgebildetes Fachpersonal zurückgreifen zu können, wie z.B. im *Krankenhaus München-Schwabing*, in dem die Übersetzung in 19 Sprachen über ein hausinternes DolmetscherInnensystem möglich ist. Wenn solch ein System fehlt, erlangen muttersprachige Familienangehörige häufig eine wesentliche VermittlerInnenfunktion zwischen ÄrztInnen und PatientInnen. Durch die DolmetscherInnenfunktion von Angehörigen ist jedoch eine vollständige Übersetzung nicht gesichert, wenn wichtige Details aufgrund von Angst- und Schamgefühlen verschwiegen oder verändert werden (z.B. in der *Gynäkologie*) und dies zu einer Fehldiagnose oder Fehlmedikation führt.

Besonders Kinder spielen als DolmetscherInnen und sogenannte IntegrationshelferInnen eine sehr wichtige Rolle. Sie vermitteln „sprachliches und Orientierungswissen an die sprachunkündigere Elterngeneration“⁵⁸⁵ und übersetzen bei ÄrztInnen und Behörden. Dabei besteht jedoch die Gefahr, dass die Kinder überfordert werden. Bei den Übersetzungen werden sie oft mit psychosomatischen und psychiatrischen Aspekten sowie schwierigen Sachverhalten konfrontiert, deren Einblick eine Traumatisierung zur Folge haben kann. Ein weiteres Problem sind Filterungen, Auslassungen und Verzerrungen der Informationen aufgrund eines eingeschränkten Wortschatzes, der fehlenden Fachkompetenz aber auch des fehlenden Erfahrungs- und Vorstellungshorizonts von Kindern.⁵⁸⁶

Pflegekräfte verfügen zwar oft über muttersprachliche Fähigkeiten, sie sind jedoch in der Regel nicht als DolmetscherInnen fachlich qualifiziert. Darüber hinaus liegt es eigentlich nicht in ihren Aufgabengebieten. Ähnlich verhält es sich mit sogenannten ZufallsdolmetscherInnen (zum Beispiel durch RaumpflegerInnen, Reinigungskräfte), denen wesentliche Voraussetzungen für das medizinische Verständnis fehlen. Diese sollten nur als eine ‚Notlösung‘ angesehen werden. Denn es kommt erschwerend hinzu, dass für diese Personenkreise keine *Schweigepflicht* besteht und somit die notwendige Vertraulichkeit in Frage gestellt ist. Dennoch fühlen sich die Betroffenen ernst genommen, da die Sprache als stützender Faktor

⁵⁸⁵ Gaitanides, 2003b, S. 22

⁵⁸⁶ vgl. Bielefeld, 2004, S. 41-43, 51-52; Birck, 2004, S. 184; Borde, 1999b, S. 96, 107; Borde, David, Kentenich, 2000, S. 141; Collatz, 1999, S. 39, 53; Gaitanides, 2003b, S. 22; Kabis, 2002, S. 5; Mane, 2004, S. 66-67; Pöchhacker, 2000, S. 167-173; Salman, 2000, S. 92, 98-99; Schmacke, 2000, 61-64

der eigenen Identität aufgefasst wird, auch wenn solch ein Verfahren nach Ansicht von Mane „rechtlich und ethisch bedenklich“ ist.⁵⁸⁷

Abhilfe kann dadurch geschaffen werden, dass zusätzlich muttersprachliche Praxishilfen und Pflegekräfte eingestellt werden. Außerdem können kurzfristig, insbesondere bei PatientInnen aus afrikanischen und asiatischen Ländern, qualifizierte DolmetscherInnendienste helfen. Diese sind meist gut organisiert und kostengünstig.

SprachmittlerInnen als muttersprachliche BeraterInnen übernehmen zum Einen die DolmetscherInnentätigkeit und dienen als kulturelle MediatorInnen bei der „Überbrückung [...] kultureller Unterschiede“⁵⁸⁸. Das Ziel des Einsatzes von SprachmittlerInnen ist es, den gleichberechtigten Zugang der Betroffenen zu Angeboten der Gesundheitsversorgung durch einen Abbau der Zugangsbarrieren zu ermöglichen.

Das Konzept der sogenannten *GemeindedolmetscherInnen* (community interpreters) geht davon aus, dass mehrsprachige Flüchtlinge zu „Experten für soziale Kommunikation ausgebildet“⁵⁸⁹ werden, um eine Kommunikation zwischen den Regeldiensten und den Betroffenen herzustellen.⁵⁹⁰

Aufgrund der vielfältigen Formen von Zugangsbarrieren, steht insbesondere das medizinische und pflegerische Fachpersonal in der Verantwortung, Sensibilität und Fingerspitzengefühl zu entwickeln.

Viele ÄrztInnen zeigen bereits ein hohes persönliches Engagement, die Zugangsmöglichkeiten für die Betroffenen über regionale und selbstorganisierte Qualifizierungsmaßnahmen für die MitarbeiterInnen, Kooperationen und die Auseinandersetzung mit transkulturellen Behandlungsansätzen zu verbessern.

Teilweise bieten niedergelassene ÄrztInnen fremdsprachige Broschüren zur Gesundheitsaufklärung und Prävention an. Außerdem erlangen ein fremdsprachiger Internetauftritt oder eine spezielle Beratungsstelle für Menschen mit Migrationsvorgeschichte zunehmend an Bedeutung. In seltenen Fällen werden spezielle Be-

⁵⁸⁷ vgl. Borde, David, Kentenich, 2000, S. 139-141; Mane, 2004, S. 66-67; Salman, 2000, S. 94

⁵⁸⁸ Pöchhacker, 2000, S. 156

⁵⁸⁹ Salman, 2000, S. 91

⁵⁹⁰ vgl. Lettau, 2000, S. 69; Pöchhacker, 2000, S. 157-158; Salman, 2000, S. 91, 101

handlungsangebote, wie z.B. Impf- und Präventionsberatung angeboten, die die Compliance, die Bereitschaft, der Betroffenen, mitzuwirken, positiv beeinflussen kann.⁵⁹¹

Zum Abbau der Zugangsbarrieren für Menschen mit Migrationsvorgeschichte und zur Senkung der Gesundheitsrisiken und der dadurch entstehenden hohen Kosten, betont Gardemann die Notwendigkeit einer aufsuchenden Gesundheitsfürsorge.⁵⁹²

Eine transkulturelle Öffnung der *Regeldienste*⁵⁹³ beinhaltet nach Überzeugung von Geiger eine interkulturelle Personal- und Organisationsentwicklung. Diese mache wiederum Fachkompetenzen, wie eine interkulturelle Teamfähigkeit, eine bedarfsorientierte Qualifizierung, sowie Kooperationen und die Vernetzung mit den *Regeldiensten* und den Beratungseinrichtungen notwendig. Auch Gardemann und Grieger verdeutlichen, dass das Augenmerk auf den Ausbau der *Regeldienste* zu richten sei, anstelle sich auf die Einrichtung flüchtlingsspezifischer Dienste zu beschränken. Andernfalls bestehe die Gefahr einer Verallgemeinerung durch eine unkritische und vorschnelle Betrachtung der Betroffenen unter ´ethnischorientierten` Gesichtspunkten.⁵⁹⁴

Die grundlegenden ´drei Pfeiler` des transkulturellen Handelns sind Selbstreflexion, Flexibilität und Hintergrundwissen bzw. Erfahrungen in der Arbeit mit Flüchtlingen, unter Beachtung migrationsspezifischer, psychosozialer und soziokulturelle Aspekte. Somit steht die „selbstreflektierte Hinterfragung eigener Wertvorstellungen und Sichtweisen“⁵⁹⁵ im Vordergrund, um „eigene Vorurteile und ethnozentristische Annahmen zu erkennen“.⁵⁹⁶

Das Ziel der Gesundheitsförderung ist es, unter Berücksichtigung sozialpolitischer und sozioökonomischer Grundvoraussetzungen, allen Menschen nicht nur das not-

⁵⁹¹ vgl. Bielefeld, 2004; S. 51-52; Borde, 1999b, S. 101-102, 106; Borde, David, Kentenich, 2000, S. 96; Collatz, 1999, S. 52-53; Gaitanides, 2003b, S. 45; Mane, 2004, S. 56

⁵⁹² vgl. Gardemann, 2000, S. 160; Münster, 1998, S. 21

⁵⁹³ Bedacht werden muss in diesem Zusammenhang auch die transkulturelle Öffnung der Jugend- und Familienhilfe, insbesondere hinsichtlich der Nutzung und des Ausbaus sozialer Infrastruktur und sozialräumlicher Kooperationen (vgl. Davin, 2004, S. 222-225).

⁵⁹⁴ vgl. Borde, David, Kentenich, 2000, S. 86; Geiger, 1999, S. 174-176; Gardemann, Grieger, 2003, S. 707; Gries, 2002, S. 4; Heinemann, 2004, S. 170

⁵⁹⁵ Domenig, 2001, S. 39

⁵⁹⁶ ebd.; vgl. Bischof, Koch, 2004, S. 194; Domenig, 2001, S. 37, 39; Hälgl, Salis Gross, Wallimann, Wick Marcoli, 2004

wendige Wissen zu vermitteln, sondern ihnen auch beispielsweise die Möglichkeit zur Durchführung eines gesundheitserhaltenden Verhaltens garantieren zu können und schädigende Faktoren, wie z.B. Stress, Armut oder Ausgrenzung zu minimieren. Den Betroffenen werden motiviert, selber zu handeln und aktiv zu werden.

Voraussetzung dafür ist ein gesicherter Zugang zu Wissen, Aufklärung und Information. Individuelle Kompetenzen werden gestärkt, um den Betroffenen die Möglichkeit zu geben, sich und ihre Situation zu artikulieren und eine politische Position beziehen zu können, und möglicherweise die gesamtgesellschaftlichen Zusammenhänge gesundheitlicher Benachteiligungen zu beeinflussen.⁵⁹⁷

Ein Ansatz hierfür ist die Förderung des *Empowerments* zur Ermächtigung und Befähigung, die migrationseigenen Ressourcen, die individuellen Bewältigungs- (coping-) strategien und Kompetenzen zu nutzen. Die Betroffenen sollen zur Entwicklung eines hohen Maßes an Selbstbewusstsein, Selbstbestimmung und Selbstbehauptung motiviert werden und ihren Einfluss auf die nachhaltige Veränderung ihrer Umwelt und somit ihrer Lebensbedingungen geltend zu machen.

Das Ziel dieser Partizipation und aktiven Mitarbeit von Menschen mit Migrationsvorgeschichte ist die Stärkung der Gesundheitskompetenz, der Selbstgestaltungspotentiale und damit auch die Übernahme von Selbstverantwortung.⁵⁹⁸

Durch eine Gesundheitsförderung, wie beispielsweise durch das Konzept der *Gesundheitshäuser* auf Quartiers-/Stadtteilebene, wird den Betroffenen ein zielorientiertes, bedarfsgerechtes und vor allem niedrighochwertig angelegtes Projekt angeboten. Das ermöglicht strukturelle und „nachhaltig wirksame Verbesserungen“.⁵⁹⁹ Der Einsatz von MultiplikatorInnen sowie die Kooperation mit anderen Einrichtungen, Initiativen und Organisationen garantieren eine interdisziplinäre Ausrichtung und eine grundlegende Verbesserung einer transkulturellen Öffnung der *Regelversorgungseinrichtungen* und den Zugang für Menschen mit Migrationsvorgeschichte.⁶⁰⁰

⁵⁹⁷ vgl. Naidoo, Wills, 2003, S. 80-84; Geene, Halkow, 2004, S. 16-18

⁵⁹⁸ vgl. BAG, 2006; Hälgl, Salis Gross, Wallimann, Wick Marcoli, 2004; Jordan, 1999, S. 1; MFH, 2006, S. 25; Müller, 2000, S. 262; Naidoo, Wills, 2003, S. 89-100

⁵⁹⁹ Tempel, 2006, S. 69

⁶⁰⁰ vgl. SPI, 2004, S. 16-17; Tempel, 2006, S. 69

Aufgrund der Informationsdefizite im gesundheitsmedizinischen Bereich wird die Bereitstellung mehrsprachiger Informationsmaterialien, die Behandlung sexuell übertragbarer Krankheiten und niedrigschwelliger und vielfältiger gynäkologischer/medizinischer Beratungs- und Präventionsangebote in Verbindung mit einer *aufsuchenden Arbeit/Streetwork* empfohlen.

Die *aufsuchende Gesundheitshilfe* mit Hilfe der *Streetwork* zum Beispiel bei Kindern und Jugendlichen oder der *AIDS/HIV*-Beratung im Prostitutionssektor, beschreibt einen weiteren möglichen Ansatz zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge.⁶⁰¹

Teilweise gibt es bereits besondere Angebote der Krankenkassen für Menschen mit Migrationsvorgeschichte, einen individuellen Behandlungs- und Rehabilitationsplan erstellen zu lassen, um anschließend einen Therapieanspruch geltend machen zu können.⁶⁰²

Um Projektbeispiele 'guter Praxis' (good-practice) in der Gesundheitsförderung zu erkennen und einen Wissenstransfer, eine Transparenz und die Weiterentwicklung dieser Projekte zu gewährleisten, soll ein von der *Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)* erarbeiteter Kriterien-Katalog der 'good-practice' helfen. Die in der Tabelle genannten Kriterien gelten als Grundlage für die Entwicklung von 'good-practice'-Kriterien im Umwelt- und Gesundheitsbereich, und sind in den *Europäischen Kriterienkatalog* aufgenommen worden, wobei '1. Konzeption/Selbstverständnis' und '2. Zielgruppe' als Mindeststandardkriterien festgelegt sind.⁶⁰³

⁶⁰¹ vgl. Hälg, Salis Gross, Wallimann, Wick Marcoli, 2004; Jordan, 1999, S. 5-6; 2000, S. 25; Steinmüller-Krey, 2000, S. 111-117

⁶⁰² vgl. Jordan, 2000, S. 24

⁶⁰³ vgl. Bär, 2006; Kaba-Schönstein, 2006

Tab. 2.6.b: Die 12 Kriterien ´guter Praxis` für auf ´sozial Benachteiligte` ausgerichtete Projekte im Umwelt- und Gesundheitsbereich

| | Kriterien ´guter Praxis` |
|------------|--|
| 1. | Konzeption/Selbstverständnis |
| 2. | Zielgruppe |
| 3. | Innovation und Nachhaltigkeit |
| 4. | Multiplikatorenkonzept |
| 5. | Arbeitsweise |
| 6. | Arbeitsweise |
| 7. | Empowerment |
| 8. | Setting-Ansatz |
| 9. | Integriertes Handlungskonzept/Vernetzung |
| 10. | Qualitätsmanagement/Qualitätsentwicklung |
| 11. | Dokumentation und Evaluation |
| 12. | Kosten-Nutzen-Relation |

Quelle: Kaba-Schönstein, 2006

Ein dementsprechend positives Beispiel für die Schulung, Qualifizierung und Vermittlung von DolmetscherInnen zeigt das *Ethnomedizinische Zentrum* in Hannover auf. Die Ausbildung zu einer/einem DolmetscherIn ermöglicht den Einsatz in „sozialpsychatrischen, psychosomatischen, familienmedizinischen oder rehabilitativen Hilfesystemen der Lebensberatung, Familienhilfe, betreutem Wohnen und Heimbetreuung“, in der beruflichen Qualifizierung und insbesondere in medizinischen Behandlungs- und Beratungsprozessen. Über einen Telefonservice können qualifizierte DolmetscherInnen je nach Sprache, Geschlecht und fachlichen Kenntnissen vermittelt werden, und stehen auch als TelefondolmetscherInnen zur Verfügung.⁶⁰⁴

Das Gesundheitsprojekt *Migranten für Migranten* (MiMi) ist ein Beispiel für eine transkulturelle Gesundheitsförderung, in der muttersprachliche Menschen mit Mi-

⁶⁰⁴ vgl. Collatz, 1999, S. 39-40, 53; Habermann, 1999, S. 163; Mane, 2004, S. 64; Salman, 2000, S. 98-99, 102

grationsvorgeschichte qualifiziert und als MediatorInnen eingesetzt werden. Bereits in 25 Städten werden *MiMi*-Projekte durchgeführt, um bestehende Zugangsbarrieren abzubauen, eine erforderliche Gesundheitsförderung und Prävention zu gewährleisten und um auf die defizitäre Versorgungssituation angemessen zu reagieren. Sie beinhalten eine ganzheitliche Betrachtung, d.h. die Einbeziehung der Wohn- und Lebenssituation, wodurch eine frühzeitige medizinische Grundversorgung sowie eine notwendige Weiterbehandlung diagnostischer oder therapeutischer Art ermöglicht wird.⁶⁰⁵

Im *Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin* beispielsweise werden rund 500 Menschen pro Jahr weniger medikamentös als vielmehr psychotherapeutisch behandelt. Somit zeigt sich, dass über umfangreiche strukturelle Maßnahmen und die Ausrichtung auf migrationsspezifische Bedürfnisse, eine zielgruppenorientierte, transkulturelle Öffnung der allgemeinen Gesundheitsversorgung möglich ist.⁶⁰⁶

Der *Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit* wird als „Vermittler und Anwalt für die Gesundheit zugewanderter Menschen“⁶⁰⁷ beschrieben und hat zum Ziel, Behörden und Institutionen zu sensibilisieren und transkulturelle Kompetenzen zu fördern. Durch Aufklärung, Beratung und Informationsaustausch, sowie einer umfassenden Öffentlichkeitsarbeit werden Handlungskonzepte, Vorschläge und Umsetzungsstrategien vorgestellt.⁶⁰⁸

⁶⁰⁵ vgl. Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 47-50

⁶⁰⁶ vgl. Bendrat, 2003; Birck, 2004, S. 178-179; Borde, 1999b, S. 95-96, 107; Priebe, 2000, S. 74; SPI, 2004, S. 17

⁶⁰⁷ Geiger, Grieger, 2000, S. 81

⁶⁰⁸ vgl. Gardemann, Grieger, 2003, S. 704; Geiger, Grieger, 2000, S. 80-81

2.6.4 Der Gesundheitsstatus und die gesundheitliche Versorgung einzelner Flüchtlingsgruppen

2.6.4.1 Ein Leben in der 'Illegalität'

Als Illegalisierte oder 'Sans Papiers' (Papierlose) sind Menschen zu bezeichnen, die in eine nach europäischer Rechtsauffassung bezeichnete 'Illegalität' gedrängt werden. Hierbei werden vielfach legal als StudentInnen, TouristInnen oder SprachschülerInnen eingereiste Menschen durch den Ablauf ihres jeweiligen Aufenthaltstitels illegalisiert, und verfügen über keinen rechtlich anerkannten Aufenthaltsstatus. Für sie besteht aufgrund der derzeitigen Gesetzeslage in Deutschland kaum eine Möglichkeit, 'legal' einen Aufenthaltsstatus zu erhalten.

Derzeit stehen nur vage Schätzungen, von über eine Million Menschen ausgehend, über die Anzahl Illegalisierter in Deutschland zur Verfügung. Für Berlin schätzen unterschiedliche Quellen eine Zahl von mehr als 100.000 Illegalisierte. Allein zwischen 1993 und 1999 stieg die Anzahl der Illegalisierten auf das Zehnfache. Nach Aussage Schönwälders, Sciortinos und Vogels handelt es sich hierbei jedoch um keine verlässlichen Zahlen.

Offiziell werden die 'Aufgriffe im Grenzraum' und im 'innerstaatlichen Raum' registriert und daraus Zahlen 'illegal aufhältiger' Flüchtlinge hochgerechnet. Hierbei gilt die sogenannte amerikanische Zählweise, bei der zwei unentdeckte Illegalisierte auf einen registrierten Illegalisierten fallen.⁶⁰⁹

Nach Auffassung Uihleins liegen die Ursprünge dieser Illegalisierung in der Entstehung der Nationalstaaten und der 'Staatsbürgerschaft'. Denn hier liegt der „ordnungsrechtliche Unterschied zwischen Inländern und Ausländern“⁶¹⁰ begründet, aus dem sich die Definitionen eines 'legalen' und eines 'illegalen' Aufenthaltes konstruieren lassen.

⁶⁰⁹ vgl. Bürhle, 2003, S. 6-7; Doering, 1999, S. 287; Franz, 2003; Schönwälder, Sciortino, Vogel, 2004

⁶¹⁰ Uihlein, 2002, S. 40

Rita Süßmuth ist der Meinung, dass „je strikter die Regelungen für das Asyl sind, je weniger Arbeitsmigranten ins Land gelassen werden, desto höher ist die Zahl der Illegalen“.⁶¹¹

Mit den Verschärfungen des *Asylrechts* in Europa ist auch eine deutliche Zunahme von Illegalisierten zu verzeichnen. Während Länder, wie z.B. Italien, Spanien, Griechenland und zum Teil Belgien und Portugal, insbesondere in den 1990er Jahren regelrechte Legalisierungskampagnen durchführten, gewinnt die Bekämpfung `illegaler Migration` heute europaweit zunehmend an Bedeutung.⁶¹²

Illegalisierte sind Menschen ohne Aufenthaltsrecht und Duldung. Sie verhalten sich innerhalb der Gesellschaft sehr unauffällig, um der Gefahr kontrolliert, festgenommen und möglicherweise abgeschoben zu werden, aus dem Weg zu gehen. Sie verzichten auf den Anspruch elementarer *BürgerInnenrechte* und Grundbedürfnisse. Selbst das *Recht auf Bildung* der Kinder wird daher meist nicht eingefordert. Die Lebensumstände machen eine Deckung der menschlichen Grundbedürfnisse unmöglich.⁶¹³

Illegalisierte haben weder Anspruch auf Leistungen nach *SGB II* bzw. *SGB XII* noch nach dem *AsylbLG*. Ihnen bleibt oft nur eine `illegale Beschäftigung/Schwarzarbeit` oder „Überlebensdiebstähle“⁶¹⁴ zur Sicherung des Überlebensnotwendigen. Somit sind sie der `Schattenwirtschaft`, der Ausbeutung und der unregelmäßigen Zahlung von Niedriglöhnen bei langen Arbeitszeiten und fehlendem Arbeitsschutz schutzlos ausgeliefert. Die Chance auf eine Arbeitsstelle erfordert darüber hinaus ein hohes Maß an Flexibilität und Motivation. Männer finden sich überwiegend im handwerklichen und gastronomischen Dienstleistungsbereich, während weibliche Illegalisierte eher in Privathaushalten, als Reinigungskräfte, in der Alten- und Krankenpflege oder der Prostitution ein Beschäftigungsverhältnis eingehen. Diese Sektoren bezeichnet Alt als „ethnische Nischen“.⁶¹⁵

⁶¹¹ Süßmuth, 2006, S. 109

⁶¹² vgl. Anderson, 2004, S. 291; Kömür, 2001; Süßmuth, 2006, S. 109; Uihlein, 2002, S. 40

⁶¹³ vgl. Bührlé, 2003, S. 6-7; Kömür, 2001, S. 5-10; imc-nrw, 2006

⁶¹⁴ Kömür, 2001, S. 6

⁶¹⁵ vgl. Alt, 2004, S. 101-102; Anderson, 2004, S. 291-293; Kömür, 2001, S. 6; Nitschke-Özbay, 2000, S. 122-123

Die Öffnung des Arbeitsmarktes für qualifizierte Menschen aus anderen Ländern wird gefördert. Auf der anderen Seite werden die in den Niedriglohnsektoren Arbeitenden zunehmend illegalisiert und kriminalisiert. Viele Dienstleistungssektoren sind ohne die hohe Anzahl von billigen Arbeitskräften aus anderen Ländern nicht mehr denkbar (siehe Kapitel 2.1).⁶¹⁶

Haben die Betroffenen ein wenig Geld erspart, stellt sich das Problem der Überweisung des Geldes an Verwandte oder FreundInnen in den Herkunftsländern. Da meistens kein eigenes Konto bei einer Bank vorhanden ist, sind sie auf Zwischenstrukturen angewiesen, die häufig durch Kriminalität, Korruption und Bereicherungen gekennzeichnet sind.⁶¹⁷

Es bleibt ihnen größtenteils verwehrt, eine Wohnung über ein legales Mietverhältnis anzumieten. Sie sind in vielen Fällen auf sogenannte Strohmänner angewiesen, wohnen bei FreundInnen, Bekannten oder Verwandten zur Untermiete, in Massenquartieren (z.B. Wohncontainer in der Baubranche) oder in speziellen Notunterkünften caritativer oder sozialpolitisch engagierter Organisationen. Oftmals werden Illegalisierte Opfer überhöhter Mietpreisforderungen bei „katastrophalen“ Wohnbedingungen.⁶¹⁸

Auch die Ergebnisse der Münchner Studie *...Dass Sie uns nicht vergessen. – Menschen in der Illegalität in München* machen deutlich, dass Illegalisierte der Ausbeutung und des Machtmissbrauchs von VermieterInnen ausgesetzt sind. Ihnen werden überhöhte Mieten für „qualitativ schlechten, beengten Wohnraum“⁶¹⁹ mit „miserabler Ausstattung“⁶²⁰ abverlangt.⁶²¹

Illegalisierte, wie auch TouristInnen ohne gültiges Visum, fallen bei der Übernahme von Arztbehandlungskosten theoretisch ebenfalls unter das *AsylbLG*. Einen Anspruch auf Leistungen haben diese Menschen jedoch nur, wenn sich Gründe für eine Aussetzung der *Abschiebung* finden lassen. Das *Sozialamt* ist verpflichtet, diese der *Ausländerbehörde* zu melden.⁶²² Daher bleibt diesem Personenkreis auch

⁶¹⁶ vgl. Backes, 2007

⁶¹⁷ vgl. Alt, 2004, S. 105

⁶¹⁸ ebd.

⁶¹⁹ Anderson, 2004, S. 291

⁶²⁰ ebd. Häufig fehlt es an Wasser, Strom und sanitären Einrichtungen etc.

⁶²¹ vgl. Anderson, 2004, S. 291

⁶²² vgl. Classen, 2005

der Zugang zum Gesundheitsversorgungssystem verwehrt, da sie über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen und unerkannt bleiben müssen. Dies führt dazu, dass Krankheiten unbehandelt verschleppt werden und erst im Notfall eine Ärztin/ein Arzt aufgesucht wird. Bei einer Geburt beispielsweise besteht zwar acht Wochen lang nach der Geburt ein *Abschiebeschutz (Mutterschutz)*, doch kommt es aufgrund der Angst vor einer Meldung bei der *Ausländerbehörde* häufig zu Schwangerschaftsabbrüchen. Häufig bleibt dann nur die Möglichkeit, die Behandlungskosten in bar zu begleichen. Grundsätzlich besteht die Gefahr einer Meldung bei der Polizei durch das Krankenhaus oder die ÄrztInnenpraxis, aufgrund der *Übermittlungspflicht* öffentlicher Krankenhäuser an die *Ausländerbehörden*. Manche Krankenhäuser begleichen die entstandenen Behandlungskosten eines Krankenhausaufenthaltes über ein diskretes und anonymisiertes Verfahren, bei dem diese von der/dem zuständigen Ärztin/Arzt übernommen oder über Spenden- und Stiftungsgelder finanziert werden.⁶²³

Die nicht geregelte Versorgung sowie mangelnde Finanzierungsmöglichkeiten erschweren eine notwendige und angemessene Behandlung Illegalisierter, und führt stattdessen zu einer Kriminalisierung der Betroffenen aber auch der HelferInnen. Denn eine anonymisierte medizinische Behandlung kann unter Umständen auf Grundlage der §§ 95 und 96 *AufenthG* (früher §§ 76, 92 und 92a *AuslG*) und § 85 *AsylVfG* in Verbindung mit dem *StGB*⁶²⁴ als strafbare Handlung durch 'Hilfe und Unterstützung von Menschen in der Illegalität' ausgelegt werden.⁶²⁵

Teilweise bieten ehrenamtliche und meist spendenfinanzierte Netzwerke umfangreiche Unterstützungsangebote für Illegalisierte. Beispielsweise bietet die *Medizinische Flüchtlingshilfe* in verschiedenen Städten eine unbürokratische und anonyme Versorgung. Diese beinhaltet Beratungsgespräche (Sprechstunde), die Vermittlung und Weiterleitung an FachärztInnen und Krankenhäuser. Darüber hinaus gibt es bundesweit aber auch europaweit organisierte Netzwerke, wie z.B. das *Wanderkirchenasyl (WKA) NRW* oder das Bündnis *Kein mensch ist illegal*.⁶²⁶

⁶²³ vgl. Anderson, 2004, S. 294-295; Kömür, 2001, S. 5, 8-9; Rabbata, 2005, S. A1641; Uihlein, 2002, S. 41

⁶²⁴ Beihilfe (§ 27 StGB), Anstiftung (§ 26 StGB), Begünstigung (§ 257 StGB), Strafvereitelung (§ 258 StGB) (vgl. Sextro, 2004)

⁶²⁵ vgl. Anderson, 2004, S. 295; Rabbata, 2005, S. A1641; Sextro, 2004; Weber, 2000, S. 54-55

⁶²⁶ vgl. imc-nrw, 2006; Kömür, 2001, S. 18-24

Ein Beispiel für ein sehr erfolgreiches Projekt für die Unterstützung Illegalisierter ist das *Unité mobile* in der Schweiz (siehe Anhang 7.1).

Ein möglicher Weg aus der Illegalität ist die Heirat einer Person mit sicherem Aufenthaltsstatus. Hier kann es neben der Zweckheirat aus Solidarität mit der/dem Illegalisierten, jedoch auch zu kostenintensiven Vermittlungen (nicht selten rund 20.000 Euro) von Menschen mit sicherem Aufenthaltsstatus kommen. Es entstehen neue Abhängigkeitsverhältnisse, in denen die Betroffenen einer Gefahr der Ausbeutung und des Missbrauchs ausgesetzt sind.⁶²⁷

⁶²⁷ vgl. Anderson, 2004, S. 295

2.6.4.2 Minderjährige Flüchtlinge

Aufgrund der besonderen Situation von minderjährigen Flüchtlingen mit ihren eigenen Bedarfen und unter der Berücksichtigung des Kindeswohls, wird dieses Themenfeld an dieser Stelle ausführlicher dargestellt.

Auch wenn es kaum statistische Erhebungen über die Zahl der in Deutschland lebenden minderjährigen Flüchtlinge gibt, schätzt Angenendt, dass im Jahr 1998 etwa ein Fünftel der 1,1 Millionen Flüchtlinge in Deutschland jünger als 18 Jahre alt war. Er beruft sich dabei auf Länderstatistiken, die eine Zahl von 5.000 bis 10.000 minderjährigen Flüchtlingen, die unbegleitet, d.h. ohne elterliche bzw. `erziehungsberechtigte´ Begleitung waren, ergeben.

Nach den Einschätzungen Köttgens lebten im Jahr 2000 rund 6-10.000 unbegleitete minderjährige Flüchtlinge in Deutschland, während weltweit im gleichen Zeitraum etwa 6-10 Millionen Kinder unbegleitet auf der Flucht waren.⁶²⁸

Auf der 53. *UN-Vollversammlung* wurde besonders hervorgehoben, dass „Kindern weltweit ungeheures körperliches und seelisches Leid zugefügt wird“⁶²⁹, da Kinder in „besonderer Weise betroffen [sind], weil sie physisch und psychisch noch verletzlicher als Erwachsene sind“ und oft als Kindersoldaten zum Kriegsdienst zwangsrekrutiert wurden. *Pro Asyl* vertritt die Meinung, dass demnach zumindest eine „Rehabilitationsleistung für Minderjährige, die Opfer von Gewalt wurden“⁶³⁰ zu gewährleisten ist. Stattdessen werden jedoch kinderspezifische Fluchtgründe (z.B. Genitalverstümmelung von Mädchen⁶³¹), die also in der Regel nicht von Erwachsenen geltend gemacht werden, in seltenen Fällen als sogenannte asylrelevante Fluchtgründe vom *BAMF* anerkannt.⁶³²

⁶²⁸ vgl. Angenendt, 2000, S. 24-27, 85; Köttgen, 2000, S. 148

⁶²⁹ Kauffmann, 2004b

⁶³⁰ *Pro Asyl*, 2006a

⁶³¹ Doris Schaffner berichtet, dass „nicht selten [...] Eltern von jungen Mädchen - vorwiegend aus Somalia, Äthiopien, Eritrea und einigen anderen afrikanischen Staaten, aber auch aus dem Jemen, Malaysia und Indonesien - ihre Töchter in den Ferien in die Heimat schicken, wo sie verstümmelt werden (FGM - Female Genital Mutilation)“ (Schaffer, 2003).

⁶³² vgl. Angenendt, 2000, S. 28-32, Caestecker, 2006, S. 64; Collatz, 1999, S. 47; Kauffmann, 2004b; *Pro Asyl*, 2006a; Schaffer, 2003

Die rechtliche Situation in Bezug auf die Schutzgewährung minderjähriger Flüchtlinge beruht nach Ansicht Caesteckers vorwiegend auf dem internationalen Flüchtlingsrecht der *GFK*, in der *EMRK*, der *UN-Kinderrechtskonvention* (UN-KRK), sowie dem *Haagener Minderjährigenschutzabkommen*.

Das 1961 verabschiedete *Haagener Minderjährigenschutzabkommen* verpflichtete die jeweiligen Aufnahmeländer, den Schutz von Minderjährigen, unabhängig dessen Staatsangehörigkeit, zu garantieren. In der 1989 verabschiedeten *UN-KRK* verpflichteten sich die Vertragsstaaten, geeignete Maßnahmen zu treffen, „um sicherzustellen, dass ein Kind, das die Rechtsstellung eines Flüchtlings begehrt [...] angemessenen Schutz und humanitäre Hilfe bei der Wahrnehmung der Rechte erhält“⁶³³ (siehe CD).

Die bundesdeutsche Regierung steht mit ihrer Flüchtlingspolitik nach der Einschätzung *Pro Asyls* im „Widerspruch“⁶³⁴ zu der 1998 beschlossenen *UN-Dekade für eine Kultur des Friedens und der Gewaltlosigkeit für die Kinder der Welt*. Daher bestehen Forderungen nach einer „Rücknahme der Erklärungen zur *UN-KRK* und die Beseitigung der Diskriminierung gegenüber Flüchtlingskindern“.⁶³⁵ Die *Nacional Coalition* forderte die *Deutsche Bundesregierung* auf, die *UN-KRK* und die entsprechenden *EU-Richtlinien* umzusetzen.

Diese wurde von der *Deutschen Bundesregierung* nur teilweise ratifiziert. Sie begründet ihre *Vorbehaltserklärung* zur *UN-KRK* u.a. damit, dass eine vollständige Umsetzung der *UN-KRK* die bestehende Asylgesetzgebung „beschränken [...] würde“.⁶³⁶ So haben bereits „vier Beschlüsse des Bundestags als auch der Petitionsausschuss und die so genannte Süßmuth-Kommission [...] Bundesregierung und Landesregierungen empfohlen, die Rücknahme dieser Vorbehaltserklärung zu prüfen“.⁶³⁷ Lassmann betont in diesem Zusammenhang, *NRW* „setzt sich [...], als bevölkerungsreichstes Bundesland, nicht entschieden genug für die Rücknahme der Vorbehalte ein“.⁶³⁸

⁶³³ Flüchtlingsrat NRW, 2006a

⁶³⁴ *Pro Asyl*, 2006a

⁶³⁵ ebd.

⁶³⁶ Harmening, 2005, S. 69

⁶³⁷ Deutscher Bundestag, 2007b

⁶³⁸ Flüchtlingsrat NRW, 2001; vgl. Angenendt, 2000, S. 35-46; Flüchtlingsrat NRW, 2001; 2002; 2006a; Harmening, 2005, S. 69; *Pro Asyl*, 2006a; ; tdh, 2007

Der *UN-Fachausschuss für Kinderrechte* (Committee on the Rights of the Child - CRC) sowie *Pro Asyl* kritisieren in den „concluding observations“ (engl. abschließende Beobachtungen) die „unterschiedliche Behandlung von ausländischen und inländischen Kindern“⁶³⁹ aufgrund der „willkürlichen Außerkraftsetzung des Gleichbehandlungsgebotes und des Diskriminierungsverbots“⁶⁴⁰ nach Art. 2 *KRK* durch die *Deutsche Bundesregierung* (siehe CD).⁶⁴¹

Auch die *Arbeitsgemeinschaft (AG) Friedensforschung der Universität Kassel* äußerte sich zu den Vorwürfen. Sie betont, dass allen zuständigen deutschen Gremien bekannt ist, „dass Kinder und Jugendliche zunehmend als Geschädigte, aber auch als Beteiligte in politische und militärische Auseinandersetzungen einbezogen werden – durch gewaltsame Rekrutierung, physische und psychische Gewalt, sexuellen Missbrauch, Hunger, Elend, Kinderarbeit, gewalttätige Konflikte, Menschenrechtsverletzungen, Verlust von Angehörigen, politische Verfolgung und Flucht“.⁶⁴² Die deutsche Asylgesetzgebung werde diesen „vielfältigen Leiderfahrungen von Kindern und Jugendlichen in keiner Weise gerecht“.⁶⁴³ Als ein Beispiel werden die als „demütigende“⁶⁴⁴, „zweifelhafte und entwürdigende Verfahren“⁶⁴⁵ bezeichneten, sogenannten *Altersfeststellungsmaßnahmen* benannt.

Auf Rechtsgrundlage des § 42 *Sozialgesetzbuch*, Achtes Buch (SGB VIII) oder des *Kinder- und Jugendhilfegesetzes* (KJHG) wird bei der Untersuchung eine „Beurteilung der Behaarung und Geschlechtsmerkmale sowie eine Untersuchung des Zahnstatus [Anm. Entwicklung der Weisheitszähne]“⁶⁴⁶ und „die umstrittene Methode des Zwangsrontgens“⁶⁴⁷ in der Regel von der zuständigen *Ausländerbehörde* durchgeführt. Durch die Kosten von 80 Euro (für auf 16 Jahre geschätzte Jugendliche) und 150 Euro (für auf 18 Jahre gesetzte Jugendliche) werde es den Jugendli-

⁶³⁹ Kauffmann, 2004b, S. 9

⁶⁴⁰ ebd.

⁶⁴¹ vgl. Kauffmann, 2004b, Deutsches Institut für Menschenrechte, 2006, Kauffmann, 2004a, S. 9, National Comitee, 2004

⁶⁴² Kauffmann, 2004b

⁶⁴³ ebd.

⁶⁴⁴ Caestecker, 2006, S. 67

⁶⁴⁵ Kauffmann, 2004b

⁶⁴⁶ Flüchtlingsrat Hamburg, 2002

⁶⁴⁷ Kauffmann, 2004b

chen „so gut wie unmöglich gemacht, [alternativ] einen Arzt zur Altersfeststellung aufzusuchen“.⁶⁴⁸

Viele ÄrztInnen und JuristInnen kritisieren nach Aussage Angenendts medizinische Zwangsuntersuchungen und Altersfeststellungen als einen „Eingriff in die Unversehrtheit der Person“.⁶⁴⁹ Lockemann gibt an, dass eine Altersfeststellung aufgrund der „individuellen und ethnischen Unterschiede [...] nicht möglich ist“.⁶⁵⁰ Zunehmend werden daher sogenannte „Inaugenscheinnahmen“⁶⁵¹ zur Altersfeststellung angewandt. Jedoch liegt insgesamt die „Beweislast“⁶⁵² bei den Jugendlichen, sie müssen nachweisen, dass ihre Altersangaben der Wahrheit entsprechen.

Köttgen zitiert Aussagen von *UNICEF*, nach denen das Vorgehen der Jugend- und Gesundheitsämter in diesem Zusammenhang als „Willkür“⁶⁵³ bezeichnet wird. *Pro Asyl* betont, dass die „ordnungspolitischen Belange“⁶⁵⁴ in asylrechtlichen Fragen derzeit „höher bewertet“⁶⁵⁵ wird, als das „Wohl des Kindes“.⁶⁵⁶ Außerdem wird die Kritik an einer „mangelnden Betreuung und die Gefahr sexueller Übergriffe durch Unterbringung unter fremden Erwachsenen und der fehlende Schutz vor Verführung zur Kriminalität“⁶⁵⁷ laut. Denn oft werden unbegleitete Kinder nicht kindgerecht versorgt, sondern mit Erwachsenen in Sammelunterkünften untergebracht.⁶⁵⁸

Neben den „unzureichenden Lern- und Betreuungsangeboten“⁶⁵⁹ und der „eingeschränkten medizinischen, psychologischen und sozialen Versorgung“⁶⁶⁰, hat nach Überzeugung Kauffmanns bereits die Unterbringung in Sammelunterkünften negative Auswirkungen auf das Gemeinwohl der Kinder.

⁶⁴⁸ ebd.

⁶⁴⁹ Angenendt, 2000, S. 61

⁶⁵⁰ Lockemann, 2002, S. 6

⁶⁵¹ Angenendt, 2000, S. 61

⁶⁵² ebd.

⁶⁵³ Köttgen, 2000, S. 147

⁶⁵⁴ *Pro Asyl*, 2006a

⁶⁵⁵ ebd.

⁶⁵⁶ ebd.

⁶⁵⁷ Köttgen, 2000, 147

⁶⁵⁸ Über 16-jährige werden meist als Erwachsene angesehen und entweder in Gemeinschaftsunterkünften oder Pensionen untergebracht, vorausgesetzt es besteht kein „besonderer Betreuungsbedarf“, denn eine sozialpädagogische Betreuung und Erziehung ist hier nicht vorgesehen. Rund 28 % der unter 14-jährigen lebt in Gemeinschaftsunterkünften (vgl. Angenendt, 2000, S. 68-69; Gardemann, 2000, S. 158).

⁶⁵⁹ Kauffmann, 2004b

⁶⁶⁰ ebd.

Angenendt schildert, dass in einigen Sammelunterkünften zwar eine lagerinterne Schule angeboten wird, doch aufgrund des Aufenthaltsstatutes der *Duldung* wird häufig eine Einschulung in Frage gestellt und den älteren Kindern und Jugendlichen nicht ermöglicht eine Berufsausbildung⁶⁶¹ für eine positivere Lebensperspektive zu beginnen.⁶⁶²

Ein Recht auf Bildung ist nach Überzeugung Harmenings ein elementares Grundrecht, und ein wichtiger Bestandteil unterschiedlicher, internationaler und nationaler Konventionen und Erklärungen. So fordern die *Allgemeine Erklärung der Menschenrechte* (AEMR), die *EMRK* sowie die *EU-Grundrechtecharta* das 'Recht auf Bildung'. Darüber hinaus besagt der § 28 Absatz 1 der *UN-KRK*, dass „die Vertragsstaaten [...] das Recht des Kindes auf Bildung [...] auf [...] Grundlage der Chancengleichheit“⁶⁶³ (siehe CD) anerkennen müssen. Schließlich folgert Harmening, dass für Flüchtlingskinder die Schule ein „Stück Normalität“⁶⁶⁴ bedeuten, über „Erfolg und Misserfolg im Erwachsenenalter“⁶⁶⁵ entscheiden und somit für die „wirtschaftliche, soziale und rechtsstaatliche Entwicklung in den Herkunftsländern“⁶⁶⁶ förderlich sein kann. Außerdem darf nach dem „Gleichbehandlungsgrundsatz“⁶⁶⁷ in Artikel 3 Absatz 3 des *Grundgesetzes* „niemand [...] wegen seines Geschlechtes, [...] seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft [...] benachteiligt oder bevorzugt werden“.⁶⁶⁸ Gleichzeitig ist die „Chancengleichheit in der Bildung“⁶⁶⁹ seit Mitte 2006 im *Allgemeinen Gleichstellungsgesetz* (AGG) verankert.

Bisher verweigern jedoch sieben Bundesländer die Umsetzung einer *Schulpflicht* für Flüchtlingskinder mit ungesichertem Aufenthaltsstatus⁶⁷⁰. Begründet wird nach

⁶⁶¹ Die Erfüllung des Wunsches eine Ausbildung zu beginnen scheint darüber hinaus aussichtslos, wenn sich „kein Betrieb auf Menschen mit ungewissem Aufenthalt“ einlassen möchte. Darüber hinaus blieb und bleibt ihnen die Möglichkeit einer Berufsausbildung verweigert, zum „Schutze des deutschen Arbeitsmarktes vor ausländischen Arbeitskräften“ (Angenendt, 2000, S. 72) verwehrt (vgl. Angenendt, 2000, S. 72; Köttgen, 2000, S. 147)

⁶⁶² vgl. Angenendt, 2000, S. 11-19, 61, 88; BMFSFJ, 2006; Caestecker, 2006, S. 67; Flüchtlingsrat Hamburg, 2002; Kauffmann, 2004b; Köttgen, 2000, S. 147; Lockemann, 2002, S. 6; Pro Asyl, 2002, S. 7

⁶⁶³ tdh, 2007

⁶⁶⁴ Harmening, 2005, S. 4

⁶⁶⁵ ebd.

⁶⁶⁶ ebd.

⁶⁶⁷ Harmening, 2005, S. 24

⁶⁶⁸ Deutscher Bundestag, 2007a

⁶⁶⁹ Schweitzer, 2006, S. 7

⁶⁷⁰ Außerdem zeigt sich, dass Flüchtlinge ihre Kinder nicht in die Schule schicken bzw. fehle ihnen die Motivation und Lust in die Schule zu gehen, fehlt, wenn ihnen aufgrund ihres unsicheren Auf-

Aussage Harmenings die fehlende Gleichbehandlung häufig damit, dass die Flüchtlingskinder „in Deutschland sowieso keine Lebensperspektive“⁶⁷¹ haben. *Bayern* und *NRW* ermöglichen die Schulpflicht bis zur „freiwilligen Ausreise“⁶⁷², während *Bremen* als einziges Bundesland uneingeschränkt eine Schulpflicht auch für Illegalisierte ermöglicht.⁶⁷³

Neben *Pro Asyl*, unterstreichen viele Flüchtlingsinitiativen und Wohlfahrtsverbände die Forderung nach einer Einrichtung von 'Clearingstellen' für ein „angemessenes Clearing-Verfahren“⁶⁷⁴⁶⁷⁵ für minderjährige Kinder und Jugendliche. Dadurch wäre eine kindgerechte Unterbringung und Betreuung zu gewährleisten. Der ehemalige Bundesinnenminister Manfred Kanther wies 1995 diese Forderungen als „nicht akzeptabel“⁶⁷⁶ zurück und bezeichnete diesen Vorschlag als „eine Aufforderung zur illegalen Zuwanderung“.⁶⁷⁷

Inzwischen gibt es in einigen Bundesländern 'Clearingstellen', die unbegleiteten minderjährige Flüchtlinge eine soziale Betreuung, medizinische Versorgung, Verpflegung, Schulbesuch, Taschengeld etc. zusichern. Kauffmann ist der Ansicht, dass die „Durchführung eines qualifizierten Clearingverfahrens [...] ein längst überfälliger Schritt zur Stärkung des Kindeswohls“⁶⁷⁸ sei, und „Flüchtlingskinder zukünftig im Ausländer- und Asylrecht wie Kinder behandelt“⁶⁷⁹ werden müssen. An Stelle der *Abschiebehaft* sei eine *Familienzusammenführung* nach Artikel 22 *KRK* anzustreben (siehe CD). Eine Untersuchung des *Hessischen Sozialministeriums* unterstützt die Argumentationen für die oben genannten 'Clearingstellen'.

enthaltensstatutes jederzeit die Abschiebung droht (vgl. Köttgen, 2000, S. 147).

⁶⁷¹ Harmening, 2005, S.4

⁶⁷² Mesovic, 2007

⁶⁷³ vgl. Deutscher Bundestag, 2007a; Harmening, 2005, S. 4, 9-10, 24, 69-70; tdh, 2007

⁶⁷⁴ Abklärungsverfahren; "Ein Clearingverfahren, das vor einer Entscheidung über eine Zurückweisung, Rückführung oder der Einleitung eines asylrechtlichen Verfahrens durchzuführen ist, dient", so ist es in der Petition von PRO ASYL zum Weltkindertag 2000 an den Petitionsausschuss des Deutschen Bundestages formuliert, "der Klärung der Situation des Kindes, seiner weiteren Perspektive und des weiteren Vorgehens. Hier ist mit Ruhe und Sorgfalt, Zeit und Zuwendung, unter kindergerechten Bedingungen und mit der erforderlichen Gesprächs- und Betreuungsintensität die Situation des Flüchtlingskindes, seine bestmögliche Entwicklung und Perspektive zu klären. Für die Dauer des gesamten Clearingverfahrens erhalten die unbegleiteten minderjährigen Flüchtlinge eine Aufenthaltsbefugnis" (Kaufmann, 2004b).

⁶⁷⁵ Kaufmann, 2004b

⁶⁷⁶ zit. n. Kaufmann, 2004b

⁶⁷⁷ ebd.

⁶⁷⁸ Kaufmann, 2004b

⁶⁷⁹ ebd.

Demnach machen insbesondere „körperliche und psychische Erkrankungen [...] individuelle, aufwendige und zum Teil personalintensive Maßnahmen nötig“.⁶⁸⁰

In der Regel bestellt das *Jugendamt* über das *Vormundschaftsgericht* einen Vormund und beantragt Hilfeleistungen nach dem *Kinder- und Jugendhilfegesetz* (KJHG). Neben den *Amtsvormundschaften* ist auch eine Unterbringung in Pflegefamilien nach § 42 *KJHG* möglich, die Angenendt als „sehr viel positiver als andere Wohnformen“⁶⁸¹ beschreibt. Denn viele Flüchtlingskinder wachsen in einem Wohnumfeld auf, welches die Entwicklungs- und Entfaltungsmöglichkeiten deutlich einschränkt.

Eine Unterbringung in Jugendhilfeeinrichtungen, wie z.B. in Heimen, betreuten Wohngemeinschaften oder „niedrigschwelligen Einrichtungen“⁶⁸² beinhaltet eine besondere pädagogischen und psychosoziale Betreuung. Neben der „Aufarbeitung von Fluchttrauma, von Gewalterfahrung und Trennung“⁶⁸³, sollen auch die „alltagspraktischen Fähigkeiten“⁶⁸⁴ sowie die Erhaltung der „Muttersprache und die Kenntnisse der Herkunftskultur“⁶⁸⁵ durch die Betreuungseinrichtungen gefördert werden. In einigen Kommunen werden die minderjährigen Flüchtlinge mit Sachleistungen versorgt und bekommen ihre Kleidung aus Altkleiderbeständen, in anderen erhalten sie die Chance, Alltagskompetenzen zu erlernen und Verantwortung zu übernehmen, indem sie selbst über ihre Finanzen verfügen können.

Darüber hinausgehende, gesonderte Leistungen hinsichtlich einer Kostenübernahme von z.B. Präventions- oder Prophylaxe- und speziellen psychotherapeutischen Angeboten sind nicht vorgesehen. Kinder und Jugendliche erhalten Leistungen analog zu denen von erwachsenen Flüchtlingen. Doch kann unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen unter bestimmten Voraussetzungen Leistungen nach dem *Kinder- und Jugendhilfegesetz* gezahlt werden, wenn z.B. ein „höherer Betreuungsbedarf“⁶⁸⁶ besteht.⁶⁸⁷

⁶⁸⁰ Pro Asyl, 2006; vgl. Deutscher Bundestag, 1995, Kauffmann, 2004b; Kömür, 2001, S. 18; Pro Asyl, 2006a

⁶⁸¹ Angenendt, 2000, S. 65

⁶⁸² Angenendt, 2000, S. 75

⁶⁸³ ebd.

⁶⁸⁴ ebd.

⁶⁸⁵ ebd.

⁶⁸⁶ Angenendt, 2000, S. 59

⁶⁸⁷ vgl. Angenendt, 2000, S. 59-75; Borde, David, Kentenich, 2000, S. 1

Bei minderjährigen Flüchtlingen, die eine Betreuung nicht in Anspruch nehmen wollen oder können, besteht die Gefahr, dass sie in die Situation geraten, ihren Lebensunterhalt z.T. durch „illegale oder kriminelle Aktivitäten“ verdienen zu müssen. Besonders davon betroffen sind Kinder ohne einen rechtlichen Aufenthaltsstatus. Sie sind in dieser Situation schutz- und hilflos der Ausbeutung und Unterdrückung bei „schlecht bezahlten, unsicheren und illegalen Arbeitsmöglichkeiten“, oft durch Drogenhandel und Prostitution, ausgeliefert. Schulrechte und Schulpflichten gelten für sogenannte illegale Flüchtlingskinder nicht. Dies führt zu einer massiven Orientierungslosigkeit mit psychischen Störungen durch die Unsicherheit und der ständigen Angst vor einer *Abschiebung*.⁶⁸⁸

Mit zunehmender Aufenthaltsdauer übernehmen die minderjährigen Flüchtlinge nach Aussage Furnhams, Kirkcaldys, Merbachs, Siefen, Wittigs das „ungünstige Gesundheitsverhalten und [den] nachteiligen Lebensstil der westlichen industrialisierten Welt“⁶⁸⁹, wodurch ihre Risikoverhaltensweisen beeinflusst werden. So zeige sich ein starker Alkoholkonsum bei männlichen Jugendlichen und vermehrt auftretende Essstörungen bei Mädchen und jungen Frauen. Jugendliche konsumieren häufiger und stärker Alkohol, Tabak und sonstige Drogen als Jugendliche der Allgemeinbevölkerung. Neben einem erhöhten Morbiditätsrisiko bestehe daher eine deutliche Suchtgefahr.

Darüber hinaus wird hierdurch die Wahrnehmung der durch die Auswirkungen der Flucht und Migration ausgelösten Identitäts- und Verhaltensstörungen, Ängste und psychosomatische Befindlichkeitsstörungen verstärkt. Das äußert sich häufig in Form von unterschiedlichen Symptomaten, wie z.B. Magen-, Herz- und Kopfschmerzen, Angstzuständen, Verfolgungswahn, Selbstverletzungen und Depressionen. Köttgen beschreibt darüber hinaus „Kontakt- und Realitätsstörungen [...] Essstörungen, psychosomatische Leiden, [...] Behinderungen im Lernen und bei der Arbeit, Kreislaufprobleme“.⁶⁹⁰

⁶⁸⁸ vgl. Kauffmann, 2004b, Angenendt, 2000, S. 11-19, 57-58)

⁶⁸⁹ Furnham, Kirkcaldy, Merbach, Siefen, Wittig, 2006, S. 879

⁶⁹⁰ Köttgen, 2000, S. 153-154; vgl. Angenendt, 2000, S. 66; Brandrup-Lukanows, 2000, S. 13-14; Collatz, 1999, S. 50; Furnham, Kirkcaldy, Merbach, Siefen, Wittig, 2006, S. 879; Holz, 2005; Köttgen, 2000, S. 153-154; Marschalk, 2000, S. 38

Um den Gesundheitsstatus der Kinder zu erkennen, gibt der Nachweis über die Anzahl der stattgefundenen *Früherkennungsuntersuchungen*⁶⁹¹ und Impfnachweise einen wichtigen Einblick. Der Nachweis über *Früherkennungsuntersuchungen* liegt nach Aussage des *Bielefelder Gesundheitsberichts* von 2003 bei dem Großteil der hier geborenen Kinder von Eltern mit Migrationsvorgeschichte vor. Bei den im Ausland geborenen Kindern ist ein Nachweis aufgrund fehlender Früherkennungshefte und Impfdokumente nur bedingt gegeben. So liegt beispielsweise die Nachweisrate der U7 bis U9 bei rund 60 Prozent. In Bezug auf Infektionskrankheiten beklagt Gardemann die „geringe Inanspruchnahme kinderärztlicher Vorsorgeuntersuchungen“⁶⁹², insbesondere der Untersuchungen U5, U6.⁶⁹³

Insgesamt wird in dem *Bielefelder Gesundheitsbericht* von deutlichen Defiziten im Impfstatus von Kindern und Jugendlichen berichtet. Außerdem finden sich Defizite in der Oralhygiene, eine erhöhte Kariesprävalenz und Probleme bei der Früherkennung von Behinderungen und Entwicklungsstörungen.

Auch wenn sich inzwischen viele Institutionen der Einrichtung spezifischer Gesundheitsversorgungsangebote widmen, fehlen nach Ansicht Gardemanns größtenteils epidemiologische Daten über den Gesundheitsstatus von minderjährigen Flüchtlingen. In diesem Zusammenhang verdeutlicht er die dringende Notwendigkeit einer aussagekräftigen Datengrundlage.⁶⁹⁴

Salman weist auf die besondere Situation minderjähriger Flüchtlinge hin, die gleich einem Balanceakt zweisprachig in zwei Kulturen aufwachsen. Hierdurch ergeben sich seiner Ansicht nach spezielle Herausforderungen an die Fachkräfte der unterschiedlichen Stellen (Behörden, Schulen, Jugendhilfe...) im Sinne einer „interkulturellen Neutralität in Beratung und Therapie“.⁶⁹⁵

⁶⁹¹ Die Früherkennungsuntersuchung U1 erfolgt direkt nach der Geburt, die U2 zwischen dem 3. und 10. Lebenstag. Die U3 bis U6 werden i.d.R. im ersten, die U7 am Ende des zweiten, die U8 zwischen dem dritten und vierten, und die U9 im fünften Lebensjahr durchgeführt (vgl. AOK, 2006, S. 26-27; Bielefeld, 2004, S. 5-17).

⁶⁹² Gardemann, 2000, S. 159-160

⁶⁹³ Die Früherkennungsuntersuchung U1 erfolgt direkt nach der Geburt, die U2 zwischen dem 3. und 10. Lebenstag. Die U3 bis U6 werden i.d.R. im ersten, die U7 am Ende des zweiten, die U8 zwischen dem dritten und vierten, und die U9 im fünften Lebensjahr durchgeführt (vgl. AOK, 2006, S. 26-27; Bielefeld, 2004, S. 5-17).

⁶⁹⁴ vgl. Bielefeld, 2004, S. 5-17; Gardemann, 2000, S. 159-160; 2006, S. 9-10; Münster, 1998

⁶⁹⁵ vgl. Salman, 2003, S. 39-44

2.6.4.3 Frauen

Durch das *Zuwanderungsgesetz* werden erstmals Fluchtgründe aufgrund *geschlechtsspezifischer Verfolgung* auch als Asylgründe anerkannt, und somit der völkerrechtlichen Verpflichtung nach der *GFK* entsprochen. Doch kommt es nach Angaben Pelzers und Penningtons weiter zu „ablehnenden Entscheiden“⁶⁹⁶ des *BAMFs*, weil eine „inländische Fluchtalternative angenommen wird“.⁶⁹⁷

Die Verfolgung von Menschen aus politischen Gründen oder als Angehörige einer religiösen oder ethnischen Minderheit sind nicht geschlechtsspezifisch, sondern gelten nach Ansicht Giesins und Hausladens für Männer und Frauen gleichermaßen. Frauen erleiden jedoch eine „doppelte Verfolgung“.⁶⁹⁸ Zum Einen besteht die Verfolgung aufgrund der geschlechtsunspezifischen Gründe und zusätzlich mittels sexueller Gewalt aufgrund ihrer „Geschlechtszugehörigkeit [...], wodurch sie spezifisch verletzbar werden“.⁶⁹⁹ Darüber hinaus nennen Giesin und Hausladen weitere Fluchtgründe, wie Vergewaltigungen, Erniedrigungen, „Menschenhandel, [...] Sex-tourismus und Prostitution“⁷⁰⁰, sowie die Zerstörung der Lebensgrundlage durch z.B. „profitorientierte Agrarmodernisierung“⁷⁰¹ und dem Wegfall traditioneller Anbaumethoden in der Subsistenzwirtschaft. Außerdem werden viele Flüchtlingsfrauen zusätzlich auf der Flucht Opfer sexueller Gewalt.⁷⁰²

Durch das Inkrafttreten des *Zuwanderungsgesetzes* haben Flüchtlingsfrauen die Möglichkeit, eine „drohende Genitalverstümmelung als eigenständigen Asylgrund“⁷⁰³ anzugeben. *Bündnis 90/Die Grünen* weisen darauf hin, dass nach Angaben des *Statistischen Bundesamtes* und von *Terre des Femmes* in Deutschland „etwa 30.000 Frauen und Mädchen davon betroffen oder bedroht“⁷⁰⁴ sind. Daher ist ihrer Ansicht nach eine Aufnahme der *Genitalverstümmelung* als Straftatbestand in das *Strafgesetzbuch* (StGB) erforderlich.⁷⁰⁵

⁶⁹⁶ Pelzer, Pennington, 2006

⁶⁹⁷ Pelzer, Pennington, 2006; vgl. Deutscher Bundestag, 2006c; Pelzer, Pennington, 2006

⁶⁹⁸ Giesin, Hausladen, 1992, S. 232; Fadlalla, 1991, S. 29

⁶⁹⁹ Fadlalla, 1991, S. 29

⁷⁰⁰ Giesin, Hausladen, 1992, S. 233

⁷⁰¹ ebd.

⁷⁰² vgl. Fadlalla, 1991, S. 29; Giesin, Hausladen, 1992, S. 232-234

⁷⁰³ Deutscher Bundestag, 2006c

⁷⁰⁴ ebd.

⁷⁰⁵ vgl. Deutscher Bundestag, 2006c; Pelzer, Pennington, 2006

Bei der *weiblichen Genitalverstümmelung* (Female Genital Mutilation – FGM) handelt es sich nach der WHO-Definition um „jede nichttherapeutische, zum Beispiel religiös oder kulturell begründete, teilweise oder vollständige Entfernung oder Verletzung der weiblichen äußeren Genitale“.⁷⁰⁶ Sie betrifft weltweit rund 150 Millionen Frauen und Mädchen. Nach Überzeugung Kentenichs und Utz-Billings ist FGM „aus menschenrechtlicher Sicht [...] ein Versuch, Frauen eine untergeordnete Stellung zuzuweisen, indem man sie mit einem Stigma versieht, das sie stets daran erinnert, dass sie `nur` Frauen sind“.⁷⁰⁷

Nicht nur in den Herkunftsländern sondern auch zunehmend in Europa werden die vier Typen der *weiblichen Genitalverstümmelung* angewandt. Denn obwohl internationale Organisationen die *Genitalverstümmelung* verurteilen, ist diese bisher in Europa „nur in Großbritannien, Schweden, Norwegen, Dänemark und Belgien“⁷⁰⁸ gesetzlich verboten. Um der *Genitalverstümmelung* zu begegnen, müssen nach Auffassung Kentenichs und Utz-Billings die Präventionsangebote und psychosoziale Beratungsstellen zu dem Thema ausgebaut werden.⁷⁰⁹

Angenendt sieht ArbeitsmigrantInnen noch weitaus schwächer abgesichert als völkerrechtlich anerkannte Flüchtlinge. Potts konkretisiert einige neue Formen der Arbeitsmigration als „Feminisierung der Migration“.⁷¹⁰ Hier werden Frauen „in ökonomischer, rechtlicher und sozialer Hinsicht“⁷¹¹ stärker belastet und diskriminiert als Männer. Frauen werden auf dem Weltarbeitsmarkt häufig über ihre „generative Funktion“⁷¹² definiert oder dem Dienstleistungssektor als „Sexualobjekte (Prostituierte, Heiratsmigrantinnen)“⁷¹³ zugeführt. Weiterhin werden die „Formen traditionell als weiblich definierter Arbeiten [...], die Frauen in hochindustrialisierten Gesellschaften teilweise verweigern, jedenfalls aber nicht mehr in ausreichendem Maße übernehmen, [...] weder abgeschafft noch zwischen Männern und Frauen geteilt“.⁷¹⁴ Vielmehr werden diese Tätigkeiten „den Frauen anderer Kontinente

⁷⁰⁶ Kentenich, Utz-Billing, 2006, S.A842-A845

⁷⁰⁷ ebd.

⁷⁰⁸ Kentenich, Utz-Billing, 2006, S.A842-A845

⁷⁰⁹ vgl. Kentenich, Utz-Billing, 2006, S.A842-A845

⁷¹⁰ Potts, 1993, S. 85-87

⁷¹¹ ebd.

⁷¹² ebd.

⁷¹³ ebd.

⁷¹⁴ ebd.

zugewiesen“⁷¹⁵ und damit die enge Verknüpfung sexistischer und rassistischer Strukturen erkennbar. Giesin und Hausladen betonen die „dreifache Diskriminierung von Flüchtlingsfrauen [...]: als Frau (sexistisch), als Fremde (rassistisch) und als Asylsuchende (unterprivilegierte Klasse)“.⁷¹⁶

Brandrup-Lukanow und der *Bielefelder Gesundheitsbericht* berichten von Gesundheitsproblemen und fehlenden Lösungsmöglichkeiten im Bereich der „reproduktiven Gesundheit“⁷¹⁷ von Frauen, die sich deutlich durch eine geringe Inanspruchnahme von Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchungen und einer erhöhten Säuglings- und Müttersterblichkeit auszeichnen. Das Auftreten sogenannter *Nachsterblichkeit* wird in Zusammenhang eines erhöhten Risikos an Infektionskrankheiten gesehen. Hierbei wird insbesondere auf die erhöhten Tuberkuloseerkrankungen von Flüchtlingen hingewiesen.

Auch Bollin dokumentiert ihre Untersuchung über die Säuglingssterblichkeit⁷¹⁸ und der Todgeburten bei Frauen mit Migrationsvorgeschichte. Demnach liegen auch hier beide Werte deutlich höher als die der Allgemeinbevölkerung. Als Risikofaktoren werden ein „niedriger Sozialstatus“ und „Bildungsstand“ sowie eine fehlende Geburtsvorsorge aufgeführt.⁷¹⁹

Die bundesweite vernetzte *Arbeitsgemeinschaft gegen internationale sexuelle und rassistische Ausbeutung* (AGISRA) bieten eine rechtliche, soziale und therapeutische Beratung, die von über 500 Frauen mit Migrationsvorgeschichte pro Jahr (Anm. Stand: 2001) in Anspruch genommen werden.⁷²⁰

⁷¹⁵ ebd.

⁷¹⁶ Giesin, Hausladen, 1992; vgl. Angenendt, 2000, S. 21-22; Giesin, Hausladen, 1992, S.234; Potts, 1993, S. 85-87

⁷¹⁷ Bielefeld, 2004, S. 29

⁷¹⁸ „die Säuglingssterblichkeit berechnet sich über die Anzahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder“ (Tempel, 2006, S. 25)

⁷¹⁹ vgl. Bielefeld, 2004, S. 29; Bollini, 2000, S. 199-201; Brandrup-Lukanows, 2000, S. 13; Collatz, 1999, S. 47-48

⁷²⁰ vgl. Kömür, 2001, S. 19

2.6.4.4 Ältere Flüchtlinge

Auch wenn bisher eher geringe Fallzahlen über ältere Menschen unter der Gruppe der Flüchtlinge zu finden sind, wird sich aufgrund der soziodemographischen Entwicklung/Alterung die Nachfrage älterer Menschen mit Migrationsvorgeschichte nach kultursensiblen, pflegerischen und rehabilitativen Regeldiensten in Zukunft erhöhen. Die tatsächliche Versorgungssituation der älteren Flüchtlinge wird häufig falsch eingeschätzt, da vielfach die Einstellung überwiegt, ältere Flüchtlinge seien im Familienverband gut versorgt.⁷²¹

Nach Überzeugung Tempels und Mohammadzadehs werden bisher kaum Leistungen in Anspruch genommen, weil ältere Flüchtlinge noch vielfach im Familienverband versorgt werden. Dies ist sehr oft traditionell bedingt, jedoch auch aufgrund von Vorurteilen gegenüber einer institutionellen, professionalisierten Versorgung.⁷²²

Ältere Flüchtlinge leiden häufig an Bluthochdruck, rheumatischen Erkrankungen, koronaren Herzerkrankungen und Diabetes. Darüber hinaus treten vermehrt Beeinträchtigungen aufgrund von Verdauungsbeschwerden, Seh- und Gehbehinderungen, Atembeschwerden, Schwerhörigkeit, Inkontinenz und Lähmungen auf. Über das Auftreten von Behinderungen, die erhöhte Unfallhäufigkeit oder das Hör- und Sehvermögen der älteren Flüchtlinge liegen jedoch keine verlässlichen Daten vor.⁷²³

Derzeit werden im pflegerischen Alltag die Beeinträchtigungen der Menschen mit Migrationsvorgeschichte in Form von „Hilflosigkeit [...], Widerstand und Ablehnung“, aber auch durch fehlende Interessen und Ideen der Freizeitgestaltung sichtbar. Grundsätzlich sollte es das Ziel sein, die bisherige Pflege mit ihren „Pflegetechniken“ in einen „interkulturellen Kontext“ zu stellen. Denn die Defizite einer fehlenden interkulturellen Ausrichtung der Versorgung könnten als diskriminierend, politisch gewollt oder „rassistisch motiviert“ interpretiert werden.⁷²⁴

⁷²¹ vgl. Bischof, Koch, 2004, S. 194; Gardemann, Grieger, 2003, S. 706; Schmidt-Fink, Zwick, 2002, S. 6

⁷²² vgl. Tempel, Mohammadzadeh, 2004, S. 8, 16

⁷²³ vgl. Tempel, Mohammadzadeh, 2004, S. 32, 40-42

⁷²⁴ vgl. Bischof, Koch, 2004, S. 202; Geiger, 1999, S. 169-170; Habermann, 1999, S. 155-156

Aufgrund der starken Heterogenität der Gruppe älterer Flüchtlinge, fordern Tempel und Mohammadzadeh u.a. die Schaffung von Angeboten unter Berücksichtigung der „Lebensentwürfe und Wünsche“⁷²⁵ älterer Flüchtlinge. Tempel und Mohammadzadeh bezeichnen diese kultursensible Altenpflege als „idealtypisch“.⁷²⁶ Sie muss nach ihrer Ansicht und die des *Arbeitskreises Charta für eine kultursensible Altenpflege* als Standard eines patientInnenorientierten, individuellen, verantwortlichen Handelns unter der Beachtung der Biographie, sowie der persönlichen Werte und Einstellungen anerkannt werden.

Aufgrund eines fehlenden Problembewusstseins kommt es zu Situationen, mit denen viele Pflegekräfte überfordert sind. Es kommt zu einer eingeschränkten Kommunikation, was zu einer verkürzten Pflegebehandlung führen kann. Es fehlt den Betroffenen das nötige Vertrauen gegenüber den Pflegekräften, eine kulturangepasste Behandlung zu erhalten.⁷²⁷

Gerade die Kommunikation gilt als „Schlüsselement“⁷²⁸ einer „kommunikativ begründeten Pflegebeziehung“⁷²⁹, wodurch nicht zuletzt die sprachlichen Schwierigkeiten ein Grund für die defizitäre Versorgungslage darstellen. Mit zunehmendem hohen Alter verlieren die Betroffenen oft ihre meist geringen Fremdsprachenkenntnisse, so dass sie auf muttersprachliche Pflegekräfte angewiesen sind.⁷³⁰

Eine transkulturelle Öffnung beinhaltet die Einrichtung bedarfsgerechter, zielorientierter und vor allem interkulturell ausgerichteter Angebote durch ein entsprechend ausgerichtetes Pflegemanagement mit muttersprachlichen Fachkräften und „kulturellen Kompetenzen“.⁷³¹ Darüber hinaus verbessern „Multikulturelle Pflegegruppen“⁷³², eine qualifizierte Sprachmittlung durch DolmetscherInnendienste und Beratungs- und Unterstützungsangebote für Angehörige, die Kommunikation und Sensibilität zwischen Pflegekräften und Betroffenen. Die integrative Ausrichtung

⁷²⁵ Tempel, Mohammadzadeh, 2004, S. 50-51

⁷²⁶ ebd.

⁷²⁷ vgl. Habermann, 2000, S. 77-78; Tempel, Mohammadzadeh, 2004, S. 38, 41, 50-51

⁷²⁸ Hälg, Salis Gross, Wallimann, Wick Marcoli, 2004

⁷²⁹ ebd.

⁷³⁰ vgl. Geiger, 1999, S. 172; Habermann, 1999, S. 154; Hälg, Salis Gross, Wallimann, Wick Marcoli, 2004)

⁷³¹ Habermann, 1999, S. 160-163; Heinemann, 2004, S. 172

⁷³² Borde, 1999, S. 107

der Versorgung und Pflege beinhaltet eine zielgruppendifferenzierte Öffnung, um auf die besonderen Bedürfnisse und Erwartungen älterer Flüchtlinge reagieren und eingehen zu können. Bischof und Koch beschreiben dies als kultursensible Pflege, in der die „eigenen kulturellen Werte und Normen [...] hinterfragt und weiterentwickelt“⁷³³ werden können.⁷³⁴

Diese hier genannten Aspekte und Angebotsbeschreibungen gelten größtenteils auch für körperlich beeinträchtigte Flüchtlinge, auf die an dieser Stelle nicht differenziert eingegangen werden kann.

⁷³³ Bischof, Koch, 2004, S. 194

⁷³⁴ vgl. Angres, Frühauf, 2004, S. 211; Bischof, Koch, 2004, S. 194; Borde, 1999, S. 107; Habermann, 1999, S. 160-163; Schmid-Fink, Zwick, 2002, S. 6

3.0 Die eigenen Erkenntnisse

3.1 Die methodische Herangehensweise

Im Rahmen der Literaturrecherche wurden neben der persönlichen Bibliothek insbesondere die Kataloge folgender Institute, Bibliotheken, Ämter und Organisationen genutzt:

Tab. 3.1.a: Kataloge zur Literaturrecherche I

| Verwaltung/Institution/ Organisation | Ausgabestelle |
|---|---|
| Friedrich-Wilhelms-Universität Münster | <ul style="list-style-type: none">• Hauptstelle• Sozialwissenschaften |
| Fachhochschule Münster | <ul style="list-style-type: none">• Fachhochschulzentrum• Hüfferstift• Leonardo-Campus |
| Universität Osnabrück | <ul style="list-style-type: none">• Hauptstelle• Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Studien der Universität Osnabrück (IMIS) |
| Stadt Münster | <ul style="list-style-type: none">• Amt für Bürgerangelegenheiten |

Tab. 3.1.b: Kataloge zur Literaturrecherche II

| Verwaltung/Institution/ Organisation | Ausgabestelle |
|---|--|
| Stadt Osnabrück | <ul style="list-style-type: none">• Presse- und Informationsamt• Stadtbibliothek |
| Aktionszentrum 3. Welt Osnabrück | |
| Literaturversande | <ul style="list-style-type: none">• Bundesamt für Migration und Flüchtlinge• Bundesministerium des Innern• Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung |

Neben einer intensiven Internetrecherche (siehe Kapitel 6.0) und E-Mail-Anfragen (u.a. Bundesministerium des Innern, Bundesministerium für Justiz), liegen der Ergebnisdokumentation Quellen grauer Literatur zugrunde. Dabei handelt es sich überwiegend um Flugschriften und unveröffentlichte Beiträge unterschiedlicher Organisationen und Einzelpersonen.

Darüber hinaus erfolgte die Nutzung von Informationsquellen sonstiger Medien, wie Fernsehen (Westdeutscher Rundfunk, Arte, 3SAT) und Radio (Deutschlandfunk/Deutschlandradio Berlin), die ebenfalls zur Vervollständigung der Ergebnisdokumentation beitrugen.

Die Methodenwahl

In einer empirischen Untersuchung beschreibt die Methodologie eine entscheidende Arbeitshilfe. Die Methodologie als die „Lehre von den wissenschaftlichen Methoden“ ermöglicht die geeignete Auswahl von Methoden in bezug auf deren Ver-

wendung. Sie fällt z.B. Aussagen über die Kombinationsmöglichkeiten und mögliche Fehlerquellen verschiedener Methoden.

Die Auswahl der Methodik erfolgte über eine intensive Auseinandersetzung mit den unterschiedlichen Methoden der empirischen Sozialforschung.

Während quantitative Methoden größtenteils auf einer „Interpretation sozialer Sachverhalte“ in Form von Zahlen beruht, gilt bei den qualitativen Methoden eine Interpretation z.B. durch auf Interviews gestützte, verbale Beschreibungen.

Eine Kombination quantitativer Methoden mit ergänzenden qualitativen Methoden ermöglicht beispielsweise die Verdeutlichung des ´Kausalzusammenhangs` der Information.⁷³⁵

Bei dem Einsatz von Methoden sollten nach Gläser und Laudel u.a. folgende Prinzipien beachtet werden:

- Das „Prinzip der Offenheit“, denn „mangelnde Offenheit birgt die Gefahr, dass die Beobachtung in vorgefertigte Kategorien gepresst und Unerwartetes ausgeschlossen wird“
- Das „Prinzip des regelgeleiteten Vorgehens“ durch eine genaue Beschreibung des Untersuchungsvorganges, um eine Nachvollziehbarkeit zu gewährleisten.⁷³⁶

Bereits in den 1960er Jahren entwickelten Gläser und Strauss die Grundideen einer sogenannten ´grounded theory`. Nach dieser Theorie erfolgt während des gesamten Forschungsprozesses eine stetige Begründung (grounding) und Interpretation der zusammengetragenen Daten. Diese Methode ermöglicht, auf der Grundlage des Vorbehaltes, den Forschungsprozess jederzeit verändern, beeinflussen und weiterentwickeln zu können. Dies ist z.B. der Fall, wenn Daten so interpretiert werden, dass ganz neue Aspekte betrachtet und diese reflektiert und transparent dargestellt werden. Ludwig-Mayerhofer bezeichnet die ´grounded theory` in der Verbindung von theoretischer und empirischer Forschung als eine seiner Ansicht nach

⁷³⁵ vgl. Gläser, Laudel, 2006, S. 9-26

⁷³⁶ vgl. Gläser, Laudel, 2006, S. 26-31

„wissenschaftstheoretisch [...] naive“⁷³⁷, aber dennoch „forschungspragmatische“⁷³⁸ und „durchaus fruchtbare“⁷³⁹ Methode der empirischen Sozialforschung.⁷⁴⁰

Eine besondere Bedeutung in der `grounded theory` hat die theoretische Sensibilität der Forscherin/des Forschers und ihrer/seiner persönlichen Fähigkeit, ein Gespür für die Bedeutung der Daten zu entwickeln. „Dieses Bewusstsein für Bedeutungseinheiten kann aus mehreren Quellen gespeist werden, Strauss und Corbin (1996, 25 ff) nennen (a) die bereits vorhandene Literatur, (b) die eigenen beruflichen, (c) die persönlichen Erfahrungen und (d) den analytischen Prozess selbst. All diese Quellen sollen "phantasievoll" genutzt werden, und zwar so, dass die Forscherin zugleich eine skeptische Haltung ihren Interpretationen und Kategorien gegenüber einnimmt, diese als provisorisch betrachtet, die Forschungsmethoden befolgt und immer wieder zu den Daten zurückkehrt, um das Grounding nicht zu gefährden“.⁷⁴¹

Muckel zitiert Kuß: „Für den/die Forscher/in ist dieser Auseinandersetzungsprozess oftmals sehr verunsichernd; er/sie sieht sich einer Vielzahl von möglichen thematischen Aspekten der Hauptfragestellung konfrontiert und steht vor der Schwierigkeit, zentrale Kategorien zum einen zu identifizieren, d.h. eigenständig Schwerpunkte zu setzen, und diese zum anderen möglichst anschaulich und mit hohem Integrationswert zu benennen. Diesen Forschungsprozess nicht ausufern und verzetteln zu lassen erfordert Mut, eigene Schwerpunktsetzungen zu wagen und des weiteren "methodische Disziplin", diese stets an die Ursprungsdaten zurückzuführen, zu überprüfen, zu verwerfen, neu zu konzeptualisieren oder zu ergänzen“.⁷⁴²

Die `grounded theory` entbindet die/den ForscherIn von der „Pflicht, eine einzige Wahrheit oder Lesart finden zu müssen“, veranschaulicht Muckel. Sie betont, dass diese methodische Herangehensweise die „Forschung lebendig und lebhaft“ macht.⁷⁴³

⁷³⁷ Ludwig-Mayerhofer, 1999

⁷³⁸ ebd.

⁷³⁹ ebd.

⁷⁴⁰ vgl. Ludwig-Mayerhofer, 1999, Muckel, 2007b

⁷⁴¹ Muckel, 2007a

⁷⁴² Muckel, 2007a

⁷⁴³ vgl. Muckel, 2007a

Das ExpertInneninterview

Gläser und Laudel beschreiben eine Reihe von ExpertInneninterviewarten. So sind beispielsweise halb- oder teilstandardisierte Interviews denkbar, in denen der Fragebogen, jedoch nicht die Fragen, standardisiert werden. In einem nicht-standardisierten Interview wären dagegen weder Fragen noch Antworten standardisiert. Um auf Grundlage der 'grounded theory' narrative Interviews zu ermöglichen, wurde demnach ein teilstandardisiertes Verfahren gewählt. Dadurch wird ein 'Frage-Antwort'-Rhythmus des Interviews größtenteils vermieden und statt dessen der Erzählcharakter gefördert. Ein Interviewleitfaden stellt darüber hinaus einige strukturelle Vorgaben für den Interviewer zur Verfügung.

ExpertInneninterviews ermöglichen nach Aussage Gläser und Laudel die Anwendung einer Reihe von Fragestellungen. Während Wissensfragen auf das erarbeitete Wissen abzielen, beziehen sich Fragen nach den Erfahrungen, auf frühere Beobachtungen oder Handlungen des Interviewpartners. Hintergrundfragen sind auf die für die Untersuchung notwendigen Informationen ausgerichtet. Über Meinungsfragen können Bewertungen, Handlungsziele oder Motive abgefragt werden. Hypothetische Fragen dagegen zielen auf eine Prognose oder Meinung über einen angenommenen Sachverhalt ab.

Zur Belebung der Gesprächsmotivation können Erzählanregungen angewandt werden und zu ausführlichen Beschreibungen und Erklärungen animieren. Detail- und Zwischenfragen führen eher zu einer kurzen Beantwortung. Neben Überleitungs- oder Wiederaufnahmefragen werden Nachfragen gestellt, um die Antwort auf eine Hauptfrage zu ergänzen oder zu vervollständigen. Möglich ist dies als Ergänzungsfrage oder aber als Erzählanregung.

Wichtig ist in jedem Fall die Klarheit der Fragen durch eine unmissverständliche Formulierung. Außerdem ist die Verwendung von Suggestivfragen zu vermeiden, um so wenig Einfluss wie möglich auf den Inhalt der Antwort auszuüben. Durch eine naive Formulierung können die InterviewpartnerInnen mit heiklen Fragen

konfrontiert werden. Zu beachten ist jedoch die Wahrung der Neutralität. In diesem Fall kann die Interviewaufzeichnung bei Bedarf ausgeschaltet werden.⁷⁴⁴

Aus der in den theoretischen Vorüberlegungen und Annahmen formulierten Untersuchungsfrage werden Interviewfragen entwickelt und daraus ein Interviewleitfaden abgeleitet. Diese Fragen werden so mit Hilfe einer Frageliste gestellt, wobei weder die Frageformulierungen noch die Reihenfolge der Fragen als verbindlich gelten. Vielmehr entspricht dieser Leitfaden einer Art Richtschnur. Kombiniert wird dieses Vorgehen mit einer offenen oder freien Form der Interviewgestaltung, in denen die Fragen frei, aus der Situation heraus, formuliert werden, um eine möglichst natürliche Gesprächssituation zu erhalten und den Interviewten Raum für Erzählungen zu lassen.⁷⁴⁵

Der Interviewleitfaden enthält einige wichtige Punkte über das Ziel der Untersuchung, die Wahl der Interviewpartnerin/des Interviewpartners, die Formulierung der Fragen usw. Die Grundstruktur der einzelnen Leitfäden für die in der vorliegenden Untersuchung durchgeführten Interviews ist zwar ähnlich aufgebaut, doch bedarf jedes ExpertInneninterview einer individuellen Vorbereitung. Hilfreich für die Entwicklung dieser Leitfäden sind sogenannte Leitfragen, wie z.B. „Welche Personengruppen und Organisationen sind an den zu untersuchenden Prozessen beteiligt bzw. wer ist davon betroffen“ oder „Welche Schwierigkeiten sind dabei zu beachten“?

Zur Beantwortung der Untersuchungsfrage „Wie stellen sich die Städte Osnabrück und Münster der Herausforderung einer zielgerichteten Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge?“ sowie zur Erweiterung und Vervollständigung des aktuellen Erkenntnisstandes im Sinne der ‚grounded theory‘, stehen umfangreiche und individuell auf die Interviewpartner ausgerichtete Interviewleitfäden zur Verfügung. Der Ablauf der Interviews verläuft nach den Vorgaben dieser Leitfäden und ist diesen zu entnehmen (siehe Anhang 7.4).⁷⁴⁶

⁷⁴⁴ vgl. Gläser, Laudel, 2006, S. 173-190

⁷⁴⁵ vgl. Gläser, Laudel, 2006, S. 31-40, 140-152

⁷⁴⁶ vgl. Gläser, Laudel, 2006, S. 73-90

Eine Tonaufzeichnung eines Interviews verändert die natürliche Gesprächssituation, wodurch sich die Gefahr erhöht, dass die InterviewpartnerInnen möglicherweise aufgrund dessen Informationen zurückhalten. Doch können allein handschriftliche Protokollierungen zu einem deutlichen Informationsverlust führen. Außerdem wird das Folgen des Gesprächsverlaufes sowie die aktive Teilnahme an diesem stark eingeschränkt. Eine stichwortartige Protokollierung bestärkt andererseits 'nonverbal' die/den InterviewpartnerIn und fördert somit die Bereitschaft der Befragung. Darüber hinaus ermöglichen diese Notizen gezielte Rückfragen zu einem späteren Zeitpunkt, ohne die Interviewten möglicherweise spontan unterbrechen zu müssen.

Die Wahl der Interviewaufzeichnung fiel auf ein kleines, unscheinbares und ohne großen Aufwand zu installierendes Aufnahmegerät, um die Gefahr zu minimieren, dass die InterviewpartnerInnen permanent an die Aufzeichnung des Gespräches erinnert werden. Die digitale Aufzeichnung ermöglichte eine leise und unkomplizierte Handhabung.⁷⁴⁷

Die Wahl der InterviewpartnerInnen

Ein erster Schritt bezieht sich auf die Differenzierung von SpezialistInnen und ExpertInnen. Während es sich bei dem Wissen der SpezialistInnen um ein „aufgabenbezogenes, relativ genau umrissenes Teil-Wissen Innerhalb eines Sonderwissensbereiches“⁷⁴⁸ (z.B. zu Diabetes bei eigener Erkrankung) handelt, umfasst das ExpertInnenwissen das „insgesamt gewusste Wissen [...] über einen Sonderwissensbereich“ mit „besonders exklusivem, detailliertem oder umfassendem Wissen über besondere Wissensbestände und Praktiken“⁷⁴⁹, welches über z.B. eine entsprechende Ausbildung nachgewiesen wird.⁷⁵⁰

⁷⁴⁷ vgl. Gläser, Laudel, 2006, S. 31-40, 153-166

⁷⁴⁸ Pfadenhauer, 2002, S. 115

⁷⁴⁹ ebd.

⁷⁵⁰ vgl. Pfadenhauer, 2002, S. 113-121

In den Vorüberlegungen zu der Untersuchung erfolgt unter Berücksichtigung festgelegter Kriterien (z.B. Verfügbarkeit, Kompetenz, Relevanz, Bereitschaft etc.) dann die Auswahl der InterviewpartnerInnen.

Dabei wird eine möglichst gleiche Anzahl von InterviewpartnerInnen in ähnlichen Funktionen hinsichtlich des Untersuchungsgegenstandes aus Münster wie aus Osnabrück unter Berücksichtigung o.g. Voraussetzungen bewusst ausgewählt. Die Wahl der ExpertInnen erfolgt aus den folgenden Arbeitsbereichen:

- Stadtverwaltung, Sozialamt, Gesundheitsamt
- Städtischer AusländerInnen-/Migrationsbeirat, Interessensvertretung für Flüchtlinge/Menschen mit Migrationsvorgeschichte in der Stadtverwaltung
- Unabhängige UnterstützerInnenorganisation, Flüchtlingsinitiative, Selbstorganisation, Nicht-Regierungs-Organisation (NRO)

Auswahl der Experten:

a) Münster

Ralf Franger ist Referatsleiter des Referates *Hilfe für Flüchtlinge* des Sozialamtes der Stadt Münster.⁷⁵¹

Wolfgang Michl ist Mitarbeiter des Referates *Hilfe für Flüchtlinge* des Sozialamtes der Stadt Münster. Michls Zuständigkeitsbereich umfasst u.a. die Kostenübernahme medizinischer Behandlungen von Flüchtlingen.⁷⁵²

Claudius Voigt ist Mitarbeiter der *gemeinnützigen Gesellschaft zur Unterstützung Asylsuchender e.V.* in Münster. Die GGUA ist seit 1979 ein eingetragener Verein und beschäftigt sich überwiegend mit der aufenthaltsrechtlichen und sozialrechtlichen Unterstützung von Flüchtlingen, sowie einer Asylverfahrensberatung in der *Zentralen Unterbringungseinrichtung (ZUE) Schöppingen*. Sie leistet Hilfestellungen bei der Wohnungs- oder Arbeitssuche, bietet eine Perspektiven- und al-

⁷⁵¹ vgl. Münster, 2007d

⁷⁵² vgl. Münster, 2007d

ternative Rückkehrberatung und Sprachförderung im Rahmen eines Integrationsprojektes. Ein weiteres Projekt ist das *Projekt Q – Qualifizierung der Flüchtlingsberatung*, welches eine Beratung für Beratende und UnterstützerInnen mit Vorträgen, Seminaren und Fachgesprächen bietet.⁷⁵³

Spyridon-Paul Marinos ist seit vielen Jahren im *Ausländerbeirat* der *Stadt Münster* tätig. Marinos leistet Beratungsarbeit und ist als Vertreter des *Ausländerbeirates* für die Interessen der Menschen ausländischer Herkunft mit einer Migrationsvorgeschichte in vielen Gremien, wie z.B. *Stadtrat*, aktiv. Die Zusammenarbeit und die Vernetzung mit unterschiedlichen Organisationen, Initiativen und Einzelpersonen ist ein zentraler Bestandteil der Arbeit des *Ausländerbeirates*.⁷⁵⁴

Karim Mashkooi arbeitet seit vielen Jahren als Oecotrophologe für das *Gesundheitsamt* der *Stadt Münster* und führt u.a. aufsuchende Gesundheitshilfen für Flüchtlinge durch. Die MitarbeiterInnen des *Gesundheitsamtes* ermitteln über diese aufsuchende Arbeit den Bedarf und vermitteln in enger Kooperation mit niedergelassenen Ärztinnen, Ärzten und Institutionen eine notwendige Behandlung. Außerdem ist das Gesundheitsamt seit August 2003 Kooperationspartner im bundesweiten Qualifizierungsprojekt *Mit Migranten für Migranten* (MIMI) des *Bundesverbandes der Betriebskrankenkassen* und des *Ethnomedizinischen Zentrums Hannover*, in dem Menschen mit Migrationsvorgeschichte zu unterschiedlichen Gesundheitsthemen zu GesundheitsmediatorInnen ausgebildet werden.⁷⁵⁵

b) Osnabrück

K. Rußwinkel ist Teamleiter des „Teams für Flüchtlinge“ im *Fachbereich Soziales und Gesundheit* der *Stadt Osnabrück* (früher: Sozialamt) und zuständig für die „finanziellen Hilfen für Flüchtlinge“ nach dem *AsylbLG*.⁷⁵⁶

⁷⁵³ vgl. GGUA, 2007

⁷⁵⁴ vgl. Münster, 2007c

⁷⁵⁵ vgl. Münster, 2007b

⁷⁵⁶ vgl. Osnabrück, 2007b

Jens Meier ist Mitglied im *Beirat für Migration im Referat 19 für Bildung, Sozialplanung und Integration der Stadt Osnabrück* (früher: Ausländerbeirat). Der Beirat besteht aus vier Mitgliedern (je einE VertreterIn von SPD, FDP, CDU, B90/Grüne) gilt als „Interessenvertretung für Zuwanderinnen und Zuwanderer“⁷⁵⁷ und setzt sich

- „für ein friedliches Zusammenleben und die freie Entfaltung der in Osnabrück lebenden Menschen aus allen Kulturkreisen und Herkunftsgebieten ein“⁷⁵⁸
- „für die Durchsetzung von Frauenrechten als Menschenrechte ein“⁷⁵⁹
- dafür ein, dass „kein Mensch wegen seiner Abstammung, seines Geschlechtes oder seiner geschlechtlichen Orientierung, seiner Staatsangehörigkeit, seiner Sprache, seiner Heimat und Herkunft, seines Glaubens, seiner religiösen oder politischen Anschauungen bevorzugt oder benachteiligt wird“⁷⁶⁰

Meier ist Vorsitzender des *Integrationsausschusses* als ordentlicher Rechtsausschuss der *Stadt Osnabrück* und sitzt als stellvertretender Fraktionsvorsitzender der *Bündnis 90/Die Grünen* im Stadtrat. Darüber hinaus ist er u.a. Mitglied des *Kulturausschusses* und des *Friedensforums*.⁷⁶¹

Andreas Neuhoff ist Rechtsanwalt und Vorstandsvorsitzender des *Exil e.V.*. Seit vielen Jahren ist er in der Flüchtlingsberatung tätig.

Ali Abdol-Mofalet ist in der Beratung und Betreuung von Flüchtlingen im *Exil e.V.* tätig.

Der seit 1987 tätige *Exil e. V.* gilt als Ansprechpartner und Interessenvertreter für Flüchtlinge und anderen Menschen mit Migrationsvorgeschichte im Osnabrücker Raum.

Der Verein bietet kostenfreie Beratung für viele migrationsspezifischen Problemkreise, wie z.B. Hilfe bei der Wohnungssuche und bei Behördengängen.

Er unterstützt MigrantInnen bei der Kontaktaufnahme mit Einheimischen und der Entwicklung von Eigeninitiativen, um Wege aus der Isolation zu ermöglichen.

⁷⁵⁷ Osnabrück, 2007

⁷⁵⁸ ebd.

⁷⁵⁹ ebd.

⁷⁶⁰ ebd.

⁷⁶¹ vgl. B90/Grüne, 2007; Osnabrück, 2007

Zentrale Aufgabe des Vereins ist die Unterstützung von Flüchtlingen in unklaren asyl- und ausländerrechtlichen Verfahrenssituationen und bei ihrer gesellschaftliche und sozialen Integration.

Die Schwerpunkte der Arbeit des *Exil e.V.* liegt in der Beratung und Betreuung von Flüchtlingen, sowie der Öffentlichkeitsarbeit zur Situation von Flüchtlingen.⁷⁶²

Wilhelm Voß leistet Fachberatungen von Betroffenen aber auch von UnterstützerInnen für den *Migrationsdienst des Caritas Verbandes für die Diözese Osnabrück e.V.* Über die Zusammenarbeit zwischen der *Caritas* und der Universität *Osnabrück* war Voß an der Durchführung des *SpuK*-Projektes (Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung) beteiligt. Er ist Mitinitiator des *Arbeitskreises Asyl in der Kirche*.

Seit September 2005 leistet Voß Flüchtlingssozialarbeit über das vom Europäischen Flüchtlingsfonds geförderte Projekte *Mobile Beratung für Flüchtlinge/Asylsuchende* (MOFA) in der *Zentralen Aufnahmestelle für Flüchtlinge (ZAST) Bramsche-Hesepe*.⁷⁶³

Die Kontaktaufnahme erfolgt über ein Anschreiben, welches die Seriosität des Interviewvorhabens unterstreicht. Daraufhin findet wenige Tage später eine telefonische Terminabsprache statt. Somit entsteht unter Beachtung einer individuellen Vorbereitungsphase, ein Zeitplan für die eigentliche Interviewphase (siehe Tab. 3.1.c; 3.1.d).⁷⁶⁴

⁷⁶² vgl. Demirkan, Eslami, 2007

⁷⁶³ vgl. Caritas, 2007

⁷⁶⁴ vgl. Gläser, Laudel, 2006, S. 91-116

Tab. 3.1.c: Experteninterviewpartner Münster I

| Untersuchungsstandort Münster | | | | |
|--------------------------------------|-----------------------|--|------------|---------------------------|
| Lfd. Nr. | Name | Funktion/Organisation | Datum | Interviewdauer in Stunden |
| 1. | Ralf Franger | Sozialamt | 27.11.2006 | 1,0 |
| 2. | Wolfgang Michl | Sozialamt | 27.11.2006 | 2,5 |
| 3. | Claudius Voigt | Gemeinnützige Gesellschaft zur Unterstützung Asylsuchender e.V. (GGUA) | 05.12.2006 | 2,5 |
| 4. | Spyridon-Paul Marinos | Ausländerbeirat, Stadtrat | 09.01.2007 | 1,5 |
| 5. | Karim Mashkooi | Gesundheitsamt | 13.01.2007 | 2,0 |

Tab. 3.1.d: Experteninterviewpartner Osnabrück I

| Untersuchungsstandort Osnabrück | | | | |
|--|-------------------|---|---------------------|---------------------------|
| Lfd. Nr. | Name | Funktion/Organisation | Datum | Interviewdauer in Stunden |
| 1. | K. Rußwinkel | Sozialamt | 20.12.2006 | 1,5 |
| 2. | Jens Meier | Beirat für Migration, Integrationsausschuss, Stadtrat | 05.01.2007 | 1,0 |
| 3. | Andreas Neuhoff | Exil e.V. | Nicht stattgefunden | - |
| 4. | Ali Abdol-Mofalet | Exil e.V. | Nicht stattgefunden | - |
| 5. | Wilhelm Voß | Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V., Migrationssozialdienst | 15.01.2007 | 1,5 |

Neben den o.g. Experten erlauben eine Reihe von Fachgespräche die Klärung spezifischer Fragestellungen und detaillierter Nachfragen, um möglicherweise bestehende Wissenslücken füllen zu können. Somit standen folgende GesprächspartnerInnen und Organisationen für Detailfragen zur Verfügung:

Tab. 3.1.e: GesprächspartnerInnen aus Osnabrück und Münster

| Datum | GesprächspartnerIn/Organisation | Thema |
|--------------|---|---|
| 19.09.2006 | Christoph Golling (Beirat für Migration, Osnabrück) (1) | Aufgaben des Beirates, aktuelle Zahlen zu Osnabrück |
| 19.09.2006 | Horst Bleischwitz (Ausländerbehörde Osnabrück) (4) | Aktuelle Flüchtlingszahlen zu Osnabrück |
| 30.10.2006 | Einzelpersonen aus der Flüchtlingsarbeit in Osnabrück (3) | Lebenssituation von Flüchtlingsfrauen |
| 24.11.2006 | UNICEF Münster (2) | Schulrecht/Schulpflicht für Flüchtlinge in Deutschland |
| 24.11.2006 | Claudius Voigt (GGUA) | Vorgespräch zum Interview |
| 25.11.2006 | Flüchtlinge aus der <i>ZAST Bramsche</i> und deren UnterstützerInnen (3) | Essens- und Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen im Lager |
| 05.12.2006 | Fr. Moldrickx (UNICEF Münster) (2) | Schulpflicht von Flüchtlingen in NRW |
| 08.12.2006 | Flüchtlinge aus der <i>ZAST Bramsche</i> und deren UnterstützerInnen (3) | Gesundheitsversorgung in der <i>ZAST Bramsche</i> |
| 19.12.2006 | <i>Gesundheitsamt Osnabrück</i> (2) | Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge in Osnabrück |
| 03.01.2007 | <i>Exil e.V.</i> (2) | Lebenssituation von Flüchtlingen in Osnabrück |
| 09.01.2007 | Flüchtlinge der <i>ZAAB Blankenburg</i> (OL) und der <i>ZAST Bramsche</i> und deren UnterstützerInnen (3) | Lebenssituation der Flüchtlinge in den Lagern |

(1): Telefonisches Gespräch

(2): persönliches Gespräch

(3): Gespräch im Rahmen einer Veranstaltung in Münster/Osnabrück

(4): E-Mail-Anfrage

Darüber hinaus werden Verweise der Interview- und GesprächspartnerInnen auf unveröffentlichte Literaturquellen, Mitteilungen, eigene und fremde Dokumentationen, Aufsätze, Anmerkungen und Hinweise mit in die Datenerhebung aufgenommen.

Weitergehende, direkte Befragungen von Betroffenen in Form einer empirischen Untersuchung erfolgen aus Kapazitätsgründen nicht.

Die Auswertung

Trotz eines „wissenschaftlich geringeren Wertes“⁷⁶⁵, erfolgt die Auswertung der grob transkribierten Interviews über die Kombination aus Teilen der qualitativen Inhaltsanalyse, des Codierungsverfahrens und der freien Interpretation der Interviews im Sinne der ‚grounded theory‘. Über die qualitative Inhaltsanalyse werden Informationen mit Hilfe eines Suchrasters aus dem Text gelöst und separiert in Blöcken verarbeitet. Beim Kodieren der Textstellen, die relevante Informationen enthalten, werden diese mit einem Code markiert und dann systematisch dekonstruiert. Das heißt, es werden so die Interviewdaten mit Hilfe des ‚offenen Kodierens‘ aufgebrochen, hinsichtlich ihrer „Bedingungen, Strategien/Taktiken, Interaktionen und Konsequenzen“⁷⁶⁶ hinterfragt und neu zusammengesetzt. Eine freie Interpretation der Interviews erlaubt eine unsystematische Zusammenfassung. Über die Quellenangaben bleibt stets der Bezug zum Interviewtext erhalten. Dabei ist jedoch die Reihenfolge der Textsequenzen zu beachten, die sich aus einem Gesprächszusammenhang ergeben.⁷⁶⁷

Die Verwendung von Zwischenprotokollen, in denen z.B. bedeutungsgleiche Informationen zusammengefasst und offensichtliche Fehler korrigiert werden können, kann hilfreich sein.

Nach Froschauer und Lueger enthalten Interviewaussagen zwei bei der Analyse zu beachtenden Aspekte. Zum Einen die Darstellung der „Meinungen, Einstellungen

⁷⁶⁵ Gläser, Laudel, S. 174

⁷⁶⁶ Muckel, 2007a

⁷⁶⁷ vgl. Gläser, Laudel, 2006, S. 41-44, 173-190; Froschauer, Lueger, 2003, S. 105-106; Muckel, 2007a

und Beschreibungen“⁷⁶⁸, und zum Anderen die `Kommunikation` bzw. das `Verhältnis` der am Interview Beteiligten.

Die Auswertung hat letztendlich zum Ziel, die Untersuchungsfrage mit Hilfe der erhobenen Informationen, Aussagen sowie Ansichten und Interpretationen der InterviewpartnerInnen zu beantworten.⁷⁶⁹

Die umfangreichen Interviewdaten werden zusammengefasst, um Wiederholungen von Aussagen größtenteils zu vermeiden. Wo es notwendig erscheint, wird jedoch eine Differenzierung vorgenommen.

Ein auftretender, zeitlicher Mehraufwand durch nicht geplante technische Schwierigkeiten, beispielsweise bei der Übertragung erhobener Daten von einem Speicherformat in ein lesbares digitales Format, ist in die Auswertungsphase einzurechnen.

Die Darstellung der Quellenhinweise in der vorliegenden Arbeit sollte überwiegend nach der `deutschen Methode` erfolgen, d.h. durch eine Quellenangabe in Klammern im Text. Doch hinsichtlich einer übersichtlicheren und einer leserInnenfreundlicheren Darstellung der Quellenhinweise, fiel die Wahl auf die `amerikanischen Methode` mit Hilfe von Fußnoten.

Hinweise zur Forschungsethik

Im Rahmen jeder Untersuchung und Forschung wird das Leben von Menschen, die in die Betrachtung einbezogen werden, verändert und beeinflusst. Zum Einen geschieht dies durch die Veröffentlichung und Diskussion der Ergebnisse, und zum Anderen durch die Untersuchung an sich.

Daher sind stets die forschungsethischen Grundsätze zu beachten und die Rechte und Interessen der Betroffenen zu wahren. Sie dürfen durch diese Untersuchung keinen Schaden erleiden oder in ihren bürgerlichen Freiheits- und Persönlichkeitsrechten eingeschränkt werden. Dies gilt für die betroffenen Menschen, aber auch

⁷⁶⁸ Froschauer, Lueger, 2003

⁷⁶⁹ vgl. Froschauer, Lueger, 2003, S. 101; Gläser, Laudel, 2006, S. 210-259

für die, die derselben Untersuchungsgruppe angehören ohne direkt beteiligt zu sein. Das Bundesdatenschutzgesetz schreibt vor, dass WissenschaftlerInnen personenbezogene und personenbeziehbare Daten nur veröffentlichen dürfen, wenn die/der Betroffene eingewilligt hat. Andernfalls müssten alle Informationen weggelassen oder verändert werden, die gemeinsam mit anderen Informationen eine Identifizierung der Untersuchten ermöglichen.

Darüber hinaus gelten die forschungsethischen Grundsätze auch in Bezug auf den Umgang mit Informationen und Wissen von Menschen, die diese(s) zur Verfügung stellen. Die Nutzung dieser Quellen ist somit nur unter Beachtung der vollständigen Quellenangaben sowie der Wahrung der Objektivität möglich, wodurch eine Aneignung fremden Wissens vermieden wird.⁷⁷⁰

⁷⁷⁰ vgl. Henn, 2001; Ludwig-Mayerhofer, 2007; Roth, 2004

Die folgenden Daten sind die Ergebnisse der selbst durchgeführten Experteninterviews⁷⁷¹. Die Grundlage dieser Interviews waren Interviewleitfäden, die vor dem Hintergrund der Untersuchungsfrage: „Wie stellen sich die Städte Osnabrück und Münster der Herausforderung einer zielgerichteten Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge“ erstellt wurden. Ergänzende Angaben wurden durch explizite Quellenhinweise und Anmerkungen der Interviewten gewonnen.

Einleitend werden einige Grunddaten der untersuchten Städte dargestellt. Der darauf folgende Teil ist jeweils gegliedert in die Teilaspekte: Flüchtlingszahlen, der Leistungsbezug nach dem AsylbLG, Wohnsituation, Illegalisierte, Kinder und Jugendliche, Gesundheitsstatus und Gesundheitsversorgung.

3.2 Die Untersuchung der gesundheitlichen Versorgungssituation für Flüchtlinge in Osnabrück, Niedersachsen

Für die Interviews zur Situation in Osnabrück standen folgende Experten zur Verfügung:

Tab 3.2.a: Experteninterviewpartner Osnabrück II

| Name | Funktion/Organisation | Datum |
|--------------|---|--------------|
| K. Rußwinkel | Sozialamt | 20.12.2006 |
| Jens Meier | Beirat für Migration, Integrationsausschuss, Stadtrat | 05.01.2007 |
| Wilhelm Voß | Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V., Migrationssozialdienst | 15.01.2007 |

⁷⁷¹ Die geführten Experteninterviews sind als MP3-Dateiformat auf der beiliegenden CD gespeichert

Grunddaten der Stadt Osnabrück

Die „Friedensstadt Osnabrück“⁷⁷² liegt als drittgrößte Stadt *Niedersachsens* an der Grenze zu *Nordrhein-Westfalen* zwischen dem Teutoburger Wald und dem Wiehengebirge. Die alte Bischofsstadt Osnabrück wurde im Jahre 780 durch Karl den Großen gegründet, und war Verhandlungsort des Vertrages zur Beendigung des *Dreißigjährigen Krieges* (1618-1648). 1648 wurde der im Osnabrücker Rathaus unterzeichnete *Westfälische Frieden* auf der Rathauptreppe verkündet.

Heute betont Osnabrück sein friedenspolitisches Engagement durch die Vergabe des *Erich-Maria-Remarque-Friedenspreises* sowie die Förderung des *Remarque-Friedenszentrums*. Seit 2001 ist Osnabrück Sitz der *Deutschen Stiftung Friedensforschung* (DSF) und sieht sich daher als Knotenpunkt für die Friedensforschung: „Auch in Zukunft will Osnabrück dafür sorgen, dass der weltweite Friedensprozess weiter voran schreiten kann. Die Stadt will den Frieden pflegen helfen, Friedensprozesse erkennen, fördern und unterstützen. Im Mittelpunkt ihres Engagements stehen Toleranz und aktives Zusammenleben, interkulturelle und interreligiöse Verständigung, sowie die Integration von Menschen aus mehr als 140 Nationen“.⁷⁷³

Der international renommierte Architekt Daniel Libeskind konzipierte das *Felix-Nussbaum-Haus*, indem die weltweit größte Sammlung des in Osnabrück geborenen und 1944 ermordeten gleichnamigen jüdischen Künstlers präsentiert werden. Rund 18.000 der 165.000 EinwohnerInnen studieren an der Universität oder Fachhochschule und ihren angeschlossenen Instituten, wie dem Institut für Migrationsforschung (IMIS). Darüber hinaus hat die Bundesstiftung Umwelt ihren Sitz in Osnabrück.

Neben einem hohen Anteil an metallproduzierendem und -verarbeitendem Gewerbe, zeichnet sich Osnabrück als „herausragendes Logistik- und Dienstleistungszentrum“⁷⁷⁴ aus und gilt als „Stadt des Großhandels“⁷⁷⁵.

Obwohl nach Aussage des Oberbürgermeisters Boris Pistorius (SPD) ein Großteil der städtischen Finanzmittel in die Bereiche Soziales, Jugend und Bildung fließt, leben nach den Ergebnissen der *8. Osnabrücker Sozialkonferenz* in Osnabrück

⁷⁷² Osnabrück, 2007c

⁷⁷³ Osnabrück, 2002, S. 7

⁷⁷⁴ Osnabrück, 2002, S. 7

⁷⁷⁵ Osnabrück, 2002, S. 7; vgl. Koch, 1976, S. 73; Osnabrück, 2002, S. 7; Stadt Osnabrück, 2006, S. 50

rund 15.000 *Hartz-IV*-EmpfängerInnen. Eine hohe Kinderarmut wird dadurch deutlich, dass 17,6 Prozent der unter 15-jährigen auf eine finanzielle Unterstützung angewiesen sind.⁷⁷⁶

Die Stadt Osnabrück liegt im Südwesten des Bundeslandes *Niedersachsen*. Hier befindet sich auch, rund 30 km nördlich von Osnabrück, in Bramsche-Hesepe, die Außenstelle der *Zentralen Aufnahmeeinrichtung Oldenburg (ZAE)*, die *Zentrale Aufnahmestelle für Flüchtlinge (ZAST) Bramsche*. Nach *Niedersachsen* verteilte Flüchtlinge werden in einem der beiden Lager untergebracht. In der *ZAST Bramsche-Hesepe* leben derzeit rund 456 Flüchtlinge.⁷⁷⁷

„Auf dem ehemaligen Militärgelände werden die Flüchtlinge von der übrigen Außenwelt abgeschottet. Neben einem geringen Taschengeld werden die Menschen in Form von Sachleistungen ‚versorgt‘. Eine zentralisierte Essensausgabe führt neben den fluchtspezifischen Belastungen zu komplexen gastroenterologischen Störungen und Erkrankungen mit massiven Beschwerden.

Eine Fortführung traditionell, kulturell, religiös und gewohnheitsorientierter Nahrungszubereitung und -aufnahme ist nicht möglich, da kaum die Möglichkeit besteht, Nahrung selbst zu wählen und zuzubereiten. Statt dessen wird das Essen zusätzlich noch rationiert“.⁷⁷⁸

Nahe dem Internationalen Flughafen Hannover befindet sich in Hannover-Langenhagen die Abschiebehaftanstalt des Landes *Niedersachsen*.⁷⁷⁹

Als vorletztes Bundesland verabschiedete *Niedersachsen* die Vereinbarung über die Einrichtung einer Härtefallkommission. Nach Überzeugung des niedersächsischen Innenministers Uwe Schünemann (CDU) müsse eine Familie als Voraussetzung für ein dauerhaftes Bleiberecht, ihren Lebensunterhalt „durch dauerhafte Beschäftigung selbst bestreiten“⁷⁸⁰. Ein pauschales *Bleiberecht* lehnt er strikt ab und setzt seine Vorstellungen einer Bleiberechtsregelung derzeit in *Niedersachsen* um.⁷⁸¹

⁷⁷⁶ vgl. NOZ, 2006d

⁷⁷⁷ vgl. AStA, 2005; NOZ, 2006b

⁷⁷⁸ AStA, 2005

⁷⁷⁹ vgl. Flüchtlingsrat Nds., 2007

⁷⁸⁰ Reimar, 2006

⁷⁸¹ vgl. Reimar, 2006

Eine Zurückstellung von Abschiebemaßnahmen ist mit dem Erlass des niedersächsischen *Innenministeriums* vom 12. Oktober 2006 nur noch durch die Entscheidung der *Härtefallkommission* (HFK) möglich. Danach besteht keine Möglichkeit mehr, die *Abschiebung* auszusetzen, wenn bereits ein Abschiebetermin feststeht bzw. eine „Verurteilung wegen Straftaten zu mindestens 90 Tagessätzen oder 3 Monaten“ besteht.⁷⁸²

Flüchtlingszahlen

Die Anzahl der derzeit in der Stadt Osnabrück lebenden Flüchtlinge beläuft sich auf insgesamt 22 im *Asylverfahren* befindliche und 196 geduldete Flüchtlinge. 94 Flüchtlinge beziehen Leistungen nach § 1 *AsylbLG*, und 94 geduldete Flüchtlinge erhalten Leistungen nach § 2 *AsylbLG*, analog zu *SGB II/SGB XII*. Die übrigen 14 Flüchtlinge stehen in keinem Leistungsbezug. Zusätzlich befinden sich 39 Bürgerkriegsflüchtlinge aus Bosnien-Herzegowina in Osnabrück, bei denen ein *Abschiebehindernis* besteht. Sie erhalten Leistungen nach § 2 *AsylbLG* (siehe Tab. 3.2.b). Bei den langjährig geduldeten Flüchtlingen in Osnabrück handelt es sich hauptsächlich um Menschen aus dem Kosovo (Kosovo-AlbanerInnen, Ashkari), Syrien oder der Türkei (KurdInnen). Außerdem einige IrakerInnen und TamilInnen, die sich in einem *Widerrufsverfahren* befinden oder seit über zehn Jahren mit einer *Duldung* leben müssen.⁷⁸³

⁷⁸² vgl. Tobiassen, 2006

⁷⁸³ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

Tab. 3.2.b: Anzahl der Flüchtlinge in Osnabrück

| | Anzahl ⁷⁸⁴ |
|--|------------------------------|
| Flüchtlinge im Asylverfahren | 22 ⁷⁸⁵ |
| mit Leistungsbezug nach § 1 <i>AsylbLG</i> | 4 |
| mit Leistungsbezug nach § 2 <i>AsylbLG</i> | 12 |
| | |
| Geduldete Flüchtlinge | 196 ⁷⁸⁶ |
| mit Leistungsbezug nach § 1 <i>AsylbLG</i> | 90 |
| mit Leistungsbezug nach § 2 <i>AsylbLG</i> | 82 |
| | |
| Bosnische Bürgerkriegsflüchtlinge mit Leistungsbezug nach § 2 <i>AsylbLG</i> | 39 |

Eigene Darstellung nach: Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit. Übersicht Personenkreise *AufnG*, Stand: 1. Dezember 2006; Bleischwitz, Horst. Ausländerbehörde Osnabrück. Mail vom 20. September 2006

Für die kommunalen Aufnahmequoten von Flüchtlingen in Niedersachsen spielt Osnabrück eine besondere Rolle. Bis Anfang 2005 war es jüdischen Kontingentflüchtlingen aus den ehemaligen Sowjetrepubliken möglich, eine Stadt in der sie leben möchten, frei zu wählen. Osnabrücks Attraktivität zeichnete sich in diesem Zusammenhang besonders durch eine bekannte und große jüdische Gemeinde aus, was in einer Wohnortentscheidung für Osnabrück sprach und zu einem großen Zufluss jüdischer Kontingentflüchtlinge führte. Da ein Großteil der Kontingentflüchtlinge zur Zeit der Einreise bereits über 70 Jahre alt war, fiel die Kostenübernahme

⁷⁸⁴ Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit. Übersicht Personenkreise *AufnG*, Stand 01.12.2006

⁷⁸⁵ Bleischwitz, Horst. Ausländerbehörde Osnabrück. Mail vom 20.09.2006

⁷⁸⁶ ebd.

der Grundsicherung dieser Flüchtlinge in die Zuständigkeit der Kommunen. Für die Situation in Osnabrück bedeutete dies eine hohe finanzielle Belastung.⁷⁸⁷

In dem vom Land gebildeten Pool zur Berechnung der Aufnahmequote von Flüchtlingen in Niedersachsen aus Kontingentflüchtlingen, 'AsylbewerberInnen', Geduldeten und anerkannten Flüchtlingen hatte Osnabrück seine Aufnahmequote schnell erreicht, und wurde daher von der Pflicht entbunden, weitere Asylsuchende und Flüchtlinge aufzunehmen.⁷⁸⁸ Der letzte zugewiesene Flüchtling war eine Kurdin aus dem Nordirak im Jahre 2001.⁷⁸⁹

Seit einigen Jahren wird keine Aufnahmequote mehr gebildet. Angesichts der stark gesunkenen Flüchtlingszahlen, werden AsylantragstellerInnen umgehend auf die zentralen Aufnahmelager verteilt. In *Niedersachsen* verbleiben die Flüchtlinge in diesen Lagern und werden nicht weiter auf die Kommunen verteilt.⁷⁹⁰ Während vor einigen Jahren die Aufenthaltsdauer auf rund vier Wochen begrenzt war, verbleiben die Betroffenen inzwischen bis zur Beendigung ihres *Asylverfahrens* und oftmals bis zu ihrer *Abschiebung* im Lager.⁷⁹¹ Die drei dafür vorgesehenen, großen Aufnahmelager sind die *ZAST Bramsche-Hesepe*, die *ZAE Oldenburg* und die *ZAST Braunschweig*.⁷⁹²

Grundsätzlich sollte, so Jens Meier, eine freie Wohnortsuche möglich sein, so dass die Betroffenen selbst entscheiden können, wo sie gerne wohnen möchten. Doch gibt es zu bedenken, dass die Kommunen für den Leistungsbezug dieser Menschen aufkommen muss. Und solange kein finanzieller Ausgleich geschaffen wird, ist eine Verteilung bzw. Zuteilung der Flüchtlinge erforderlich.⁷⁹³ Wilhelm Voß konkretisiert die Überlegung einer dezentralisierten Unterbringung von Flüchtlingen, was angesichts der geringen Anzahl durchaus realisierbar wäre.⁷⁹⁴

Die Flüchtlinge leben meist schon mehr als zehn Jahre in Osnabrück, von denen jedoch nach Auffassung K. Rußwinkels ein Großteil keine besonders hohe Bereit-

⁷⁸⁷ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

⁷⁸⁸ ebd.

⁷⁸⁹ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

⁷⁹⁰ ebd.

⁷⁹¹ Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 17

⁷⁹² Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

⁷⁹³ Interview mit Jens Meier, Beirat für Migration, 05.01.2007

⁷⁹⁴ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

schaft zur Integration zeige.⁷⁹⁵ Es handelt sich um kleine und überschaubare Strukturen, in denen sich die Beteiligten schon lange kennen.⁷⁹⁶

Nach Einschätzung Rußwinkels ist es für die annähernd 200 geduldeten Flüchtlinge „recht schwierig“⁷⁹⁷, die Voraussetzungen für ein Bleiberecht zu erfüllen. Ein Hinderungsgrund ist die derzeitige Arbeitsmarktlage. Seiner Schätzung nach werden wahrscheinlich weniger als fünf Flüchtlinge ein Bleiberecht erhalten.⁷⁹⁸

Voß benennt neben einem sehr hohen bürokratischen Aufwand auch das Problem der fehlenden Passdokumente als Hinderungsgrund. Denn selbst wenn ein Flüchtling eine Arbeit findet, wird keine Arbeitserlaubnis erteilt, wenn kein Pass vorhanden ist. Hier gestaltet sich die Passbeschaffung als ein großes Problem, wenn z.B. staatenlose KurdInnen aus Syrien keinen Pass bekommen und dies auch nicht beweisen können.⁷⁹⁹

Rußwinkel kritisiert die derzeitige Umsetzung der *Bleiberechtsregelung* in *Niedersachsen*.⁸⁰⁰ Und auch Voß spricht sich deutlich für eine Entbürokratisierung der *Bleiberechtsregelung* aus, was sich in einer Arbeitserleichterung und Kostensparnis ausdrücken und zu einer Vereinfachung des Verfahrens führen kann.⁸⁰¹ Ein von den *Bündnis 90/Die Grünen* vorgeschlagener Appell in einer der vergangenen Ratsperioden an das *Niedersächsische Innenministerium* zur Änderung der Aufenthaltsstatute von langjährig Geduldeten, fand im Rat der *Stadt Osnabrück* keine Mehrheit.⁸⁰²

Meier führt aus, dass diese Menschen einen gesicherten Aufenthaltsstatus bekommen und ihnen Sprachkurse sowie sonstige Integrationsleistungen zur Verfügung stehen müssen.⁸⁰³ Dafür richtet das Land *Niedersachsen* eine *Leitstelle für Integration* in Osnabrück ein, über die alle Aufgaben koordiniert werden sollen, „die

⁷⁹⁵ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

⁷⁹⁶ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

⁷⁹⁷ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

⁷⁹⁸ ebd.

⁷⁹⁹ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

⁸⁰⁰ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

⁸⁰¹ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

⁸⁰² Interview mit Jens Meier, Beirat für Migration, 05.01.2007

⁸⁰³ ebd.

sich auf die Integration auswirken⁸⁰⁴, und die Kooperation mit den unterschiedlichen Organisationen und Verbänden gewährleisten soll.

Leistungsbezug nach dem AsylbLG

Grundsätzlich gilt nach niedersächsischem Recht das *Sachleistungsprinzip* bei der Leistungszuteilung nach § 1 *AsylbLG*. 1999 wurde die *Stadt Osnabrück* von der damaligen rot-grünen *Niedersächsischen Landesregierung* zwangsweise an das *Sachleistungsprinzip* angeschlossen, verbunden mit der Drohung, andernfalls die Kostenerstattungen einzustellen.

Somit entschloss sich die Stadtverwaltung, ein Chipkartensystem einzuführen, durch das die Leistungen kontrolliert monatlich auf eine Chipkarte übertragen werden, die eine Bargeldauszahlung ersetzt. Der Grund für die Wahl dieses Systems lag in der leichten Handhabung und dem geringeren Arbeitsaufwand durch die Verwaltung. Die Abrechnung erfolgt über eine Abbuchung, ähnlich einer Scheckkarte, und ermöglicht es den Betroffenen in verschiedenen Supermärkten einzukaufen.⁸⁰⁵

Als einzige Kommune in *Niedersachsen* führte *Osnabrück* dieses System am 1. Juli 1999 ein, welches nach damaligen Schätzungen des Vereins *Exil* der Stadt jährlich rund 50.000,- DM kosten wird. Jede Familie erhält „lediglich eine Karte“⁸⁰⁶, die „keine flexible Alternative zu Bargeld“⁸⁰⁷ darstellt. Diese Chipkarte begrenzt die Supermarktauswahl auf „12 von über Tausend Geschäften in Osnabrück“⁸⁰⁸. Dadurch ergeben sich lange Wege und keine Möglichkeit, auf dem Wochenmarkt, Flohmarkt oder in 'Second-Hand-Läden' einzukaufen. Der günstige Einkauf in Discountern bleibt den Betroffenen ebenso verwehrt, wie der Kauf von landestypischen Lebensmitteln, Alkohol oder Tabak. Telefonkarten oder Briefmarken, Busfahrkarten, Eintrittskarten, Mitgliedsbeiträge oder eine Pizza aus einem Imbiss können nicht bezahlt werden.⁸⁰⁹

⁸⁰⁴ NOZ, 2006a

⁸⁰⁵ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

⁸⁰⁶ Bargeld statt Chipkarte für Flüchtlinge! Flugblatt des Arbeitskreises MigrantInnen

⁸⁰⁷ ebd.

⁸⁰⁸ ebd.

⁸⁰⁹ ebd.

Kurz nach der Einführung regte sich Widerstand gegen dieses System über den *Agenda-Arbeitskreis MigrantInnen*. In Kooperation mit dem *Caritas*-Verband, dem *Bündnis gegen Abschiebung*, *AVANTI! e.V.* und *Exil e.V.* wurden öffentlichkeitswirksame Veranstaltungen und Aktionen⁸¹⁰ organisiert. Bis zum Jahr 2002 wurden die Forderungen nach einer Aufhebung des Systems aufrecht erhalten.⁸¹¹ Meier berichtet von Protesten und Widerständen im Jahr 2000 gegen das Chipkartensystem, die es in solch einer Form seitdem nicht mehr gegeben hat. Die *Bündnis 90/Die Grünen* bezeichnen das System den Menschen gegenüber als diskriminierend. Meier spricht sich eindeutig für eine Bargeldauszahlung aus, um den Betroffenen eine Entscheidungsfreiheit zu ermöglichen. Doch hat die Stadt Osnabrück seiner Ansicht nach, durch den Druck der Bezirksregierung keine Möglichkeit, auf ein anderes System umzustellen.⁸¹²

Das Dienstleistungsunternehmen *Sodexo*⁸¹³ regelt die Abbuchungen und rechnet mit den Supermärkten ab. Darüber hinaus ist das Unternehmen zuständig für das monatliche Löschen und Aufladen der Karten sowie die monatliche Abrechnung mit dem *Fachbereich Soziales und Gesundheit*. Hier haben dann die MitarbeiterInnen die Möglichkeit, einen Blick in die einzelnen Abrechnungen zu werfen. Die laufenden Kosten des Chipkartensystems belaufen sich derzeit nach Angaben Rußwinkels, hinsichtlich der geringen Personenzahl, insgesamt auf rund 1000,- Euro im Jahr.

Der Kauf von Bekleidung wird unabhängig davon durch die zweimal jährliche Auszahlung von Bekleidungsgeld ermöglicht, wodurch gewährleistet wird, dass das Geld auch nur für Bekleidung ausgegeben wird, so Rußwinkel weiter. Bargeld gibt es darüber hinaus in Form eines monatlichen Taschengeldes in Höhe von derzeit 40,90 Euro für Flüchtlinge, die älter als 14 Jahre sind.

⁸¹⁰ z.B. die Button-Aktion „Bargeld statt Chipkarte für Flüchtlinge“. Durch das Tragen der Buttons erkannte ein Flüchtling die Bereitschaft der/des Buttonträgerin/-trägers, ihren Einkauf mit der Chipkarte bezahlen zu wollen und den entsprechenden Betrag direkt an den Flüchtling auszus zahlen.

⁸¹¹ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

⁸¹² Interview mit Jens Meier, Beirat für Migration, 05.01.2007

⁸¹³ Sodexo Pass Austria ist ein Tochterunternehmen des französischen Cateringgiganten Sodexo Catering & Services GmbH, welcher auch die britischen und US-Kampferverbände in ihren 'out-of-area'-Einsätzen mit Essen versorgt (vgl. Beier, 2007b)

Rußwinkel beschreibt die Leistungserbringung nach dem Sachleistungsprinzip als unnötig, und betont, dass die Umstellung auf ein Bargeldsystem (die Überweisung auf ein Konto) jederzeit möglich sei.⁸¹⁴

Flüchtlinge, die Leistungen nach dem AsylbLG Leistungen erhalten, müssen vor einer ärztlichen Untersuchung einen Krankenschein bei den MitarbeiterInnen des *Fachbereiches Soziales und Gesundheit* anfordern. Diese Bescheinigung ermöglicht es, die Ärztin/den Arzt frei zu wählen. Rußwinkel bestätigt die Notwendigkeit eines Gutachtens bei Zusatzleistungen, doch war dies „noch nie erforderlich“⁸¹⁵. Bisher sind noch keine großen, teuren Erkrankungen zu verzeichnen, so dass ein großzügiges und bereitwilliges Genehmigungsverfahren, insbesondere bei Zusatzleistungen für Kinder Anwendung findet. Die ansässigen ÄrztInnen sind unterrichtet, welche Behandlungen übernommen werden und welche nicht.⁸¹⁶

Seit längerer Zeit ist kein Fall mehr zu verzeichnen, bei dem es um eine Kostenübernahme für eine medizinische Behandlung geht, meint Voß. Jedoch findet teilweise eine Kostenübernahme über solidarische Unterstützungsleistungen unterschiedlicher Gruppen und Einzelpersonen statt, wenn sich keine rechtlichen Schritte mehr einleiten lassen und eine Kostenerstattung über den *Fachbereich Soziales und Gesundheit* nicht mehr erreichbar ist.⁸¹⁷

Rußwinkel fällt auf, dass selten Zahnarztrechnungen und Anträge auf Zahnersatz eingereicht werden, was seiner Ansicht nach Rückschlüsse auf eine geringe Anzahl an Zahnärztin-/Zahnarztbesuchen zulasse. In einem Fall von Zusatzleistungen im Bereich Zahngesundheit ist der *Fachbereich Soziales und Gesundheit* angehalten, das *Gesundheitsamt* einzuschalten, um ein Gutachten beispielsweise im Sinne einer lebensnotwendigen Kaufähigkeit zu erstellen. Eine Beurteilung der Behandlung finde hier statt. Bei einer positiven Rückmeldung der Gutachterin/des Gutachters, übernimmt der *Fachbereich Soziales und Gesundheit* die anfallenden Kos-

⁸¹⁴ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

⁸¹⁵ ebd.

⁸¹⁶ ebd.

⁸¹⁷ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

ten. Genehmigungsverfahren für eine Traumabehandlung sind aufgrund fehlender Nachfrage nicht mehr, wie noch vor einigen Jahren, nötig.⁸¹⁸

Wohnsituation

In *Niedersachsen* ist es jeder Kommune freigestellt, wie sie die Wohnsituation für Flüchtlinge gestaltet. In Osnabrück gibt es ein „relativ gut ausgestattetes“⁸¹⁹ Flüchtlingswohnheim (Bremer Straße 101) mit 80 Belegungsplätzen. Derzeit leben dort 40 Flüchtlinge. Hierbei handelt es sich nicht mehr um sogenannte Zusammenwohneinheiten, sondern um Einzelzimmer. Familien besitzen in der Regel abgeschlossene Wohneinheiten, die sanitären Einrichtungen wie Duschen und die Küche sind Gemeinschaftseinrichtungen. Die Unterbringung in einem Flüchtlingswohnheim ist aufgrund der Personalkosten etc. kostenintensiv.⁸²⁰

In einem weiteren Wohnheim (Atterstraße 40-44) wurden Ende der 1980er bis Anfang der 1990er Jahre viele Flüchtlingsfamilien aus dem Libanon und anderen arabischen Staaten untergebracht.⁸²¹ Dort stehen 24 Drei- und Vierzimmerwohnungen für eine gemischte Nutzung⁸²² zur Verfügung. Es gibt einen großen Hinterhof mit einem Kinderspielplatz.⁸²³ Für beide Einrichtungen ist ein Mitarbeiter des *Fachbereiches Soziales und Gesundheit* zuständig.⁸²⁴ Die Beratung der Flüchtlinge erfolgt über die *Caritas*.⁸²⁵

Die übrigen Flüchtlinge leben in Privatwohnungen. Grundsätzlich haben die Flüchtlinge die Möglichkeit, einen Wohnberechtigungsschein zu erhalten und sich eine Wohnung zu suchen.⁸²⁶ Meier spricht sich für eine dezentrale Unterbringung aus, da diese „für das Zusammenleben aller sehr viel förderlicher“⁸²⁷ sei. Er schätzt

⁸¹⁸ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

⁸¹⁹ ebd.

⁸²⁰ ebd.

⁸²¹ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

⁸²² Gemischte Nutzung bedeutet in diesem Fall die Nutzung des Gebäudes von Flüchtlingen im Leistungsbezug sowie Menschen mit einer Niederlassungserlaubnis

⁸²³ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

⁸²⁴ ebd.

⁸²⁵ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

⁸²⁶ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

⁸²⁷ Interview mit Jens Meier, Beirat für Migration, 05.01.2007

die Wohnsituation in Osnabrück als „alles andere als gut“ ein.⁸²⁸ Nach Aussage Rußwinkels sind die Flüchtlinge in Osnabrück jedoch „recht zufrieden“.⁸²⁹ Osnabrück hat sich seiner Meinung nach weiterentwickelt und befindet sich demnach bereits „am oberen Level“.⁸³⁰ Er schildert die Kooperationen mit den Möbellagern der *Möwe* des *Diakonisches Werkes* und der *Interessensgruppe (IG) Sozialhilfe* und betont die gute Zusammenarbeit mit der *Caritas* in Bezug auf das *Equal-Projekt SAGA* (siehe unten).⁸³¹

Insgesamt betrachtet sei der „Zuschnitt des Personenkreises“ der Flüchtlinge, die dezentrale Unterbringung sowie eine wenig restriktiver Vollzug von Kürzungen der Leistungen, bezeichnend für die Situation in Osnabrück, erläutert Rußwinkel.⁸³²

Illegalisierte

Eine verlässliche Zahl über die in Osnabrück lebenden illegalisierten Menschen ist aufgrund fehlender Daten nicht bekannt.⁸³³ Nach Einschätzung von Meier werden Illegalisierte teilweise von der Polizei aufgegriffen, doch sind dazu keine Zahlen verfügbar.⁸³⁴

Die Kostenübernahme für geleistete medizinische Behandlungen von Flüchtlingen übernimmt der *Fachbereich Soziales und Gesundheit*. Rußwinkel weist jedoch darauf hin, dass eine Kostenübernahme bei der Behandlung Illegalisierter höchst selten vorkomme. Wenn, dann handle es sich meist um Flüchtlinge, die sich aufgrund einer Residenzpflichtverletzung ´illegal` in Osnabrück aufhalten. In diesen Fällen sei jedoch ein Sozialhilfeträger einer anderen Kommune zuständig.⁸³⁵

Voß berichtet von Fällen, in denen Menschen mit einem TouristInnenvisum einreisen und nach drei Monaten hätten ausreisen müssen. Doch sie blieben und hielten sich so seitdem ´illegal` in Deutschland auf. Schwierigkeiten entstehen dann,

⁸²⁸ ebd.

⁸²⁹ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

⁸³⁰ ebd.

⁸³¹ ebd.

⁸³² ebd.

⁸³³ ebd.

⁸³⁴ Interview mit Jens Meier, Beirat für Migration, 05.01.2007

⁸³⁵ ebd.

wenn diese Menschen beispielsweise durch einen Unfall verletzt werden, die Geburt eines Kindes kurz bevor stehe oder sie heiraten möchten. Hier müssen dann Auswege gefunden werden, um eine anonyme Behandlung gewährleisten und die Behandlungskosten, selbst bei längerfristigen Krankenhausaufenthalten, bezahlen zu können. Solche Fälle kommen nach Ansicht von Voß etwa ein Mal im Monat vor, und konnten bisher auch über bestehende Strukturen und Kontakte behandelt werden.⁸³⁶

Meier schildert die Situation von Flüchtlingsinitiativen und Selbstorganisationen von Illegalisierten in Frankreich und Spanien, die mit der Situation in Osnabrück jedoch nicht vergleichbar sei.⁸³⁷

Kinder und Jugendliche

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge befinden sich nach Auffassung von Voß nicht in Osnabrück. Seit der Einrichtung von Clearingstellen werden die minderjährigen Flüchtlinge direkt an diese Stellen weitergeleitet.⁸³⁸

Mit Unterstützung des *Büros für Friedenskultur* erhielten zwölf junge Menschen mit Migrationsvorgeschichte aus Osnabrück die Möglichkeit, über ein Filmprojekt ihre „Migrationsgeschichte (...) darzustellen“.⁸³⁹

Grundsätzlich besteht in *Niedersachsen* eine Schulpflicht. Über eine Vernetzung von Schulen, *Schulverwaltungsamt*, *Fachbereich Kinder, Jugend und Familien* und den MitarbeiterInnen des *Fachbereiches Soziales und Gesundheit* ist es möglich Kontrollen durchzuführen, ob die schulpflichtigen Kinder und Jugendliche aus Flüchtlingsfamilien dieser Pflicht nachkommen. Jedoch bestehen nach der Meinung Rußwinkels derzeit keine Probleme. Eine sozialpädagogische Stelle ist für das *Team für Flüchtlinge* vom *Fachbereich Soziales und Gesundheit*, wie noch vor einigen Jahren, nicht vorgesehen.⁸⁴⁰ Der *Jugendmigrationsdienst* des *Caritasverbandes* bietet die vom BAMF finanzierte *Migrationserstberatung* nach dem Zu-

⁸³⁶ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

⁸³⁷ Interview mit Jens Meier, Beirat für Migration, 05.01.2007

⁸³⁸ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

⁸³⁹ NOZ, 2006e

⁸⁴⁰ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

wanderungsgesetz für Kinder und Jugendliche bis 27 Jahre an.⁸⁴¹ Die *Migrationserstberatung* für erwachsene Flüchtlinge findet über die Beratungsangebote der *Arbeiterwohlfahrt* (AWO) statt.⁸⁴²

Gesundheitsstatus und Gesundheitsversorgung

Der Gesundheitsstatus der Flüchtlinge wird als „recht hoch“⁸⁴³ bezeichnet. Es sind selten ernsthafte und schwerwiegende Erkrankungen zu verzeichnen. Erkrankungen seien häufig selbstverschuldet z.B. durch Körperverletzungen und aufgrund von „falscher Ernährung“.⁸⁴⁴ Grundsätzlich besteht jedoch keine Mangelversorgung, was an der langjährig großzügigen Handhabung bei der Genehmigung gesundheitlicher Leistungen liegen kann.⁸⁴⁵

Voß sieht dagegen den oft angeschlagenen gesundheitlichen Zustand mit dem hohen psychischen Druck verbunden, der durch die bestehende Gefahr der *Abschiebung*, verstärkt werde. Er verdeutlicht, dass die Betroffenen, die sich in psychotherapeutischer Behandlung befinden, „eigentlich nicht gesund werden dürfen“, da in vielen Fällen ihnen sonst die *Abschiebung* droht.⁸⁴⁶

Besteht bei einer *Abschiebung* eine akute Suizidgefahr, wird ein Gutachten erstellt und dies von der/dem zuständigen Amtsärztin/Amtsarzt des *Gesundheitsamtes der Stadt und des Landkreises Osnabrück* überprüft. Diese Überprüfungen sind in Osnabrück im Gegensatz zu denen in der *ZAE Bramsche-Hesepe* eher selten. Darüber hinaus stellt das Problem der Passbeschaffung ein hohes Belastungspotential dar.⁸⁴⁷

Der *Beirat für Migration* befasst sich nicht direkt mit der gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen. Meier berichtet vielmehr über die indirekten Leistungen, wie

⁸⁴¹ Zuerst lerne ich Deutsch! Schulberatung nach der Zuwanderung. Faltblatt der Stadt Osnabrück, Referat für Bildung, Sozialplanung und Integration – Leitstelle für Integration

⁸⁴² Interview mit Jens Meier, Beirat für Migration, 05.01.2007

⁸⁴³ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

⁸⁴⁴ ebd.

⁸⁴⁵ ebd.

⁸⁴⁶ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

⁸⁴⁷ ebd.

beispielsweise die Unterstützung des ehemaligen *Equal*-Projektes *SPuK* (siehe unten). Er betont die wichtige, „gute und sinnvolle“⁸⁴⁸ Arbeit von *SPuK*, und verweist auf wünschenswerte Veränderungen des Gesundheitssystem. Dabei könne eine veränderte Ausrichtung der Gesundheitsversorgung ohne Sprachbarrieren, eine adäquate Gesundheitsversorgung gewährleisten, um „letztendlich auch Kosten zu sparen“.⁸⁴⁹ Der Beirat versteht sich nicht als Gremium für Einzelfallentscheidungen. Die Aufgabe des Beirates ist es, sich bei einer Häufung von Beschwerden, mit der jeweiligen Situation zu befassen und mögliche politische Verbesserungen und Weisungen zu formulieren.⁸⁵⁰

Grundsätzlich stehen den Flüchtlingen in Osnabrück die Regeldienste zur Verfügung. Doch merkt Meier an, dass die Defizite im osnabrücker Gesundheitswesen u.a. in einem Mangel von Gesundheitsleistungen in der entsprechenden Muttersprache, an Informationen, an kultursensibler Altenpflege, sowie an DolmetscherInnensystemen begründet liegen.⁸⁵¹

Eine spezielle medizinische Beratungsstelle gibt es seitens der Stadtverwaltung nicht.⁸⁵² Auch beim Gesundheitsamt der Stadt Osnabrück gibt es keine Beratungsstelle für Flüchtlinge.⁸⁵³

Besonders hervor hebt Voß den guten Kontakt der Flüchtlinge in Osnabrück zu der übrigen Bevölkerung, wodurch Hilfestellungen und Unterstützungen möglich werden.

Die Solidarität und Hilfsbereitschaft von Nachbarn, Kirchengemeinden, Vereinen und anderen UnterstützerInnen zeichnet sich dadurch aus, dass sich immer wieder Netzwerke und Arbeitsgruppen zusammenfinden, die teilweise nur für eine begrenzte Zeit bestehen. Es komme vor, dass sich beispielsweise nach der Beendigung eines Kirchenasyls, die UnterstützerInnengruppe, die aus Pastoren, Einzelpersonen, Nachbarschaftsinitiativen, Vereinen etc. bestehen nach einigen Monaten oder Jahren wieder auflöst.⁸⁵⁴

⁸⁴⁸ ebd.

⁸⁴⁹ ebd.

⁸⁵⁰ ebd.

⁸⁵¹ ebd.

⁸⁵² Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

⁸⁵³ Anfrage beim Gesundheitsamt Osnabrück, 19.12.2006

⁸⁵⁴ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

Als sinnvoll erachtet wird die Einrichtung einer Ernährungsberatung, insbesondere in Aufnahmeeinrichtungen, Ballungszentren und Wohnheimen.⁸⁵⁵

In Osnabrück übernehmen ausschließlich freie Träger, der *Caritas*-Verband und der *Exil e.V.*, die Flüchtlingsberatung. Dies wird als derzeit ausreichend bezeichnet.

Ganz anders ist die Situation im Lager in Bramsche-Hesepe zu beschreiben, in dem „zurzeit 456 Menschen leben“.⁸⁵⁶ Dort besteht ein hoher Beratungsbedarf, insbesondere für die Kostenübernahme von Zusatzleistungen nach dem AsylbLG. Eine Ausweitung des Beratungsangebotes ist dort unbedingt notwendig. Das Lager liegt sehr isoliert, was eine externe Unterstützung erschwert und die Solidarität der Bevölkerung einschränkt. In den Jahren 2004 und 2005 kamen regelmäßig Flüchtlinge aus dem Lager in Bramsche mit dem Bus zur *Caritas*-Beratung nach Osnabrück. Da dies einen hohen finanziellen Aufwand für die Flüchtlinge bedeutete, organisierten die *Caritas*-MitarbeiterInnen ein Beratungsangebot vor Ort im Lager. Einmal wöchentlich bieten sie seit September 2005 im Lager eine *Mobile Beratung für Flüchtlinge/Asylbewerber* (MOFA) hinsichtlich gesetzlicher Rahmenbedingungen (z.B. Asylverfahrensangelegenheit und gesundheitliche Versorgung), sowie eine Rechts- und Perspektivberatung an. Finanziert wird die *MOFA* über den *Europäischen Flüchtlingsfonds*.⁸⁵⁷

Der *Migrationsdienst* des *Caritas*-Verbandes ist für das gesamte *Bistum Osnabrück* zuständig und leistet Fachberatungen für UnterstützerInnen, Kirchengemeinden, Initiativen und andere Menschen, die nicht direkt betroffen sind, jedoch Hilfe bei der Unterstützung von Flüchtlingen im *Kirchenasyl*, bei *Härtefallersuchen* etc. benötigen. Außerdem stehen die *Caritas*-MitarbeiterInnen den Flüchtlingen für Beratungen zur Verfügung.

Der *Caritas*-Verband engagiert sich in dem seit 1996 bestehenden Netzwerk *Asyl in der Kirche*. Dieses Netzwerk besteht aus Einzelpersonen, Verbänden und Verei-

⁸⁵⁵ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

⁸⁵⁶ NOZ, 2006b

⁸⁵⁷ Interview mit Wilhelm Voß, Caritas Osnabrück, 15.01.2007

nen, wie z.B. dem *Exil e.V.*⁸⁵⁸ Der *Exil e.V. – Osnabrücker Zentrum für Flüchtlinge* leistet neben der allgemeinen Rechts- auch eine Integrationsberatung für Menschen aus arabischsprachigen Ländern. Ein spezielles Angebot besteht für Flüchtlingsfrauen.

Bei dem Teilprojekt *SPuK – Sprache und Kultur – Grundlagen einer effektiven Gesundheitsversorgung* der *Gemeinschaftsinitiative Equal* handelte es sich um Qualifizierungsmaßnahmen für Flüchtlinge, in denen sie als Sprach- und KulturmittlerInnen ausgebildet wurden.⁸⁵⁹ Das Projekt dient zur Gestaltung neuer Konzepte der Gesundheitsversorgung und zur Stabilisierung der gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen und wurde von Juli 2002 bis Juli 2005 in Osnabrück durchgeführt. Aufgrund eines fehlenden psychosozialen Zentrums in Niedersachsen⁸⁶⁰, wurde im Rahmen des *SPuK*-Projektes eine *Interdisziplinäre Beratungsstelle Gesundheit* (IdB) in Osnabrück eingerichtet.⁸⁶¹

Das *SPuK*-Folgeprojekt *Selbsthilfe Arbeitsmarktzugang und Gesundheit von Asylsuchenden* (SAGA) erarbeitet seit dem 1. Juli 2005 „neue Wege in der Beschäftigungsförderung und in der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden“.⁸⁶² In Osnabrück werden die Bereiche 'Qualifizierungsmaßnahmen für Flüchtlinge', die Fortführung des *SPuK*-Projektes der Sprach- und Kulturmittlung, sowie die Vermittlung in und Betreuung von Praktika⁸⁶³, vom *Kontaktbüro Arbeit und Gesundheit* (KoBAG) durchgeführt. Dieses Angebot obliegt der *Caritas* ebenso, wie die Fortbildung von „Akteuren der Flüchtlingshilfe“.⁸⁶⁴ Das Teilprojekt *Analyse Beschäftigungsfähigkeit Asylsuchender* (ABA) übernimmt die *Universität Osnabrück*.⁸⁶⁵

⁸⁵⁸ ebd.

⁸⁵⁹ Flüchtlingsrat Nds., 2004

⁸⁶⁰ *Refugio* Stade (AWO) bietet ein Mal pro Woche eine Sprechstunde in psychosozialen Fragen an (vgl. Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 213)

⁸⁶¹ vgl. Flüchtlingsrat Nds., 2004, S. 212

⁸⁶² Neue Wege in der Beschäftigungsförderung und in der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. Informationsfaltblatt zum Equal-Projekt SAGA

⁸⁶³ Hierfür ist eine Arbeitserlaubnis notwendig (Interview mit Wilhelm Voß , 15.01.2007)

⁸⁶⁴ Neue Wege in der Beschäftigungsförderung und in der Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. Informationsfaltblatt zum Equal-Projekt SAGA

⁸⁶⁵ ebd.

Die in *Niedersachsen* fehlenden therapeutischen Hilfsstrukturen im Bereich der Traumabehandlung, die es in anderen Bundesländern bereits gibt, stellt das *Netzwerk traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen* (NTFN) zur Verfügung. Dadurch findet eine Vernetzung und Koordination bestehender Einrichtungen und Hilfen statt und bietet u.a. Fortbildungen für Behandelnde. Außerdem soll über das *NTFN* ein qualifizierter Rechtsbeistand für die „mittellosen und illegalisierten, vor allem traumatisierten, von Abschiebung bedrohten Mitmenschen“ gewährleistet werden.⁸⁶⁶ In Osnabrück kann ein Rechtsbeistand über die *Caritas* und den *Exil e.V.* angefordert werden.

⁸⁶⁶ vgl. Heyde, 2005

3.3 Die Untersuchung der gesundheitlichen Versorgungssituation für Flüchtlinge in Münster, Nordrhein-Westfalen

Für die Interviews zur Situation in Münster standen folgende Experten zur Verfügung:

Tab. 3.3.a: Experteninterviewpartner Münster II

| Name | Funktion/Organisation | Datum |
|-----------------------|--|--------------|
| Ralf Franger | Sozialamt | 27.11.2006 |
| Wolfgang Michl | Sozialamt | 27.11.2006 |
| Claudius Voigt | Gemeinnützige Gesellschaft zur Unterstützung Asylsuchender e.V. (GGUA) | 05.12.2006 |
| Spyridon-Paul Marinos | Ausländerbeirat, Stadtrat | 09.01.2007 |
| Karim Mashkooi | Gesundheitsamt | 13.01.2007 |

Grunddaten der Stadt Münster

Im Jahre 793 wurde das Kloster Monasterium gegründet, sein Name gab der Stadt später ihren Namen. Im Jahr 805 entwickelte sich Münster mit seinem Dom zur Bischofsstadt. Um 1170 erhielt die Stadt Münster die Stadtrechte und avancierte zu der Provinzhauptstadt Westfalens.

Münster gilt neben Osnabrück als Verhandlungsort des *Westfälischen Friedens* zur Beendigung des *Dreißigjährigen Krieges* (1618-1648).

1778 wurde in Münster die erste Universität Westfalens gegründet.⁸⁶⁷

Münster liegt als nördlichste Stadt *Nordrhein-Westfalens* an der Grenze zu *Niedersachsen*. Das Stadtgebiet Münster erstreckt sich auf mehr als 30.000 Hektar. Die Stadt zählt 271.369 EinwohnerInnen (144.180 weiblich und 127.189 männlich)⁸⁶⁸, von denen rund 50.000 als Studierende an der Universität und den Fachhochschulen studieren.⁸⁶⁹

Der überwiegende Teil der Wirtschaftsleistung wird über das Dienstleistungsgewerbe (Öffentlicher Dienst und private Dienstleistungen 42%) erbracht. Es folgen die Bereiche der Warenverarbeitung (18%) und des Groß- und Einzelhandels (15%).⁸⁷⁰

Die Arbeitslosenquote in Münster liegt bei 8,5 %. Die Zahl der arbeitssuchenden Menschen, die Leistungen gemäß SGB II (Sozialhilfe) erhalten, beläuft sich auf rund 7.500, und die der arbeitslosen Menschen, die nach *Hartz IV* Leistungen beziehen, auf rund 4.500.⁸⁷¹

Im Jahr 1995 formulierte der Rat der *Stadt Münster* den Beschluss zur „Neuorientierung der kommunalen Gesundheitspolitik“⁸⁷² und verpflichtete sich u.a. aufsuchende und nachsorgende Gesundheitshilfen für Benachteiligte zu entwickeln. Daraufhin wurde 1999 das *Gesundheitshaus* als „Einrichtung im Sinne der WHO-Programmatiken zur Gesundheitsförderung“⁸⁷³ eröffnet. Es entwickelten sich Kooperationsprojekte zu Themen, wie z.B. ‚Lokale Agenda 21‘, ‚Leitbild – Gesunde Stadt Münster‘ und die Forschungsprojekte „Städtische Lebenswelten und neue Armut“ und „Die Stadt der Behinderten“, im „Sinne der Strategie ‚Gesundheit für alle‘“. ⁸⁷⁴ Weitere Projekte waren nach Angaben von Weth, die Einrichtung einer

⁸⁶⁷ vgl. Münster, 2007

⁸⁶⁸ (vgl. Münster, 2007)

⁸⁶⁹ Münster im Spiegel der Zahlen, Faltblatt des Amtes für Stadtentwicklung, Stadtplanung, Verkehrsplanung der Stadt Münster, 2006

⁸⁷⁰ ebd.

⁸⁷¹ vgl. Agentur für Münster, 2007

⁸⁷² Weth, 2002, S. 54

⁸⁷³ ebd.

⁸⁷⁴ ebd.

„Sozial-medizinischen Ambulanz“ und eines „Behandlungszentrums für Folteropfer und Gesundheitsversorgung für illegalisierte Flüchtlinge“.⁸⁷⁵

Die Stadtverwaltung Münster verfügt über ein Flüchtlingsdezernat. Die Einrichtung einer solchen Koordinierungsstelle gibt es in kaum einer anderen Stadt. Jochen Köhnke ist Dezernatsleiter, der sich sehr engagiert für die Verbesserung der Lebenssituation von Flüchtlingen in Münster einsetzt.⁸⁷⁶ Nach eigenen Angaben engagiert sich die *Stadt Münster* in „besonderem Maße für die Unterbringung und Betreuung von Flüchtlingen. Dabei sollen sowohl die Belange der Nachbarn als auch die Belange der Flüchtlinge berücksichtigt werden, um das gegenseitige Verstehen und die Akzeptanz zu fördern. Zielsetzung ist die Aufnahme der Flüchtlinge in das Gemeinwesen“.⁸⁷⁷

Vor einigen Jahren verfügte Münster über die *Sozialhilfe auf Rädern*. Im Rahmen dieses Konzeptes der aufsuchenden Sozialhilfe wurden die Auszahlungen und die Gutscheivergabe in den einzelnen Übergangwohnheimen getätigt.⁸⁷⁸

Die *Stadt Münster* ignorierte lange Zeit die Entscheidungen der zuständigen Härtefallkommission. Erst durch den öffentlichen Druck und die Arbeit des *Ausländerbeirates* hat sich die Situation verbessert. Marinos weist darauf hin, dass die zuständigen Institutionen und Behörden der *Stadt Münster* in aller Regel den gesetzlich vertretbaren Rahmen ausschöpfen, um im Sinne der Betroffenen entscheiden zu können.⁸⁷⁹

Während im Ruhrgebiet jedoch vor der Verabschiedung des Zuwanderungsgesetzes Abschiebestopps verhängt wurden, liefen in Münster die *Abschiebungen* weiter.⁸⁸⁰ Nach Angaben von Hesters berichtete der *Westdeutsche Rundfunk* (WDR) von rund 380 Flüchtlingen, die 2006 aus dem Münsterland nach Serbien-Montenegro, in den Libanon und in die Türkei abgeschoben wurden.⁸⁸¹

Nordrhein-Westfalen verfügt über drei *Zentrale Aufnahmeeinrichtungen* (ZAEs), bzw. *Zentrale Unterbringungseinrichtungen* (ZUEs) für Flüchtlinge (ZUE Schöp-

⁸⁷⁵ vgl. Weth, 2002, S. 54-57

⁸⁷⁶ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁸⁷⁷ Münster, 2002, S.6

⁸⁷⁸ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁸⁷⁹ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

⁸⁸⁰ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁸⁸¹ vgl. Hesters, 2007

pingen, ZAE Unna-Massen, ZAE Hemer).⁸⁸² Dort werden AsylantragstellerInnen grundsätzlich zuerst untergebracht und spätestens nach drei Monaten auf die Kommunen nach einer bestimmten Aufnahmequote verteilt.⁸⁸³ Nach Angaben der *Gemeinnützigen Gesellschaft zur Unterstützung Asylsuchender e.V.* (GGUA) ist die *ZUE Schöppingen* für 300-350 Flüchtlinge ausgelegt. Die Belegungszahl im Jahr 2004 betrug etwa 250 Flüchtlinge. Unter den dort untergebrachten Flüchtlingen befindet sich eine Reihe von unbegleiteten Minderjährigen und viele Frauen mit kleinen Kindern. Das Lager liegt außerhalb einer infrastrukturellen Anbindung, sehr isoliert, hierdurch entsteht eine deutliche Belastung für die dort lebenden Flüchtlinge.⁸⁸⁴

Darüber hinaus befinden sich in *NRW* zwei Abschiebehaftanstalten: in Büren und in Neuss, die speziell für Frauen eingerichtet ist.

Im Jahre 1997 führte das *Gesundheitsamt Münster* eine Untersuchung zur Gesundheitssituation der in Gemeinschaftsunterkünften lebenden Flüchtlingskinder unter 15 Jahren durch.

Untersucht wurden 178 Kinder, davon 118 Kinder mit einer aufenthaltsrechtlichen Duldung, und 60 Kinder aus 'Asylbewerber'-Familien.

Obwohl über 20 Prozent der Kinder in Deutschland geboren wurden, zeigten die Ergebnisse der Untersuchung deutliche Impfdefizite. Es konnte bei weniger als 10 Prozent der Untersuchten eine Tetanus- und nur bei 12,8 Prozent eine Impfung gegen Masern nachgewiesen werden. Diese Ergebnisse beschrieb das *Gesundheitsamt* als gesundheitsgefährdend und als „nicht akzeptabel“.⁸⁸⁵

Der Rat der *Stadt Münster* formulierte am 13. November 2006 auf Anregung des *Ausländerbeirates* einen Appell an die Landesregierung *Nordrhein-Westfalens*, sich für ein *Bleiberecht* von Flüchtlingen einzusetzen. Einen weiteren Appell richtete er an die Bundesregierung, um die eigenständige Existenzsicherung von Flüchtlingsfamilien zu ermöglichen.⁸⁸⁶

⁸⁸² (vgl. Lillig, Strasser, 2007)

⁸⁸³ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁸⁸⁴ Asylverfahrensberatung in der ZUE Schöppingen. URL: <http://www.muenster.de/~ggua/Schoeppingen/Schoeppingen.htm>

⁸⁸⁵ vgl. Gardemann, Mashkooi, 1998

⁸⁸⁶ Pressemitteilung der Bündnis 90/Die Grünen Münster, 13.11.2006

Flüchtlingszahlen

Im Stadtgebiet Münster leben rund 1.750 Flüchtlinge⁸⁸⁷ mit einer *Duldung* und 248⁸⁸⁸ Flüchtlinge, die sich in *Asylverfahren* befinden. Des weiteren gibt es Flüchtlinge mit einer *Aufenthaltserlaubnis* nach §§ 23, 24 und 25 Abs. 4, 5 *AufenthG*⁸⁸⁹. In den 1990er Jahren kamen rund 6.000 Roma-Flüchtlinge aus dem Kosovo nach Münster. Die heute noch in Münster lebenden und geduldeten rund 1.500 Menschen dieser Gruppe, werden seit 2005 mit in die Aufnahmequote eingerechnet. Somit erfüllt *Münster* aufgrund der hohen Anzahl an Kosovo-Flüchtlingen diese Quote und nimmt daher keine weiteren Flüchtlinge mehr auf.⁸⁹⁰ Eine Ausnahme bilden Flüchtlinge, die z.B. unbedingt im *Zentral-Klinikum Münster* medizinisch behandelt werden müssen. Diese werden unabhängig von der Quotenerfüllung zugewiesen.⁸⁹¹ Die Zuteilung von Flüchtlingen erfolgt über die Landesstelle in Unna-Massen durch die Bezirksregierung in Arnsberg.⁸⁹² Münster erhält hierdurch für die in Münster lebenden Kinder, für die erst jetzt ein Asylantrag gestellt werden, Zuweisungsbescheide aus Arnsberg. Diese Kinder werden dann auf die Quote angerechnet.⁸⁹³ Im Jahr 2005 wurden insgesamt 130 Flüchtlinge in Münster aufgenommen.⁸⁹⁴

Franger merkt an, dass es Überlegungen auf Landesebene gibt, wonach die Gruppe der Kontingentflüchtlinge bei der Berechnung der Aufnahmequote einer Kommune unberücksichtigt bleiben soll. Demnach besteht die Möglichkeit, dass Kommunen, die eine hohe Anzahl von Kontingentflüchtlingen aufgenommen haben, plötzlich in ein Aufnahmeminus gelangen.⁸⁹⁵

Nach Ansicht Marinos profitieren nicht mehr als vier Prozent der Münsteraner Flüchtlinge von der *Bleiberechtsregelung* (Anm. bezogen auf den IMK-Beschluß

⁸⁸⁷ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁸⁸⁸ Flüchtlinge im Leistungsbezug des Sozialamtes Münster. Interner Zahlenspiegel, 31.10.2006

⁸⁸⁹ ebd.

⁸⁹⁰ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁸⁹¹ Interview mit Ralf Franger, Sozialamt Münster, 27.11.2006

⁸⁹² Asylverfahrensberatung in der ZUE Schöppingen. URL: <http://www.muenster.de/~ggua/Schoeppingen/Schoeppingen.htm>

⁸⁹³ Interview mit Ralf Franger, Sozialamt Münster, 27.11.2006

⁸⁹⁴ vgl. Münster, 2006, S. 47

⁸⁹⁵ ebd.

vom 17. November 2006). Alle anderen werden die derzeit notwendigen Voraussetzungen nicht erfüllen können, befürchtet Marinos und hofft auf Verbesserungen.⁸⁹⁶ Auch Franger schätzt, dass viele Betroffene an den nötigen Voraussetzungen scheitern werden.⁸⁹⁷

Leistungsbezug nach dem AsylbLG

1.433 Flüchtlinge in Münster erhalten derzeit Leistungen nach den Regelungen des *AsylbLGs*.⁸⁹⁸

Von den Flüchtlingen, die sich im *Asylverfahren* befinden, erhalten 11 Betroffene, sowie 29 Geduldete bzw. anspruchsberechtigte Flüchtlinge mit einer *Aufenthalts-erlaubnis*, Leistungen analog *SGB XII*, da sie bereits länger als 3 Jahre in Deutschland leben. Gekürzte Leistungen nach § 1a *AsylbLG* erhalten 467 Flüchtlingen.⁸⁹⁹ Das sind mehr als ein Drittel aller Flüchtlinge im Leistungsbezug.⁹⁰⁰ 266 von ihnen beziehen ihre Leistungen teilweise in Form von Bargeld und 201 Menschen in Form von Gutscheinen.⁹⁰¹ Der Grund für diese Kürzungen ist z.B. dass sie ihrer Mitwirkungspflicht z.B. bei der Passbeschaffung, nicht nachkommen.⁹⁰² Diese Menschen bekommen nur die Leistungen für das zum Leben ´unabdingbar Notwendige`, das absolute Existenzminimum nach der Entscheidung des *Oberverwaltungsgerichtes Münster*. Mit der Begründung des ´Fehlens eines soziokulturellen Bedarfs` der Flüchtlinge, bleiben die Eintrittspreise möglicher kultureller Veranstaltungen, wie Kino, Theater oder das Geld für eine Tageszeitung dabei unberücksichtigt.⁹⁰³ Ausgaben für Freizeitaktivitäten sind nach der Aussage Frangers in den Taschengeldbetrag von 20,45/40,90 Euro eingerechnet.⁹⁰⁴

⁸⁹⁶ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

⁸⁹⁷ Interview mit Ralf Franger, Sozialamt Münster, 27.11.2006

⁸⁹⁸ Flüchtlinge im Leistungsbezug des Sozialamtes Münster. Interner Zahlenspiegel, 31.10.2006

⁸⁹⁹ Hierbei handelt es sich überwiegend um Roma-Flüchtlinge, die bei ihrer Einreise keinen Asylantrag gestellt haben und vom Sozialamt Münster als Wirtschaftsflüchtlinge eingestuft wurden. Sie erhalten somit gekürzte Leistungen nach § 1a *AsylbLG*, obwohl sie aufgrund ihrer Aufenthaltsdauer längst Anspruch auf Analogleistungen (*SGB XII*) hätten. Flüchtlinge im Leistungsbezug des Sozialamtes Münster. Interner Zahlenspiegel, 31.10.2006

⁹⁰⁰ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹⁰¹ Flüchtlinge im Leistungsbezug des Sozialamtes Münster. Interner Zahlenspiegel, 31.10.2006

⁹⁰² Interview mit Ralf Franger, Sozialamt Münster, 27.11.2006

⁹⁰³ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹⁰⁴ Interview mit Ralf Franger, Sozialamt Münster, 27.11.2006

Diese gekürzten Grundleistungen nach § 1a *AsylbLG* belaufen sich in der Regel auf (siehe Tab. 3.3.b).

Tab. 3.3.b: gekürzte Leistungen nach § 1a *AsylbLG*

| | Gekürzte Leistungen je Monat in Euro (1) | Gekürzte Leistungen je Monat in Euro (2) |
|---------------------------------|---|---|
| Alleinlebende/Haushaltsvorstand | 163, 62 | 184, 07 |
| Haushaltsangehörige ab 19 Jahre | 148, 27 | 158, 50 |
| Minderjährige 8-18 Jahre | 148, 27 | 158, 50 |
| Kinder bis 7 Jahre | 109, 92 | 112, 48 |

Eigene Darstellung nach:

(1): Grundleistungen abzüglich Strom und Taschengeld bei der Unterbringung in einer Gemeinschaftsunterkunft

(2): Grundleistungen abzüglich Taschengeld bei der Nutzung einer Privatwohnung
eigene Darstellung nach: *Stadt Münster*. Leistungsübersicht, Interne Berechnungen des *Sozialamtes Münster*, 01.01.2005

Nach Aussage Frangers können jedoch in besonderen Fällen, auch die Sachleistungen weiter gekürzt werden, z.B. um den Bekleidungsanteil. Jedoch wird in aller Regel `nur` um den Barbetrag gekürzt.⁹⁰⁵

Etwa 500 Flüchtlinge stehen demnach nicht im Leistungsbezug, sondern bestreiten ihren Lebensunterhalt durch eigene Einkünfte.⁹⁰⁶

Die Kommune kann entscheiden, wie die Leistungserbringung erfolgt. In Münster wird überwiegend Bargeld ausgezahlt, doch gilt zumindest für die ersten 18 Bezugsmonate, dass eine Hälfte der Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip über Gutscheine und die andere Hälfte sowie das Taschengeld in Bar ausgezahlt wird. Voigt bezeichnet dieses Vorgehen in der bundesweiten Betrachtung als eine „liberale Herangehensweise“.⁹⁰⁷

Das Gutscheinsystem ist sehr kostenintensiv und benötigt einen hohen Verwaltungsaufwand. Nach Aussage Voigts könnte die *Stadt Münster* durch die Aufhe-

⁹⁰⁵ ebd.

⁹⁰⁶ Flüchtlinge im Leistungsbezug des Sozialamtes Münster. Interner Zahlenspiegel, 31.10.2006

⁹⁰⁷ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

bung der Gutscheinpraxis, nach den Ergebnissen eines Gutachtens zu den Einsparpotentialen in Münster, rund 30.000 Euro jährlich einsparen.⁹⁰⁸

Durch die Auszahlung der Leistungen über Gutscheine können die Betroffenen „viele alltägliche Dinge [...] z.B. Busfahrkarten, Zeitungen, Telefonkarten“⁹⁰⁹, aber auch RechtsanwältInnenkosten nicht bezahlen. Der Einkauf ist nur in einigen Supermärkten möglich, da nicht alle Läden, Gutscheine akzeptieren. Außerdem werden maximal 10 Prozent des Gutscheinwertes als Wechselgeld herausgegeben. Gutscheine werden daher als eine „von vielen Formen der Diskriminierung, Abschreckung und Schikane“ bezeichnet.⁹¹⁰ Marinos ist der Überzeugung, dass es sich bei der Auszahlung der Leistungen in Gutscheinen nicht immer um eine Repressionsmaßnahme handelt. Jedoch muss seiner Ansicht nach, eine bessere Lösung gesucht werden.⁹¹¹

Eine in Münster aktive *Gutschein-AG* ermöglicht es Flüchtlingen, ihre Gutscheine gegen Bargeld zu tauschen, so dass Ihnen Bargeld zur Verfügung steht. Die Gutscheine werden dann an Münsteraner UnterstützerInnen weiterverkauft, die diese für ihre alltäglichen Einkäufe nutzen können.⁹¹²

Am 3. April 2007 veröffentlicht Voigt eine Pressemitteilung der *GGUA* zum Ratsbeschluss über die Abschaffung des Gutscheinsystems in der *Stadt Münster*. Da auch in den meisten Kommunen des Münsterlandes Leistungen nach dem Sachleistungsprinzip ausgegeben werden, hofft die *GGUA* auf positive Auswirkungen des Ratsbeschlusses der *Stadt Münster*.⁹¹³

Durch die *Hartz IV*-Reform ist die Zumutbarkeit für `Deutsche` hinsichtlich der Arbeitsaufnahme gesenkt worden, so dass sich dies auch auf den Arbeitsmarkt für Flüchtlinge auswirkt. Nun stehen genügend Bevorrechtigte für Arbeitsbereiche zur Verfügung, in denen Flüchtlinge bisher eine Arbeit finden konnten. Neben einer Vorrangprüfung ist nun auch eine Lohnprüfung vorgesehen. Voigt schätzt, dass rund 10-20 Prozent der in Münster lebenden Flüchtlinge eine Arbeit haben. Jedoch ist in den letzten Jahren keine Erhöhung zu erkennen. Durch die *Bleibe-*

⁹⁰⁸ ebd.

⁹⁰⁹ ebd.

⁹¹⁰ Die Gutschein-AG: Bargeld für alle Flüchtlinge! Informationsbroschüre, Münster

⁹¹¹ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

⁹¹² Die Gutschein-AG: Bargeld für alle Flüchtlinge! Informationsbroschüre, Münster

⁹¹³ GGUA-Medieninformation: Gutscheine für Geduldete werden abgeschafft. GGUA-Flüchtlingshilfe begrüßt Ratsbeschluss

rechtsregelung steigt nun der Druck auf die Betroffenen, eine Arbeit zu finden. Eine Arbeitsaufnahme bedeutet für den Staat eine deutliche Entlastung des Finanzhaushaltes.⁹¹⁴ Münster verfügt über keine Schwerindustrie, so dass die Flüchtlinge hinsichtlich der Jobangebote als KellnerIn oder Spülhilfe mit den Studierenden konkurrieren müssen. Nach Einschätzung Michls bieten sich häufig nur Jobs in ´ethnischen Imbissen`, in denen überwiegend muttersprachliche Aushilfen arbeiten.⁹¹⁵ Mashkooori führt deutliche Bedenken an, dass Flüchtlinge, die eine Arbeit finden, auch dadurch ihren Unterhalt sichern können. Vielmehr ist es wahrscheinlich, dass das Geld nicht für alle Ausgaben reichen wird.⁹¹⁶

Betroffenen, die gekürzte Leistungen nach § 1a *AsylbLG* beziehen, wird darüber hinaus ein Arbeitsverbot auferlegt und bestehende Arbeitsverhältnisse nach § 12 *Beschäftigungsverfahrensverordnung* (BeschVerfV) aufgekündigt. Mit der Einführung des *Zuwanderungsgesetzes* ist eine deutliche Zunahme an Arbeitsverboten für Flüchtlinge zu verzeichnen.⁹¹⁷

Michl veranschaulicht die Interpretationsmöglichkeiten der gesetzlichen Vorgaben hinsichtlich der Kostenübernahme im Krankheitsfall.

Flüchtlinge, die Leistungen analog zu *SGB XII* erhalten, sind nach § 264 *SGB V* einer Krankenkasse zu melden. In Münster können sich die davon Betroffenen eine Krankenkasse aussuchen und bekommen eine Krankenkassenkarte. Sie werden den Pflichtversicherten gleichgestellt. Die Krankenkasse übernimmt die Abrechnung und stellt dem Sozialamt die Krankenkassenbeiträge plus fünf Prozent Verwaltungskosten in Rechnung.

Wenn in diesem Fall aufgrund einer fehlenden Mitwirkungspflicht beispielsweise auf gekürzte Leistungen nach dem *AsylbLG* umgestellt wird, ist eigentlich nur eine Kostenübernahme nach dem *AsylbLG* möglich. Doch übernimmt in diesen Fällen das Sozialamt weiterhin die Kosten für die Krankenversicherung.⁹¹⁸

⁹¹⁴ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹¹⁵ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁹¹⁶ Interview mit Karim Mashkooori, Gesundheitsamt Münster, 12.01.2007

⁹¹⁷ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹¹⁸ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

Neben der allgemeinen Kostenübernahme im Krankheitsfall, bei akuten Schmerzzuständen oder Notfallbehandlungen, besteht die Möglichkeit einen Antrag auf medizinische Zusatzleistungen nach § 2 *AsylbLG* zu stellen. Problematisch gestaltet sich jedoch die Kostenübernahme besonders bei einer notwendigen Psychotherapie oder bei Zahnersatz. Voigt erwähnt in diesem Zusammenhang, dass er von keinem Fall berichten kann, bei dem z.B. der Antrag auf Gesprächs-Psychotherapie genehmigt wurde. Häufig werden eher NeurologInnen- oder PsychiaterInnenkosten übernommen, da hier die psychischen Beschwerden in aller Regel über Schmerzmittel und Psychopharmaka behandelt werden können. Langwierige Therapien und teure Behandlungsansätze werden nicht genehmigt, es sei denn, es handelt sich dabei um die einzig mögliche adäquate Heilbehandlung und ist unbedingt notwendig. In diesem Fall müssen die Kosten übernommen werden.⁹¹⁹ Eine Traumabehandlung gilt nicht unbedingt als Notfallbehandlung, sondern eher als eine planbare Behandlung. Wenn die AmtsärztInnen allerdings attestieren, dass eine Behandlung zur „Sicherung der Gesundheit unerlässlich“⁹²⁰, und die Fahrt beispielsweise zu einer muttersprachlichen Therapeutin als Maßnahme notwendig ist, werden die Kosten übernommen. Michl beschreibt dieses Vorgehen als sinnvoll und notwendig. In einigen Fällen bei akuten Schmerzzuständen, sei eine Kostenübernahme möglich. Jedoch werden aufgrund der restriktiven Vorgaben des *AsylbLGs* die Gutachten häufig mit dem Hinweis versehen, dass eine Aufarbeitung des Traumas im Herkunftsland erfolgen solle. Es handelt sich hierbei überwiegend um Ermessensentscheidungen. Bei Leistungsbezug nach § 2 *AsylbLG* können die Kosten über die Krankenkassenleistungen übernommen werden.⁹²¹ Die Kosten für psychische Erkrankungen von bis zu 70.000 Euro werden nach Aussage Marinos nur in den schwerwiegenden und unbedingt notwendigen Fällen übernommen.⁹²² Eine Untersuchung findet im *Gesundheitsamt* statt. Dort werden Gutachten für das *Sozialamt* erstellt, die die Notwendigkeit einer Behandlung belegen bzw. entkräften.⁹²³ In speziellen medizinischen Fragen (z.B. der Gynäkologie und Psychotherapie) werden teilweise auch externe Gutachten angefordert. Die Entscheidung

⁹¹⁹ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹²⁰ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁹²¹ ebd.

⁹²² Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

⁹²³ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

über die Kostenübernahme trifft das Sozialamt, in der Regel auf Grundlage des Gutachtens. Jedoch kann sich das Sozialamt entgegen der Empfehlungen der AmtsärztInnen entscheiden.⁹²⁴ Als besonders wichtig wird die frühzeitige, unbedingt vor der Behandlung stattfindende Beantragung der Zusatzleistungen hervorgehoben, da sonst im Falle der Ablehnung, die Kosten von den Betroffenen selbst getragen werden müssen.⁹²⁵ Auch Michl verdeutlicht die Probleme, die in einem solchen Fall auftreten können. Die Flüchtlinge erhalten Krankenscheine, auf denen die Asylstelle angegeben ist und somit auf die eingeschränkte Behandlung verweisen.⁹²⁶ Darüber hinaus ist hier vermerkt, dass die Flüchtlinge von der Praxisgebühr befreit sind, wie auch von den Zuzahlungen für verschreibungspflichtige Medikamente. Die Abrechnung der ÄrztInnen mit dem Sozialamt erfolgt quartalsweise.⁹²⁷ Trotz deutlicher Hinweise auf die Behandlungsbeschränkungen kommt es immer wieder zu Situationen, in denen ÄrztInnen insbesondere aus Krankenhäusern, Flüchtlinge ohne die Genehmigung des Sozialamtes behandeln. Nachträglich wird eine Kostenübernahme nicht genehmigt. Häufig werden dann die Kosten der Behandlung als Privatrechnung auf die Betroffenen übertragen oder über das Krankenhausbudget beglichen. In anderen Fällen werden Flüchtlinge nicht behandelt, wenn keine entsprechende Zusage der Kostenübernahme durch das Sozialamt vorliegt.⁹²⁸ Besonders bei Prothesen und Zahnersatz handelt es sich meist um planbare Behandlungen, so dass die Möglichkeit bestanden hätte, im Voraus einen Antrag auf Kostenübernahme zu stellen. Eine akute Schmerzbehandlung wird dagegen immer genehmigt.⁹²⁹

Für die Genehmigung einer Parodontosebehandlung muss ein Heil- und Kostenplan erstellt und von den zuständigen AmtsärztInnen überprüft werden. Flüchtlinge mit Leistungen nach § 2 *AsylbLG* haben so die Möglichkeit, Zuschüsse für z.B. einen Zahnersatz zu erhalten. Manche ÄrztInnen stellen eine Rechnung nur in Höhe des Zuschusses aus und andere stellen zusätzlich eine Eigenanteilrechnung aus.⁹³⁰ Vor einer Entscheidung über die Kostenübernahme muss u.a. die Frage ge-

⁹²⁴ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁹²⁵ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹²⁶ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁹²⁷ Interview mit Ralf Franger, Sozialamt Münster, 27.11.2006

⁹²⁸ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁹²⁹ Interview mit Ralf Franger, Sozialamt Münster, 27.11.2006

⁹³⁰ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

klärt werden, ob die Behandlung bis zum Abschiebungsvollzug aufgeschoben werden kann.⁹³¹

Die hohen Kosten eines Zahnersatzes und von kieferorthopädischen Behandlungen werden selten übernommen. So wurde bereits breiige Kost (Pürrierstab) als Alternative zum Zahnersatz empfohlen. Gegen solche Bescheide kann Widerspruch eingelegt werden.⁹³² Michl empfiehlt, grundsätzlich einen Widerspruch einzulegen, um die Möglichkeit „nicht zu verschenken“, doch eine Kostenzusage zu erhalten.⁹³³ Ein sogenannter Ober-Gutachter, der vom *Sozialamt* bezahlt wird, formuliert daraufhin einen Ablehnungsbescheid oder schlägt einen Kompromiss vor.⁹³⁴ Um einen Widerspruch zu begründen, können Gutachten von der behandelnden Ärztin/dem behandelnden Arzt hinzugezogen werden. Häufig verzichten die ÄrztInnen in diesen Fällen auf eine Rechnung. Es ist zu beweisen, dass es sich dabei um einen Ausnahmefall handelt.⁹³⁵ Da häufig die medizinischen Begründungen für einen Widerspruch nicht ausführlich dargelegt werden, kann es hilfreich sein, ein Verfahren vor dem *Sozialgericht/Landessozialgericht*⁹³⁶ anzustreben, um gegen den Widerspruchsbescheid zu klagen. Michl betont, dass die SozialrichterInnen häufig „sozialer eingestellt“ sind, als die VerwaltungsrichterInnen und somit häufiger im Sinne der Betroffenen entscheiden.⁹³⁷ Marinos ist der Ansicht, dass Flüchtlinge zunehmend eine medizinische Flüchtlingshilfe in Anspruch nehmen müssen, da die Ämter (so auch das Sozialamt) angehalten sind, Kosten einzusparen, und somit seltener Behandlungskosten übernehmen.⁹³⁸

Wohnen

Im Jahre 2000 setzte sich die Verantwortlichen der *Stadt Münster* zusammen und entwickelten Kriterien für eine sozialverträgliche und integrationsfördernde Ver-

⁹³¹ Interview mit Ralf Franger, Sozialamt Münster, 27.11.2006

⁹³² Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹³³ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁹³⁴ ebd.

⁹³⁵ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹³⁶ Seit einiger Zeit sind nicht mehr die Verwaltungsgerichte, sondern die Sozialgerichte zuständig. Ein Verfahren am Sozialgericht ist bislang, unabhängig von möglichen Anwältinnen-/Anwaltskosten, kostenfrei. Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹³⁷ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁹³⁸ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

teilung von Flüchtlingsunterkünften im Stadtgebiet.⁹³⁹ Der Rat der *Stadt Münster* entschied am 16. Mai 2001 über den Bau neuer Wohnunterkünfte zur Unterbringung von Flüchtlingen, wodurch ein neues Rahmenkonzept umgesetzt wurde. In einer öffentlichen Beschlussvorlage heißt es: „die neuen Unterkünfte orientieren sich hinsichtlich der Innenausstattung und der Gestaltung des Außengeländes an den Bedürfnissen der Flüchtlinge. Die gesamte bauliche Gestaltung wird an die des Wohnumfeldes angepasst“.⁹⁴⁰

Seit einigen Jahren gibt es keine großen Übergangwohnheime mehr in Münster. Durch die vor sieben Jahren entwickelte Konzeption⁹⁴¹ der sogenannten Köhnke-Häuser (siehe Tab. 3.3.c) leben nun maximal 50 Flüchtlinge in einer der auf das gesamte Stadtgebiet verteilten Gemeinschaftseinrichtungen.⁹⁴² In diesen dezentral gelegenen Übergangwohnheimen leben insgesamt 586 Flüchtlinge, unbeachtet ihres Leistungsbezuges.⁹⁴³ Die Betreuung der Übergangwohnheime fällt ebenfalls in den Aufgabenbereich des Sozialdezernates.⁹⁴⁴

⁹³⁹ vgl. Münster, 2000

⁹⁴⁰ Münster, 2002, S. 6

⁹⁴¹ ebd.

⁹⁴² Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁹⁴³ Flüchtlinge im Leistungsbezug des Sozialamtes Münster. Interner Zahlenspiegel, 31.10.2006

⁹⁴⁴ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

Tab. 3.3.c: Übergangwohnheime in Münster

| Strasse | Belegungszahl |
|-----------------------------------|----------------------|
| Böttcherstr. 3 | 43 |
| Dülmener Str. 53-55 | 43 |
| Friedrich-Ebert-Str. 1 | 39 |
| Grevenener Str. 217 | 24 |
| Hoppengarten 24/32 | 46 |
| Im Sundern 61 | 37 |
| Kastellstr. 1 | 15 |
| Manfred-von-Richthofen-Str. 55/57 | 66 |
| Nordkirchenweg 48/50 | 41 |
| Theißingstr. 17 | 30 |
| Warendorfer Str. 273-277 | 128 |
| York-Ring 23 | 41 |
| Sonstige städtische Wohnungen | 33 |
| Gesamt | 586 |

Eigene Darstellung nach: Flüchtlinge im Leistungsbezug des Sozialamtes Münster. Interner Zahlenspiegel, 31.10.2006

53 Flüchtlinge, die nicht im Leistungsbezug stehen und trotzdem in Übergangwohnheimen leben⁹⁴⁵, müssen an die *Stadt Münster* als sogenannte SelbstzahlerInnen eine Nutzungsgebühr zahlen.⁹⁴⁶

Darüber hinaus leben 900 Flüchtlinge, die im Leistungsbezug stehen, in Privatwohnungen.⁹⁴⁷ Die Anzahl von Flüchtlingen, die eine Arbeit haben und in Privatwohnungen leben ist nicht bekannt.⁹⁴⁸ Die Nutzung von Privatwohnungen wird ermöglicht, jedoch nicht ausdrücklich gefördert.⁹⁴⁹ Alleinstehende dürfen sich nach drei Jahren⁹⁵⁰ und Familien nach ein bis zwei Jahren⁹⁵¹ um eine Privatwohnung be-

⁹⁴⁵ Flüchtlinge im Leistungsbezug des Sozialamtes Münster. Interner Zahlenspiegel, 31.10.2006

⁹⁴⁶ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹⁴⁷ Flüchtlinge im Leistungsbezug des Sozialamtes Münster. Interner Zahlenspiegel, 31.10.2006

⁹⁴⁸ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹⁴⁹ ebd.

⁹⁵⁰ ebd.

⁹⁵¹ Interview mit Ralf Franger, Sozialamt Münster, 27.11.2006

mühen. Hilfe dazu gibt es z.B. von den SozialarbeiterInnen der Gemeinschaftsunterkünfte.⁹⁵² Schwierigkeiten ergeben sich häufig aufgrund der geringen, zur Verfügung stehenden finanziellen Mittel. Belastungen ergeben sich durch hohe Heizkosten, da die BewohnerInnen die meiste Zeit zu Hause sind und viel heizen, und durch zusätzlich hohe Energiekosten durch veraltete Elektrogeräte.⁹⁵³ Flüchtlingen, die eine Privatwohnung beziehen möchten, erhalten sogenannte Einrichtungspauschalen bzw. –beihilfen für die Wohnungseinrichtung. Über die Höhe dieser Leistungen entscheidet die *Stadt Münster*. Das gilt auch für die Mietzuschüsse. Nach einer internen Verfügung können den Betroffenen Zuschüsse in Bezug auf die Wohnungsgröße und die Anzahl der Familienmitglieder bewilligt werden. Entscheidend dafür ist die Einschätzung des Sozialamtes über die Angemessenheit der Wohnung. Für die Übernahme von zusätzlichen Kosten für Möbel, aber auch für die Babyerstaussstattung, muss ein Antrag auf Zusatzleistungen nach § 6 *AsylbLG* gestellt werden.⁹⁵⁴

Das *Amt für Wohnungswesen der Stadt Münster* argumentiert: „Mietwohnungen werden in der Regel frei vermarktet. Das heißt, der Preis unterliegt dem Wechselspiel von Angebot und Nachfrage. Das kann Wohnen teuer machen. Nicht alle können sich das leisten [...] Damit auch wirklich Bedürftige in den Genuss der günstigen Miete kommen, braucht man für eine Sozialwohnung einen Wohnberechtigungsschein“.⁹⁵⁵ Weiter heißt es: „Asylbewerberinnen und -bewerber können keine Sozialwohnung beziehen“.⁹⁵⁶

Für Flüchtlinge gestaltet es sich besonders schwer, angemessenen Wohnraum zu einer bezahlbaren Miete zu finden. Flüchtlinge erhalten keine Wohnberechtigungsscheine. Hinzu kommt die Beschränkung, dass Flüchtlinge Wohnungen in bestimmten Straßenzügen nicht beziehen dürfen, um einer Ghettoisierung und der Entstehung von sogenannten Problemvierteln vorzubeugen. Das gilt auch, wenn in den betroffenen Straßen ein Wohnungsleerstand zu verzeichnen ist.⁹⁵⁷ Mit dieser Problematik beschäftigt sich auch der Ausländerbeirat.⁹⁵⁸

⁹⁵² Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹⁵³ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁹⁵⁴ Interview mit Ralf Franger, Sozialamt Münster, 27.11.2006

⁹⁵⁵ Münster, 2005, S. 5

⁹⁵⁶ Münster, 2005, S. 6

⁹⁵⁷ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹⁵⁸ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

Verhandlungen mit dem Amt für Wohnungswesen werden geführt, um die Anspruchsberechtigung an eine Sozialwohnung zu liberalisieren.⁹⁵⁹

Das *Köhnke-Konzept* umschreibt Voigt als sehr gut und deutschlandweit beispielhaft. Nach diesem Konzept sei genau festgelegt, wie eine Unterbringungseinrichtung gestaltet werden solle, die Betreuung gewährleistet und wie viele Menschen dort leben können. Als politische Richtungsentscheidung wurde die Wohnsituation der Flüchtlinge in Münster auf dieses Konzept ausgelegt.⁹⁶⁰ Es handelt sich um neue Wohnungen und nicht etwa um ausgediente Kasernen oder Lager. Die Flüchtlinge haben dort bessere Kochmöglichkeiten.⁹⁶¹

Die Betreuung in den städtischen Übergangseinrichtungen übernehmen sieben SozialarbeiterInnen/SozialpädagogInnen des *Sozialdienstes für Flüchtlinge* des *Sozialamtes Münster*. Diese Betreuung umfasst u.a. die allgemeine Beratung in den Bereichen wie Familie, Schule und Alltag, die Beratung bei Erziehungs- und Partnerschaftsproblemen sowie die Beratung und Betreuung von Frauen bei häuslicher Gewalt oder während der Schwangerschaft.

Die Kosten für diese Angebote beliefen sich 2005 nach Angaben des Sozialamtes auf 102.385,- Euro.⁹⁶²

Die Übergangseinrichtung in der Meesenstiege in Hilstrup wird nach einem Ratsbeschluss aus dem Jahr 2004 vom *Christlichen Verein junger Menschen (CVJM)* betreut.⁹⁶³

Für die Betreuung der in Privatwohnungen lebenden Flüchtlinge ist der *kommunale Sozialdienst* des *Amtes für Kinder, Jugendliche und Familien* zuständig.⁹⁶⁴

⁹⁵⁹ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹⁶⁰ ebd.

⁹⁶¹ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

⁹⁶² vgl. Münster, 2006

⁹⁶³ vgl. Münster, 2004

⁹⁶⁴ vgl. Münster, 2006

Kinder und Jugendliche

Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge werden nach Meinung Voigts häufig wie Erwachsene behandelt. Sie werden in Gemeinschaftsunterkünften mit Erwachsenen untergebracht. Da Deutschland die *UN-KRK* nicht uneingeschränkt umsetzt ist eine *Abschiebehaft* für Minderjährige möglich. Durch das Inkrafttreten des *Gleichstellungsgesetzes* soll es zukünftig keine Unterscheidung in der Behandlung Minderjähriger geben.⁹⁶⁵

Die Zahl unbegeleiteter minderjähriger Flüchtlinge in Münster ist relativ gering. Nur, wenn beispielsweise in einer *ZAE* entschieden wird, dass es zum Wohl des Kindes sei, nach Münster verwiesen zu werden, wäre eine Aufnahme denkbar. Das Münsteraner *Jugendamt* arbeitet mit u.a. der *GGUA* zusammen, um gemeinsam eine private Vormundschaft für unbegleitete minderjährige Flüchtlinge zu organisieren.⁹⁶⁶ Bei einer Vormundschaft durch das *Jugendamt* erfolgt die Unterbringung im Kinderheim *Michaelsheim* in Telgte. Jugendliche, die auf eigenen Wunsch nicht mehr im Kinderheim untergebracht werden wollen, werden auf die Gemeinschaftsunterkünfte in Münster verteilt.⁹⁶⁷ Eine offizielle Statistik über die Anzahl der in Münster lebenden Unbegleiteten gibt es nicht, doch schätzt Marinos ihre Zahl auf etwa 20.⁹⁶⁸

Als problematisch beschreibt Michl die Situation, wenn es sich bei den Minderjährigen nach Ansicht des *Sozialamt* nicht mehr um Minderjährige handelt. Es besteht die Möglichkeit von *Handwurzelknochenuntersuchungen*, die jedoch sehr kostenintensiv sind.⁹⁶⁹

Bereits seit Jahren bestand in *Nordrhein-Westfalen* ein *Schulrecht*, welches jedoch seit einiger Zeit (Sommer 2005⁹⁷⁰) in eine *Schulpflicht* umgewandelt wurde. Voigt berichtet, dass es oft an dem fehlenden Schulbesuch der Eltern lag, die ihre Kinder nicht in die Schule schicken wollten, da ihnen die Bedeutung der Schulbildung nicht bewusst gewesen sei. Im Rahmen des Integrationskonzeptes der *Stadt Müns-*

⁹⁶⁵ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹⁶⁶ ebd.

⁹⁶⁷ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁹⁶⁸ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

⁹⁶⁹ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁹⁷⁰ Interview mit Ralf Franger, Sozialamt Münster, 27.11.2006

ter kontrolliert eine Sozialarbeiterin des *Sozialamtes* die Befolgung der *Schulpflicht* von Flüchtlingskindern, und setzt dieses auch bei Bedarf mit Hilfe der Polizei oder des *Ordnungsamtes* um. Eine Lernmittelfreiheit besteht für Flüchtlinge nicht, so dass das *Sozialamt Münster* die Kosten nicht übernimmt.⁹⁷¹ Für die Kostenübernahme von Klassenfahrten und Schulbüchern kann von den Betroffenen ein Antrag auf Zusatzleistungen gestellt werden.⁹⁷²

Die o.g. *Schulpflicht* gilt für Kinder von Illegalisierten nicht.⁹⁷³

Michl äußert seine Befürchtungen über zunehmend perspektivlose Jugendliche. Nach der gewährten Schulausbildung würden sich die Schwierigkeiten einer Ausbildungssuche und Arbeitserlaubnis zeigen. Beispielsweise ist es Flüchtlingen erlaubt zu studieren, doch sind sie nach dem AsylbLG von jeglicher finanziellen Unterstützung ausgeschlossen.⁹⁷⁴

Einige Schulen beschwerten sich über die nach ihrer Ansicht zu hohe Zahl 'ausländischer' Kinder. Muttersprachlicher Unterricht wird in den Schulen nicht mehr angeboten, da die Arbeitsverträge der muttersprachlichen Lehrkräfte nach Angaben Marinos nicht verlängert werden.⁹⁷⁵

Mashkooori erläutert, dass von einer Mangelernährung der in Gemeinschaftsunterkünften lebenden Kinder nicht gesprochen werden kann.⁹⁷⁶

Illegalisierte

Von rund 100.000 illegalisierten Flüchtlingen in Berlin ausgehend, schätzt Voigts die Anzahl der in Münster lebenden illegalisierten Flüchtlinge auf einige Tausend. Ein Teil der Betroffenen sucht Hilfe bei der *GGUA*, mit dem Ziel sich 'legalisieren' zu lassen.⁹⁷⁷ Nach Darstellung Marinos beläuft sich die Anzahl der illegalisierten Flüchtlinge in Münster auf 500-1.000 Menschen.⁹⁷⁸

⁹⁷¹ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹⁷² Interview mit Ralf Franger, Sozialamt Münster, 27.11.2006

⁹⁷³ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹⁷⁴ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁹⁷⁵ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

⁹⁷⁶ Interview mit Karim Mashkooori, Gesundheitsamt Münster, 12.01.2007

⁹⁷⁷ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹⁷⁸ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

Kurz (6 Wochen) vor der Entbindung stehende Frauen stehen bis zu sechs Monate nach der Geburt unter einem Abschiebeschutz und haben einen Anspruch auf Leistungen analog *SGB XII*.⁹⁷⁹ Die Stadt Münster stellt sich nach Ansicht Voigts der Herausforderung einer Versorgung illegalisierter Flüchtlinge nicht.⁹⁸⁰

Statt dessen werden häufig Strafverfahren aufgrund der `Förderung des illegalen Aufenthalts` eingeleitet, die jedoch noch nicht bis zu einer Anklage fortgeführt wurden. Hierbei ging es entweder um ÄrztInnen, die medizinische Hilfe leisteten, oder Schul- und KindergartenleiterInnen, die Kinder illegalisierter Flüchtlinge nicht meldeten. Bereits die *Süssmuthkommission* hatte Gesetzesänderungen gefordert, wonach medizinische und „direkte humanitäre Hilfen“⁹⁸¹ straffrei bleiben sollen. Diese Forderungen sind nicht in das *Zuwanderungsgesetz* aufgenommen worden. Somit besteht die Gefahr einer Verurteilung, auch wenn es bisher zu keiner gekommen ist.⁹⁸²

In *Münster* gibt es dennoch einige Konzepte, die sich mit der Hilfe für Illegalisierte auseinandersetzen. Neben einem gut funktionierenden ÄrztInnennetzwerk versuchen unterschiedliche Institutionen Hilfen bereitzustellen. So gibt es eine Reihe von Einrichtungen, die Übernachtungen ermöglichen oder Essen ausgeben.⁹⁸³

Eine organisierte Selbsthilfe der Vernetzung durch Vereinsgründungen, Demonstrationen etc. wie z.B. in Spanien oder Italien, ist hier in Deutschland derzeit nicht vorstellbar.⁹⁸⁴

Mashkooori verweist auf die Situation in Schweden, in denen alle Flüchtlinge die Möglichkeit einer freien Arztwahl haben und sich nicht verstecken müssen.⁹⁸⁵

Gesundheitsstatus und Gesundheitsversorgung

Nach Meinung von Michl handelt es sich bei den auftretenden Krankheiten bei Flüchtlingen um einen Querschnitt der auch in der Allgemeinbevölkerung vorkommenden Erkrankungen, wie z.B. Adipositas, chronisch obstruktive Erkrankungen,

⁹⁷⁹ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹⁸⁰ ebd.

⁹⁸¹ ebd.

⁹⁸² ebd.

⁹⁸³ ebd.

⁹⁸⁴ ebd.

⁹⁸⁵ Interview mit Karim Mashkooori, Gesundheitsamt Münster, 12.01.2007

Diabetes, Lungen- und Kehlkopfkrebs. Seiner Ansicht nach sind aufgrund des anderen Verständnisses von Krankheit, Präventionsaspekte schwer vermittelbar.⁹⁸⁶ Besonders Diabetes Typ II-Erkrankungen scheinen nach Ansicht Marinos häufiger und vor allem früher aufzutreten als bei der Allgemeinbevölkerung. Außerdem beobachtet er, dass die Anzahl von Hepatitis- und Tuberkulose-Erkrankungen ansteigt.⁹⁸⁷

Mashkooori erläutert die möglichen Gründe für die hohe Anzahl psychisch erkrankter Flüchtlinge in Münster. Vielfach handelt es sich bei den Betroffenen um Geduldete, die sich noch bis vor wenigen Monaten alle drei Monate melden mussten, um ihre *Duldung* zu verlängern. Die Gefahr einer drohenden *Abschiebung* erhöhte dadurch den psychischen Druck. Die Flüchtlinge hatten häufig keine Beschäftigung und blieben zu Hause. Mashkooori glaubt, dass eine Integration dieser langjährig Geduldeten hinsichtlich der *Altfallregelung*, aufgrund dieser massiven psychischen Last kaum noch möglich ist.⁹⁸⁸

Während vor einigen Jahren die Anzahl von Tuberkulosefällen als problematisch angesehen wurde, beschreibt Mashkooori grundsätzlich deutliche Verbesserungen des Gesundheitsstatutes der Flüchtlinge. Die Erstuntersuchungen werden über die *aufsuchende Gesundheitsvorsorge*⁹⁸⁹ abgedeckt und ernährungs- und gesundheitspräventive Projekte werden regelmäßig angeboten. Beispielsweise erfolgt aufgrund der häufig schlechten Zahngesundheit der Flüchtlinge, eine Zahnprophylaxe bei Kindern und Jugendlichen. Frauen haben nach den Erfahrungen Mashkoooris in der Weitergabe der Informationen (z.B. Zahnputztechniken, Hinweise zur Ernährung und Zubereitung von Nahrungsmitteln) an die übrigen FamilienmitgliederInnen eine besondere Bedeutung.⁹⁹⁰

Während die Kinder in den Herkunftsländern Datteln und frisches Obst als etwas Süßes bekommen, bekommen die Kinder in den Flüchtlingsfamilien hier viele Süßigkeiten. Mashkooori formuliert deutlich die Rolle der Werbung. Er beschreibt, wie Mütter von der Werbung so beeinflusst werden, dass auch ihre Kinder durch die angepriesenen, vitaminreichen Süßigkeiten so schön aussehen, so glücklich und

⁹⁸⁶ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

⁹⁸⁷ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

⁹⁸⁸ Interview mit Karim Mashkooori, Gesundheitsamt Münster, 12.01.2007

⁹⁸⁹ vgl. Gardemann, Mashkooori, 1998, S. 687

⁹⁹⁰ Interview mit Karim Mashkooori, Gesundheitsamt Münster, 12.01.2007

gesund sein sollen, wie in dem Werbespot versprochen. Darüber hinaus verzehren sie viel Fleisch. Das oft im Herkunftsland als Statussymbol und für Wohlstand geltende Fleisch ist nun jederzeit verfügbar. Mashkooori verdeutlicht ein regelrecht maßloses Essen. Außerdem schildert er einen hohen Konsum von Fertignahrung, da die Verpackung ein frisches und gehaltvolles Essen verspricht. Hinzu kommt, dass diese Fertiggerichte und Dosenmahlzeiten günstig und schnell zuzubereiten sind. Diese Aspekte führen zu einem vermehrten Auftreten von sogenannten Zivilisationskrankheiten wie z.B. Übergewicht und Diabetes. Auch um solche Auswirkungen zu vermeiden und einzuschränken, baut Mashkooori auf eine anschauliche und praxisnahe Beratung und Information.⁹⁹¹

Viele Flüchtlinge haben in der ersten Zeit hier in Deutschland regelrecht Angst, eine ÄrztInnenpraxis zu betreten, erklärt Mashkooori. ÄrztInnen im weißen Kittel genießen ein hohes Ansehen und sind für die Betroffenen oft unnahbar, denn in vielen Herkunftsländern ist es nur reichen Menschen ermöglicht, ÄrztInnenpraxen aufzusuchen. Daher gehen sie nicht gerne zu einer Ärztin/einem Arzt, sondern gehen direkt ins Krankenhaus.⁹⁹² Die erhöhte Anzahl von Krankenhausaufenthalten liegt darin begründet, dass den Betroffenen häufig nur die „gesundheitlichen Versorgungsstrukturen“⁹⁹³ der Herkunftsländer vertraut sind. So werden Krankenhäuser den ÄrztInnenpraxen vorgezogen, was zu einer „erheblichen psycho-sozialen Belastung des Kindes und seiner Familie“ und zu „erheblichen Mehrkosten durch stationäre Pflegesätze“ führt.⁹⁹⁴

Mit der Dauer ihres Aufenthaltes gewöhnen sie sich zunehmend an das hiesige Gesundheitssystem mit den niedergelassenen ÄrztInnen. Sprachlichen Zugangsbarrieren wird zum einen mit dem Einsatz von DolmetscherInnen und einem mehrsprachigen Streetworker⁹⁹⁵ begegnet. Auch besteht die Möglichkeit der Vermittlung von muttersprachlichen ÄrztInnen (siehe Anhang 7.2). Dazu hat das Gesundheitsamt eine Broschüre, bzw. ein Adressbuch herausgegeben, in dem sämtliche ÄrztInnen (nach Sprachkompetenzen geordnet) aus Münster und der Region verzeichnet sind. Die Beantragung von DolmetscherInnen erfolgt über das Sozialamt, welches

⁹⁹¹ ebd.

⁹⁹² ebd.

⁹⁹³ Gardemann, Mashkooori, 1998, S. 691

⁹⁹⁴ vgl. Gardemann, Mashkooori, 1998, S. 691

⁹⁹⁵ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

auch für die Kostenübernahme zuständig ist. Die Vermittlung ehrenamtlicher DolmetscherInnen übernehmen häufig die SozialarbeiterInnen vor Ort.⁹⁹⁶ Über den Ausländerbeirat können ebenfalls DolmetscherInnen vermittelt werden.⁹⁹⁷

Es gibt eine Absichtserklärung im Integrationskonzept der Stadt Münster zur Gesundheitsversorgung geduldeter Flüchtlinge, welche jedoch nicht über die gesetzlichen Regelungen hinaus geht und insbesondere Illegalisierte nicht berücksichtigt. Daher kann nach der Auffassung Voigts nicht davon gesprochen werden, dass die Stadt Münster sich irgendeiner Herausforderung stelle.⁹⁹⁸

Das Gesundheitsamt Münster leistet eine *aufsuchende Gesundheitsvorsorge*⁹⁹⁹ für Flüchtlinge, im Sinne einer „zielgruppenbezogenen kommunalen Gesundheitsförderung“¹⁰⁰⁰, in dem die einzelnen Gemeinschaftsunterkünfte in Münster regelmäßig besucht werden. Mashkooi berichtet von Vereinbarungen mit KinderärztInnen, gemeinsam mit dem *Gesundheitsamt* beispielsweise den Impfstatus der Flüchtlingskinder zu kontrollieren oder die Inanspruchnahme von Vorsorgeuntersuchungen nachzufragen. Darüber hinaus werden die MitarbeiterInnen des *Gesundheitsamtes* von den vor Ort stehenden SozialarbeiterInnen auf Schwierigkeiten und Probleme aufmerksam gemacht. Dadurch hat sich z.B. die hygienische Situation in den Wohnheimen deutlich verbessert.¹⁰⁰¹ Marinos schildert, dass Flüchtlinge oft „für unsere Begriffe ungepflegt“ erscheinen, was sich auf die Akzeptanz in der Gesellschaft auswirken und bestehende Vorurteile bestärken kann.¹⁰⁰²

Die MitarbeiterInnen des *Gesundheitsamtes* geben Informationen und klären über bestimmte Sachverhalte auf. Sie empfehlen bei Bedarf eine Untersuchung der Kinder durch eine/n Kinderärztin/Kinderarzt, bieten die Hilfe einer Hebamme bei Fragen zu Schwangerschaft, Vor- und Nachsorge an oder leisten praktische Beratungshilfen in den Bereichen grundlegender Kompetenzen, wie Hygiene, Ernährung und anderen Gesundheitsthemen. In einigen Fällen werden Beratungsgespräche durchgeführt, die meistens über den Kontakt der SozialarbeiterInnen organi-

⁹⁹⁶ Interview mit Karim Mashkooi, Gesundheitsamt Münster, 12.01.2007

⁹⁹⁷ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

⁹⁹⁸ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

⁹⁹⁹ vgl. Gardemann, Mashkooi, 1998, S. 687

¹⁰⁰⁰ ebd.

¹⁰⁰¹ Interview mit Karim Mashkooi, Gesundheitsamt Münster, 12.01.2007

¹⁰⁰² Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

siert werden. Bei den Flüchtlingen, die in Privatwohnungen leben, zeigten sich in der Vergangenheit häufig hygienische Probleme. Da viele Flüchtlinge mit den hiesigen Systemen, wie Mülltrennung und -entsorgung, Lüftung der Wohnung etc. nicht vertraut waren, bestand die Gefahr einer gesundheitlichen Belastung durch starke Schimmelbildung im Wohnraum.¹⁰⁰³

Nach den Erfahrungen Mashkoooris bestehen besonders Informationsdefizite bei Müttern mit Kleinkindern. Aufgrund der beschränkten Möglichkeiten in einer Gemeinschaftsunterkunft stellen sich dort Fragen der Hygiene.¹⁰⁰⁴ Michl berichtet von Situationen, in denen nicht gelesene oder verstandene Dosierungsanleitungen und Zubereitungshinweise von Säuglingsnahrung und Medikamenten gefährliche Folgen hatten. Doch sind solche Fälle nach seinen Angaben schon lange nicht mehr vorgekommen und auf den großen Erfolgen der Publikationen mit bildhaften Darstellungen von Karim Mashkooiri in Verbindung bringt.¹⁰⁰⁵ Das *Gesundheitsamt* gibt muttersprachliche Broschüren und Hefte heraus, die anschaulich die alltäglichen Dinge des Lebens, wie die Nahrungszubereitung oder Zahnhygiene erklären.¹⁰⁰⁶ Für diese in sechs Sprachen herausgegebene Broschüre besteht bereits eine bundesweite und europaweite Nachfrage.

Mashkooiri beschreibt die Kooperation des *Gesundheitsamtes* mit unterschiedlichen Kompetenzen, um die eigenen Konzepte weiterzuentwickeln. In Zusammenarbeit mit den *Abfallwirtschaftsbetrieben* veranschaulichte beispielsweise eine Müllsammelaktion, die Erläuterung der Mülltrennung und die anschließende Besichtigung der Entsorgungs- und Recyclinganlage, den Flüchtlingen die Bedeutung von Müllvermeidung und fachgerechter Entsorgung.¹⁰⁰⁷

Seit August 2003 schloss sich die *Stadt Münster* an das Gesundheitsprojekt *Mit Migrant*innen für Migrant*innen (MiMi) – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland* des *Ethno-Medizinischen Zentrums e.V.* an. Es ermöglicht Flüchtlingen eine 70-stündige Qualifizierungsmaßnahme in medizinischen und gesundheitsrelevanten Themenbereichen.

¹⁰⁰³ Interview mit Karim Mashkooiri, Gesundheitsamt Münster, 12.01.2007

¹⁰⁰⁴ ebd.

¹⁰⁰⁵ Interview mit Wolfgang Michl, Sozialamt Münster, 27.11.2007

¹⁰⁰⁶ *Gesund leben. Loseblattsammlung/Broschüre des Gesundheitsamtes Münster; Krank in der Fremde – So wird Ihnen geholfen. Broschüre des Gesundheitsamtes Münster*

¹⁰⁰⁷ Interview mit Karim Mashkooiri, Gesundheitsamt Münster, 12.01.2007

Ein „Ziel des Projektes ist es, die Eigenverantwortung von Menschen mit Migrationshintergrund für ihre Gesundheit zu stärken und langfristig einen Beitrag zur Reduzierung ungleicher Gesundheitschancen zu leisten“.¹⁰⁰⁸

Nach den Vorstellungen des *Ethno-Medizinischen Zentrums e.V.* geben die als „interkulturelle GesundheitsmediatorInnen“ ausgebildeten Flüchtlinge dann das erlernte Wissen über Veranstaltungen an „ihre Landsleute“ weiter.¹⁰⁰⁹

Die auf den Veranstaltungen verteilten Fragebögen werden anschließend bei Karim Mashkooi vom *Gesundheitsamt* abgegeben und durch ihn ausgewertet.¹⁰¹⁰

Darüber hinaus findet eine Zusammenarbeit mit dem *Arbeitskreis (AK) Migration und öffentliche Gesundheit*, allen Ämtern der *Stadt Münster*, der *Arbeiterwohlfahrt (AWO)*, der *Caritas* etc. statt. Mashkooi veranschaulicht die besondere Situation von Münster, in der seiner Überzeugung nach eine Rundumbetreuung der Flüchtlinge gewährleistet wird.¹⁰¹¹ Auch der *Ausländerbeirat* der *Stadt Münster* engagiert sich seit vielen Jahren in der Verbesserung der Zugangsmöglichkeiten für Flüchtlinge zu Gesundheitsversorgungsangeboten. Darüber hinaus setzt er sich für die Weiterentwicklung bestehender Projekte zur Gesundheitsversorgung ein und kooperiert dabei mit unterschiedlichen Institutionen und Organisationen. Marinos betont, dass es trotz einer hohen Dichte an ÄrztInnen in Münster, einen Mangel an FachärztInnen mit muttersprachlichem Hintergrund gibt (siehe Anhang 7.2).¹⁰¹²

Auf nicht-offizieller Ebene ist die Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge gut organisiert.¹⁰¹³ Durch ein seit fast 10 Jahren bestehendes, informelles ÄrztInnennetzwerk werden Behandlungen ermöglicht und Kosten über Spenden, Sammlungen und Kostenübernahmen von ÄrztInnen beglichen. Voigt merkt die positiven Aspekte eines institutionalisierten Konzeptes an, welches über eine medizinische Flüchtlingshilfe an der *Universität Münster* angedacht war. Dort wären Beratungstermine und öffentliche Sprechzeiten möglich gewesen. Voigt wünscht sich eine umfangreiche Öffentlichkeitsarbeit, um die Diskussion in Politik und Gesellschaft

¹⁰⁰⁸ MiMi – Das Gesundheitsprojekt Mit Migranten für Migranten – Interkulturelle Gesundheit in Deutschland. Informationsfaltblatt des Ethno-Medizinischen Zentrums e.V., Hannover

¹⁰⁰⁹ ebd.

¹⁰¹⁰ Interview mit Karim Mashkooi, Gesundheitsamt Münster, 12.01.2007

¹⁰¹¹ ebd.

¹⁰¹² Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

¹⁰¹³ Interview mit Claudius Voigt, GGUA, 05.12.2006

über ähnliche Konzept anzuregen. Derzeit sei die Koordination und Organisation von einigen wenigen Personen abhängig. Darüber hinaus gibt es private UnterstützerInnenkreise und Solidarbewegungen aus losen Zusammenschlüssen von Einzelpersonen und Vereinen.¹⁰¹⁴

Marinos beschreibt die besondere Situation der Pflege von älteren Flüchtlingen in Münster. Seit bereits 10 Jahren engagiert sich die *Stadt Münster* sowie der *Ausländerbeirat* an einer zielgerichteten Ausgestaltung des Pflegebereiches. Auf der Grundlage einer in Münster durchgeführten Studie unter dem Titel 'Alt werden in der Fremde' fanden inzwischen zwei Pflegekonferenzen¹⁰¹⁵ statt, in denen es schwerpunktmäßig um die Konzeptentwicklung einer 'kulturkompetenten Altenpflege' in Münster ging.¹⁰¹⁶ Auch auf der *Zukunftskonferenz – Einwanderung in Münster – leben mit Menschen unterschiedlicher Herkunft* am 25. bis 27. November 2005 wurde u.a. das Thema der 'kulturkompetenten Altenpflege' behandelt. Eine bundesweit gezeigte Wanderausstellung befasst sich ebenfalls mit der Lebenssituation älterer, in Münster lebender Menschen mit Migrationsvorgeschichte.¹⁰¹⁷ Trotz der Bemühungen und Entwicklungen zeigen sich erst jetzt Anzeichen einer Verbesserung in diesem Bereich.¹⁰¹⁸

¹⁰¹⁴ ebd.

¹⁰¹⁵ Wenn Menschen ausländischer Herkunft Pflege brauchen... – kulturkompetente Altenpflege, ein Thema für Münster, Dokumentation der Tagung vom 06.12.2005; Pflegekonferenz am 21.03.2007

¹⁰¹⁶ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

¹⁰¹⁷ Zukunftskonferenz – Einwanderung in Münster – leben mit Menschen unterschiedlicher Herkunft, Dokumentation der Tagung vom 25.-27. November 2005

¹⁰¹⁸ Interview mit Spyridon-Paul Marinos, Ausländerbeirat, 09.01.2007

4.0 Die Ergebnisdiskussion

Die theoretischen Grundlagen und die durchgeführten Experteninterviews werden in Bezug auf die eingangs formulierte Fragestellung „Wie stellen sich die Städte Münster und Osnabrück der Herausforderung einer zielgerichteten Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge?“ diskutiert. Angesichts länderspezifischer Voraussetzungen und unterschiedlicher Bedarfsstrukturen in Osnabrück und Münster, handelt es sich um eine nicht zu vergleichende ‚Herausforderung‘ beider Städte. Daher beziehen sich die folgenden Angaben auf die derzeitige Situation. Geplante Veränderungen und zukünftige Entwicklungen bleiben dabei unberücksichtigt.

Um die gesundheitliche Versorgung in Osnabrück bewerten zu können ist es notwendig, diese in Bezug zu den beeinflussenden Faktoren und verschiedenen Personengruppen zu beleuchten. Der zielgerichteten Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge in einem Leistungsbezug nach dem *AsylbLG* sind enge gesetzliche Grenzen gesetzt, und der Handlungsspielraum der Kommune deutlich begrenzt. Gerade hierin stellt sich die Herausforderung, auf kommunaler Ebene trotzdem eine zielgerichtete Gesundheitsversorgung zu gewährleisten.

Beginnend mit der Betrachtung des Leistungsbezuges der Flüchtlinge in Osnabrück ist es dringend notwendig, auf die Situation der Menschen hinzuweisen, die seit über zehn Jahren Leistungen nach §§ 1/1a *AsylbLG* erhalten oder aufgrund eines Widerrufsverfahren wieder Leistungen beantragen müssen. Allein die Tatsache, dass der Leistungsumfang um nahezu 40 Prozent geringer ist als die der sogenannten Grundversorgung nach *SGB II/SGB XII*, ist untragbar. Dies nicht zuletzt auch, weil die Leistungssätze seit 1993 nicht verändert worden sind und weder an die steigenden Lebenshaltungskosten noch an die wachsende Inflationsrate angeglichen wurden. Hierbei handelt es sich jedoch um eine bundeseinheitliche Regelung, die die Entscheidungskompetenz der Kommune überschreitet.

Die betroffenen Flüchtlinge dagegen sind mit einer weitreichenden Einschränkung des alltäglichen Lebens durch die Leistungsauszahlung nach dem Sachleistungs-

prinzip in Form des einst von der rot-grünen Regierung eingeführten Chipkartensystems konfrontiert.

Hier hat die Stadt Osnabrück die Möglichkeit, trotz des erwähnten Druckes seitens der Landesregierung, die Anwendung dieses Prinzips zu umgehen. Eine Gewährung von Leistungen nach § 2 *AsylbLG* für alle Flüchtlinge, die länger als 36 Monate im Leistungsbezug stehen, kann umgesetzt werden und ist durchaus legitim.

Dadurch wäre das Chipkartensystem überflüssig und es könnten unnötige Kosten der Verwaltung, aber auch der Instandhaltung und weitere Betriebskosten eingespart werden. Eine Verbesserung des Systems bietet dagegen keine Alternative.

Durch die Gewährung von Leistungen nach § 2 *AsylbLG* erhielten darüber hinaus alle davon betroffenen Flüchtlinge das Recht auf die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse. Die Kostenübernahme im Krankheitsfall fiel somit zu einhundert Prozent zu Lasten der Krankenkasse und würde zu einer finanziellen Entlastung der Kommune beitragen. Dies hätte eine zusätzliche Verringerung der Kosten durch den Wegfall kostenintensiver medizinischer Gutachten und hoher Verfahrenskosten bei möglichen Klagen vor dem *Sozialgericht* zur Folge.

Eine Kürzung der Leistungen als eine Form der Sanktionierung und Bestrafung ist in jedem Falle inakzeptabel und ethisch mehr als bedenklich. Beispielsweise sind die 'fehlende Mitwirkungspflicht bei der Passbeschaffung' oder die 'Verweigerung' der 'freiwilligen Ausreise' als Gründe für eine Leistungskürzung nicht haltbar.

Flüchtlinge in Osnabrück, die ausschließlich Leistungen nach §§ 1/1a *AsylbLG* erhalten, können eine Kostenübernahme für die über den Leistungsanspruch nach § 4 *AsylbLG* hinausgehende Behandlungen beantragen. Wird die Übernahme der Behandlungskosten vom *Fachbereich Soziales und Gesundheit* abgelehnt, sind die Betroffenen auf alternative Angebote der Gesundheitsversorgung freier Träger angewiesen. Eine Prozesskostenhilfe zur Durchsetzung einer Klage gegen die behördliche Entscheidung ist den Flüchtlingen in jedem Fall zu gewähren.

Weiterhin muss den Betroffenen die Nutzung der *Osnabrücker Tafel* ermöglicht, sowie weitere Vergünstigungen wie der *Osnabrück-Pass* für die Ermäßigung bei kulturellen Veranstaltungen (Kino, Theater), von Mitgliedsbeiträgen und Eintritts-

preisen für Sport- und Freizeiteinrichtungen sowie Bibliotheken zuerkannt werden.

Um den Aspekt der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge diskutieren zu können, ist dieser Bereich mit den sich zusätzlich auf die Gesundheitssituation der Flüchtlinge auswirkenden Faktoren in einen direkten Zusammenhang zu stellen.

Bei der Betrachtung der nach dem *AsylbLG* versorgten Flüchtlinge in Osnabrück ist es durchaus positiv zu bewerten, dass sie die Möglichkeit haben, ihre ÄrztInnen frei zu wählen. Es ist jedoch eine offizielle und zentrale Kontakt- und Beratungsstelle für Flüchtlinge einzurichten, um allen Flüchtlingen eine kompetente Beratung bieten zu können und ihnen so den Zugang zu den Regeldiensten zu erleichtern. Hierdurch können die Folgekosten minimiert und der Gesundheitsstatus der Betroffenen verbessert werden. Ernährungs- und medizinische Präventionsberatungsangebote sind ungeachtet der gesundheitlichen Situation der Flüchtlinge, zu entwickeln und zur Verfügung zu stellen. Das gilt ebenso für eine spezielle Beratungsstelle zur Behandlung psychischer Erkrankungen und traumatischer Belastungen.

Auch wenn der derzeitige Gesundheitsstatus der Flüchtlinge in Osnabrück nicht als defizitär, sondern vielmehr als „recht hoch“¹⁰¹⁹ bezeichnet wird, bestehen deutlich erkennbare Defizite in der Gesundheitsversorgung. Dies betrifft beispielsweise die mangelhafte transkulturelle Ausgestaltung von Angeboten in der Regelversorgung. Vielen Flüchtlingen in Osnabrück blieb z.B. lange Zeit der Besuch von Sprachkursen, meist aufgrund ihrer eingeschränkten finanziellen Situation, größtenteils verwehrt. Eine muttersprachliche Gesundheitsversorgung ist derzeit nicht gewährleistet. Alternative Möglichkeiten, wie die Einrichtung eines DolmetscherInnensystems, werden derzeit über die *Caritas* ermöglicht. Da jedoch die freien Träger im Allgemeinen auf öffentliche Zuschüsse angewiesen sind, könnten zunehmende Kürzungen und hiermit verbundene Kosteneinsparungen, eine Streichung bestehender Angebote zur Folge haben.

¹⁰¹⁹ Interview mit K. Rußwinkel, Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit – „Team für Flüchtlinge“, 20.12.2006

Ungeachtet der unbekanntenen Anzahl illegalisierter Flüchtlinge in Osnabrück ist das Fehlen einer garantierten medizinischen Versorgung und eines barrierefreien Zuganges zu dieser unbedingt zu kritisieren. Schließlich geht es um die medizinische Grundversorgung aller Menschen, unabhängig ihres Aufenthaltsstatutes. Viele positive Konzepte anderer Städte sollten hier ein Vorbild für Osnabrück sein. Angesichts der an anderer Stelle dringend zu kritisierenden Abschottungspolitik der *EU*, ist es Flüchtlingen nahezu unmöglich, gerade nach Deutschland einzureisen. Für die Wenigen, die es schaffen, muss eine Versorgung gewährleistet werden. Hier kann die Kommune aktiv werden und sich dabei innerhalb des gesetzlich legitimen Rahmens bewegen. Eine Kooperation mit Organisationen und freien Trägern ist auf allen Ebenen zu forcieren. Die Selbstorganisation der Illegalisierten sollte wie in anderen Ländern, gefördert und unterstützt werden.

Grundsätzlich sollte ihnen auch der Zugang zum Arbeitsmarkt ermöglicht werden. Die bisher geduldeten und 'nützlichen', illegalisierten Arbeitskräfte im Bausektor, im Dienstleistungs- und produzierenden Gewerbe haben ein Anrecht auf ein rechtsverbindliches Arbeitsverhältnis mit einem angemessenen Gehalt. Die hohen psychischen Belastungen und die Angst, entdeckt zu werden, erhöhen die Krankheitslast der Betroffenen. Aber auch Arbeitsunfälle oder schon bestehende Krankheiten können hierdurch verschleppt werden. Eine nicht diagnostizierte Tuberkuloseerkrankung hat im schlimmsten Fall aufgrund der hohen Ansteckungsgefahr nicht nur Folgen für die/den ErkrankteN.

Die vom Beirat für Migration angeregte Dokumentation bestehender Gesundheitsversorgungs- und Hilfsangebote für Flüchtlinge in Osnabrück ist dringend umzusetzen und zu unterstützen.

Als sehr positiv zu beschreiben ist die Möglichkeit der Flüchtlinge in Osnabrück, sich eine Privatwohnung zu suchen. Bei Bedarf erhalten sie einen Wohnberechtigungsschein, der die Wohnungssuche auch auf in der Regel günstigere Sozialwohnungen erweitert. Die höheren Lebenshaltungskosten sind ein weiterer Grund für die unbedingte Gewährung von Leistungen nach § 2 *AsylbLG*.

Eine 'Unterbringung' in Wohnheimen, abgesehen von der katastrophalen baulichen Substanz, ist nicht zeitgemäß. Eine Dezentralisierung sollte nicht nur bedeu-

ten, Flüchtlinge in kleineren Gemeinschaftsunterkünften unterzubringen, sondern impliziert vielmehr die Integration der Betroffenen in die allgemeine Wohn- und Gesellschaftsstruktur. Eine positive Entwicklung zeigt sich dahingehend bereits durch die von Wilhelm Voß hervorgehobene Solidarität und Hilfsbereitschaft in Teilen der Bevölkerung.

Weiterhin ist zu begrüßen, dass sich das Land *Niedersachsen* und somit die *Stadt Osnabrück* für die gesetzliche *Schulpflicht* für Flüchtlingskinder entschieden hat. Doch ist es unbedingt notwendig, die Kinder und Jugendlichen nach ihrer Schulzeit weiter zu fördern und zu unterstützen, um ihnen eine Ausbildung oder ein Studium zu ermöglichen.

Hervorzuheben sind die überwiegend von dem *Caritasverband* getragenen *Equal-Projekte SpuK – Sprache und Kultur*, und das Folgeprojekt *SAGA – Selbsthilfe Arbeitsmarktzugang und Gesundheit von Asylsuchenden*, sowie die dort angegliederten Projekte. Eine Weiterführung der zeitlich begrenzten Projekte über ihre Laufzeit hinaus sollte ein besonderes Anliegen der Stadt und der Region Osnabrück sein. Die Kooperation und Vernetzung aller in der Flüchtlingsarbeit tätigen Institutionen, Organisationen und Einzelpersonen ist zu intensivieren.

Angesichts der einhelligen Einschätzung der Interviewten, dass nur ein geringer Anteil der langjährig geduldeten Flüchtlinge die Voraussetzungen im Sinne der *Bleiberechtsregelung* erfüllen können, steht um so mehr die *Stadt Osnabrück* in der Verantwortung, Hilfestellungen z.B. bei der Arbeitssuche von Flüchtlingen zu bieten und einen sofortigen Abschiebestopp zu erwirken.

Die *Stadt Münster* beschäftigt sich bereits seit einigen Jahren mit der Lebenssituation der dort lebenden Flüchtlingen. Das kontinuierliche Engagement in diesem Bereich wird teilweise von einigen wenigen Einzelpersonen getragen, die jedoch die Entwicklung der regionalen Flüchtlingspolitik vorangetrieben haben. Diese Strukturen haben sich verfestigt und haben bis heute Bestand. Hierdurch konnten

sehr positive Auswirkungen auf die Lebens- und Gesundheitssituation der Flüchtlinge erzielt werden.

Die geringfügige Beteiligung an der Organisation der Hilfeleistungen erhöht die Gefahr der Aussetzung eines Angebotes durch einen möglichen Ausfall der jeweiligen Personen durch Krankheit etc. Daher ist eine Zusammenarbeit und Vernetzung auf allen Ebenen der Unterstützung zu verstärken und die Angebotsstruktur zu erhöhen.

Ein guter Ansatz ist die Einrichtung des Flüchtlingsdezernates in der Verwaltung der *Stadt Münster*, welches jedoch in diese Vernetzungsstrukturen deutlich stärker eingebunden werden muss, um bestehende Projekte und Angebote intensiver zu unterstützen und zu erweitern.

Wie auch in Osnabrück müssen Flüchtlinge in Münster, die sich länger als drei Jahre in Deutschland aufhalten, ein Anrecht auf Leistungen nach § 2 *AsylbLG* geltend machen können. Es ist unbedingt erforderlich, Flüchtlingen zu jeder Zeit ungekürzte Leistungen nach dem *AsylbLG* zu bewilligen und nicht durch Leistungsbeschränkungen bestraft werden. Sanktionierungsmaßnahmen jedweder Form, beispielsweise aufgrund einer nicht erfolgten 'freiwilligen Ausreise' oder mangelnder Mitwirkungspflicht, sind in jeden Fall zu unterbinden.

Die Auszahlung gekürzter Grundleistungen ist unbedingt zu vermeiden, da diese Beschränkungen sich negativ auf die Lebens- und Gesundheitssituation auswirken können und ethisch nicht verantwortbar sind.

In diesem Zusammenhang ist besonders zu würdigen, dass der Rat der *Stadt Münster* sich für die Abschaffung des Gutscheinsystems ausgesprochen hat, auch wenn vorwiegend finanzielle Faktoren letztendlich zu dieser Entscheidung führten. Für die Betroffenen bedeutet dies ein Stück Entscheidungsfreiheit, Eigenverantwortung und die Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Die 2002 von Claus Weth formulierte Zielsetzung der „Aufnahme der Flüchtlinge in das Gemeinwesen“¹⁰²⁰ ist fortzuführen und umzusetzen.

Nach Einschätzung der interviewten Experten aus Münster kann davon ausgegangen werden, dass nur ein kleiner Teil der in Münster lebenden Flüchtlinge ein *Blei-*

¹⁰²⁰ Weth, 2002, S. 54-57

berecht erhalten. Daher müssen alle Beteiligten den Flüchtlingen die Möglichkeit eröffnen, die Voraussetzungen im Sinne der *Bleiberechtsregelung* zu erfüllen, und sie dahingehend unterstützen.

Um zu vermeiden, dass Flüchtlinge in Ausbeutungsstrukturen geraten und bei der Arbeitssuche diskriminiert und benachteiligt werden, steht die *Stadt Münster* in der Verantwortung, hier Beratungsangebote zu schaffen und Hilfestellungen zu leisten.

Grundsätzlich muss es jedem Menschen ermöglicht werden, unabhängig seines Aufenthaltsstatutes eine Ärztin/einen Arzt frei wählen zu können und eine Garantie für die Übernahme der Behandlungskosten erhalten. Die gesetzlichen Möglichkeiten sind besonders bei Flüchtlingen, die Leistungen nach §§ 1/1a *AsylbLG* erhalten, in vollem Masse auszuschöpfen, um den Betroffenen eine größtmögliche Versorgung zu gewährleisten.

Eine darüber hinausgehende Versorgung muss über ein Alternativ-Konzept ermöglicht werden. Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang das Engagement des ÄrztInnennetzwerkes und dessen UnterstützerInnenkreis. Eine Vernetzung bestehender Strukturen bzw. die Einrichtung eines bereits 1995 geforderten „Behandlungszentrums für Folteropfer und Gesundheitsversorgung für illegalisierte Flüchtlinge“ ist dringend zu konkretisieren.

Eine Kriminalisierung der UnterstützerInnen ist deutlich zurückzuweisen und durch entsprechende Öffentlichkeitsarbeit zu unterbinden. Im Mittelpunkt muss jedoch die Solidarität mit den kriminalisierten und verfolgten illegalisierten Menschen stehen. Eine Unterstützung dieser Menschen darf nicht als ein Straftatbestand geahndet werden. Die gesundheitliche Versorgung der Flüchtlinge ist im Rahmen gesetzlicher Bestimmungen zu gewährleisten und zu fördern. Ähnlich der *medizinischen Flüchtlingshilfe* anderer Städte ist ein Ausbau bestehender Strukturen in *Münster* notwendig und durchaus möglich.

Flüchtlinge, die länger als drei Jahre in Deutschland leben, müssen in jedem Fall ihren Anspruch auf Leistungen nach § 2 *AsylbLG* geltend machen können.

Die Mitgliedschaft in einer Krankenkasse bedeutet für die Flüchtlinge eine Absicherung der medizinischen Versorgung und für die Kommune eine finanzielle Entlastung.

Das Wohnkonzept der dezentralisierten 'Unterbringung' in Münster wird von allen interviewten Experten sehr hervorgehoben und ist im Vergleich zu großen Unterbringungseinheiten durchaus als Fortschritt zu betrachten.

Jedoch ist es dringend erforderlich, dass allen Flüchtlingen unabhängig ihrer Aufenthaltsdauer ermöglicht wird, eine Privatwohnung zu beziehen. Angesichts der Wohnraumsituation in Münster, muss ihnen der Zugang zu Wohnungen des *Sozialen Wohnungsbaus* durch einen *Wohnberechtigungsschein* wie beispielsweise in Osnabrück, eröffnet werden.

Darüber hinaus sollte das derzeitige Wohnkonzept als Übergangslösung angesehen werden, denn die 'Unterbringung' in Wohnheimen ist grundsätzlich zu kritisieren. Hierbei handelt es sich stets um eine Form der Zwangsunterbringung, die eine stigmatisierende Kategorisierung dieser Menschen fördert.

Da die *Stadt Münster* über die Höhe der Mietzuschüsse und Einrichtungsbeihilfen entscheidet, sind diese an die geltenden Regelsätze anzugleichen, die für Menschen gelten, die Leistungen nach *SGB II/SGB XII* erhalten.

Das Ziel der Vermeidung einer Ghettoisierung ist ansatzweise zu begrüßen. Es ist jedoch dringend darauf hinzuweisen, dass Menschen aufgrund ihrer Herkunft und ihres Aufenthaltsstatutes die freie Wohnungswahl nicht verwehrt werden darf. Die Sperrung gesamter Straßenzüge für Flüchtlinge bei der Wohnungssuche, ist politisch wie auch moralisch nicht vertretbar.

Um den negativen Aspekten einer Ghettoisierung zu begegnen, müssen Anreize geschaffen und umfangreiche Integrationskonzepte verwirklicht werden. Eine Verteilung dieser 'Problemfelder' durch eine dezentralisierte Unterbringung auf das Stadtgebiet ist keine Lösung. Besonders Kindern und Jugendlichen fehlen aufgrund mangelnder Möglichkeiten der Aus- und Weiterbildung, Perspektiven und Visionen. Hier müssen neue Ansätze der Unterstützung und der Förderung geschaffen werden. Eine positive Entwicklung besteht in der Umsetzung der *Schulpflicht* in *Nordrhein-Westfalen* und vielen anderen Bundesländern. Auch das Engagement der *GGUA* ist in diesem Zusammenhang deutlich hervorzuheben.

Doch besteht in Bezug auf die Schule noch dringend Handlungsbedarf. So muss neben einer garantierten Lernmittelfreiheit, auch die Förderung der Muttersprache ein zentraler Ansatzpunkt sein.

Außerdem müssen Kinder illegalisierter Familien die Möglichkeit erhalten, die Schule zu besuchen. Zumindest ist eine Strafverfolgung von LehrerInnen und SchulleiterInnen auszusetzen, die diesen Schulbesuch ermöglichen.

Sehr positiv hervorzuheben ist die *aufsuchende Gesundheitshilfe* des *Gesundheitsamtes* der *Stadt Münster*, durch die eine Vielzahl von Flüchtlingen erreicht wird. Denn neben der gut organisierten *medizinischen Flüchtlingshilfe* über das bestehende ÄrztInnennetzwerk, der Beratungs- und Vermittlungstätigkeit des *Ausländerbeirates* und sonstiger medizinischer Hilfsangebote für Flüchtlinge, leisten die MitarbeiterInnen des *Gesundheitsamtes* eine zielgerichtete und kultursensible Gesundheitsversorgung. Eine über den Leistungskatalog des *AsylbLGs* hinaus gehende gesundheitliche Versorgung wäre darüber hinaus wünschenswert.

Durch die *aufsuchende Gesundheitshilfe* werden viele gesundheitsrelevante, jedoch nicht primär medizinische Aspekte im Sinne der Gesundheitsvorsorge aufgearbeitet und kultursensibel vermittelt. Eine besondere Bedeutung hat hierbei die Präventions- und Aufklärungsarbeit in den unterschiedlichen Gesundheitsbereichen, sowie die Förderung und Unterstützung des Projektes *MiMi* durch das *Gesundheitsamt*.

Unter Berücksichtigung der vielfältigen Zugangsbarrieren, wurden unterschiedliche Hilfsangebote initiiert, die auch weiterhin gefördert und den Flüchtlingsbedarfen entsprechend, zielgerichtet angepasst werden müssen.

Bestehende Defizite in der Pflege älterer und körperlich beeinträchtigter Flüchtlinge sind zu beheben, bzw. deren kultursensible Ausrichtung zu entwickeln.

4.1 Fazit

Unter Berücksichtigung der diskutierten Ergebnisse werden vielfältige Ansatzmöglichkeiten zur Verbesserung der Versorgungssituation von Flüchtlingen in den Städten Osnabrück und Münster ersichtlich, die durchaus auch Rückschlüsse auf die gesamtdeutsche Situation ermöglichen. Trotz der bundeseinheitlichen und länderspezifischen Vorgaben, werden konkrete Entscheidungsspielräume der Kommunen deutlich, in denen sie tätig werden könnten. Eine politische Richtungsentscheidung, wie sie sich teilweise in der Stadt Münster abzeichnet, kann umfangreiche Konsequenzen für die regionale Versorgungsstruktur haben.

Grundsätzlich ist zum Einen ein gewisses Maß an Bereitschaft der Kommune erforderlich, politisch Stellung zu beziehen und sich dem Flüchtlingsthema zu öffnen. Andererseits erachten die kommunalen Institutionen es häufig nicht als notwendig, zielgerichtete Versorgungsstrukturen einzurichten, da diese bereits durch eine freie Trägerschaft aufgebaut bzw. von engagierten Einzelpersonen, UnterstützerInnen- und Selbsthilfeorganisationen angeboten werden. Hierdurch wird es den Kommunen ermöglicht, sich ihrer Verantwortung einer zielgerichteten Versorgung für Flüchtlinge zu entziehen.

Der Versorgungsauftrag der Kommunen gegenüber den Flüchtlingen wird vielfach nur als ein Verwaltungsakt vollzogen. Betroffene werden als `Klienten` und `Kunden` bezeichnet, die `untergebracht`, und denen Leistungsbezüge nach dem Sachleistungsprinzip zugestanden werden `müssen`. Individuelle Bedarfe bleiben dabei meist unberücksichtigt.

Je mehr defizitäre Strukturen die Lebenssituation der Betroffenen belasten, desto deutlicher zeigen sich die negativen Auswirkungen auf ihre Gesundheit. Selbst in der Erfüllung elementarer Grundbedürfnisse der Flüchtlinge durch die Kommunen zeigen sich erhebliche Defizite. Beispiele dafür sind die Einschränkungen bürgerlicher Freiheits- und Persönlichkeitsrechte, sowie eine unzureichende Deckung der Grundbedürfnisse, wie Essen, Kleidung und Wohnung. Allein die Verbesserung der allgemeinen Lebensbedingungen hätte tiefgreifende, durchaus positive Folgen auf den Gesundheitsstatus.

Trotz einiger erkennbarer positiver Entwicklungen und Fortschritte hin zu einer kultursensiblen und zielgerichteten Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge, sind transkulturell ausgerichtete Regeldienste und deren Öffnung für alle Menschen unabdingbar.

Insbesondere mehrfach benachteiligte Flüchtlinge, wie Frauen, Kinder und Jugendliche, ältere und körperlich beeinträchtigte Flüchtlinge benötigen über die Regelversorgung hinausgehende Versorgungs- und Hilfsstrukturen. Diese spezifischen Angebote sind notwendig, um den vielfältigen Zugangsbarrieren der Betroffenen zu begegnen. Dabei spielen muttersprachliche und kulturelle Kompetenzen eine entscheidende Rolle.

An dieser Stelle muss die Integration und Förderung insbesondere der jugendlichen Flüchtlinge in den Vordergrund gestellt werden. Für sie müssen Perspektiven und Anreize geschaffen und berufliche Chancen eröffnet werden. Diese Generation kann im Sinne der transkulturellen Ausrichtung unterschiedlicher Dienstleistungssektoren einen wichtigen Beitrag leisten. Denn sie sind das dringend benötigte muttersprachliche und kulturkompetente Fachkräftepotential.

Darüber hinaus ist es die Aufgabe der Gesundheitsförderung, mit Hilfe von Multiplikatoren darauf hinzuwirken, gleiche Zugangschancen und -möglichkeiten zu gesundheitserhaltenden Maßnahmen für alle Menschen zu garantieren.

Muttersprachliche Multiplikatoren haben hier eine besondere Bedeutung. Qualifizierungsmaßnahmen und die Förderung der Jugend in Schule, Ausbildung und Beruf, sind vielversprechende Handlungsansätze. Unterschiedliche Projekte, wie z.B. *SPuK – Sprache und Kultur* in Osnabrück, zeigten bereits große Erfolge. Die Einbindung nichtärztlicher Berufsgruppen in das Gesundheitssystem in den Bereichen Prävention, Beratung und Unterstützung von Flüchtlingen, sowie der Ausbildung von Multiplikatoren, ist in vielen Ländern inzwischen zur Normalität geworden.

Für eine zunehmende Öffnung der Regeldienste sind die Fachberufe des Gesundheitswesens problembezogen zu schulen und fortzubilden, sowie im Erwerb transkultureller und flüchtlingsspezifischer Kompetenzen zu unterstützen.

Gerade die Oecotrophologie bietet durch die weitgefassten und fachübergreifenden Arbeitsfelder die dafür notwendigen Voraussetzungen. Die interdisziplinäre Aus-

bildung der OecotrophologInnen befähigt sie, in vielen gesundheitsspezifischen, sozialmedizinischen und pflegerischen Bereichen tätig zu werden. Die Politik und Verwaltung der Stadt Münster hat, nach Aussage von Karim Mashkooi, den großen Nutzen der Oecotrophologie bereits erkannt. Spyridon-Paul Marinos betont die Notwendigkeit, vermehrt Fachkräfte in den Bereichen und Nischen der Gesundheitsversorgung und -prävention für Flüchtlinge einzusetzen. Auch K. Rußwinkel ist von den positiven Auswirkungen, die die Arbeit oecotrophologischer Fachkräfte auf den Gesundheitsstatus der Flüchtlinge haben könnte, überzeugt. Hier ist die kommunale Politik gefordert, berufspolitisch, aber auch grundsätzlich Stellung zu beziehen und zu handeln. Handlungsbedarf besteht in vielen der bereits genannten und skizzierten Teilbereichen zielgerichteter Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge. Der folgende Katalog politischer Forderungen und Maßnahmen an die deutsche Bundes- bzw. den Landesregierungen zeigt Handlungsansätze und Veränderungsvorschläge auf, um die Lebens- und Gesundheitssituation der Flüchtlinge zu verbessern und insbesondere eine zielgerichtete Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge zu gewährleisten. Er bildet den Abschluss der vorliegenden Untersuchung.

- Ein sofortiger, uneingeschränkter Abschiebestopp
- Es ist zu gewährleisten, dass Flüchtlinge einen Flüchtlingsschutz in dem Land erhalten, in dem sie Schutz suchen wollen
- Die Gewährung aller staatlicher Sozialleistungen, die auch für die Allgemeinbevölkerung gelten
- Die sofortige Abschaffung des *Asylbewerberleistungsgesetzes*
- Allen Flüchtlingen ist ein Leistungsanspruch in Höhe der Leistungen nach dem *Sozialgesetzbuch* zu gewähren
- Die Abschaffung der Leistungserbringung nach dem Sachleistungsprinzip
- Flüchtlingen ist ein *Wahlrecht* zuzugestehen
- Die bürgerlichen Persönlichkeits- und Freiheitsrechte sind uneingeschränkt zu achten
- Die Förderung und Unterstützung politischer Selbstorganisation von Flüchtlingen

- Ein sofortiges, uneingeschränktes Bleiberecht für alle Flüchtlinge
- Die Flüchtlingsanerkennung und Legalisierung aller in Deutschland lebenden Illegalisierten
- Die Abschaffung der Residenzpflicht
- Eine Abschaffung der zentralisierten Unterbringung von Flüchtlingen und der sofortigen Schließung sämtlicher Lager
- Die Gewährung einer freien Wohnortentscheidung und einer freien Wohnungswahl für Flüchtlinge
- Der Zugang zu Wohnungen des sozialen Wohnungsbaus muss auch Flüchtlingen ermöglicht werden
- Die Einführung einer bundesweiten Schulpflicht für Flüchtlinge, sowie das Recht auf Aus- und Weiterbildung unabhängig vom Aufenthaltsstatus und der Dauer des Aufenthaltes
- Die Rücknahme der Vorbehaltserklärung und die uneingeschränkte Umsetzung der *UN-KRK*, der *GFK* und der *EMRK*
- Die vollständige Anerkennung der im Herkunftsland erbrachten schulischen und universitären Leistungen sowie der beruflichen Qualifikationen
- Die Abschaffung der diskriminierenden Vorrang- und sogenannten Lohnprüfung vor der Aufnahme einer Tätigkeit. Statt dessen sind die Arbeitsmöglichkeiten zu erweitern
- Die Ausweitung und Unterstützung von Qualifizierungsmaßnahmen für Flüchtlinge in den Bereichen der Sprach- und Kulturmittlung, Gesundheitsvorsorge und -aufklärung
- In benachteiligten Wohngebieten ist eine sozialraumbezogene und ganzheitliche Konzeption zur Verbesserung der Lebensbedingungen, beispielsweise in Form eines Frauen- und Kindergesundheitszentrums mit medizinischer, psychologischer und sozialer Beratung unter Einbeziehung der Selbsthilfeorganisationen zu integrieren
- Eine stärkere Koordinierung der bestehenden Beratungs- und Behandlungsangebote mit dem Ziel einer verbesserten medizinischen und psychosozialen Betreuung der Flüchtlinge
- Die Einrichtung interkultureller, frauenspezifischer Hilfeeinrichtungen

- Die Einrichtung bedarfsorientierter, therapeutischer Beratungs- und Hilfsangebote, z.B. psychotherapeutische Einrichtungen
- Eine verstärkte transkulturelle und zielgruppenorientierte Ausrichtung der Regeldienste und die Einrichtung qualifizierter DolmetscherInnen-systeme, insbesondere für die bestehenden Pflegeeinrichtungen für ältere und körperlich beeinträchtigte Flüchtlinge
- Eine gezielte Fortbildung der derzeitigen Fachkräfte der Versorgungseinrichtungen zur Entwicklung ihrer interkulturellen Kompetenz
- Eine verstärkte Einstellung und Integration muttersprachlicher Fachkräfte, wie ÄrztInnen, TherapeutInnen und BeraterInnen in die bestehenden Gesundheits- und Sozialdienste
- Die sofortige Aussetzung der Unterstützungsleistungen zum Ausbau europäischer Abschottungs- und Flüchtlingsabwehrmaßnahmen. Dazu gehört die Schließung aller Lagersysteme innerhalb und außerhalb der Grenzen Europas. Statt dessen müssen die Öffnung Europas und die Garantie eines Flüchtlingsschutzes, die Ziele einer europäischen Zusammenarbeit sein.

Darüber hinaus muss sich die deutsche Bundesregierung dafür einsetzen, die oben genannten Forderungen im Rahmen ihrer europäischen Ratspräsidentschaft und zukünftigen Europapolitik, umzusetzen.

4.2 Abschließende persönliche Betrachtung

Bei dem ausgewählten Thema handelt es sich um einen umfangreichen und schwer eingrenzbaeren Forschungsbereich. Meine persönliche Motivation und der politische Wille, möglichst viele Teilaspekte zu beleuchten und bestehende Defizite mit in die Betrachtung aufzunehmen, erschien mir zu Beginn meiner Überlegungen zu dieser Arbeit durchaus wegweisend. Doch zeigte sich letztendlich die Vielfältigkeit und wahre Größe des Themenfeldes erst während der Auseinandersetzung mit den angedachten Forschungsaspekten.

Eine Forschungsarbeit in dem vorliegenden Umfang war für das dafür vorgesehene Zeitfenster überdimensioniert. Eine Konzentrierung und Begrenzung auf einige wenige Teilaspekte hätte jedoch meines Erachtens wesentliche Betrachtungslücken hervorgerufen, so dass nur eine Ausweitung der zeitlichen Vorgaben sinnvoll gewesen wäre.

Somit bleiben einige Aspekte wenig betrachtet bis unbeachtet; und nicht aus dem Grund, diese als belanglos und unwichtig erachtet zu haben.

Die in der praktischen Durchführung der Experteninterviews entstandenen Schwierigkeiten, wie die technische Auswertung und Übertragung der Dateiformate, sowie der Kommunikationsprobleme mit einigen Interviewpartnern hinsichtlich einer Interviewteilnahme, verstärkten den zeitlichen Druck auf die Fertigstellung der Arbeit.

Eine besondere und grundsätzliche Bedeutung hatte die Definition der Flüchtlinge als eine Gruppe, welche sich gerade durch ihre Heterogenität auszeichnet. Die MitgliederInnen dieser Gruppe besitzen, unabhängig ihrer individuellen Migrationsvorgeschichten, unterschiedliche, rechtliche Aufenthaltsstatute. Es war mir daher wichtig, durch meine Betrachtungen und Darstellungen nicht zu pauschalisieren und Vorurteile zu prägen. Vielmehr sollte durch die Definition „Flüchtlinge“ ein Gesamteindruck entstehen, der stets im Kontext individueller Lebensbiographien und Persönlichkeitsstrukturen dieser Menschen gesehen werden muss.

Trotz der widrigen Umstände stelle ich die persönliche aber auch gesellschaftspolitische Bedeutung dieser Arbeit letztendlich in den Vordergrund. Die enorme Bedeutung wissenschaftlicher Forschung und Betrachtung insbesondere dieses Themenfeldes für die Betroffenen aber auch für die UnterstützerInnen wird durch die Auseinandersetzung und Diskussion erlebbar. Diese Erkenntnis förderte auch mein persönliches Engagement für die Fertigstellung dieser Untersuchung. Ich hoffe daher, zumindest einen kleinen Beitrag für den gesellschaftspolitischen Fortgang der Diskussion geleistet zu haben.

Im Sinne meines gewählten Forschungsansatzes für diese Untersuchung, erhebe ich weder den Anspruch auf Vollständigkeit oder wissenschaftlicher Perfektion. Vielmehr ergänzen persönliche Empfindungen, Meinungen und politische Überzeugungen die zusammengetragenen Ergebnisse, die durchaus als ein Diskussionsansatz verstanden und weiterentwickelt werden sollten.

Ich bedanke mich bei allen Interview- und GesprächspartnerInnen, die wertvolle und konstruktive Beiträge geleistet und mir einen motivierenden Erkenntnisgewinn ermöglicht haben.

5.0 Zusammenfassung

Der Begriff der Migration bezeichnet die weltweiten Wanderungsbewegungen von Menschen, die aus unterschiedlichen Motiven heraus ihren Herkunftsort verlassen (müssen). Aufgrund komplexer, oft aus der Not heraus entstandener Fluchtgründe werden diese Menschen zu Flüchtlingen.

Durch die humanitäre Verpflichtung zur Gewährung eines Flüchtlingsschutzes auf internationaler und nationaler Ebene entstanden Konventionen, Chartas und Gesetzgebungen, die auch Grundlage für die europäische Flüchtlingspolitik bilden.

Die weltweit steigenden Flüchtlingszahlen liefern dagegen in Europa die Begründung für eine zunehmend den Flüchtlingen entgegengesetzte Asylpolitik. Die EU-Mitgliedsstaaten zeigen ein hohes Engagement hinsichtlich einer Abschottung Europas gegen die weltweiten Flüchtlingsbewegungen sowie im Kampf gegen die sogenannte illegale Zuwanderung und den propagierten Asylmissbrauch. Über massive Grenzsicherungsmaßnahmen, Rückübernahmeabkommen mit 'sicheren Drittstaaten' und vermehrten *Abschiebungen*, soll eine Einreise in die *EU* bereits an den *EU*-Außengrenzen verhindert werden. Die rigiden Asylpraktiken machen es den Flüchtlingen nahezu unmöglich, einen Flüchtlingsschutz in Europa zu erhalten.

Besonders deutlich wird dies durch die Ausgestaltung und Umsetzung der gemeinsamen Außen- und Sicherheitspolitik sowie des 1999 geschlossenen *Vertrages von Amsterdam*. Der *Amsterdamer Vertrag*, der Mindestnormen für die Aufnahme von Flüchtlingen festlegt und eine Vereinheitlichung ihrer allgemeinen Versorgung regelt, ist, wie auch das *Haager Programm*, Teil eines europäischen Asylsystems. Mit dem Ziel einer zunehmenden Harmonisierung der *EU*, und einer möglicherweise zukünftigen gemeinsamen europäischen Verfassung, trägt Deutschland einen maßgeblichen Beitrag bei der Abwehr der Flüchtlinge. Ein Zeichen hierfür sind die steigenden Abschiebungsquoten und die stetigen Gesetzesverschärfungen, die einen deutlichen Rückgang der Flüchtlings- und Asylantragszahlen zur Folge haben.

Die in Deutschland lebenden Flüchtlinge mit und ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus, sind einer defizitären und unzureichenden Gesundheitsversorgungslage ausge-

setzt. Durch die Einführung des Zuwanderungsgesetzes und der Bleiberechtsregelung haben sich nur geringfügige Verbesserungen der Lebenssituation für Flüchtlinge ergeben.

Neben den offensichtlichen Leistungsbeschränkungen zeigen sich in der Wohnsituation der hier lebenden Flüchtlinge deutliche Mängel. Verschiedene unterschiedliche Lagersysteme dienen der 'Unterbringung' unter meist menschenunwürdigen Bedingungen. Hier werden die Betroffenen isoliert und ihre persönlichen Freiheiten und Rechte eingeschränkt.

In einigen Bundesländern werden die Flüchtlinge nach einer gewissen Zeit auf die Kommunen verteilt, wo sie in zentralisierten oder dezentralen Gemeinschaftsunterkünften untergebracht werden. Die Lebenssituation der Flüchtlinge hat erhebliche Auswirkungen auf ihren Gesundheitsstatus und ihr Gesundheitsverhalten.

Da die Flüchtlinge häufig unter komplexen, fluchtspezifischen und multiplen Erkrankungen leiden, stehen die Kommunen in der Verantwortung, auf die unterschiedlichen Bedarfe der Flüchtlinge zu reagieren. Besonders traumatische Beschwerdekompexe belasten die Betroffenen, denen der Zugang zu den Regelsystemen in vielen Fällen verwehrt bleibt. Ein Grund dafür sind umfangreiche Zugangsbarrieren, deren Abbau eine transkulturelle Ausrichtung und die Öffnung der Regeldienste mit muttersprachlichen Angeboten erfordert.

Den Menschen ohne rechtlichen Aufenthaltsstatus bleibt der Zugang zu jeglichen Versorgungssystemen verschlossen. Durch eine zunehmende Kriminalisierung und Diskriminierung sind diese Illegalisierten auf die wenigen medizinischen Angebote von UnterstützerInnengruppen und ÄrztInnennetzwerken angewiesen.

Minderjährige Flüchtlinge benötigen aufgrund komplexer Benachteiligungen und Versorgungsmängel eine besondere Betreuung und Versorgung im Sinne des Kindeswohls. Auch die aufgrund geschlechtsspezifischer Verfolgung und mehrfach benachteiligten Flüchtlingsfrauen benötigen spezifische Betreuungsangebote. Die Situation älterer und körperlich beeinträchtigter Flüchtlinge beschreibt ebenfalls die Notwendigkeit einer kultursensiblen und zielgruppendifferenzierten Öffnung der Regeldienste. Defizitäre Strukturen in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge zeigen sich innerhalb vieler Dimensionen.

Grundsätzlich ist die erforderliche Gesundheitsversorgung über die kommunalen und bundesländerspezifischen Versorgungsstrukturen zu leisten. Die Untersuchungsergebnisse durchgeführter Experteninterviews zu der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge in Osnabrück (Niedersachsen) und Münster (Nordrhein-Westfalen) zeigen zwei unterschiedliche Beispiele der Umsetzung einer kommunalen Versorgung.

Das Bundesland Niedersachsen verteilt die ihm zugeteilten Flüchtlinge nicht weiter auf die Kommunen, sondern verwaltet die Flüchtlinge zentralisiert in Lagern. Die meisten der sich in Osnabrück aufhaltenden Flüchtlinge leben daher bereits seit mehreren Jahren mit dem Status einer Duldung. Nach den Ergebnissen der Untersuchung wohnen die Betroffenen in Privatwohnungen oder in einer kleineren Gemeinschaftsunterkunft. Der Leistungsbezug erfolgt teilweise nach dem Sachleistungsprinzip über eine Chipkarte. Spezielle Gesundheitsversorgungs- und Beratungsangebote für Flüchtlinge gibt es durch die Stadtverwaltung nicht. Grundsätzlich ist es für die Flüchtlinge mit einem rechtlichen Aufenthaltsstatus möglich, über eine freie ÄrztInnenwahl die Angebote der Regeldienste hinsichtlich der Leistungen des *AsylbLGs* zu nutzen. Durch organisierte Strukturen von UnterstützerInnen kann eine Beratung und gesundheitliche Versorgung erfolgen. Eine besondere Bedeutung haben das Equal-Qualifizierungsprojekt *SPuK – Sprache und Kultur* und sein Folgeprojekt *SAGA – Selbsthilfe, Arbeitsmarktzugang und Gesundheit von Asylsuchenden*, die kooperativ von der *Caritas* und der *Universität Osnabrück* durchgeführt werden. Der *Exil e.V.* bietet spezifische Beratungsangebote für Flüchtlinge an.

In der *Stadt Münster* leben etwa zehnmal mehr Flüchtlinge als in Osnabrück. Das Bundesland *Nordrhein-Westfalen* verteilt auch weiterhin die ihm zugeteilten Flüchtlinge auf die Kommunen, wobei die *Stadt Münster* derzeit jedoch die Aufnahmequote erfüllt hat.

Die in Münster lebenden Flüchtlinge werden nach einem von der Stadtverwaltung und engagierten Einzelpersonen erarbeiteten Konzept der dezentralen Unterbringung auf einzelne Gemeinschaftsunterkünfte im Stadtgebiet verteilt. Ein Teil der Flüchtlinge lebt in Privatwohnungen. Einigen Flüchtlingen, die nach dem *AsylbLG* versorgt werden, wurde bis vor wenigen Tagen ein Teil der ihnen zustehenden

Leistungen ebenfalls nach dem Sachleistungsprinzip, in Form von Gutscheinen ausgezahlt.

Die Gesundheitsversorgung für die Flüchtlinge, die einen rechtlichen Aufenthaltsstatus besitzen, erfolgt über eine vom *Gesundheitsamt der Stadt Münster* organisierte aufsuchende Gesundheitshilfe und durch zusätzliche, umfangreiche Beratungsangebote. MitarbeiterInnen des Gesundheitsamtes sind darüber hinaus engagiert, im Rahmen landes- und bundesweiter Projekte, zusätzliche Hilfen für Flüchtlinge zu ermöglichen. Auch der Ausländerbeirat der *Stadt Münster* bietet im Rahmen der rechtlichen Möglichkeiten, Beratungen und Hilfestellungen für Flüchtlinge an.

Darüber hinaus gehende Beratungsangebote werden von UnterstützerInnenorganisationen, wie der *gemeinnützigen Gesellschaft zur Unterstützung Asylsuchender e.V.* (GGUA) und weiteren Initiativen ermöglicht. Die medizinische Versorgung illegalisierter Flüchtlinge erfolgt über ein inoffizielles ÄrztInnennetzwerk.

Trotz einiger positiver Entwicklungen und Fortschritte hin zu einer kultursensiblen und zielgerichteten Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge, sind die weiterhin bestehenden Defizite unbedingt abzubauen und die politischen Forderungen zu erfüllen.

6.0 Literaturverzeichnis

- 3SAT (2001). Zukunft ohne Fische? URL: <http://www.3sat.de/nano/vision/25821/index.html>
- Abschiebehaftanstalt (AHA) Büren (2006). Europäische Massnahmen. URL: <http://www.aha-bueren.de/ohnepapiere/punktdreizwei.htm>
- Adams, Bärbel (2006). Wer arm ist, stirbt eher? Pressemitteilung der Universität Leipzig, 14.09.2006. URL: <http://idw-online.de/pages/de/news175236>
- Agentur für Münster (2007). Eckwerte des Arbeitsmarktes im Dezember 2006. Bundesagentur für Arbeit, 03.01.2007. URL: <http://www.arbeitsagentur.de/RD-NRW/Muenster/A01-Allgemein-Info/Publikation/pdf/001-Arbeitsmarktreport-Dezember-2006.pdf>
- Akdeniz, Zühre (2006). Verein für Ambulante Pflege integrationsbedürftiger, behinderter, alter, kranker und sterbender Menschen. In: Informationsdienst der Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit älteren MigrantInnen - IkoM-Newsletter 4/2006, Seite 18
- Albrecht, N.-J., Borde, T., Durlanik, L (2005). Sprach- und Kulturmittlung – Ein neuer Weg zur Verbesserung der Gesundheitsversorgung von Flüchtlingen und MigrantInnen. Interdisziplinäre Reihe, Band 2 Migration – Gesundheit – Kommunikation. Göttingen: Cuvillier Verlag
- Allgemeine Ortskrankenkasse (AOK) (2006). Die neun wichtigsten Us fürs Kind. www.aok.de
- Allgemeiner Studierenden Ausschuss AStA der Fachhochschule (FH) Münster (2005). Zur gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen. Pressemitteilung und Einladung zur Veranstaltung. Münster:
- Allgemeiner Studierenden Ausschuss (AStA) der Fachhochschule Münster (2005). Zur gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen. Pressemitteilung und Einladung zur Veranstaltung am 24.05.2005. Münster: AStA der Fachhochschule Münster, Referat für Ökologie und Verkehr
- Alt, Jörg (2004). Transnationale Räume illegaler Migration. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 2, 2004. Weinheim: Juventa, Seite 101-107
- amnesty international Deutschland (ai) (2005). Urgent Action. URL: <http://www.w2.amnesty.de/internet/deall.nsf/o/208958c97a9b564dc1256fd30056601b?OpenDocument>

amnesty international Deutschland (ai) (2005b). Marokko/Flüchtlingsdrama. Pressemitteilung, 29.09.2005

Anderson, Philip (2004). "Illegale in der Großstadt" – Erkenntnisse einer Studie aus München zu Migranten/innen in der Illegalität. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 3-4, 2004. Weinheim: Juventa, Seite 290-299

Angenendt, Steffen (2000). Kinder auf der Flucht – Minderjährige Flüchtlinge in Deutschland. Opladen: Leske + Budrich

Angres, Martin, Frühauf, Hans-Peter (2004). BACI – Gesundheitstreff für ältere Migrantinnen und Migranten – Ansatz und Erfahrungen eines Modellprojektes. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 3-4, 2004. Weinheim: Juventa, Seite 204-213

Antirassismus-Büro Bremen (1995). Keine Lagerunterbringung von Flüchtlingen! – Eine Analyse von „Lagern“. URL: <http://www.nadir.org/nadir/initiativ/linksrhein/archiv/c/c000605e.htm>

Asyl (2005a). Richtlinie zu Aufnahmebedingungen nicht umgesetzt. In: Asylmagazin 12/2005. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>

Asyl (2006a). Geheimdienste sollen auf SIS zugreifen. In: Asylmagazin 7-8/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>

Asyl (2006b). Schengener Grenzkodex verabschiedet. In: Asylmagazin 5/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>

Asyl (2006c). UNHCR fordert Verbesserung von Dublin II. In: Asylmagazin 5/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>

Asyl (2006d). Uneinigkeit bei EU-Flüchtlingspolitik. In: Asylmagazin 10/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>

Asyl (2006e). ECRE-Studie zu Dublin II. In: Asylmagazin 5/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>

Asyl (2006f). Rat will Asylpraxis harmonisieren. In: Asylmagazin 5/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>

Asyl (2006g). Ministerrat will gemeinsames Asylsystem. In: Asylmagazin 3/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>

Asyl (2006h). EU plant „Regionale Schutzprogramme“. In: Asylmagazin 1-2/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>

- Asyl (2006i). Rotkreuzgesellschaften besorgt über Situation an Grenzen. In: Asylmagazin 1-2/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>
- Asyl (2006k). Libyen schiebt illegale Einwanderer ab. In: Asylmagazin 1-2/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>
- Asyl (2006l). Entwicklungshilfe zur Steuerung von Migrationsströmen. In: Asylmagazin 7-8/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>
- Asyl (2006m). Schleppender Beginn der europäischen Seeüberwachung. In: Asylmagazin 9/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>
- Asyl (2006n). Mehr Flüchtlinge denn je auf den Kanaren. In: Asylmagazin 6/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>
- Asyl (2006o). Bilanz des Dublin-Verfahrens. In: Asylmagazin 6/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>
- Asyl (2006p). Rat begrüsst gemeinsame Abschiebeflüge. In: Asylmagazin 5/2006. Informationsverbund Asyl. <http://www.asyl.net/>
- Asylnetz (2007). Beschluss des Weltärztebundes zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen. URL: <http://www.asylnetz.de/Seiten/information/medizinischeSeite/aerzte.html>
- Auswärtiges Amt (2006a). Von der Europäischen Politischen Zusammenarbeit (EPZ) zur Gemeinsamen Außen- und Sicherheitspolitik (GASP) - Rückblick und Ausblick. URL: <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Europa/Aussenpolitik/GASP/EPZ-GASP.html>
- Auswärtiges Amt (2006b). Entscheidungsfindung in der Europäischen Union. URL: <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Europa/Allgemein/Entscheidungen.html>
- Auswärtiges Amt (2006c). Einreisebestimmungen für deutsche Staatsangehörige. URL: <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Laenderinformationen/Polen/Einreisebestimmungen.html>
- Auswärtiges Amt (2006d). Der europäische Binnenmarkt. URL: <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Europa/Aufgaben/Binnenmarkt.html>
- Auswärtiges Amt (2006e). Asyl und Migration in der EU. URL: <http://www.auswaertiges-amt.de/diplo/de/Europa/Aufgaben/JustizInneres/Uebersicht.html>
- Avanti! e.V. (2006). Nach Aussetzung des Flüchtlingsstreiks in Oldenburg treten BewohnerInnen des Abschiebelagers Bramsche-Hesepe in einen Warnstreik. NoLager-Netzwerk-Pressemitteilung, 08.11.2006

- Backes, Martina (2007). Nutzbar gemacht - Die entwicklungspolitische Debatte entdeckt die Migration als neuen Heilsbringer. In: iz3w, Nr. 299, März 2007
- Bade, Klaus J. (2002a). Einführung: Migration in der europäischen Geschichte seit dem späten Mittelalter. In: Migration in der europäischen Geschichte seit dem späten Mittelalter. Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Studien der Universität Osnabrück (IMIS)-Beiträge Heft 20/2002, Seite 7-20.
- Bade, Klaus J. (2002b). Historische Migrationsforschung. In: Migration in der europäischen Geschichte seit dem späten Mittelalter. Institut für Migrationsforschung und interkulturelle Studien der Universität Osnabrück (IMIS)-Beiträge Heft 20/2002, Seite 21-44.
- Bär, Gesine (2004). Mehr Gesundheit im Quartier – Erfahrungen und Befunde aus stadtteilbezogenen Projekten. In: Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung – Handlungsstrategien für Kinder und Jugendliche in E&C-Gebieten. Sozialpädagogisches Institut Berlin (SPI), Seite 15-18
- Bär, Gesine (2006). Good Practice im Handlungsfeld Soziale Stadt. Gesundheit Berlin e.V. URL: <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=2117&type=infotext&display=2>
- Basso-Sekretariat Berlin (1995). Festung Europa auf der Anklagebank – Dokumentation des Basso-Tribunals zum Asylrecht in Europa. Münster: Westfälisches Dampfboot
- Baumann, Jochen (1999). Hausordnung für Europa – Schengen, Eurocops und Kanonenboote – der Amsterdamer Vertrag liefert die Grundlage für eine gemeinsame EU-Innenpolitik. Jungle World, 28.04.1999. URL: http://www.nadir.org/nadir/periodika/jungle_world/_99/18/13b.htm
- Bayerischer Rundfunk (BR) (2005). Flüchtlinge bekamen Gammelfleisch serviert. BR-online, 09.12.2005. URL: <http://www.br-online.de/umwelt-gesundheit/artikel/0512/09-gammelfleisch/index.xml>
- Bayerisches Staatsministerium des Innern (STAMI Bayern) (2005). Bericht des Ländervertreeters im Strategischen Ausschuss für Einwanderungs-, Grenz- und Asylfragen über Angelegenheiten der Europäischen Union. URL: <http://www.bundesrat.de/DE/gremien-konf/fachministerkonf/imk/Sitzungen/05-06-24/05-06-24-anlage-nr-02-2,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/05-06-24-anlage-nr-02-2.pdf>

- Behrensen, Birgit (2002). Das Projekt „SPuK“ stellt sich vor – Ein Modellprojekt für Strukturveränderungen in der Gesundheitsversorgung und zur Qualifizierung von Flüchtlingen und AsylbewerberInnen zu Sprach- und KulturmittlerInnen. In: Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge – I. Dokumentation im Rahmen des Projekts SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. Sonderheft des Fördervereins Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V., Hildesheim
- Behrensen, Birgit; Groß, Verena (2004). Gesundheitsverschlechterungen in Folge fremdbestimmter Unterbringungsbedingungen – oder: Warum Herr A. aus der Sammelunterkunft ausziehen möchte. In: Gesundheit von Flüchtlingen – Zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl – Erfahrungen aus der Praxis. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 99, September 2004, Seite 215-221
- Behrensen, Birgit; Groß, Verena (2004b). Auf dem Weg in ein „normales Leben“? – Eine Analyse der gesundheitlichen Situation von Asylsuchenden in der Region Osnabrück. Osnabrück: Universität Osnabrück
- Behrensen, Birgit; Groß, Verena (2005). Endevaluation der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft „SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung“ – Ergebnisse des Teilprojektes „Evaluation“. Osnabrück: Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V.
- Beier, Andreas (2006). RFID – Die Bedeutung der Fortentwicklung neuer Sicherheitstechnologien im Kontext einer zunehmenden Einschränkung bürgerlicher Rechte. URL: <http://www.astafh.de/wp-content/uploads/2006/10/rfid-von-abeier.pdf>
- Beier, Andreas (2007a). Gammelfleisch für Flüchtlinge. In: asta magazin Nr. 6/Januar 2007. AStA der Fachhochschule Münster, Seite 16. http://www.astafh.de/?page_id=45
- Beier, Andreas (2007b). Persönlichkeitsrechte ade – Die „Aufenthaltskarte für Ausländer“. In: What the fuck is informationelle Selbstbestimmung?! AStA der Fachhochschule Münster, Seite 31-36
- Beinsen, Achim (2007). „Wir wollen leben, wie Menschen es verdient haben!“ - Flüchtlinge im Portrait. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 117, März 2007. Hildesheim: Flüchtlingsrat Niedersachsen e.V.
- Bendrat, Ulrike (2003). Therapie statt Seuchen-Check. In: taz – die Tageszeitung Bremen, Nr. 7083, 20.06.2003, Seite 24
- Benz, Wolfgang (2006a). Umgang mit Flüchtlingen – ein humanitäres Problem. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, Seite 7-9, 93-101

- Berg, Gisela (1999). Subjektive Krankheitskonzepte – eine kommunikative Voraussetzung für die Arzt-Patientin-Interaktion? In: Migration und Gesundheit – Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 81-94
- Berliner Infodienst Migration (BIM) (2007). Kultursensible Altenhilfe. BIM 3/2007, 15.01.2007
- Bielefeld (2004). Stadt Bielefeld – Gesundheitliche Lage & Versorgung von Migrantinnen und Migranten – Bielefelder Gesundheitsberichterstattung
- Bieler, Kai (2003). „Visionen“ für flüchtlingsfreies Europa: Drittes bundesweites Vernetzungstreffen von Abschiebehaftgruppen zur Asylpolitik der EU. In : junge Welt, 14.04.2003
- Bieringer, I.; Forster, E.; Lamott, F. (2003). Migration und Trauma – Beiträge zu einer reflexiven Flüchtlingsarbeit. Pädagogik und Gesellschaft, Bd. 1. Münster: Lit-Verlag
- Birck, Angelika (2004). Versorgung von traumatisierten Flüchtlingen im Behandlungszentrum für Folteropfer Berlin. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 3-4, 2004. Weinheim: Juventa, Seite 177-185
- Birg, H. (2000). Migration, Geburtendefizit und Alterung in Deutschland – Entwicklung und Problematik aus demographischer Sicht. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 187-196
- Bischof, Christine; Koch, Liv-Berit (2004). Verbesserung der Versorgung älterer MigrantInnen am Beispiel des Modellprojekts „Interkulturelle Öffnung der Diakonie-Stationen in Berlin“. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 3-4, 2004. Weinheim: Juventa, Seite 194-203
- Bleiberechtsbüro (2007). Bleiberecht – Wer erhält ein Bleiberecht. Wie geht man vor. <http://www.bleiberechtsbuero.de/docs/bleiberecht--broschuere.pdf>
- Böffgen, Kerstin (2007). Menschenrechte an der Südgrenze 2006 – Aus dem Bericht der spanischen Flüchtlingsorganisation Asociación Pro Derechos Humanos de Andalucía (APDHA), 18. Januar 2007
- Bollini, Paola (2000). Die Gesundheit von Migrantinnen in Europa – Perspektiven für 2000. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 197-206

- Bommes, Michael; Scherr, Albert (1993). Migration im nationalen Sozialstaat Bundesrepublik. In: Heute hier – morgen fort: Migration, Rassismus und die (Un)Ordnung des Weltmarkts. Arbeitsgruppe 501. Freiburg: Verlag Informationszentrum Dritte Welt, Seite 45-56
- Boos-Nünning, Ursula (2000). Familien in der Migration – Lebens- und Wohnsituation und Auswirkungen für soziale Versorgungsstrukturen. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 13-26
- Borde, Theda; David, Matthias (1999). Zur schwierigen Begrifflichkeit. In: Migration und Gesundheit – Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 7-9
- Borde, Theda (1999b). Die Versorgung von Migrant/innen aus der Perspektive von Fachkräften der Gesundheitsversorgung. In: Migration und Gesundheit – Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 95-113
- Borde, T.; David, M., Kentenich, H. (2000). Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Boubaris, Tino (2005). Strukturverbesserungen für AsylbewerberInnen in der Beschäftigungs- und Gesundheitspolitik. Dokumentation zur Fachtagung der EQUAL-Entwicklungspartnerschaft SPuK-Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung am 04.11.2004. Verein Niedersächsischer Bildungsinitiativen e.V. (VNB)
- Bozic, Ivo (2006). Debatte offen, Grenzen dicht. Interview mit Karl Kopp (Pro Asyl). Jungle world, 24.11.2006
- Brandrup-Lukanows (2000). Grußworte und Statements. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Seite 13-16
- Brinkmeier, Friederike (2006). Stichwort – Abkommen über die Rechtsstellung von Flüchtlingen – Genfer Flüchtlingskonvention (GFK). Menschenrechtszentrum (MRZ) der Universität Potsdam. URL: <http://www.uni-potsdam.de/u/mrz/stichw/stichw9.htm>
- Bündnis 90/Die Grünen (B90/Grüne) (2007). Stadtratsfraktion. URL: <http://www.gruene-os.de/ratsmitglieder.phtml>

- Bührle, Schwester Corneli (2003). Menschen ohne Aufenthalt und Duldung. Aus: Forum Migration, Januar 2003. In: MUSA. Ethische Aspekte in der interkulturellen Sozialarbeit. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Betz
- Bundesärztekammer (BÄK) (2007a). Ärztestatistik der Vorjahre. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1667>
- Bundesärztekammer (BÄK) (2007b). Ergebnisse der Ärztestatistik zum 31. Dezember 2005. URL: <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.3.1666>
- Bundesärztekammer (BÄK) (2007c). (Muster-) Berufsordnung für die deutschen Ärztinnen und Ärzte (Stand 2006). URL: <http://www.baek.de/page.asp?his=1.100.1143>
- Bundesamt für Gesundheit (BMG) (2006). Informationen über die Umsetzung der Bundesstrategie „Migration und Gesundheit 2002-2007“
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2006a). Zahl der Asylanträge geht auch im ersten Halbjahr 2006 weiter zurück. Pressemitteilung 0011/2006. URL: http://www.bamf.de/nn_566136/SharedDocs/Pressemitteilungen/DE/2006/060711-pressemitteilung-bmi.html
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2006b). Aufenthaltsgesetz (AufenthG). URL: http://www.bamf.de/cln_042/nn_566320/SharedDocs/Rechtsgrundlagen/DE/DasBAMF/aufenthg.html__nnn=true
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2006c). Statistik aktuell. URL: http://www.bamf.de/cln_043/nn_564242/SharedDocs/Anlagen/DE/DasBAMF/Downloads/Statistik/statistik-auflage14-4-aktuell-asyl,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/statistik-auflage14-4-aktuell-asyl.pdf
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2006d). EURASIL. URL: http://www.bamf.de/cln_043/nn_566316/SharedDocs/Glossar/DE/E/eurasil-asyl.html
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2006e). Jahresrückblick Dublinverfahren 2005. BAMF-Einzelentscheider-Brief 4/2006, Seite 1-2
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2006g). Jüdische Zuwanderer. URL: http://www.bamf.de/nn_566324/DE/Integration/JuedischeZuwanderer/juedische-zuwanderer-node.html__nnn=true
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2007a). Europarecht. URL: http://www.bamf.de/cln_042/nn_566334/DE/Migration/Europa/Europarecht/europarecht-inhalt.html__nnn=true

- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2007b). Das Asylverfahren in der Bundesrepublik Deutschland. URL:
http://www.bamf.de/nn_566324/DE/Asyl/Asylverfahren/Verfahrensablauf/verfahrensablauf-node.html__nnn=true
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) (2007c). Übereinkommen über die Bestimmung des zuständigen Staates für die Prüfung eines in einem Mitgliedstaat der Europäischen Gemeinschaften gestellten Asylantrags. URL:
<http://migration.uni-konstanz.de/pdf/de/Voelkerrecht/Dublin.htm>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2007a). Sozialhilfe. URL:
<http://www.bmas.bund.de/BMAS/Navigation/Soziale-Sicherung/sozialhilfe.html>
- Bundesministerium für Arbeit und Soziales (BMAS) (2007b). Grundsicherung im Alter und bei Erwerbsminderung. URL:
<http://www.bmas.bund.de/BMAS/Navigation/Soziale-Sicherung/Sozialhilfe/grundsicherung,did=89008.html>
- Bundesministerium für Gesundheit und Soziales (BMGS) (2007a). Sozialgesetzbuch (SGB) Fünftes Buch (V) – Gesetzliche Krankenversicherung. URL:
<http://dbo3.bmgs.de/Gesetze/gesetze.htm>
- Bundesministerium des Innern (BMI) (2006a). Gesetz zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthalts und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern (Zuwanderungsgesetz), AufenthG § 23. URL:
http://www.bmi.bund.de/cln_028/nn_121852/Internet/Content/Common/Anlagen/Gesetze/Zuwanderungsgesetz,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/Zuwanderungsgesetz
- Bundesministerium des Innern (BMI) (2006b). Kontingentflüchtlinge. URL:
http://www.bmi.bund.de/cln_028/nn_122688/sid_7CE5410D7F2A-D3272A188A7A688194DB/Internet/Content/Common/Lexikon/K/Kontingentfluechtlinge__Id__19945__de.html
- Bundesministerium des Innern (BMI) (2006c). Deutsche Beamte haben italienische Behörden auf Lampedusa beraten. Aus: Heute im Bundestag vom 26.09.2006
- Bundesministerium des Innern (BMI) (2006d). 136 Statusüberprüfungen zum Schutz vor Terroristen. In: Newsletter Niedersächsischer Flüchtlingsrat, 24.11.2006

- Bundesministerium des Innern (BMI) (2006e). Asylbewerberleistungsgesetz. URL: http://www.bmi.bund.de/cln_028/nn_122688/sid_D8E5841CB366E1D8ACB00DC5FA182B6C/Internet/Content/Common/Lexikon/A/Asylbewerberleistungsgesetz__Id__19869__de.html
- Bundesministerium des Innern (BMI) (2006f). Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). URL: <http://bundesrecht.juris.de/asylblg/index.html>
- Bundesministerium des Innern (BMI) (2006g). EU-Recht. URL: http://www.zuwanderung.de/2_eu-recht.html
- Bundesministerium des Innern (BMI) (2006h). Informationstechnik und Innere Sicherheit. Namensbeitrag des Bundesinnenministers Dr. Wolfgang Schäuble in der Fachzeitschrift "Die neue Polizei", 56. Jahrgang, Heft 2/2006. URL: http://www.bmi.bund.de/cln_012/nn_662984/Internet/Content/Nachrichten/Medienspiegel/2006/10/BM__Schaeuble__Informationstechnik__innere__Sicherheit.html
- Bundesministerium des Innern (BMI) (2007a). Zuwanderung A-Z. URL: http://www.zuwanderungsgesetz.de/2_neues-gesetz-a-z/konventionsfluechtlinge.html
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2006a). Aufenthaltsgesetz (AufenthG), § 9 Niederlassungserlaubnis. URL: http://bundesrecht.juris.de/aufenthg_2004/__9.html
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2006b). Aufenthaltsgesetz (AufenthG), § 60a Vorübergehende Aussetzung der Abschiebung (Duldung). URL: http://bundesrecht.juris.de/aufenthg_2004/__60a.html
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2006c). Asylverfahrensgesetz (AsylVfG), § 55 Aufenthaltsgestattung. URL: http://bundesrecht.juris.de/asylvfg_1992/__55.html
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2006d). Asylverfahrensgesetz (AsylVfG). URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/asylvfg_1992/gesamt.pdf
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2006e). Aufenthaltsgesetz (AufenthG). URL: http://www.gesetze-im-internet.de/bundesrecht/aufenthg_2004/gesamt.pdf
- Bundesministerium der Justiz (BMJ) (2007a). Grundgesetz der Bundesrepublik Deutschland. URL: <http://bundesrecht.juris.de/bundesrecht/gg/gesamt.pdf>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend URL: <http://www.bmfsfj.de/RedaktionBMFSFJ/Abteilung5/Pdf-Anlagen/sgbvlll,property=pdf,bereich=,rwb=true.pdf>

- Bundesverwaltungsgericht (2007). Widerruf der Flüchtlingsanerkennung von Irakern. Pressemitteilung, Nr. 15/2007, 20.03.2007
- Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BzgA) (2004). Medien der Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung im Migrationsbereich. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 3-4, 2004. Weinheim: Juventa, Seite 173-176
- Bund-Länder-Kommission (BLK) (2006). Königsteiner Schlüssel. URL: http://www.blk-bonn.de/papers/koenigsteiner_schluessel_2006.pdf
- Bunge, C.; Kilian, H.; Meyer-Nürnberger, M. (2006). Gesundheitsfördernde Angebote für Menschen mit Migrationshintergrund – Sonderauswertung der Projektdatenbank „Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten“ www.gesundheitliche-chancengleichheit.de. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 9/2006. Springer Medizin Verlag, Seite 2006
- Busch, Heiner (2001). Ohne Bremse und Rückwärtsgang – Die polizeipolitische Maschinerie der EU nach Amsterdam. In: Bürgerrechte & Polizei CILIP Nr. 69 (2/2001). URL: <http://www.cilip.de/ausgabe/69/maschine.htm>
- Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V. (2007). www.caritas-os.de
- Caestecker, Frank (2006). Tradition und Tendenzen europäischer Flüchtlingspolitik. In: Umgang mit Flüchtlingen – ein humanitäres Problem. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, Seite 73-92
- Classen, Georg (2005). Krankenhilfe nach dem Asylbewerberleistungsgesetz. Flüchtlingsrat Berlin, Februar 2005
- Classen, Georg (2006a). Falschmeldungen zu Bleiberecht und Arbeitserlaubnis, Bleiberecht für Asylbewerber, Kindergeld und ALG II für Bleibeberechtigte. Pressemitteilung vom 25.11.2006
- Classen, Georg (2007a). Materialien und Informationen für die Beratungsarbeit. Flüchtlingsrat Berlin, Januar 2007
- Classen, Georg (2007b). Das Asylbewerberleistungsgesetz 1993 und seine Novellen von 1997 und 1998 in Stichworten. URL: <http://www.asylnetz.de/Seiten/information/sozialleistungen/gesetz.html>
- Collatz, Jürgen (1990). Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: Migration und Gesundheit – Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, Seite 33-58

- Collatz, Jürgen (1999). Kernprobleme des Krankseins in der Migration – Versorgungsstruktur und ethnozentristische Fixiertheit im Gesundheitswesen. In: Migration und Gesundheit – Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse Verlag, Seite 33-58
- Curio, Claudio (2006). Kindeswohl versus Einwanderungskontrolle? Die Kindertransporte 1938/39 und die Situation von Flüchtlingskindern heute. In: Umgang mit Flüchtlingen – ein humanitäres Problem. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, Seite 55-72
- Dagdelen, Sevim; Jelpke, Ulla; Keskin, Hakki (2006). Rechtlicher und behördlicher Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen in Deutschland vor dem Hintergrund einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts (1 B 188.05). In: Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage – Drucksache 16/3447 vom 06.12.2006. URL: <http://dip.bundestag.de/btd/16/037/1603746.pdf>
- Davin, Hartmut (2004). Interkulturelle Öffnung der ambulanten Familienhilfen – das Beispiel von „LebensWelt“ Berlin. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 3-4, 2004. Weinheim: Juventa, Seite 222-228
- Demirkan, Canset; Eslami, Habib (2007). Handbuch zum ehrenamtlichen Engagement von Migrantinnen, Migranten und Flüchtlingen in Niedersachsen. Arbeitsgemeinschaft MigrantInnen und Flüchtlinge in Niedersachsen (AMFN), Seite 168. URL: http://www.amfn.de/Bilder/Handbuch/NDS_Handbuch.pdf
- De Stoop, Chris (1996). Hol die Wäsche rein – Die Geschichte einer ganz gewöhnlichen Abschiebung. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuch Verlag
- Deutscher Bundestag (1995). Unbegleitete Minderjährige in der Bundesrepublik Deutschland. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Dr. Cornelia Sonntag-Wolgast, Friedhelm Julius Beucher, Dr. Ulrich Böhme (Unna), weiterer Abgeordneter und der Fraktion der SPD (Drucksache 13/1655). Drucksache 13/1873 vom 29.06.1995. URL: <http://dip.bundestag.de/btd/13/018/1301873.asc>
- Deutscher Bundestag (2006). Rechtlicher und behördlicher Umgang mit traumatisierten Flüchtlingen in Deutschland vor dem Hintergrund einer Entscheidung des Bundesverwaltungsgerichts (1 B 188.05). Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Ulla Jelpke, Sevim Dagdelen, Dr. Hakki Keskin und der Fraktion DIE LINKE. – Drucksache 16/3447 vom 06.12.2006. URL: <http://dip.bundestag.de/btd/16/037/1603746.pdf>

- Deutscher Bundestag (2006b). Europäische Grenzschutzagentur. Antwort der Bundesregierung auf die Kleine Anfrage der Abgeordneten Silke Stokar von Neuforn, Wolfgang Wieland, Volker Beck (Köln), weiterer Abgeordneter und der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN – Drucksache 16/1530 vom 06.06.2006
- Deutscher Bundestag (2006c). 1. Eindeutige Rechtslage zum Schutz vor Genitalverstümmelungen gefordert. In: heute im Bundestag Nr. 370 – Pressedienst des Deutschen Bundestages, 01.12.2006
- Deutscher Bundestag (2007a). Grundgesetz für die Bundesrepublik Deutschland. URL: <http://www.bundestag.de/parlament/funktion/gesetze/grundgesetz/gg.html>
- Deutscher Bundestag (2007b). Grüne fragen nach Vorbehaltserklärung zur UN-Kinderrechtskonvention. In: Heute im Bundestag, 8.2.2007
- Deutscher Gewerkschaftsbund (DGB)-Bildungswerk (2004). 25 Jahre Kühn-Memorandum: Kein Grund zum Feiern. URL: http://www.migration-online.de/beitrag._X19wcmludDoxJnBpZD01MyZpZDoyNDYwJl89_.html
- Deutsches Ärzteblatt (2005). Anderes Verständnis. Heft 7/Juli 2005, S. 292
- Deutsches Ärzteblatt (2006a). USA: Medizinische Versorgung von Asylbewerbern auf Staatskosten umstritten. Deutsches Ärzteblatt-News, 08.11.2006. URL: <http://www.aerzteblatt.de/v4/news/news.asp?id=26304>
- Deutsches Historisches Museum Berlin (DHM) (2006). 1974-1989 Weltwirtschaftskrise. URL: <http://www.dhm.de/lemo/html/DasGeteilteDeutschland/NeueHerausforderungen/Weltwirtschaftskrise/oelkrise.html>
- Deutsches Institut für Menschenrechte (2006). Globales und regionales Menschenrechtsschutzsystem. Globales Menschenrechtsschutzsystem Abkürzungsverzeichnis. URL: <http://institut-fuer-menschenrechte.de/dav/Bibliothek/Abkuerzungsverzeichnis.pdf>
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) (2006a). Häufig gestellte Fragen (HGF) - Welche Staaten haben die erste Genfer Konvention von 1864 unterzeichnet? URL: <http://www.drk.de/generalsekretariat/archiv/faq/inhalt.html>
- Deutsches Rotes Kreuz (DRK) (2006b). Völkerrecht – Genfer Abkommen. URL: <http://www.drk.de/voelkerrecht/index.html>
- Deutschlandfunk (dlf) (2007a). Nachrichten, 20.03.2007. Live-Stream: <http://www.dradio.de/dlf/>

- Deutschlandfunk (dlf) (2007b). Meldungen, 16.01.2007. Live-Stream: <http://www.dradio.de/dlf/>
- Dietz, Barbara (2004). Ein neuer Aspekt der Ost-West-Wanderung: die Pendelmigration zwischen Polen und Deutschland. In: MUSA. Transnationale Räume und Soziale Arbeit. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Juventa Verlag
- Doering, Valentin (1999). Humanität und Integration. In: Münz, R., Schubert, V. Fremde. Migration und Asyl. St. Ottilien: EOS-Verlag
- Domenig, Dagmar (2001). Gesundheitsförderung im Migrationskontext und Transkulturelle Interaktion, Seite 13-81
- Drosdowski, G.; Scholze-Stubenrecht, W.; Wermke, M. (1991). Duden – Die deutsche Rechtschreibung. 20., völlig neu bearbeitete und erweiterte Aufl. Mannheim: Dudenverlag
- Düvell, Franck (1993). Anti-Rassismus-Büro Bremen: Flüchtlingslager, -widerstand und Solidaritätsarbeit. In: Heute hier – morgen fort: Migration, Rassismus und die (Un)Ordnung des Weltmarkts. Arbeitsgruppe 501. Freiburg: Verlag Informationszentrum Dritte Welt, Seite 161-168
- Düvell, Franck (2006a). Grundzüge des europäischen Migrationsregimes. URL: <http://www.nds-fluerat.org/rundbr/ru9192/bilder/ru75/duevell.htm>
- Düvell, Franck (2006b). Modernisierung des Migrationsregime - Erwünschte und Unerwünschte. URL: <http://www.nds-fluerat.org/rundbr/ru9192/bilder/ru75/duevell2.htm>
- Eder, Bernhard (2003). Was ist neu an der aktuellen Einwanderungsdebatte? In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 3-4, 2003. Weinheim: Juventa, Seite 76-79
- Efionayi-Mäders, Denise (2005). Geografie der Asylbewegung. In: Asylmigration in Europa – Migration, Flüchtlinge und Integration. Schriftenreihe Band 12. Nürnberg: Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, Seite 49-50
- Ehret, Ramona (2005). Macht Arbeitslosigkeit krank? Pressemitteilung Technische Universität (TU) Berlin, 20.06.2005. URL: <http://www.idw-online.de/pages/de/news/117713>
- Engel, Michael (2005). Klinik für Muslime - Kritiker befürchten mangelnde Integration. Schriftliche Zusammenfassung der Radiosendung im Deutschlandfunk (dlf) vom 26.07.2005. URL: <http://www.dradio.de/dlf/sendungen/sprechstunde/400007/>

- Ernst, Gernot (2000). Mythos Mittelmeersyndrom: Über akuten und chronischen Schmerz bei Migrantinnen. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 57-66
- Esslinger, Detlef (2006). Der Preis der Rückkehr. Süddeutsche Zeitung (SZ), 17.02.2006
- Europäische Kommission (2002). Asyl – Schutz besonders Schutzbedürftiger. Fact sheet *6.1 des Referates „Information und Kommunikation“ der Generaldirektion „Justiz und Inneres“, Brüssel, Dezember 2002
- Europäische Union (EU) (1997). Bericht über die Tätigkeit des Informations-, Reflexions- und Austauschentrums für Asylfragen (CIREA) im Jahr 1996 (vom Rat am 26. Mai 1997 gebilligter Text). Amtsblatt Nr. C 191 vom 23/06/1997 S. 0021 – 0035. URL: [http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31997Y0623\(05\):DE:HTML](http://europa.eu.int/eur-lex/lex/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31997Y0623(05):DE:HTML)
- Europäische Union (EU) (2003). Eurodac-System. URL: <http://europa.eu/scadplus/leg/de/lvb/l33081.htm>
- Europäische Union (EU) (2005a). Ein angemessener Lebensstandard für Asylbewerber in der Europäischen Union. URL: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/asylum/seekers/fsj_asylum_seekers_de.htm
- Europäische Union (EU) (2005b). Besondere Aufmerksamkeit gilt der Situation von Kindern und Frauen, die in der Europäischen Union Asyl suchen. URL: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/asylum/specific-clauses/fsj_asylum_specific_clauses_de.htm
- Europäische Union (EU) (2005c). Tampere und die Genfer Konvention. URL: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/asylum/fsj_asylum_intro_de.htm
- Europäische Union (EU) (2006a). Informations-, Reflexions- und Austauschzentrum für Fragen im Zusammenhang mit dem Überschreiten der Außengrenzen und der Einwanderung (CIREFI). URL: <http://europa.eu/scadplus/leg/de/lvb/l33100.htm>
- Europäische Union (EU) (2006b). Migration und Asyl in Zahlen auf der Ebene der Europäischen Union. URL: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/immigration/statistics/wai/fsj_immigration_statistics_de.htm
- Europäische Union (EU) (2006c). Erläuterungen zur Charta der Grundrechte. URL: http://www.europa.eu.int/constitution/de/ptoc146_de.htm
- Europäische Union (EU) (2006d). Beteiligung Dänemarks an der Anwendung der Dublin-Verordnung und der Eurodac-Verordnung. URL: <http://europa.eu/scadplus/leg/de/lvb/l14515.htm>

- Europäische Union (EU) (2006e). EURODAC – ein EU-weites elektronisches System zur Identifizierung von Asylbewerbern. URL: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/asylum/identification/fsj_asylum_identification_de.htm
- Europäische Union (EU) (2006f). Unionsweite Biometriedatenbank EURODAC. URL: http://ec.europa.eu/luxembourg/docs/422-2006_de.doc
- Europäische Union (EU) (2006g). Bestimmung der Zuständigkeit für die Prüfung eines Asylantrags in der Europäischen Union – die Dublin-Verordnung. URL: http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/asylum/criteria/fsj_asylum_criteria_de.htm
- Evangelische Kirche Deutschland (EKD) (2006). EKD-Denkschrift fordert Handeln gegen Armut im Land. Pressemeldung vom 12.07.2006. URL: <http://www.glaubeaktuell.net/portal/nachrichten/nachricht.php?IDD=1152623770>
- Fachhochschule Hamburg (FHH) (2006). Königsteiner Schlüssel. URL: <http://www.fhh.hamburg.de/stadt/Aktuell/behoerden/finanzbehoerde/aktuelles/veroeffentlichungen/koenigsteiner-schluessel/start.html>
- Fadlalla, Omairi (1991). Wohn- und Lebenssituation von Flüchtlingen: eine empirische Analyse am Beispiel des Weser-Ems-Raumes. Oldenburger Forschungsbeiträge zur interkulturellen Pädagogik, Bd. 3. Frankfurt/Main: Verlag für interkulturelle Kommunikation
- Feldhoff, J.; Kleineberg, M.; Knopf, B. (1991). Flucht ins Asyl – Untersuchungen zur Fluchtmotivation, Sozialstruktur und Lebenssituation ausländischer Flüchtlinge in Bielefeld. Bielefeld: AJZ Verlag
- Fiedler, I.; Ganten-Lange, C.; Neitzel, W.; Wilke, R. (2005). Empfehlungen für ärztliche/psychologische Stellungnahmen bei traumatisierten Flüchtlingen. Refugio Schleswig-Holstein. <http://www.refugio-kiel.de/seiten/foerder.html>
- Flüchtlingsrat Berlin (2006). Fauler Kompromiss der Innenministerkonferenz – Perspektive für betroffene Flüchtlinge in Berlin weiter unsicher. Pressemitteilung, 17.11.2006
- Flüchtlingsrat Hamburg (2002). Abschlussbericht - Zur ehrenamtlichen Begleitung und Betreuung neu angekommener unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge bis zur abschließenden Klärung eines Anspruchs auf eine Inobhutnahme nach § 42 KJHG. URL: <http://www.proasyl.de/texte/mappe/2002/69/4.doc>
- Flüchtlingsrat Hamburg (2006). Hamburg: Flüchtlinge unerwünscht. URL: http://fluechtlingsrat-hamburg.de/content/TextzuZEAVerlagerung_Endversion_240806-1.pdf

- Flüchtlingsrat Köln (2005). Flüchtlingspolitische Nachrichten und Protokoll der Sitzung vom 12.10.2005. URL: <http://www.koelner-fluechtlingsrat.de/nachrichten/2005/10.doc>
- Flüchtlingsrat Niedersachsen (2002). Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge – I. Dokumentation im Rahmen des Projekts SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 89/90, November 2002
- Flüchtlingsrat Niedersachsen (2003). Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Heft 93/94, April 2003, Seite 56
- Flüchtlingsrat Niedersachsen (2004). Gesundheit von Flüchtlingen – Zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl – Erfahrungen aus der Praxis. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 99, September 2004
- Flüchtlingsrat Niedersachsen (2005). Gesundheit und Beschäftigung für Flüchtlinge – Empfehlungen aus der Praxis, 3. Dokumentation im Rahmen des Projekts SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 108, Juni 2005
- Flüchtlingsrat Niedersachsen (2006). Flüchtlingsrat fordert sofortigen Abschiebestopp für langjährig Geduldete – Teileinigung der Innenminister ist noch keine Lösung – Koalitionskompromiss darf nicht zerredet werden. Presseerklärung vom 17.11.2006
- Flüchtlingsrat Niedersachsen (2006b). Pressemitteilung, Dezember 2006
- Flüchtlingsrat Niedersachsen (2007a). Newsletter, 07.03.2007
- Flüchtlingsrat Niedersachsen (2007b). Schünemann verbreitet Märchen über finanziellen Folgen eines Bleiberechts. Presseerklärung, 12.03.2007
- Flüchtlingsrat Niedersachsen (2007c). Asylbewerberleistungsgesetz. URL: <http://www.nds-fluerat.org/index.php?s=asyblG>
- Flüchtlingsrat Nordrhein-Westfalen (2001). Stellungnahme des Flüchtlingsrates NRW - Anmerkungen zum Entwurf eines Gesetzes zur Steuerung und Begrenzung der Zuwanderung und zur Regelung des Aufenthaltes und der Integration von Unionsbürgern und Ausländern (Stand: 3.11.2001 Entwurf des Bundesinnenministeriums). URL: <http://www.fluechtlingsrat-nrw.de/1900/index.html>
- Flüchtlingsrat Nordrhein-Westfalen (2002). Kinderrechte/Vorbehalte zur Kinderrechtskonvention – Schreiben der Sprecherin des Flüchtlingsrates NRW Geri Lassmann an die Jugendministerin des Landes NRW, Birgit Fischer vom 17.03.2002. URL: <http://www.fluechtlingsrat-nrw.de/1607/index.html>

- Flüchtlingsrat Nordrhein-Westfalen (2006a). UN-Kinderrechtskonvention Artikel 22 (Flüchtlingskinder) Abs. 1. URL: <http://www.fluechtlingsrat-nrw.de/1603/index.html>
- Roth, Wolff-Michael (2004). Qualitative Forschung und Ethik. Forum Qualitative Sozialforschung (FQS), Volume 5, No. 2, Art. 7 – Mai 2004
- Franz, Vanessa (2003). Menschen ohne Papiere – „Illegale“ in der EU. In: aid - Ausländer in Deutschland 19.Jg., 3/2003, 15. Oktober 2003. URL: <http://www.isoplan.de/aid/index.htm?http://www.isoplan.de/aid/2003-3/beschaef-tigung.htm>
- Frey, Alexandra (2006). Migration: Wettlauf um strikte Kontrollmechanismen – Universität Wien untersucht Immigration in die EU. URL: <http://idw-online.de/pages/de/news178131>
- Frielinghaus, Jana (2006). Unternehmen zahlen zuwenig Steuern – Umverteilungsgalopp. In: Junge Welt, 27.09.2006, Seite 8. URL: <http://www.junge-welt.de.de/2006/09-27/041.php?sstr=umverteilungsgalopp>
- Froschauer, Ulrike; Lueger, Manfred (2003). Das qualitative Interview. Wien: Facultas Verlags- und Buchhandels AG, WUV-Universitätsverlag
- Frühauf, J.; Serdaroglou, S.; Volz, J.; Wladarsch, E. (2000). Gesundheitsversorgung von Migrantinnen in der Gynäkologie: Stellenwert sprachlicher Schwierigkeiten. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 217-225
- Fuchs, Judith, Maschewsky-Schneider, Ulrike (2000). Brauchen wir in der Forschung zu Migration und Gesundheit besondere methodische Zugangsweisen? – Was wir aus der Frauenforschung lernen können. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 27-42
- Füller, Christian (2006). Schule auch für Flüchtlingskinder. Die Tageszeitung (TAZ), 18./19.02.2006
- Furnham, A.; Kirkcaldy, B.; Merbach, M.; Siefen, R. G.; Wittig, U. (2006). Migration und Gesundheit – Psychosoziale Determinanten. In: Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nummer 9 / September 2006, Leitthema: Migration und Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, Seite 873-883
- Gardemann, Joachim; Mashkooi, Karim (1998). Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster. In: Gesundheitswesen Nr. 60. Stuttgart: Georg Thieme Verlag, Seite 686-693.

- Gardemann, Joachim (2000). Kleinräumige Gesundheitsberichterstattung als Grundlage einer datengeschützten Gesundheitsförderung und Prävention für Kinder und Jugendliche mit Migrationshintergrund. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen – Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Berichte und Materialien), Band 17, Seite 158-163
- Gardemann, Joachim (2002). Soziale Lage und Gesundheit – Zur Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern. In: Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz 11/2002, Seite 889-893
- Gardemann, Joachim (2003). Was tut die Weltgesundheitsorganisation (WHO) für Migranten? Möglichkeiten der Umsetzung in Deutschland. In: Dokumentation der Fachtagung „Gesunde Integration“ am 20. und 21. Februar 2003 in Berlin. Bundesweiter Arbeitskreis Migration und öffentliche Gesundheit, August 2003
- Gardemann, Joachim (2006). Kinder auf der Flucht: Zur Gesundheitssituation von Flüchtlingskindern in ihren Herkunftsländern und im Aufnahmeland Deutschland. Kompetenzzentrum Humanitäre Hilfe an der Fachhochschule Münster
- Gardemann, Joachim (2006b). Begutachtung von erkrankten Flüchtlingen zur Frage ihrer Krankheit als Abschiebehindernis, Seite 22-30 (masch.)
- Gaserow, Vera (2006). Ausländerrecht wird wohl verschärft. In: Frankfurter Rundschau, 07.11.2006
- Geene, R.; Halkow, A. (2004). Armut und Gesundheit – Strategien der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag
- Geiger, Ingrid (1999). Altern in der Fremde – zukunftsweisende Herausforderungen für Forschung und Versorgung. In: Migration und Gesundheit – Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 167-184
- Geiger, I.; Razum, O.; Ronellenfitsch, U.; Zeeb, H. (2004). Gesundheitsversorgung von Migranten. In Deutsches Ärzteblatt, Jg. 101, Heft 43, 22.10.2004, Seite A 2882-A 2887
- German-foreign-policy (2005). Lagerspezialisten. Beitrag vom 19.09.2005. URL: http://www.german-foreign-policy.com/de/extra/festung_europa/lager_deportation.php
- German-foreign-policy (2007). Jagdrekorde. Beitrag vom 19.03.2007. URL: <http://www.german-foreign-policy.com/de/fulltext/56784>

- Germershausen, Andreas; Narr, Wolf-Dieter. Flucht und Asyl in der Politik der Bundesrepublik. Aufsatz. In: Flucht und Asyl: Berichte über Flüchtlingsgruppen, Seite 23-33. Hrsg. für das Komitee für Grundrechte und Demokratie und Medico International von Andreas Germershausen und Wolf-Dieter Narr. Berlin: Ed. Parabolis, Verl.-Abt. d. Berliner Institutes für Vergleichende Sozialforschung, 1988
- Giatanides, Stefan (2003a). Interkulturelle Kompetenz als Anforderungsprofil in der Jugend- und Sozialarbeit. In: MUSA. Ethische Aspekte in der interkulturellen Sozialarbeit. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Betz
- Giatanides, Stefan (2003b). Selbsthilfepotential von Familien ausländischer Herkunft, freiwilliges Engagement und Selbstorganisationen von Migranten – Struktur, Funktion, Förder- und Anerkennungsdefizite. In: MUSA. Interkulturelle Sozialarbeit im europäischen Vergleich. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Julius Betz GmbH & Co. KG
- Gierlichs, Hans-Wolfgang (2003). Untersuchung von Flüchtlingen. Vortrag auf der 7. lögd-Jahrestagung 25./26. März 2004 im Hotel Mercure Bielefeld. URL: http://www.loegd.nrw.de/1pdf_dokumente/1_allgemeinedienste/tagungen/7-oegd-tagung/gierlichs_psychotrauma.pdf
- Giesin, Carmen; Hausladen, Eva (1992). Frauen auf der Flucht – Frauenspezifische Verfolgung und ihre rechtliche und soziale Situation in der BRD
- Gläser, Jochen; Laudel, Grit (2006). Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. 2. Aufl.. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften/GWV Fachverlage
- Glier, B.; Rodewig, K.; Tietz, G. (1999). Stationäre psychosomatische Rehabilitation für Migranten aus der Türkei. In: Migration und Gesundheit – Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 189-205
- Gottstein, Margit (1988). Frauenspezifische Verfolgung im Asylverfahren. In: Ashkenasi, Abraham (Hrsg.). Das weltweite Flüchtlingsproblem - sozialwissenschaftliche Versuche der Annäherung. Bremen: Con-Literaturvertrieb
- Greenpeace (2004). Flüchtlinge. In: Greenpeace Magazin, 4/2004
- Grenz, Conni (2002). „Ausreisezentren“: Projekt X & das Halberstädter Kombimodell. In: off limits, Nr. 34, Mai 2002
- Grieger, Dorothea (2002). Migration und Gesundheit – Das Gesundheitswesen muss sich interkulturell öffnen. In: AID – Ausländer in Deutschland Nr. 1/2002. Saarbrücken: Isoplan, Seite 3

- Gries, Marie-Luise (2002). Gesundheit interkulturell – Macht Migration krank? In: AID – Ausländer in Deutschland Nr. 1/2002. Saarbrücken: Isoplan, Seite 4
- Gunßer, Conni; Wagener, Anke (2002). Perspektiven und Weiterarbeit. ProAsyl-Abschlussbericht – Zur ehrenamtlichen Begleitung und Betreuung neu angekommener unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge bis zur abschließenden Klärung eines Anspruchs auf eine Inobhutnahme nach § 42 KJHG. URL: <http://www.proasyl.de/texte/mappe/2002/69/4.doc>
- Habermann, Monika (1999). Pflegebedürftig in der Fremde? Zur Theorie und Praxis der interkulturellen Pflege. In: Migration und Gesundheit – Zustandsbeschreibung und Zukunftsmodelle. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 153-165
- Hackensberger, Alfred (2003). Flucht in die Festung Europa – Ein Gespräch mit einem marokkanischen Anwalt über das Schicksal der zahllosen Immigranten, die von Marokko aus versuchen, nach Spanien zu gelangen. Telepolis-Artikel, 28.12.2003. URL: <http://www.telepolis.de/r4/artikel/16/16091/1.html>
- Hackensberger, Alfred (2006). Die Devise heißt Leben oder Tod. AG Friedensforschung an der Uni Kassel/Veranstalter des friedenspolitischen Ratschlags. URL: <http://www.uni-kassel.de/fb5/frieden/themen/Migration/mauretani-en.html>
- Hälg, Regula; Salis Gross, Corina; Wallimann, Gabriela; Wick Marcoli, Madeleine (2004). Migration und reproduktive Gesundheit. In: Arbeitsblätter des Instituts für Ethnologie der Universität Bern, Nr. 27, 2004. URL: http://www.anthro.unibe.ch/arbeitsblaetter/AB27_Hae.pdf
- Handschuck, Sabine; Schröer, Hubertus (2003). Interkulturell orientierte Stadtpolitik – Die Bedeutung der Verwaltung für die Integration von Migranten. In: MUSA. Interkulturelle Sozialarbeit im europäischen Vergleich. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Betz
- Hannoversche Allgemeine Zeitung (HAZ) (2006). Wem nützt das neue Bleibe-recht? 29.11.2006
- Harmening, Björn (2005). « Wir bleiben draussen » - Schulpflicht und Schulrecht von Flüchtlingskindern in Deutschland. Juristische Expertise im Auftrag von terre des hommes (tdh), Osnabrück (www.tdh.de)
- Heinemann, Horst (2004). Neuere Entwicklungen in der gesundheitlichen Versorgung von Migranten. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 3-4, 2004. Weinheim: Juventa, Seite 170-172
- Heins, Rüdiger (1992). "No Passport, nix Asyl!". In: Die Tageszeitung (TAZ) vom 31.08.1992, Seite 9

- Henkel, Peter (2000). Bodensee-Bündnis stellt sich gegen Abschiebepolitik. Frankfurter Rundschau, 22.03.2000
- Henn, Wolfram (2001). Dokumente zur Medizin- und Forschungsethik
- Hesters, Willi (2007). Proteste gegen Abschiebungen deutlich gestiegen lt. Ausländerbehörden...Meldung im WDR Münsterland, 05.01.2007
- Heyde, Rolf (2005). Schwierige Aufgabe. Pressemitteilung der Ärztekammer Niedersachsen. In: Niedersächsisches Ärzteblatt 4/2005
- Hidarnejad, Hanif (2006). Jahresbericht 2005. Bochum: Flüchtlingssozialdienst der Medizinischen Flüchtlingshilfe Bochum e.V.
- Hilbert, Thomas (2000). Ergebnisse der Arbeitsgruppe „Gesundheitliche Screeningverfahren“. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen – Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Berichte und Materialien, Band 17), Seite 201-205
- Hochschule Darmstadt (2007). Sprachenzentrum. Fachbereich Sozial- und Kulturwissenschaften. URL: <http://www.fbsuk.h-da.de/index.php?id=sprachenzentrum>
- Hoffmann, Holger (2007). Flüchtling – ein Begriff mit Zukunft? URL: http://www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm_redakteure/Newsletter_Anhaenge/120/Fluechtling_Referat_-Stuttgart.pdf
- Hohlfeld, Thomas; Vogelskamp, Dirk (2005). Der Krieg gegen die trikontinentale Massenarmut – Migration, Flucht und die Rückkehr der Lager. Grundrechtskomitee, 17.03.2005
- Hohlfeld, Thomas (2007). Newsletter Innen- und Rechtspolitik, Fraktion DIE LINKE, Januar 2007
- Holz, Gerda (2005). Auswirkungen von Hartz IV auf die Gesundheit von Kindern. In: Impulse Heft 49, Dezember 2005. Landesvereinigung für Gesundheit Niedersachsen e.V. URL: [//www.gesundheitsnds.de/veroeffentlichungen/newsletterimpulse/index.htm](http://www.gesundheitsnds.de/veroeffentlichungen/newsletterimpulse/index.htm)
- Holzberger, Mark, Schubert, Katina (1998). Schengen – Quo vadis? – Das Schengener Kerneuropa und der Amsterdamer Vertrag. In: Bürgerrechte & Polizei/CILIP 59 (1/1998). URL: <http://www.cilip.de/ausgabe/59/quovadis.htm>

- Humanitäre Völkerrecht, entdecke das (hvr) (2006). Definition des Begriffs Flüchtling. Internetseite des Jugendrotkreuzes Deutschlands, Luxemburgs, Österreichs und der Schweiz. URL: http://www.hvr-entdecken.info/Sites/entdecken1/entdecken1_13.htm
- Ibendahl, Werner (2007). Ausländerrecht: Maßstab für die Berechnung des "gesicherten Lebensunterhalts" im Sinne des § 2 Abs. 3 Aufenthaltsgesetz. Stellungnahme des Niedersächsischen Ministeriums für Inneres und Sport, 06.02.2007
- Indymedia NRW (imc-nrw) (2006). Drittes Bochumer Sozialforum – Dokumentation, 19.02.2006. URL: <http://de.indymedia.org/2006/02/139460.shtml>
- Innenministerkonferenz (IMK) (2006). Beschlussniederschrift über die 182. Sitzung der Ständigen Konferenz der Innenminister und –senatoren der Länder am 16./17.11.2006
- Iskenius, Ernst-Ludwig (2004). Aufenthalt und traumatischer Prozess. In: Gesundheit von Flüchtlingen – Zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl – Erfahrungen aus der Praxis. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 99, September 2004, Seite 249-251
- Jelpke, Ulla (2006). Koordinierte Flüchtlingsabwehr – Deutschland in vorderster Front im Kampf der EU gegen unerwünschte Migranten. Immer größere Perfektionierung der behördlichen Abschiebep Praxis. In: junge Welt, 26.07.2006, Seite 10. URL: <http://www.jungewelt.de/2006/07-26/003.php?sstr=asyl>
- Jelpke, Ulla (2006b). Asylbewerberzahlen von Amts wegen nach oben geschraubt – Ein viertel aller Asylanträge werden für in Deutschland geborene Kinder gestellt – von Amts wegen. Pressemitteilung, 07.12.2006
- Jordan, Erwin (1999). Eröffnungsreferat auf der Fachtagung „Migration und Gesundheit. Perspektiven der Gesundheitsförderung in einer multikulturellen Gesellschaft“. 2. Fachtagung der Fachtagungsreihe „Gesundheit in eigener Verantwortung?“, 20.11.1999
- Jordan, Erwin (2000). Grußworte und Statements. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Seite 20-27
- Jordanova-Duda, Matilda (2003). Schwerpunkt: Wohnsituation von Migranten. In: AID – Ausländer in Deutschland 2-2003, 19. Jg., 25.07.2003. URL: <http://www.isoplan.de/aid/index.htm?http://www.isoplan.de/aid/2003-2/schwerpunkt.htm>
- Josten, Hildegard; Papies-Winkler, Ingrid (2000). Interkulturelles Gesundheitsnetzwerk Berlin. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 233-239

- Jung, Thomas (1995). Plädoyer der Verteidigung. In: Basso-Sekretariat Berlin. Festung Europa auf der Anklagebank – Dokumentation des Basso-Tribunals zum Asylrecht in Europa. Münster: Westfälisches Dampfboot
- junge Welt (jw) (1996). Sündenböcke Aussiedler. 18.03.1996
- jungle world (2006). Afrika, alle aussteigen! In: jungle world, Nr. 43, 25.10.2006
- Junghans, Thomas (2000). Migration und Screening. In: Migration und jungle world Flüchtlingsrat Niedersachsen (2006). Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen – Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Berichte und Materialien, Band 17, Seite 191-194
- Just, Wolf-Dieter (2004). Menschenwürde – Maßstab oder Leerformel. In: MUSA. Junge Migranten im Übergang Schule Beruf. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Juventa Verlag
- Kaba-Schönstein, Lotte (2006). Ansätze zur Identifikation, Entwicklung und Verbreitung in Deutschland. Gesundheit Berlin e.V. URL: <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=2117&type=infotext&display=2>
- Kabis, Veronika (2002). Fehldiagnosen und Endlotherapien – Langsam öffnet sich das Gesundheitswesen für die Belange von MigrantInnen. In: AID – Ausländer in Deutschland Nr. 1/2002. Saarbrücken: Isoplan, Seite 5
- Kauczor, Cornelia (2003). Die deutsche Behindertenhilfe steht vor einer grossen Herausforderung: Migration und Kultur. In: MUSA. Ethische Aspekte in der interkulturellen Sozialarbeit. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Betz
- Kauffmann, Heiko (1999). Flüchtlingskinder in Deutschland - Eine Bilanz der deutschen Politik nach sechs Jahren Kinderrechtskonvention. In: Dokumentation Flucht nach vorn Lebenssituation junger Flüchtlinge - Herausforderung an die Jugendsozialarbeit Edingen/Neckar: Atelier-Druck, Seite 46-51. URL: http://www.bagjaw.de/pub_dok_flucht.html
- Kauffmann, Heiko (2004a). Diskriminierung von Kindern ohne deutschen Pass beiseitigen - Die deutsche Vorbehaltserklärung zur UN-Kinderrechtskonvention (UN-KRK): „die Axt an einem Grundpfeiler des Kinder- und Menschenrechtsschutzes“. In: National Coalition für die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention-Infobrief 2/2004, Seite 9. URL: http://www.national-coalition.de/pdf/NC-Infobrief/NC_Infobrief%202_2004.pdf

- Kauffmann, Heiko (2004b). Wie zivilisiert ist Deutschland? Wenn es um das Kindeswohl geht, macht die Bundesregierung große Unterschiede zwischen Inländern und Ausländern – Zum 15. Jahrestag der UN-Kinderrechtskonvention. AG Friedensforschung an der Uni Kassel/Veranstalter des friedenspolitischen Ratschlags. URL: <http://www.uni-kassel.de/fb5/frieden/themen/Menschenrechte/kauffmann3.html>
- Kentenich, Heribert; Utz-Billing, Isabell (2006). Weibliche Genitalverstümmelung – Lebenslanges Leiden. In: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 13, 31.03.2006, Seite A 842-A 845
- Kirchgeßner, Kilian (2006). Multikulti im Altenheim - Deutsche Pflege-Studiengänge internationalisieren sich. Schriftliche Zusammenfassung der Radiosendung im Deutschlandfunk (dlf) vom 25.10.06 URL: <http://www.dradio.de/dlf/sendungen/campus/556759/>
- Klingelschmitt, Klaus-Peter (1999). Drei BGS-Beamte unter Verdacht. Die Tageszeitung (TAZ), 07.06.1999
- Kein Mensch ist illegal – Medizinische Flüchtlingshilfe Köln (kmii) (2007a). Die Verschärfung des AsylbLG 1998. URL: http://www.kmii-koeln.de/pre2005/med/versorgung_asyl98.html
- Kein Mensch ist illegal – Medizinische Flüchtlingshilfe Köln (kmii) (2007b). Asylbewerberleistungsgesetz von 1993-1997. URL: http://www.kmii-koeln.de/pre2005/med/versorgung_asyl9397.html
- Koch, Heinrich (1976). Osnabrück und das Osnabrücker Land – einst und jetzt. Osnabrück: Verlag Meinders & Elstermann
- Kömür, Celal Abbas (2001). Sans Papiers in Deutschland - Vorschläge für ihre Legalisierung. Eine Studie der PDS-Bundestagsfraktion zur Situation der „illegal“ in der Bundesrepublik lebenden Menschen und zum Umgang mit ihnen in anderen EU-Ländern. Berlin. URL: <http://www.mfh-bochum.de/Hintergrund/studie.pdf>
- Köttgen, Charlotte (2000). Kinder von Migranten. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen – Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Berichte und Materialien, Band 17, Seite 147-157
- Kohlmeier, Manfred; Schimany, Peter (2005). Der Einfluss von Zuwanderung auf die deutsche Gesellschaft – Deutscher Beitrag zur Pilotforschungsstudie „The Impact of Immigration on Europe’s Societies“ im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks. Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF)-Forschungsbericht 1, Nürnberg

- Kopp, Karl (2006). 2006: die höchste Todesrate an den Außengrenzen – kaum noch Asylgesuche. Presseerklärung Pro Asyl, 29.12.2006
- Kopp, Karl (2007). Schäuble legt Programm zur EU-Ratspräsidentschaft vor – Pro Asyl: Obsessiver Abschottungskurs – Menschenrechte und Flüchtlingsschutz sind blinde Flecken. Pro Asyl-Pressemitteilung, 03.01.2007
- Kreienbrink, A.; Sinn, A.; von Loeffelholz, H.D. (2005). Illegal aufhältige Drittstaatenangehörige in Deutschland – Staatliche Ansätze, Profil und soziale Situation. Forschungsstudie 2005 im Rahmen des Europäischen Migrationsnetzwerks
- Kreienbrink, Axel (2006). Spanien – Ein Bollwerk Europas gegen unerwünschte Flüchtlinge? In: Umgang mit Flüchtlingen – ein humanitäres Problem. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, Seite 166-191
- Kühn, Heinz (1979). Stand und Weiterentwicklung der Integration der ausländischen Arbeitnehmer und ihrer Familien in der Bundesrepublik Deutschland – Memorandum des Bundesbeauftragten der Bundesregierung. URL: http://www.migration-online.de/data/khnmemorandum_1.pdf
- Kühne, Peter (2002). Rot-Schwarz oder Rot-grün? Asylpolitik 1998-2001 – eine vorläufige Bilanz. In: In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 1, 2002. Weinheim: Juventa, Seite 32-38
- Kürsat-Ahlers, Elcin (2000). Migration als psychischer Prozeß. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 45-56
- Landau, Peter (1999). Rechtsphilosophische und Rechtshistorische Überlegungen zum Asylgedanken. In: Münz, R., Schubert, V. Fremde. Migration und Asyl. St. Ottilien: EOS-Verlag
- Leser, Hartmut (1994). Ökologie & Umwelt. Braunschweig: Westermann Verlag, Seite 90
- Leuninger, Herbert (2007). Die Entwicklung des europäischen Asylrechts – Eine Übersicht. URL: <http://www.asylnetz.de/Seiten/information/Europa/entwickler.html>
- Lienkamp, Andreas (2006). Besteht eine ethische Verpflichtung zum Handeln? Der Klimawandel als Gerechtigkeitsfrage. Vortrag auf dem 16. ZUFO-Umweltsymposium „Globale Umweltveränderungen und Wetterextreme – Was kostet der Wandel?“ am 07.11.2006 in Münster

- Lillig, Marion, Strasser, Hermann (2007). Asylbewerber im Teufelskreis – Ergebnisse einer empirischen Studie in Duisburg. MiZ – Migration und internationale Zusammenarbeit. URL: <http://www.themenpool-migration.eu/dmultio1.htm>
- Lisson, Marion (2006). Bei Abschiebung drohen traumatisierten Flüchtlingen Flashbacks. In: flucht-Nachrichtensammlung, Band 20, Eintrag 35: Ärztezeitung, 08.09.2006
- Lockemann, Ute (2002). Altersfeststellung im UKE. ProAsyl-Abschlussbericht – Zur ehrenamtlichen Begleitung und Betreuung neu angekommener unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge bis zur abschließenden Klärung eines Anspruchs auf eine Inobhutnahme nach § 42 KJHG. URL: <http://www.proasyl.de/texte/mappe/2002/69/4.doc>
- Löhr, Tillmann (2007). Beratungspraxis – Wege zum EuGH unter Art. 68 Abs. 1 EG. URL: http://www.asyl.net/Magazin/1_2_2007b.html
- Lorenz, Rüdiger-Felix (2006). Was kann Salutogenese sozial benachteiligten Menschen bieten? – Wie schaffen es Menschen, sich zu verändern? URL: <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=themen&topic=2117&type=infotext&display=2>
- Lorenzen, Klaus F. (1997). Das Literaturverzeichnis in wissenschaftlichen Arbeiten - Erstellung bibliographischer Belege nach DIN 1505 Teil 2. URL: <http://www.bui.fh-hamburg.de/pers/klaus.lorenzen/ASP/litverz.pdf>
- Ludwig-Mayerhofer, W (1999). Grounded Theory. ILMES – Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung. URL: http://www.lrz-muenchen.de/~wlm/ilm_g1.htm
- Ludwig-Mayerhofer, W (2007). Forschungsethik (engl.: Ethics of Research). ILMES – Internet-Lexikon der Methoden der empirischen Sozialforschung.
- Märker, Alfredo (2001). Zuwanderungspolitik in der Europäischen Union. In: Aus Politik und Zeitgeschichte, B 8/2001, Seite 3-10
- Malgesini, Graciela (1993). Torwächter im Süden Europas – Migrationspolitik in Spanien. In: Heute hier – morgen fort: Migration, Rassismus und die (Un)Ordnung des Weltmarkts. Arbeitsgruppe 501. Freiburg: Verlag Informationszentrum Dritte Welt, Seite 113-118
- Mane, Gudrun (2004). Wenn Kommunikation zwischen PatientInnen und medizinischen Fachkräften misslingt... In: Gesundheit von Flüchtlingen – Zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl – Erfahrungen aus der Praxis. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 99, September 2004, Seite 52-71

- Mareel, Iris; Wagner, Monika (2000). Ergebnisse der Untersuchung zur ambulanten gesundheitlichen Versorgung von MigrantInnen in Berlin-Kreuzberg aus Sicht der niedergelassenen ÄrztInnen. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 249-263
- Marschalk, Peter (2000). Öffentliche Gesundheitspflege und die Einwanderung: Gastarbeiter, Aussiedler und Flüchtlinge in Deutschland. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen – Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf, Berichte und Materialien, Band 17, Seite 31-42
- Mathemeier, Wolfgang (2003). Neues EU-Netzwerk für Asylpraktiker - EURASIL löst CIREA ab. In: Der Einzelentscheiderbrief, 10. Jahrgang, Februar 2003 02/2003. URL: <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Asyl/Downloads/EEBriefe/2003/ee-brief-02-2003,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/ee-brief-02-2003.pdf>
- Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum e.V. (MFH) (2006). Jahresbericht 2005. www.mfh-bochum.de
- Mesovic, Bernd (2004). Therapie während des Fluges? – Ärztliche Prüfung der „Abschiebefähigkeit“ von Kranken. In: Gesundheit von Flüchtlingen – Zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl – Erfahrungen aus der Praxis. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 99, September 2004, Seite 273-280
- Mesovic, Bernd (2007). Pro Asyl begrüßt die Wahl des Begriffes „freiwillige Ausreise“ zum Unwort des Jahres. Pressemitteilung, 19.01.2007
- Metz, Claus (2007). ÄrztInnen helfen „entfluten“. URL: <http://www.asylnetz.de/Seiten/information/medizinischeSeite/aerzte.html>
- Mielck, Andreas (2004). Ansätze zur Verringerung der gesundheitlichen Ungleichheit. In: Geene, R.; Halkow, A. (2004). Armut und Gesundheit – Strategien der Gesundheitsförderung. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, S. 27-33
- Migration und Bevölkerung (2005a). Spanien: Legalisierungsprogramm abgeschlossen . Newsletter Ausgabe 5, Juni 2005. Netzwerk Migration in Europa e.V. URL: http://www.migration-info.de/migration_und_bevoelkerung/artikel/050506.htm
- Migration und Bevölkerung (2005b). Newsletter Ausgabe 8, Oktober 2005. Netzwerk Migration in Europa e.V.
- Migration und Bevölkerung (2005c). Newsletter Ausgabe 7, September 2005. Netzwerk Migration in Europa e.V.

- Migration und Bevölkerung (2006a). Spanien: Kooperation mit der EU bei irregulärer Zuwanderung. Newsletter Ausgabe 5, Juli 2006. Netzwerk Migration in Europa e.V.
- Misereor (1994). Werkheft: Flüchtlinge – Prüfstein weltweiter Solidarität. Aachen: Misereor, Seite 22
- Mohammadzadeh, Zahra (2000). Zur Bedeutung gesundheitlicher Screeningverfahren. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen – Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Berichte und Materialien, Band 17), Seite 195-200.
- Muckel, Petra (2007a). Entdeckung und Entwicklung von Kategorien in der qualitativen Forschung - methodologische Überlegungen und empirische Beispiele. URL: <http://www.qualitative-sozialforschung.de/entdeckung%20und%20entwicklung.htm>
- Muckel, Petra (2007b). Die Grounded Theory in der Tradition der Münsteraner Schule. URL: <http://www.qualitative-sozialforschung.de/einfuehrung.htm>
- Müller, Johannes (1990). Flüchtlinge und Asyl – Politisch handeln aus christlicher Verantwortung. Frankfurt am Main: Knecht
- Müller, Kerstin (2000). Aus der Beratungspraxis: Verteilung und Umverteilung im Asylverfahren. In: Asylmagazin März, 4/2000. URL: <http://www.asyl.net/Magazin/2000-4.html>
- Müller, Wolfgang (2000). Zusammenfassung und Ausblick. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen – Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Berichte und Materialien, Band 17), Seite 261-266
- Münster (1998). Zur Gesundheitssituation der Flüchtlingskinder in Münster - Statistische und epidemiologische Darstellung einiger ausgewählter Gesundheitsindikatoren anlässlich einer Erhebung bei 178 Flüchtlingskindern unter 15 Jahren in allen städtischen Übergangseinrichtungen. Gesundheitsberichte, Bd. 7. Münster: Gesundheitsamt der Stadt Münster
- Münster (2000). Stadt Münster - Gesamtstädtische Verteilung von Flüchtlingsunterkünften im Stadtgebiet. Dokumentation des Mediationsprozesses: Oelde 17.-19.08.2000. Essen: Institut für stadtteilbezogenen soziale Arbeit und Beratung (ISSAB), Universität GH Essen
- Münster (2002). Öffentliche Beschlussvorlage an den Rat – Leitziele und Integrationsanforderungen für die Flüchtlingsarbeit in Münster. Vorlagen-Nr.

426/2002, 03.05.2002. Münster: Koordinierungsstelle für Aussiedler, Flüchtlings- und Asylbewerberangelegenheiten, Amt für Kinder, Jugendliche und Familien der Stadt Münster

Münster (2004). Öffentliche Beschlussvorlage an den Rat – Umsetzung des Standortes für eine Flüchtlingseinrichtung in Hilstrup an der Meesenstiege/Böttcherstrasse. Vorlagen-Nr. 117/2004, 30.01.2004. Münster: Dezernat V - Koordinierungsstelle für Aussiedler, Flüchtlings- und Asylbewerberangelegenheiten der Stadt Münster

Münster (2005). Preiswert Wohnen in Münster – Infos zu Sozialwohnungen, Wohnberechtigungsschein und Wohnungsvermittlung. Informationsbroschüre der Stadt Münster, Amt für Wohnungswesen

Münster (2006). Sozialamt-Geschäftsbericht 2005. Münster: Sozialamt der Stadt Münster, Mai 2006

Münster (2007). Münster im Portrait. URL:
http://www.muenster.de/muenster_im_portraet.html

Münster (2007b). Gruppen- und lebensraumbezogene Projekte und Hilfen. Münster: Gesundheitsamt. URL:
http://www.muenster.de/stadt/gesundheitsamt/gruppen_lebensraumbezogene_projekte.html

Münster (2007c). Ausländerbeirat. URL: <http://www.muenster.de/stadt/kv/auslaenderbeirat.html>

Münster (2007d). Flüchtlinge. URL: <http://www.muenster.de/stadt/sozialamt/migration-fluechtlinge.html>

Münz, R.; Schubert, V. (1999). Fremde. Migration und Asyl. St. Ottilien: EOS-Verlag

MUSA (2002a). Deutschland einig Einwanderungsland. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Betz

MUSA (2003a). Ethische Aspekte in der interkulturellen Sozialarbeit. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Betz

MUSA (2003b). Interkulturelle Sozialarbeit im europäischen Vergleich. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Betz

MUSA (2004a). Junge Migranten im Übergang Schule Beruf. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Juventa

MUSA (2004b). Transnationale Räume und Soziale Arbeit. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Juventa

- MUSA (2005a). Interkulturalität. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Juventa
- N.N. (1995). Sicherer Drittstaat
- N.N. (2007). Berichte von Betroffenen und UnterstützerInnen auf der Veranstaltung zur Situation in den ZASTen Oldenburg (Blankenburg) und der Außenstelle Bramsche-Hesepe, am 09.01.2007, Münster
- Naidoo, J.; Wills, J. (2003). Lehrbuch der Gesundheitsförderung. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)
- National Coalition für die Umsetzung der UN-Kinderrechtskonvention (2004). Sonderausgabe anlässlich des 12. DJHT in Osnabrück. NC-Infobrief 2/2004. URL: http://www.national-coalition.de/pdf/NC-Infobrief/NC_Infobrief%202_2004.pdf
- Negt, Oskar (1995). Restriktionen des Asylrechts und soziale Krise. In: Basso-Sekretariat Berlin. Festung Europa auf der Anklagebank – Dokumentation des Basso-Tribunals zum Asylrecht in Europa. Münster: Westfälisches Dampfboot
- Neomedia (1995). Osnabrück. Reken: Neomedia GmbH
- Nestvogel, Renate (2005). Afrikanerinnen und Beratung – Zur Nutzung von Beratungsstellen durch Afrikanerinnen. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 1, 2005. Weinheim: Juventa, Seite 54-59
- Neuber, Harald (2004). Festung Europa: Beispiel Spanien – Die sozialistische Regierung in Madrid baut das Hightech-System zur Flüchtlingsabwehr an der Südküste des Landes aus. Telepolis-Artikel, 22.10.2004. URL: <http://www.telepolis.de/r4/artikel/18/18633/1.html>
- Neudeck, Rupert (2006). Möglichkeiten und Grenzen humanitären Engagements. In: Umgang mit Flüchtlingen – ein humanitäres Problem. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, Seite 192-217
- Neue Osnabrücker Zeitung (NOZ) (1999). Bundesamt plant Sprachanalysen für Asylbewerber. 29.11.1999
- Neue Osnabrücker Zeitung (NOZ) (2002). Wieder Einsatz von Brechmitteln – Niedersachsen lockert Sperre. 10.06.2002
- Neue Osnabrücker Zeitung (NOZ) (2006a). Leitstelle für Integration – Stadt bekommt Mitarbeiter vom Land. 06.05.2006

- Neue Osnabrücker Zeitung (NOZ) (2006b). Hesepe als Modell – Minister weist Kritik an Unterkunft zurück. 12.05.2006
- Neue Osnabrücker Zeitung (NOZ) (2006c). Stiftung fördert Integrationslotsen – 5000 Euro für Fortbildung. 23.05.2006
- Neue Osnabrücker Zeitung (NOZ) (2006d). Gemeinsam gegen Kinderarmut – Städtische Sozialpolitik in der Diskussion. 24.04.2006
- news-aktuell (2006). Stammtisch-Gerede widerlegt: Jeder Migrant zahlt mehr an den Staat, als er erhält. Presseportal, 24.09.2006
- Nicolaus, Peter. Der Flüchtlingsbegriff in der Genfer Flüchtlingskonvention und im Grundgesetz. Aufsatz, Seite 55-62
- Nitschke-Özbay, Heidrun (2000). Sexuell übertragbare Infektionen im Einwanderungsland Deutschland. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen – Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Berichte und Materialien, Band 17), Seite 118-125
- No-racism (2000). Grundzüge des Europäischen Migrationsregimes. URL: <http://no-racism.net/article/44/>
- Nowak, Peter (2006). Zentrum gegen Migration. Telepolis- Artikel, 01.08.2006. URL: <http://www.telepolis.de/r4/artikel/23/23236/1.html>
- Öko-Fair (2006). Fangquoten und Fischereiabkommen. URL: <http://www.oeko-fair.de/oekofair.php/cat/504>
- Opitz, Peter J. (1988). Das Weltflüchtlingsproblem: Ursachen und Folgen. München: Beck (Beck´sche Reihe, Bd. 367)
- Osnabrück (2007). Beirat für Migration. Informationsfaltblatt. Osnabrück
- Osnabrück (2007b). Finanzielle Hilfen für Flüchtlinge. URL: <http://www.osnabrueck.de/21471.asp>
- Osnabrück (2007c). Friedensstadt. URL: <http://www.osnabrueck.de/7294.asp>
- Osnabrück – Marketing und Tourismus GmbH (2002). Osnabrück – buchen und besuchen 2003/2004
- Osnabrücker Sonntagsblatt (OS) (1998). EU-weite Flüchtlingspolitik gefordert. 11.01.1998

- Palecek, Feyza (2005). Migration und Gesundheit. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 3-4, 2005. Weinheim: Juventa, Seite 273-277
- Pelzer, Marei, Pennington, Alison (2006). Geschlechtsspezifische Verfolgung: Das neue Flüchtlingsrecht in der Praxis. In: Asylmagazin 06/2006. URL: <http://www.asyl.net/>
- Pfadenhauer, Michaela (2002). Auf gleicher Augenhöhe reden – Das Experteninterview – ein Gespräch zwischen Experte und Quasiexperte. In: Das Experteninterview – Theorie, Methode, Anwendung. Opladen: Leske + Budrich
- Piper, Gerhard (2001). Spaniens elektronische Mauer – Immigration zwischen Vertuschung und Kriminalisierung. In: Bürgerrechte & Polizei/CILIP 69, 2/2002
- Podlech, Katarina (2003). Unbegleitete minderjährige Flüchtlinge mit traumatischen Erfahrungen – Eine Herausforderung für die soziale Arbeit. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 3-4, 2003. Weinheim: Juventa, Seite 93-97
- Pöchlhacker, Franz (2000). Kulturelle und sprachliche Verständigung mit Nichtdeutschsprachigen in Gesundheitseinrichtungen. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 155-176
- Pohl, Reinhard (2005a). Mein Orientierungskurs 3: Aufbauwissen – Rechtsordnung, Geschichte und Kultur. Broschürenreihe BRD+Dritte Welt, Band 65. Kiel: Magazin Verlag
- Pohl, Reinhard (2005b). Kinderdolmetscher. Broschürenreihe BRD+Dritte Welt, Band 67. Kiel: Magazin Verlag
- Potts, Lydia (1993). Migrantinnen im Weltmarkt für Arbeitskraft. In: Heute hier – morgen fort: Migration, Rassismus und die (Un)Ordnung des Weltmarkts. Arbeitsgruppe 501. Freiburg: Verlag Informationszentrum Dritte Welt, Seite 84-87
- Priebe, Stefan (2000). Probleme und Grundzüge der psychiatrischen Versorgung im kulturell vielfältigsten Bezirk Europas. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 67-78
- Pro Asyl (2001). Rassismus hat viele Gesichter. Broschüre zum Tag des Flüchtlings 2001, Seite 26. URL: http://www.proasyl.de/fileadmin/proasyl/fm_redakteure/Bilder/HTdF_Hefte/tdfo1.pdf

- ProAsyl (2002). Abschlussbericht – Zur ehrenamtlichen Begleitung und Betreuung neu angekommener unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge bis zur abschließenden Klärung eines Anspruchs auf eine Inobhutnahme nach § 42 KJHG. URL: <http://www.proasyl.de/texte/mappe/2002/69/4.doc>
- Pro Asyl (2003). Jahresstatistik offenbart Defizite des Asylverfahrens. Presseerklärung vom 09.01.2003
- Pro Asyl (2003b). Flüchtlingsinitiativen kritisieren deutsche Haltung in EU-Asyldebatte. Pressemitteilung, 11.04.2003
- Pro Asyl (2006a). Newsletter Nr. 117, Oktober 2006. URL: <http://www.proasyl.de/de/archiv/newsletter-ausgaben/nl-2006/newsletter-nr-117/index.html#c3393>
- Pro Asyl (2006b). Newsletter Nr. 118, November 2006
- Pro Asyl (2006c). Newsletter Nr. 119, Dezember 2006
- Pro Asyl (2006d). Katalog der Grausamkeiten. Pressemitteilung, Oktober 2006
- Pro Asyl (2007a). Die Arbeitsgruppe „Statusrechtliche Begleitmaßnahmen“ des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge war bisher kaum bekannt. Pressemitteilung, 2007
- Pro Asyl (2007b). Gesetzentwurf zum Zuwanderungsgesetz: Umsetzung von EU-Richtlinien wird zur Verschärfung des Asylrechts missbraucht! Pressemitteilung, 14.03.2007
- Pro Asyl (2007c). Der Bericht des Innenministeriums des Landes Nordrhein-Westfalen über die Durchführung des Härtefallverfahrens
- Rabbata, Samir (2005). Illegale Migranten - Krank vor Angst. Deutsches Ärzteblatt, Jg. 102, Heft 23, 10.06.2005, Seite A 1641
- Rauchfuss, Knut (2002). Anforderungen an die Traumatherapie – Zum Bedarf für ein Therapiezentrum für Folteropfer in Bochum.
- Rauchfuss, Knut (2002b). Krankheit kennt keinen Aufenthaltsstatus – Zur gesundheitlichen Situation von Flüchtlingen. In: Defizite in der Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge – I. Dokumentation im Rahmen des Projekts SPuK – Sprache und Kultur: Grundlagen für eine effektive Gesundheitsversorgung. Sonderheft des Fördervereins Niedersächsischer Flüchtlingsrat e.V., Hildesheim

- Razum, O.; Zeeb, H. (2006). Epidemiologische Studien in der Migrationsforschung – ein einleitender Überblick. In: Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz Nummer 9 / September 2006, Leitthema: Migration und Gesundheit. Berlin, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, Seite 845-852
- Reckmann, Jörg (2006). Flüchtlinge – Neue EU-Richtlinie birgt Hoffnung. In: Frankfurter Rundschau, 12.10.2006. URL: http://www.frankfurter-rundschau.de/in_und_ausland/politik/aktuell/?em_cnt=987510
- Regionales Informationszentrum der Vereinten Nationen für Westeuropa – UN-ERIC (2007). Allgemeine Erklärung der Menschenrechte. URL: http://www.unric.org/index.php?option=com_content&task=view&id=105&Itemid=146&lang=de
- Reimann, Anna (2007). Bleiberecht. Spiegel online, 07.03.2007. URL: <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,470405,00.html>
- Reimar, Paul (2006). Nur ein bisschen Bleiberecht – Gleichzeitig weitere Verschärfungen in Niedersachsen angekündigt. In: junge Welt (jW) vom 05.09.2006. URL: www.jungeWelt.de/2006/09_05/004.php?sstr=asyl
- Rethmann, Albert-Peter (1995). Asyl und Migration – Ethik für eine neue Politik in Deutschland. Schriften des Instituts für christliche Sozialwissenschaften der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Bd. 33. Münster: Lit-Verlag
- Richters, Annemiek (2000). Soziokulturelle Vielfalt in Geburtshilfe und Gynäkologie in den Niederlanden – Gesundheit, Gesundheitsversorgung und –forschung in einer soziokulturellen pluralistischen Gesellschaft. In: Migration – Frauen – Gesundheit. Perspektiven im europäischen Kontext. Frankfurt am Main: Mabuse-Verlag, Seite 99-119
- Ringel, Peter (2006) „Calamari haben wir vorher nie gesehen“ – Asylbewerber in Oldenburg werfen Lagerleitung Tricks vor/Flüchtlingsrat kritisiert Landesregierung. In: Weserkurier, 21.10.2006
- Röhr, Karsten (2006). „Geld für Großfamilie“. In: Nordwestzeitung, 13.10.2006
- Röseler, Sybille; Schulte, Bernd (1988). Gutachten zum Entwurf eines Zweiten Gesetzes zur Änderung des Asylbewerberleistungsgesetzes – Regelungsgehalt, praktische Auswirkungen und verfassungsrechtliche Grenzen. Bonn: April 1988. URL: <http://www.proasyl.de/lit/classen/roeseler-schulte.pdf>
- Rücker, Petra (2006). Zugangswege in der Arbeit mit MigrantInnen: Erfahrungen des Interkulturellen Zentrums für Gesundheitsförderung und Prävention (IZGP)

- Sahin, Bahar (2001). Die soziale Situation türkischer Arbeitsmigranten der 1. Generation ab dem 55. Lebensjahr und ihrer Familien am Beispiel der Industriearbeiter der Metall- und Elektroindustrie in Kiel und Umgebung – unter besonderer Berücksichtigung der Renteneinkommen - Sozial-empirische Studie im Auftrag der Otto Brenner Stiftung. Arbeitsheft, Nr. 21. URL: http://www2.ig-metall.de/homepages/kiel/file_uploads/bahar-sahin-deutsch.pdf
- Salchner, Crista (2006). Staatsbürgerschaft wem Staatsbürgerschaft gebührt – Migranten wird das Leben in Österreich nicht einfach gemacht. URL: <http://www.telepolis.de/r4/artikel/22/22561/1.html>
- Salman, Ramazan (2003). Migrationsspezifische und sprachliche Barrieren in Beratung und Therapie – Hintergründe und Handlungsempfehlungen für Professionelle. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 3-4, 2003. Weinheim: Juventa, Seite 39-45
- Schaffer, Doris (2003). Genitalverstümmelung in den „Ferien“. In: Der Einzelentscheiderbrief, 10. Jahrgang, Februar 2003 02/2003. URL: <http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Asyl/Downloads/EEBriefe/2003/ee-brief-02-2003,templateId=raw,property=publicationFile.pdf/ee-brief-02-2003.pdf>
- Schmacke, Norbert (2002). Migration und Gesundheit: Ist Ausgrenzung vermeidbar? In: Gesundheitswesen 2002, Nr. 64. Stuttgart: Thieme, Seite 554-559
- Schmidt, Ulla (2004). Auswirkungen der Gesundheitsreform für Flüchtlinge. In: Gesundheit von Flüchtlingen – Zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl – Erfahrungen aus der Praxis. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 99, September 2004, Seite 237-243
- Schmidt, Ulrike (2004). Der Koran wird von den Machos missbraucht. Neue Osna-brücker Zeitung (NOZ), 26.11.2004
- Schmidt-Fink, Ekkehart (2002). Persischer Arzt, indische Schwester – Migranten im Gesundheitswesen. In: AID – Ausländer in Deutschland Nr. 1/2002. Saarbrücken: Isoplan, Seite 7
- Schmidt-Fink; Ekkehart, Zwick, Martin (2002). Neue Wege in der Pflege? – Zur Notwendigkeit kulturkompetenter Pflege. In: AID – Ausländer in Deutschland Nr. 1/2002. Saarbrücken: Isoplan, Seite 6
- Schönwälder, Karen; Sciortino, Giuseppe; Vogel, Dita (2004). Migration und Illegalität in Deutschland: Die AKI-Forschungsbilanz I, Dezember 2004. Wissens-schaftszentrum Berlin für Sozialforschung (WZ Berlin). URL: http://www.wz-berlin.de/zkd/aki/files/aki_forschungsbilanz_1_kurz.pdf
- Scholler, Heinrich (1999). Die Verankerung des Asylrechts im modernen Staat. In: Münz, R., Schubert, V. Fremde. Migration und Asyl. St. Ottilien: EOS-Verlag

- Schoop, Wolfgang (1994). Werkheft: Flüchtlinge – Prüfstein weltweiter Solidarität. Aachen: Misereor, Seite 4-5
- Schrader, Heike (2006). Einfach ins Meer geworfen – Der mörderische Umgang mit Flüchtlingen gehört im EU-Mitgliedsland Griechenland zum Standard der Grenzsicherung. In: Junge Welt, 30.09.2006, Seite 7. URL: <http://www.jungewelt.de/2006/09-30/037.php?sstr=meer/geworfen>
- Schubert, Katina (1997). Frauenfeindlichkeit ist kein Fluchtgrund. Junge Welt (jw), 08.03.1997
- Schubs, Paula (1995). Per Augenschein – Beamte bestimmen Asylmündigkeit von jungen Flüchtlingen. Junge Welt (jw), 29.05.1995
- Schulz-Gockel, Christoph (2003). Ethische Aspekte in der interkulturellen Sozialarbeit. In: MUSA . Ethische Aspekte in der interkulturellen Sozialarbeit. Zeitschrift für Migration und soziale Arbeit. Weinheim: Betz
- Schwarzer, Anke (2005). Das Lagersystem für Flüchtlinge. Telepolis-Artikel, 21.08.2005. URL: <http://www.heise.de/tp/r4/artikel/20/20764/1.html>
- Schweitzer, Hanne (2006). Migranten und Armut – Konsequenzen des Allgemeinen Gleichstellungsgesetzes. In: Informationsdienst der Informations- und Kontaktstelle für die Arbeit mit älteren MigrantInnen - IkoM-Newsletter 4/2006, Seite 7
- Sextro, Uli (2004). Strafrecht und Illegalität. Projekt Illegalität – Infobrief 2/2004. URL: http://www.emhosting.de/kunden/fluechtlingsrat-nrw.de/system/upload/download_825.pdf
- Sluzki, Carlos E. (2001). Psychologische Phasen der Migration und ihre Auswirkungen. In: Transkulturelle Psychiatrie – Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen. Bonn: Psychiatrie-Verlag, Seite 101-115
- Sozialpädagogisches Institut Berlin (SPI) (2004). Integrierte gesundheitsfördernde Stadtteilentwicklung – Handlungsstrategien für Kinder und Jugendliche in E&C-Gebieten. Berlin
- Spanner, Elke; Vogel, Wolf-Dieter (1996). Deutsche entlasten – CSU fordert härtere Linie gegen Flüchtlinge. Junge Welt (jw), 25.01.1996
- Sperling, Ronald (2006a). Die Desinformation des Lagerleiters der ZAAB Oldenburg Herr Lüttgau. Antirassistisches Plenum Oldenburg-Pressemitteilung, 23.10.2006

- Sperling, Ronald (2006b). Demonstration gegen die Lagerpolitik des Landes Niedersachsen in Hannover. Antirassistisches Plenum Oldenburg-Pressemitteilung, 24.10.2006
- Der Spiegel (1995). Nur wer schweigt, ist sicher – Interview mit Sabine Leutheuser (FDP). 11/1995, Seite 25
- Der Spiegel (2006). Innenministerium plant elektronische „Ausländerkarte“. Spiegel online Artikel vom 29. September 2006. URL: <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/0,1518,439937,00.html>
- Stadt Osnabrück (2006). Die Stadt im Überblick – Informationen und Wegweiser 2006. Belm: Meinders & Elstermann
- Steinhoff, Georg; Wrobel, Derya (2004). Vergessen in der Fremde – Zur Lebenssituation demenziell erkrankter MigrantInnen in der Bundesrepublik und Interventionsstrategien in der Beratungspraxis. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 3-4, 2004. Weinheim: Juventa, Seite 214-221
- Steinmüller-Krey, Helga (2000). Die zentrale Beratungsstelle für sexuell übertragbare Erkrankungen in Hamburg. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen – Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Berichte und Materialien, Band 17), Seite 111-117
- Streck, Ralf (2002). Elektronischer Schutzwall gegen Einwanderer – Mit Infrarotkameras und Radar sollen auch kleine Boote frühzeitig entdeckt werden. Telepolis-Artikel, 26.06.2002. URL: <http://www.telepolis.de/r4/artikel/12/12798/1.html>
- Streck, Ralf (2005). Europa rüstet auf gegen Einwanderer – Elektronischer Schutzwall für die gesamte Mittelmeerküste und eine „europäische Grenzpolizei“. Telepolis-Artikel, 15.05.2005. URL: <http://www.heise.de/tp/r4/artikel/20/20093/1.html>
- Streck, Ralf (2006). „Massensterben“ vor den Kanarischen Inseln – Die Abschottung Europas führt dazu, dass Flüchtlinge und Einwanderer immer gefährlichere Routen nehmen. Telepolis-Artikel, 24.03.2006. URL: <http://www.telepolis.de/r4/artikel/22/22317/1.html>
- Streck, Ralf (2006b). Sechs Satelliten sollen Flüchtlinge aufspüren. Telepolis-Artikel, 30.05.2006. URL: <http://www.heise.de/tp/r4/artikel/22/22780/1.html>
- Süddeutsche Zeitung (SZ) (2006a). Wer einen Job hat, darf bleiben. 17.11.2006. URL: <http://www.sueddeutsche.de/deutschland/artikel/897/91806/article.html>

- Süddeutsche Zeitung (SZ) (2006b). Geduldete Ausländer dürfen sich Arbeit suchen. 14.11.2006. URL: <http://www.sueddeutsche.de/deutschland/artikel/560/91469/article.html>
- Süssmuth, Rita (2006). Asylrecht und Zuwanderungsgesetz der Bundesrepublik Deutschland. In: Umgang mit Flüchtlingen – ein humanitäres Problem. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, Seite 102-110
- die tageszeitung (taz) (1992). Protokollierter Rassismus. Artikel vom 31.08.1992, Seite 1
- die tageszeitung Bremen(taz) (2000). Röntgenzwang zum Empfang. taz Bremen vom 01.06.2000
- die tageszeitung (taz) (2002). Tod eines Menschenrechtlers. taz Bremen Nr. 6771 vom 11.06.2002, Seite 22. URL: <http://www.taz.de/pt/2002/06/11/a0016.1/text.ges,1>
- Tempel, Günter; Mohammadzadeh, Zahra (2004). Ältere Migrantinnen und Migranten in Bremen. Kommunale Gesundheitsberichterstattung - Gesundheitsamt Bremen
- Tempel, Günter (2006). Die Auswirkungen sozialer Polarisierung – Zur Entwicklung der Lebenserwartung und Sterblichkeit in ausgewählten Bremer Wohngebieten. Kommunale Gesundheitsberichterstattung - Gesundheitsamt Bremen
- terre des hommes (tdh) (2007). Übereinkommen über die Rechte des Kindes - Die UN-Kinderrechtskonvention. URL: <http://www.tdh.de/content/themen/schwerpunkte/kinderrechte/kinderrechtskonvention.htm>
- terre des hommes (tdh) (2007b). Interne Vertriebe/Binnenflüchtlinge. www.tdh.de
- Thiess, Heinrich (2006). „Lager machen krank“ – Die Proteste gegen die Unterbringung von Asylbewerbern weiten sich aus. Hannoversche Allgemeine Zeitung (HAZ), 21.10.2006
- Tobiassen, Bernd (2006). Mitteilung des Flüchtlingsrates Niedersachsen vom 14.10.2006
- Uihlein, Hermann (2002). Menschen in der Illegalität – ein vernachlässigtes Problem. In: Zeitschrift für Migration und Soziale Arbeit (IZA) des Instituts für Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Heft 1, 2002. Weinheim: Juventa, Seite 39-45
- UNHCR (2003a). Flüchtlingsschutz im Wandel der Zeiten. In: Flüchtlinge, 3/2003. URL: <http://www.unhcr.de/unhcr.php/cat/34/aid/917>

- UNHCR (2006a). UNHCR Basis-Informationen. URL:
<http://www.unhcr.de/print.php?aid=164>
- UNHCR (2006b). UNHCR – Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951. URL: <http://www.unhcr.de/pdf/45.pdf>
- UNHCR (2006c). UNHCR präsentiert Flüchtlingsreport 2006.
- UNHCR (2006d). Bericht zur Lage der Flüchtlinge in der Welt. URL:
<http://www.unhcr.de/unhcr.php/cat/18/aid/1371>
- UNHCR (2006e). UNHCR-Statistik. Pressemitteilung vom 17.03.2006
- Viusa, Nicole (2007). Ergebnis Bleiberecht. Mitteilung von Pro Asyl, 13.03.2007
- Vogel, Wolf-Dieter (1996). Ziviler Ungehorsam zum Schutz für Flüchtlinge? Interview mit Martin Matz (FDP). Junge Welt (jw), 23.01.1996
- Vogt, Ronald (2004). Retraumatisierung. In: Gesundheit von Flüchtlingen – Zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl – Erfahrungen aus der Praxis. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 99, September 2004, Seite 156-158
- Voigt, Claudius (2007a). Neues vom Bleiberecht. GGUA-Flüchtlingshilfe, Münster, 08.03.2007
- Voigt, Claudius (2007b). Arbeitsmarktprüfung für Bleibeberechtigte nach der Alt-fallregelung. GGUA-Flüchtlingshilfe, Münster, 08.01.2007
- Weber, Kai (2007a). Bleiberechtskompromiss. Mitteilung des niedersächsischen Flüchtlingsrates, 13.03.2007
- Weber, Kai (2007b). Gesetzesentwurf zur Bleiberechtsregelung - § 104 a. Mitteilung des niedersächsischen Flüchtlingsrates, 14.03.2007
- Weber, Kai (2007c). Rückführungen in den Nordirak. Mitteilung des niedersächsischen Flüchtlingsrates, 17.04.2007
- Weinzierl, Ruth (2005). Flüchtlinge: Schutz und Abwehr in der erweiterten EU – Funktionsweise, Folgen und Perspektiven der europäischen Integration. Baden-Baden: Nomos
- Westdeutscher Rundfunk (WDR) (2005). Ratgeber Recht: Initiativrecht. URL:
<http://www.ratgeberrecht.de/worte/rw01311.html>
- Westdeutscher Rundfunk (WDR) (2006). Kampf gegen Rom.
<http://www.wdr.de/themen/kultur/stichtag/2006/02/10.jhtml>

- Weth, Claus (2002). Agenda 21 und Gesundheit: Umsetzungprozess und weitere Entwicklungen in Münster, Seite 54-64
- Wetzel, Juliane (2006). Italien und die Bootsflüchtlinge aus Afrika. In: Umgang mit Flüchtlingen – ein humanitäres Problem. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, Seite 149-165
- Widmann, Peter (2006). Gerettet und geduldet. Berliner Vietnamesen und die deutsche Flüchtlings- und Migrationspolitik. In: Umgang mit Flüchtlingen – ein humanitäres Problem. München: Deutscher Taschenbuch Verlag, Seite 111-131
- Wikipedia (2006a). Europäische Union (EU). URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Europ%C3%A4ische_Union
- Wikipedia (2006b). Boat People. URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Boat_people
- Wikipedia (2006c). Initiativrecht. URL: <http://de.wikipedia.org/wiki/Initiativrecht>
- Wikipedia, (2007a). Hoher Flüchtlingskommissar der Vereinten Nationen. URL: http://de.wikipedia.org/wiki/Hoher_Fl%C3%BCchtlingskommissar_der_Vereinten_Nationen
- Wirtgen, Waltraud (2004). Psychoreaktive Traumafolgen bei Kindern und Jugendlichen. In: Gesundheit von Flüchtlingen – Zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl – Erfahrungen aus der Praxis. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 99, September 2004, Seite 142-149
- Wirtgen, Waltraud (2007). Ausgrenzend und beschämend. URL: <http://www.asyl-netz.de/Seiten/information/medizinischeSeite/aerzte.html>
- Wolff, Hans (2005a). Gesundheitsversorgung Wohnungs- und Papierloser am Beispiel des Genfer Modells („Unité mobile“). Berlin: Gesundheit Berlin e.V. URL: <http://www.gesundheitberlin.de/index.php4?request=search&topic=1608&type=infotext>
- Wolff, Hans (2005b). Gesundheitsversorgung für ‚Sans-Papiers‘ in der Schweiz: das Beispiel der „Unité mobile de soins communautaires“ in Genf. Unité mobile de soins communautaires (Umsco), Polyclinique de Médecine, Département de Médecine communautaire, Hôpitaux Universitaires de Genève (www.hcuge.ch). URL : http://www.gesundheitberlin.de/download/Wolff-Kongressbeitrag_2005.pdf

- Wüpper, Gesche (2005). "Wir suchen, suchen und finden nichts" - Wer als Jugendlicher in einer Vorstadt von Paris wohnt, bekommt nur schwer einen Job - Eine Momentaufnahme. Die Welt, 07.11.2005. URL: <http://www.welt.de/data/2005/11/07/800019.html>
- Yurtsever-Kneer, Selcuk (2002). Strategien feministischer Migrantinnenpolitik. FeMigra - Gruppe feministischer Migrantinnen Frankfurt, Beitrag vom 02.01.2002. In: trend online-Zeitung 01/2004. URL: <http://www.trend.info-partisan.net/trd0104/t110104.html>
- Zenker, Heinz-Jochen (2000). Betrachtung der psychiatrischen/psychotherapeutischen Versorgung in Bremen. In: Migration und Gesundheit: Perspektiven für Gesundheitssysteme und öffentliches Gesundheitswesen – Tagungsdokumentation und Handbuch. Akademie für öffentliches Gesundheitswesen in Düsseldorf (Berichte und Materialien, Band 17), Seite 171-179
- Zenker, Heinz-Jochen (2004). Begutachtung der „Reisefähigkeit“ ausländischer Flüchtlinge im Spannungsfeld von Innenpolitik, medizinisch/psychologischer Fachlichkeit und Berufsethik. In: Gesundheit von Flüchtlingen – Zwischen Staatsinteresse und Patientenwohl – Erfahrungen aus der Praxis. Zeitschrift für Flüchtlingspolitik in Niedersachsen, Sonderheft 99, September 2004, Seite 281-288

Experteninterviews:

- Franger, Ralf. Stadt Münster, Sozialamt. 27.11.2006
- Marinos, Spyridon-Paul. Stadt Münster, Ausländerbeirat. 09.01.2007
- Mashkooori, Karim. Stadt Münster, Gesundheitsamt. 12.01.2007
- Meier, Jens. Stadt Osnabrück, Beirat für Migration, Integrationsausschuss. 05.01.2007
- Michl, Wolfgang. Stadt Münster, Sozialamt. 27.11.2006
- Rußwinkel, K.. Stadt Osnabrück, Fachbereich Soziales und Gesundheit, „Team für Flüchtlinge“. 20.12.2006
- Voigt, Claudius. Münster, Gemeinnützige Gesellschaft zur Unterstützung Asylsuchender e.V. (GGUA). 05.12.2006
- Voß, Wilhelm. Osnabrück, Caritasverband für die Diözese Osnabrück e.V., Migrationssozialdienst. 15.01.2007

7.0 Anhang

Anhang 7.1

Unité mobile

Bereits 1997 wurde in der Schweiz eine mobile Einheit (Unité mobile) mit dem Ziel gegründet, anonymisierten Zugang zu medizinischer Versorgung für Wohnungs- und Papierlose zu gewährleisten und damit die Integration in das bestehende Gesundheitssystem zu erleichtern. Nach Untersuchungen der Unité mobile ersuchen Illegalisierte ihre medizinische Hilfe und Beratung zu einem Zehntel aufgrund von Erkrankungen des Bewegungsapparates. Jedoch stehen frauenspezifische Konsultationsgründe mit 22 Prozent an erster Stelle. Darüber hinaus werden u.a. Hauterkrankungen, psychische Beschwerden und Erkrankungen des Gastrointestinaltraktes beschrieben.

Die Unité mobile legt ihren Schwerpunkt auf präventive Maßnahmen. Ihre Konzeption liegt auf drei Ebenen begründet:

Die erste Ebene beinhaltet die regelmäßige und kontinuierliche aufsuchende Arbeit mit Vorortmaßnahmen als ein niedrigschwelliges Angebot. Sie ist meist die erste Anlaufstelle für die Betroffenen. Die zweite Ebene ermöglicht den Betroffenen einen freien Zugang zu einer ambulanten Praxis außerhalb institutioneller Kliniken.

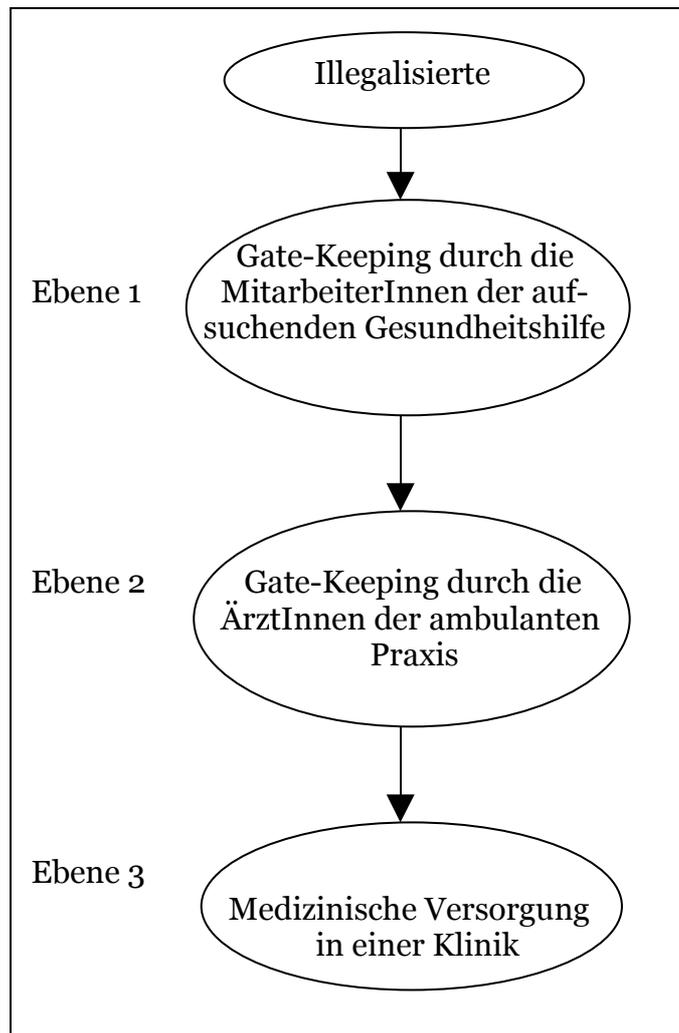
Die beiden genannten Ebenen gelten als niedrige bzw. mittlere Ebenen, in denen das Ziel verfolgt wird, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen. Denn die dritte Ebene beschreibt eine so entstandene Vertrauensbasis zwischen den MitarbeiterInnen und den Betroffenen, so dass eine Überweisung zu einer ärztlichen Sprechstunde in einer Klinik möglich wird und eine optimale Gesundheitsversorgung gewährleistet werden kann.

Verdeutlicht wird die Funktion der einzelnen Ebenen durch das sogenannte Gate-Keeping-Modell.

Demnach erfolgt der Erstkontakt meist über die aufsuchende Gesundheitshilfen. Die MitarbeiterInnen der Unité mobile versuchen, die Betroffenen, die eine weitere medizinische Versorgung benötigen, an die ambulante Praxis zu vermitteln. Um einen Zugang zu allen medizinisch notwendigen Leistungen zu ermöglichen, fungieren die ÄrztInnen der ambulanten Praxis ebenfalls als Gate-Keeper und überweisen die Betroffenen bei Bedarf in eine Klinik.¹⁰²¹

¹⁰²¹ vgl. Wolff, 2005a; 2005b

Abb. 7.1.1: Gate-Keeping-System der Unité mobile



Eigene vereinfachte Darstellung nach: Wolff, 2005b

Anhang 7.2

Ausländische ÄrztInnen in Deutschland

Derzeit arbeiten rund 110.000 Menschen mit Migrationsvorgeschichte im deutschen Gesundheitssektor, vor allem als Krankenschwestern und -pfleger, Arzt- und ZahnarthelferInnen, Sprechstundenhelferinnen und Fachkräfte der psychosozialen Beratung. Der Frauenanteil beträgt 81 % (Stand 2002).

Während Arzt- und ZahnarthelferInnen zu den am häufigsten gewählten Berufen von Jugendlichen mit Migrationsvorgeschichte gehören, ist eine „selbstständige Beschäftigung als (Anm. niedergelassener) Arzt [...] so gut wie ausgeschlossen“. Auf Grundlage des § 3 der Bundesärzteordnung besteht ein eingeschränktes Niederlassungsrechts für Menschen mit Migrationsvorgeschichte als ÄrztInnen oder PsychotherapeutInnen. Demnach ist es nur EU-Staatsangehörigen möglich, eine Zulassung zu bekommen. Ein Grossteil der in Deutschland tätigen 'ausländischen' ÄrztInnen kommt aus dem Iran¹⁰²² und den osteuropäischen Staaten der ehem. Sowjetunion¹⁰²³. Insgesamt ist daher trotz der Zulassungsbeschränkungen eine kontinuierliche Steigerung des Anteils 'ausländischer' ÄrztInnen in Deutschland in den letzten Jahren zu erkennen.

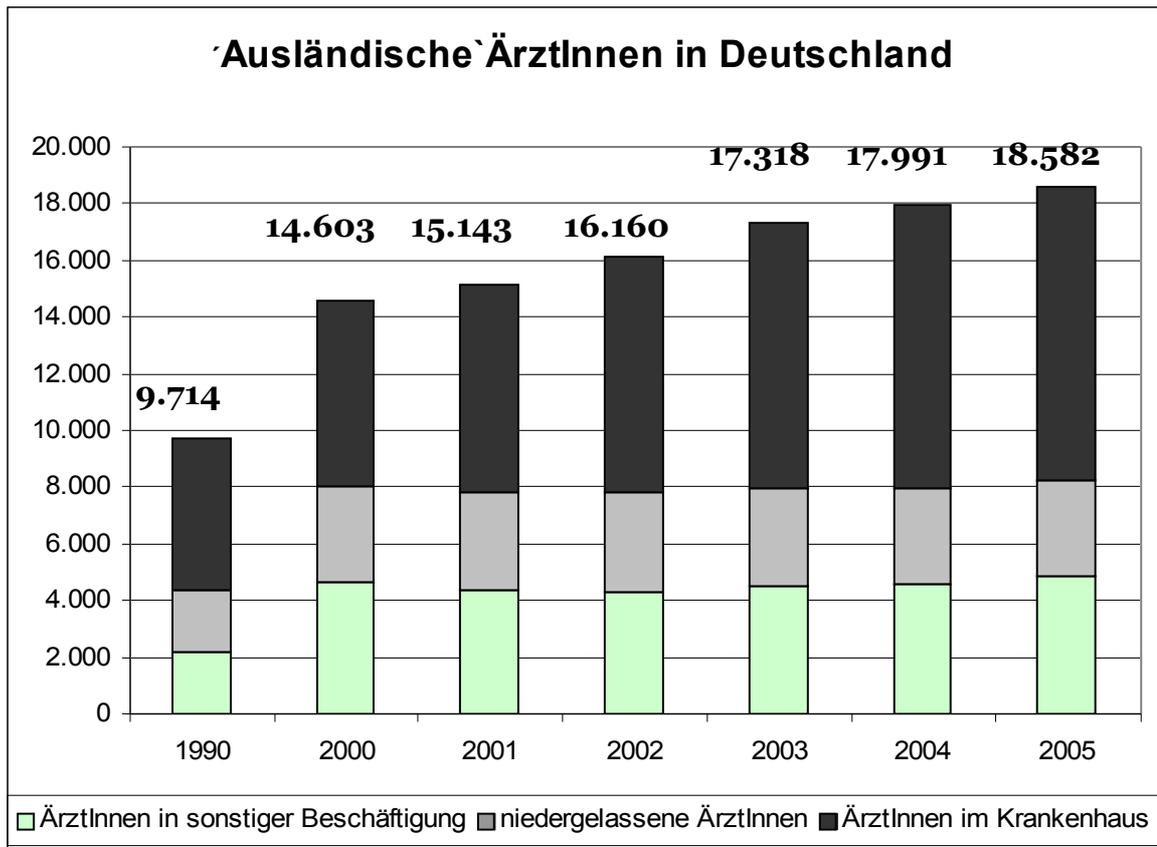
Im Jahr 1990 waren 9.714 beschäftigt, deren Zahl bis auf 18.582 im Jahre 2005 anstieg. Hierbei ist zu beachten, dass es sich hierbei fast ausschliesslich um Beschäftigte in einem Krankenhaus handelt. Bei der Betrachtung des Anteils niedergelassener ÄrztInnen und ÄrztInnen in sonstiger Beschäftigung zeigt sich eine Stagnation in den Jahren 2000-2005.¹⁰²⁴

¹⁰²² ÄrztInnen aus dem Iran sind bereits in der 1970er Jahren nach Deutschland gekommen (vgl. Schmidt-Fink, 2002, S. 7)

¹⁰²³ Teilweise gelten für sie als Kontingentflüchtlinge Ausnahmen bei der Approbation (vgl. Schmidt-Fink, 2002, S. 7)

¹⁰²⁴ vgl. BÄK, 2007a; 2007b; Schmidt-Fink, 2002, S. 7

Abb. 7.2.1: 'Ausländische' ÄrztInnen in Deutschland



Eigene Darstellung nach: BÄK, 2007a; 2007b; Schmidt-Fink, 2002, S. 7

Anhang 7.3

Beschluss des Weltärztebundes zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen **Entschießung des Weltärztebundes zur medizinischen Versorgung von Flüchtlingen**

Verabschiedet von der 50. Generalversammlung des Weltärztebundes in Ottawa (Kanada) im Oktober 1998

In der Erwägung, dass die jüngsten internationalen Konflikte und Bürgerkriege zu einer ständigen Zunahme von Flüchtlingen in allen Regionen geführt haben; und

In der Erwägung, dass internationale Kodizes für Menschenrechte und ärztliche Ethik, einschließlich die Deklaration des Weltärztebundes von Lissabon, erklären, dass alle Menschen ohne Unterschied ein Recht auf angemessene ärztliche Versorgung haben;

wird beschlossen, dass:

1. Ärzte die Pflicht haben, einem Patienten, unabhängig von seinem Status, die notwendige Versorgung zukommen zu lassen und Regierungen dürfen weder das Recht des Patienten auf medizinische Behandlung noch die Pflicht des Arztes zu helfen einschränken; und
2. Ärzte nicht gezwungen werden dürfen, an Strafaktionen oder gerichtlich angeordneten Aktionen gegen Flüchtlinge mitzuwirken oder an Flüchtlingen medizinisch nicht zu vertretende diagnostische Maßnahmen oder Behandlungen vorzunehmen, wie beispielsweise die Verabreichung von Beruhigungsmitteln, um Probleme bei der Abschiebung der Flüchtlinge in ihr Heimatland zu vermeiden; und
3. Ärzten genügend Zeit und ausreichende Ressourcen zugebilligt werden müssen, um den physischen und psychischen Gesundheitszustand von Asylbewerbern beurteilen zu können.¹⁰²⁵

¹⁰²⁵ asylnetz, 2007

Anhang 7.4

Beispiel-Interviewleitfaden für die Interviews mit Ralf Franger und Wolfgang Michl, Sozialamt Münster

- Wie stellen sich die Städte Münster und Osnabrück der Herausforderung einer zielgerichteten Gesundheitsversorgung für Flüchtlinge? -

A. Technische Details und Begründung

- a. Diktiergerät (u.a. Informationsverlust ohne, Methodenwahl, genauer Wortlaut)
- b. Mitschrift (Stichworte für Nachfragen)
- c. Bitte um Beantwortung aller Fragen (wenn ich z.B. nach ihrer persönlichen Einschätzung frage und es ihnen zu persönlich wird, möchte ich sie nicht drängen, aber wäre ihnen sehr dankbar); bin für jede Information dankbar. Fragen ausserhalb ihres Zuständigkeitsbereiches sind nicht beabsichtigt und bitte um Hinweis darauf.
- d. Nach dem Interview würde ich gerne ihre Meinung zur technischen, wie organisatorischen und inhaltlichen Durchführung des Interviews hören (Verbesserungsvorschläge/Kritik)

B. Vorstellung

- a. Name, Studium
- b. Diplomarbeitsthema u. Fragestellung
- c. Hintergrund/Begründung (Wichtigkeit für die Oecotrophologie, persönliche Beziehung, Friedensstädte-Bindung...)

C. Terminologie

- a. Flüchtlingsbegriff

D. Einleitungsfrage

- Würden Sie sich kurz vorstellen, und ihre Aufgabenfelder beschreiben?

Zahlen:

- Wie viele Flüchtlinge (Asylberechtigte nach § 16a GG, Menschen mit Aufenthaltserlaubnis aufgrund von Abschiebeschutz/-verbot nach § 60 AufenthG, oder Duldung nach § 60a) leben derzeit in Münster?
- Wie hoch ist der Anteil an unbegleiteten, minderjährigen Kindern und Jugendlichen?
- Wie viele sogenannte Illegale halten sich ihrer Ansicht nach im Raum Münster auf (Dunkelziffer)?

AsylbLG:

- Wie hoch ist der derzeitige Regelsatz, und wie setzt er sich zusammen/Wie kommt er zustande (Vergleich zu Sozialhilfesatz 345/311 €)?
- Wie sieht die Grundversorgung der Flüchtlinge im Detail aus?
 - o Wie werden die Kosten für Unterbringung und Versorgung gedeckt (Kommune/Land/Bund)?

- Erläutern Sie bitte das Konzept der Lebensmittelgutscheine?
- Für wen gelten sie? (Geltungsbereich etc.)
- Wie hoch sind die Organisationskosten für die LM-Gutscheine, ihre Abrechnung mit dem EH im Vergleich zu der Auszahlung von Bargeld. Bekannte Schwierigkeiten mit dem Umgang mit Gutscheinen würde entfallen (Mindestbetrag, kein Rückgeld, nur best. EH, keine freie LM-Wahl...)
 - Gibt es das Gutscheinsystem nur für LM oder auch für Kleidung, Möbel etc.?
 - Wird überhaupt Bargeld ausgezahlt?
- Wie sehen die übrigen Leistungen nach dem AsylbewLG aus?
 - Ist dort ein Betrag für Freizeitaktivitäten (Kino, Theater, Sportvereine...) eingerechnet?
 - Ein Betrag für öffentliche Verkehrsmittel?
 - Besteht eine freie Arztwahl? Sind alle Arzt- und Medikamentenkosten und Zuzahlungen gedeckt? (Praxisgebühr, teure Medikamente, Insulin...)
 - Wie dringend /notwendig muss eine Behandlung sein, dass sie nach dem AsylbLG bezahlt werden? (Operation, Zahnersatz, Prothesen...)
 - Werden Nachbehandlungskosten bezahlt? (Krankengymnastik, Kur...)
 - Werden Präventionsmassnahmen bezahlt? (Ernährungs-, Aids-Beratung, psychotherapeutische Massnahmen, Traumabehandlung...)
 - Werden alternativ- bzw. ethnomedizinische Behandlungskosten übernommen? (Akupunktur, Homöopathie, Naturheilkunde...)
 - Findet eine soziale Absicherung, sowie eine gesundheitliche Versorgung sogenannter Illegaler statt? (öffentliche Essensausgaben etc.)

Unterbringung:

- Wie gestaltet sich die Wohnsituation der Flüchtlinge, wenn sie einen Asylantrag gestellt haben, und wie werden sie verteilt?
 - Gibt es in Münster eine sogenannte Zentrale Aufnahmeeinrichtung (ZAE)?
 - Besteht dort Anwesenheitspflicht?
 - Wie lange ist dort der durchschnittliche Aufenthalt?
 - Wie sieht die Unterbringung dort aus?
 - Besteht eine freie Wohnungssuche, oder werden sie zugeteilt?
 - Nach was für einem Prinzip?
 - Wie werden minderjährige Kinder und Jugendliche untergebracht?
 - Wie sieht eine Unterbringung dort aus?^
 - Gibt es gesonderte Konzepte zur Betreuung und Unterbringung unbegleiteter, minderjähriger Kinder und Jugendlicher, und wenn, wie sehen diese aus?

- Besteht eine Schulpflicht bzw. ein Schulrecht für Flüchtlinge?
Wie wird dieses umgesetzt?
- Angesichts von Schengen, Drittstaatenregelung, etc.; besteht ihrer Ansicht nach überhaupt noch die Möglichkeit, in Deutschland, Asyl zu bekommen?
Wie sähen diese aus? (Flugzeug, Schiff)
 - Schildern Sie bitte den Fortgang eines Verfahrens/die Stationen, die ein Asylsuchender durchlaufen muss, wenn dieser in Deutschland einreist. (ZAE, Erstuntersuchung, Asylantrag, Gemeinschaftsunterkunft – Königsteiner Schlüssel, Prüfung – Duldung, Anerkennung/Abschiebung)
 - Gibt es während dieses Verfahrens eine Veränderung in den Leistungsansprüchen?

Zuwanderungsgesetz - allgemeiner Teil:

- Welcher Änderungen ergeben sich durch die Einführung des Zuwanderungsgesetzes? (Gesetz)
 - Nach 3 Jahren Umwandlung einer Aufenthaltserlaubnis in eine Niederlassungserlaubnis möglich. Unter welchen Bedingungen ist eine Statusänderung von der Duldung zur Aufenthaltserlaubnis gegeben?
 - Werden Asylanträge direkt in Münster gestellt, oder werden die Asylsuchenden nach dem Königsteiner Schlüssel auf die Länder/auf die Kommunen verteilt?
 - Müssen (wie früher) Folgeanträge gestellt werden bzw. findet eine Überprüfung statt?
 - Ist den Betroffenen bekannt, dass sie eine Arbeitserlaubnis nach BeschverfV beantragen können?
 - Welche Auswirkungen haben Verstöße gegen ein bestehendes Arbeitsverbot auf die Leistungen? (Auswirkungen/Folgen)

Abschlussfragen:

- Wurden sie z.B. aufgrund von Einzelfallentscheidungen in ihrer Arbeit mit dem Begriff der „Behördenwillkür“ oder gar „Rassismus“ konfrontiert? Wie stehen sie zu solchen Vorwürfen?
- Gibt es Besonderheiten in der Münsteraner Flüchtlingspolitik, bzw. im behördlichen Umgang mit Flüchtlingen im Gegensatz zum Bundesdurchschnitt, und wenn, welche sind das?
- Welche positiven und welche negativen Entwicklungen sehen Sie in Bezug auf die Lebens- und Gesundheitssituation der in MS lebenden Flüchtlinge?

E. Reflexionsgespräch

- a. Gibt es Rückfragen?
- b. Verbesserungen/Richtigstellungen
- c. An-/Bemerkungen zum Interview s.o.

Verabschiedung