

SIM Sozialplanung & Quartiersentwicklung

Saarstr. 7
80797 München
Telefon: 089/725 63 29
E-Mail : info@sim-sozialplanung.de

29.11.2017

Evaluation des Münchner Projektes LOTSE für besonders benachteiligte neuzugewanderte Menschen aus der Europäischen Union (EHAP)

Endbericht

Das Projekt wird durch das Bundesministerium für Arbeit und Soziales sowie den Europäischen Hilfsfonds für die am stärksten benachteiligten Personen gefördert.

Träger: Caritasverband der Erzdiözese München
und Freising e. V., Hirtenstr. 4, 80335 München
Vorstand: Prälat Hans Lindenberg (Vorsitzender),
Klaus Weißbach, Georg Falterbaum
Vorsitzende des Caritasrats: Dr. Elke Hümmeler

Eingetragen im Vereinsregister des
Amtsgerichts München: VR-Nr. 7706
Vom Finanzamt München für Körperschaften
als mildtätig und gemeinnützig anerkannt
Steuernr. 143/212/00223



Bundesministerium
für Arbeit und Soziales



VORBEMERKUNG

Im Mai 2017 ist das Fachinstitut *SIM Sozialplanung und Quartiersentwicklung* mit der Evaluation des beim Caritasverband München angesiedelten Projektes LOTSE beauftragt worden. Im Sinne der Ausschreibungsunterlagen und der zeitlichen Rahmenbedingungen wurde vom Auftraggeber hierbei keine wissenschaftliche Begleitung („formative Evaluation“) gefordert, sondern eine abschließende Würdigung der Wirkmächtigkeit des Projektansatzes („summative Evaluation“).

Der vorliegende Endbericht fasst die wichtigsten Erkenntnisse dieser Evaluation zusammen. Der Bericht gliedert sich neben der Einleitung in vier Kapitel:

- In Kapitel 2 werden die Rahmenbedingungen des Projektes zusammenfassend dargestellt. Sei es der Zusammenhang von Migration und psychischer Gesundheit, seien es die konkreten Zugangs- und Nutzungsbarrieren, denen sich (EU-)Migrantinnen und Migranten in München gegenübersehen, oder seien es Umfang und Struktur der Zuwanderung aus EU-Ländern in die Landeshauptstadt München. Eine kurze Beschreibung zentraler Aspekte der Organisations- und Strukturstruktur des Projektes schließt das Kapitel ab.
- Kapitel 3 stellt die Projekterfahrungen im Einzelnen dar. Zunächst werden die beratenen Klientinnen und Klienten anhand der Variablen des Dokumentationssystems näher beschrieben. In einem nächsten Schritt werden die Anforderungen beleuchtet, die sich hieraus für die Arbeit der Lotsen ergeben.
- Kapitel 4 formuliert auf der Grundlage des Dokumentationssystems und unserer Expertengespräche Aussagen zu den Wirkungen bzw. Nutzeffekten des Pilotprojektes. Hierbei wird versucht, auch den europäischen Mehrwert zu erfassen.
- Kap. 5 fasst die wichtigsten Ergebnisse thesenartig zusammen bzw. bewertet diese vor dem Hintergrund der Projektvorhaben und formuliert einzelne Vorschläge zur Weiterentwicklung des Projektes.

Wir möchten an dieser Stelle allen Personen danken, die sich trotz teilweiser hoher zeitlicher Belastungen für ein Gespräch mit uns bereit erklärten und unsere Fragen nicht nur bereitwillig, sondern in der Regel auch mit viel Engagement beantworteten. Einen besonderen Dank möchten wir an dieser Stelle der Projektleiterin des Projektes LOTSE, Frau Stridde, sowie Frau Brüwer, der zuständigen EU-Referentin beim Caritasverband, aussprechen, die stets Zeit und ein offenes Ohr für unsere Anliegen und Nachfragen hatten. *Last but not least* sei auch Frau Steinmetzer gedankt, die die projektspezifischen Daten des Dokumentationssystems unseren Bedürfnissen entsprechend aufbereitete.

Andreas Sagner

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	4
1.1 Projektthintergrund	4
1.2 Zielsetzungen und methodisches Vorgehen der Evaluation	5
1.2.1 Vorbemerkung: Grundsätzliche Zielsetzungen des Projektes.....	5
1.2.2 Zielsetzungen und methodisches Vorgehen der Evaluation.....	6
2. Rahmenbedingungen des Projektes LOTSE	8
2.1 Zur psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgung von (EU-)Zuwanderinnen und Zuwandern	8
2.1.1 Migration und psychosoziale Belastungen	8
2.1.2 Zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote durch (EU-)Migrantinnen und Migranten	9
2.2 Zuwanderung aus dem EU-Ausland.....	11
2.2.1 Demographische Aspekte	11
2.2.2 Anmerkungen zur sozialen Lage der EU-Zuwanderinnen und Zuwanderer	15
2.3 Organisations- und Strukturaspekte des Projektes „LOTSE“	18
2.3.1 Personelle und räumliche Aspekte	18
2.3.2 Zur Ressourcenstruktur und Arbeitsweise der Projektfachkräfte	19
3. Klientenbezogene Tätigkeiten	21
3.1 Übergeordnete Aspekte	21
3.1.1 Entwicklung der Fallzahlen und der Beratungsgespräche	21
3.1.2 Formen und Orte der Beratung	22
3.1.3 Zeitliche Aspekte.....	23
3.2 Merkmale der Klientinnen und Klienten aus EU-Staaten	25
3.2.1 Soziodemographisch Merkmale.....	25
3.2.2 Sozioökonomische Situation	27
3.2.3 Migrationsspezifische Aspekte (Herkunftsländer, Muttersprache, Fluchterfahrung)	28
3.2.4 Psychiatrische Vorgeschichte.....	30
3.3 Arbeitsanforderungen und Beratungsinhalte.....	33
3.3.1 Deutschkenntnisse	33
3.3.2 Problemlagen der Klientinnen und Klienten.....	34
3.3.3 Inhalte der Beratungsgespräche	36
3.4 Exkurs: Fallberatungen institutioneller Akteure („Fachberatungen“).....	37
4. Zur Effektivität und institutionenbezogenen Bedeutung des Projektes.....	40
4.1 Klientenbezogene Beratungs- bzw. Fallabschlüsse (Effektivität)	40
4.2 Fachberatungen.....	43
5. Abschließende Bemerkungen	46
5.1 Zusammenfassende Bewertungen und ergänzende Anmerkungen.....	46
5.1.1 Zur zielgruppenspezifischen Bedeutung und Bewertung des Projektes.....	46
5.1.2 Zur institutionsbezogenen Bedeutung und Bewertung des Projektes	48
5.1.3 Zum EU-Mehrwert des Projektes.....	49
5.2 Zentrale Handlungsempfehlungen	50
6. Zitierte Literatur.....	53

1. Einleitung

1.1 Projekthintergrund

Allgemein. Die sozialpsychiatrische Versorgungssituation von Menschen mit Migrationshintergrund ist in der Bundesrepublik Deutschland noch nicht bedarfsgerecht ausgestaltet. Dies gilt insbesondere für neu zugewanderte Personen. Kommunikationsprobleme, differierende Krankheitskonzepte und migrationsspezifische Belastungen stellen für Menschen mit Migrationshintergrund nach wie vor Hürden für die Nutzung der vorhandenen (sozial-)psychiatrischen und psychotherapeutischen Angebotslandschaften dar. Hinzu kommen das Misstrauen gegenüber amtlichen Institutionen und die weiterhin oft mangelnde interkulturelle Öffnung vieler Regelangebote.¹ Versorgungsmängel sind die Folge. Einerseits finden also Personen mit Migrationshintergrund mit psychischen Problemen und Belastungen nicht den (Erst-)Zugang in das Versorgungssystem. Andererseits sehen sich Regeldienstleister immer wieder mit der Klientel überfordert, was seinerseits, durch Rückkoppelungseffekte in die *Communities*, auf das Inanspruchnahme-Verhalten der betroffenen Personen (negativ) zurückwirkt. Die Gründe für die geringere Nutzung des (sozial-)psychiatrischen und psychotherapeutischen Versorgungssystems sind also komplex und auf verschiedenen Ebenen angesiedelt. In Folge dessen werden erstere oft weniger gut oder oft erst relativ spät psychotherapeutisch bzw. sozialpsychiatrisch behandelt. Dies gilt auch für die Landeshauptstadt München. Hier setzt das Projekt LOTSE mit Blick auf Migrantinnen und Migranten aus der EU an.

Die aktive (klientenbezogene) Projektarbeit startete im April 2016. Zwischen der offiziellen Bewilligung des damaligen Projektantrages durch das Bundesverwaltungsamt (Dezember 2015) und der „aktiven Phase“ (April 2016) standen Stellungsbesetzungen und die Öffentlichkeitsarbeit im Vordergrund.

Aufgaben der Fachkräfte. Als zentrale Ziele bzw. Aufgaben der Fachkräfte bzw. des Projektes lassen sich nennen:

- **Niederschwellige Anlaufstelle** für neu in die Region (Landeshauptstadt München) zugewanderte EU-Bürgerinnen und Bürger, die psychische Probleme bzw. Belastungen und/oder psychiatrische Auffälligkeiten aufweisen.
- **Kultursensible Beratung** der Betroffenen und ihrer Angehörigen, einschließlich Beratung über Behandlungsmöglichkeiten und Behandlungshintergründe; *ggf.* Motivation zur Annahme der geeigneten Hilfen. Damit verbunden: Clearing der Unterstützungs- und Hilfebedarfe der Betroffenen.
- **Vermittlung in das Versorgungssystem**, sprich: in weiterführende und bedarfsgerechte Betreuungsleistungen. Damit verbunden: Befähigung der Betroffenen, Hilfsangebote wahrzunehmen.
- **Begleitung der Betroffenen** in die Behandlungssituation hinein (z.B. zur fachärztlichen Abklärung der neurologischen, psychiatrischen und ggf. medizinischen Diagnosen) und/oder Begleitung zu Anbindungs-, Vorstellungsgesprächen und Aufnahmegesprächen; *ggf.* werden auch parallele Begleitungen in den ersten Wochen nach Aufnahme in einen Dienst erbracht – bis klientenseitig Vertrauen zu den neuen Ansprechpartnerinnen und -partnern aufgebaut ist. Bei Sprachschwierigkeiten Dolmetschen in der Behandlungs- bzw. Betreuungssituation.

¹ Der Vollständigkeit halber sei erwähnt, dass die Landeshauptstadt München seit Jahren immer wieder Initiativen zur interkulturellen Öffnung des (sozial-)psychiatrischen Versorgungssystems gestartet bzw. umgesetzt hat. Als Beispiel seien hier nur die beiden vom Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU) mitorganisierten Fachtage „Interkulturelle Öffnung von Psychiatrischen Einrichtungen“ im Jahr 2004 und „Gesundheits- und Krankheitskonzepte im interkulturellen Kontext“ im Jahr 2007 genannt. Das Pilotprojekt „Psychosoziale Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Migrationshintergrund und psychischen Problemen in der Sozialregion Laim/Schwanthalerhöhe“ (2011-2013) ist hier ebenfalls zu nennen. Zum letztgenannten Projekt siehe: SIM (2014)

- **Fachspezifische und kultursensible Beratung der Regeldienstleister**, die in Kontakt mit dieser Zielgruppe stehen – sei es grundsätzlich (interkulturelle Fachberatung / Vermittlung transkultureller Kompetenzen) oder im Einzelfall (konkrete Fallkooperation / anonyme Fallberatung). Damit verbunden: Ein besseres Verständnis der Fachkräfte über differierende Krankheitskonzepte und migrationsspezifische Belastungen.

Zur Steuerung des Projektes wurde trägerseitig und in Kooperation mit dem Sozialreferat der LH München² eine Projektbegleitgruppe eingerichtet. In ihr waren neben dem Caritas-Verband als Projektträger und Projektdurchführenden, dem Sozialreferat der LH München (mit seinen verschiedenen Steuerungsbereichen) als Kooperationspartner noch das städtische Referat für Gesundheit und Umwelt (RGU), die Krankenkassen (AOK), das Jobcenter und interessierte Stadträte vertreten. Die Gruppe traf sich zwei- bis dreimal jährlich.

1.2 Zielsetzungen und methodisches Vorgehen der Evaluation

1.2.1 Vorbemerkung: Grundsätzliche Zielsetzungen des Projektes

Zur Zielsetzung & Zielgruppe. Übergeordnetes Ziel ist, wie in Kap. 1.1 bereits skizziert, die Verbesserung des Zugangs zur psychosozialen Versorgungslandschaft von neu zugewanderten EU-Bürgerinnen und Bürgern (ab 18 Jahre) mit Symptomen einer psychischen Beeinträchtigung oder Anzeichen einer hohen psychosozialen Belastungssituation. Unter letzterer sind zu verstehen psychische Krisensituationen, komplexere psychosoziale Unterstützungsbedarfe oder Vorliegen einer Suchtproblematik. Folgt man den von den zuständigen Bundesministerien entwickelten EHAP-Förderrichtlinien, richtet sich das Projekt an neuzugewanderte Unionsbürgerinnen und -bürger, deren Lage zudem gekennzeichnet ist durch:³

- Erschwerten Zugang zu den vorhandenen Beratungsangeboten des regulären Hilfesystems, weil sie diese nicht kennen oder ihren Bedarf nicht artikulieren können;
- Unzureichende bzw. fehlende Sprachkenntnisse;
- Fehlen einer angemessenen Wohnung bzw. Unterkunft.

Im Sinne dieser Zielgruppenbeschreibung stellt eine psychiatrische Diagnose keine Eingangsvoraussetzung dar. Zur Zielgruppe zählen aber ausdrücklich auch wohnungslose Unionsbürgerinnen und -bürger (ab 18 Jahre).

Der Begriff Neuzuwanderung lässt sich im Sinne der EHAP-Regularien grob als der Personenkreis beschreiben, der entweder erst im Laufe des letzten Jahres zugewandert ist und/oder der noch nie Kontakt mit dem Hilfesystem hatte. Auf eine strikte inhaltliche Definition wird seitens des EHAP-Programms bewusst verzichtet, um keine eventuell bedürftigen Unionsbürgerinnen und -bürger auszuschließen.

Zielvorgaben / methodische Umsetzung. Quantitativ werden für die gesamte Projektlaufzeit (1.1.2016-31.12.2018) 960 Beratungen als Zielhorizont genannt: Im ersten Jahr (2016) 300 und in den beiden Folgejahren jeweils 330. Im gebilligten Projektantrag wird dabei von einer Vermittlungsquote von 70% ausgegangen.

Die zielgruppenbezogenen Leistungen sollen immer das Lebensumfeld der ratsuchenden Personen berücksichtigen; Hausbesuche gehören neben Begleitungen zu Ärzten und anderen Versorgungsstellen bedarfsbezogen zum Angebot. Als zentrale Methoden / Angebotsbausteine können gelten:

² Zur Abgrenzung von Leistungen und Zuständigkeiten bzw. um sicherzustellen, dass das mit Projekt PIB installierte Angebot keine Regeldienstleistung ersetzt, wurde zwischen dem Projektträger, dem Caritasverband der Erzdiözese München und Freising e.V., und dem Sozialreferat der Landeshauptstadt München eine formale Kooperationsvereinbarung abgeschlossen. Die Notwendigkeit einer Kooperationsvereinbarung ergab sich auch daraus, dass das Sozialreferat im Rahmen seiner gesetzlichen Auftragsgrundlagen und seines kommunalpolitischen Auftrages natürlich auch für die (neu) zugewanderten EU-Bürgerinnen und Bürger zuständig ist. Mit der Kooperationsvereinbarung wurde nochmals der die Arbeit des Sozialreferats ergänzende Charakter des Projektes LOTSE betont.

³ BMAS & BMFSFJ (2015: 5).

- Beratung und Informationsweitergabe der Zielgruppe,
- aufsuchende und nachgehende Hilfen, ggf. ergänzt um Hausbesuche;
- Begleitungen;
- Case-Management und Clearing.

Im Sinne seiner Brückenfunktion soll das Projekt zudem reguläre Versorgungsangebote miteinander verbinden und die Einrichtungen durch Fachberatung bei der interkulturellen Öffnung unterstützen. Die Verbindung von niederschwelliger Zielgruppenarbeit mit institutionenbezogener Arbeit („Fachberatung“) stellt – mit Blick auf die Münchner psychosoziale / sozialpsychiatrische Versorgungslandschaft – ein Alleinstellungsmerkmal des Projektes LOTSE dar.

1.2.2 Zielsetzungen und methodisches Vorgehen der Evaluation

Fragestellungen der Evaluation. Generell war im Rahmen der Evaluation zu untersuchen, inwieweit die mit dem Pilotprojekt verknüpften Zielsetzungen (siehe 1.1.1) eingelöst werden konnten.

Zielgruppenbezogen standen folgende Fragen im Vordergrund:

- Konnten die quantitativen Vorgaben (630 Beratungen in ersten beiden Projektjahren) erfüllt werden? Wenn nein, welche Faktoren zeichneten hierfür verantwortlich?
- Wie fanden die beratenen Personen Zugang zu dem Projektangebot? Haben sich die Zugangswege bewährt? Sind diese für die Zielgruppe niederschwellig genug?
- Entspricht der Personenkreis, der beraten, begleitet und vermittelt wurde, den konzeptionellen Zielsetzungen?
- Wurde die Vermittlungsquote von 70% erreicht? Wie ist die Vermittlungsquote vor dem Hintergrund des Ausbaus der psychosozialen / sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft zu bewerten?
- Wie gestaltete sich die klientenbezogene Arbeit konkret? Sei es in fachlich-inhaltlicher Hinsicht (z.B. Welche Themen / Probleme wurden bearbeitet? „Arbeiteten“ die Klientinnen / Klienten mit?) oder sei es in zeitlicher Hinsicht (z.B. Dauern zwischen Erstberatung bis „Fallabschluss“?)
- Wie ist die Leistungsfähigkeit / die Wirkmächtigkeit des Angebots zielgruppenspezifisch zu bewerten? Welche Faktoren (z.B. Ressourcenstruktur, Arbeitsabsätze, Ausbauzustand der Versorgungslandschaft) greifen vermittelnd / bestimmend ein?

Institutionenbezogen standen folgende Fragen im Vordergrund:

- Wie häufig wurde das Angebot der Fachberatung in Anspruch genommen? Wer nutzte es?
- Inwieweit führten die Fachberatungen zusammen mit den fallbezogenen Kooperationen bei den involvierten Akteuren zu Veränderungen (z.B. stärkere Kultursensibilität, effizienterer Ressourceneinsatz, Vernetzungseffekte)?

Weitergehend war / ist zudem die Frage zu stellen, inwieweit der Projektansatz vor dem Hintergrund der psychosozialen / sozialpsychiatrischen Versorgungslage von (EU-)Migrantinnen und Migranten in irgendeiner Weise verändert werden sollte (z.B. Zielgruppenerweiterung)

Methodisches Vorgehen. Im Sinne der Evaluationsstandards der Gesellschaft für Evaluation⁴ war der Auftragnehmer von Anbeginn bestrebt, bei allen Fragestellungen die Perspektiven (Erwartungen, Wünsche, Bewertungen etc.) möglichst *aller* relevanten Beteiligten und Betroffenen einzubeziehen (*Stakeholder-Ansatz*). Im vorliegenden Fall waren dies zuvörderst der Träger und Kooperationspartner des Projekts selbst (Psychologischer Dienst für Ausländer der Caritas, Stelle für Psychiatrie und Sucht im Sozialreferat), die PIB-Fachkräfte sowie die Regeldienstleister, die in der einen oder anderen Form auf die Dienstleistungen des Projektes LOTSE zurückgriffen. Wünschenswert wäre es natürlich gewesen, zudem Personen aus der Zielgruppe (EU-Zuwandererinnen / Zuwanderer mit psychischen Auffälligkeiten bzw. Belastungslagen) in die

⁴ Sanders (2006).

Evaluation einzubinden. Dies erwies sich allerdings als nicht realisierbar: Aufgrund der oft *sehr* hohen Belastung der Betroffenen musste auf Interviews mit den migrantischen Nutzinnen und Nutzern des Angebots verzichtet werden.

Die hier vorgelegte Evaluation des Projektes basiert neben Leitfadeninterviews (n=15) mit den oben genannten Personengruppen bzw. professionellen Akteuren auf der Auswertung zweier Datenbanken – dem Vivendi-Dokumentationssystems des Trägers (n=555) und dem sogenannten EHAP-Datensatz (n=596).⁵ Während der erste Datensatz sehr detaillierte Informationen zu den beratenen EU-Klientinnen und Klienten enthält, umfasst der EHAP-Datensatz im Wesentlichen nur Informationen zur Zahl der Fälle und zur jeweiligen Vermittlungsgeschichte.

⁵ Ergänzend wurde, sofern inhaltlich sinnvoll, auch auf die Daten des Dokumentationssystems zurückgegriffen, das in den ersten Monaten (bis Oktober 2016) verwendet worden war.

2. Rahmenbedingungen des Projektes LOTSE

2.1 Zur psychosozialen und sozialpsychiatrischen Versorgung von (EU-)Zuwanderinnen und Zuwandern

2.1.1 Migration und psychosoziale Belastungen

Sicherlich sind die Zusammenhänge und Wechselwirkungen zwischen Migrationserfahrungen und der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen bei weitem noch nicht geklärt. Gleichwohl besteht kaum ein Zweifel, dass Zuwanderungen über nationalstaatliche bzw. kulturelle Grenzen hinweg für die Betroffenen mit besonderen psychosozialen Herausforderungen einhergehen. Dies gilt in besonderem Maße, wenn die Migrantinnen und Migranten sich nicht nur auf einen „fremden“ Werte- und Normenkanon und, damit verbunden, auf ungewohnte Alltagsroutinen einlassen müssen, sondern auch sprachliche Barrieren zu meistern sind, sie vor Ort kaum auf unterstützende soziale und ökonomische Ressourcen zurückgreifen können und aufenthaltsrechtliche Unsicherheiten hinzukommen. Wenngleich EU-Migrantinnen und Migranten aufgrund des europäischen Freizügigkeitsrechtes (siehe unten), keine Unsicherheiten aufgrund ihres ungeklärten Aufenthaltsstatus fürchten müssen, greifen die anderen Belastungsfaktoren, die gemeinhin mit dem Migrationsprozess und -verlauf assoziiert werden, doch weiterhin. In einer jüngeren Zusammenschau werden diesbezüglich genannt:⁶

- Verlust des familiären und muttersprachlichen Umfelds und damit verbundene Trennungsängste in Bezug auf die nächsten Angehörigen;
- Verlust des sozialen Netzwerkes;
- Entfremdung und Isolation aufgrund anhaltender Trennung;
- Veränderung des kulturellen und geografischen Umfelds;
- Erwerb einer neuen Sprache;
- Konfrontation mit anderen Sitten und Gebräuchen;
- Unsicherheiten hinsichtlich der ökonomischen Lebensbedingungen (Wohnverhältnisse, tatsächlich oder drohende Arbeitslosigkeit, chronische berufliche Belastung);
- Stigmatisierung, gesellschaftliche Ablehnung und Ausländerfeindlichkeit;
- Anhaltende Ambivalenz hinsichtlich des weiteren Verbleibs im Ankunftsland;
- Intergenerationale Rollenkonflikte; widersprüchliche Lebensstile und Ziele einzelner Familienmitglieder.

Hinzu kommt, vor allem bei vielen EU-Migrantinnen und Migranten aus dem (süd-)osteuropäischen Raum, dass man mit völlig falschen Bildern und Erwartungen in Deutschland ankommt:

„Die Belastungen fangen oft erst an, weil die Leute sich nicht erkundigt haben, was sie hier erwartet. Wenn sie jetzt hierherkommen und Erwartungen haben, die enttäuscht werden, dann fangen die Belastungen langsam an.“ (Int. 1)

Eine erfolgreiche Bewältigung der Zuwanderung wird umgekehrt durch (Resilienz-)Faktoren wie materielle und soziale Ressourcen, flexible Bewältigungsfähigkeiten, eine positive Bewertung der Migration sowie das Gefühl, die eigene Lebenssituation kontrollieren zu können, beeinflusst.⁷

Mit anderen Worten: Mag die Erfahrung der Zuwanderung *an sich* auch kein *determinierender* Faktor für psychische Störungen sein,⁸ stellt die Migration doch – je nach kulturellem bzw. nationalstaatlichen Hintergrund, den zugrundeliegenden Migrationsmotiven, der persönlichen Ressourcenausstattung, dem aufenthaltsrechtlichen Status und den institutionellen Bedingungen vor Ort (v.a. Arbeits- und Wohnungsmarkt) – einen wesentlichen „Risikofaktor“ für psychosoziale Belastungsstörungen und gesundheitliche Dekompensationen dar. Wie es Weiß formulierte:⁹

⁶ Demiralay & Haasen (2011: 64).

⁷ Schenk (2007).

⁸ Wie es Beremejo (2011: 209) formulierte: „Einige Studien berichten [im Zusammenhang mit dem Migrationsprozess (SIM)] über erhöhte Prävalenzraten psychischer Störungen (z.B. Schizophrenie, psychosomatische Störungsbilder, Suchterkrankungen) bei Menschen mit Migrationshintergrund (...), wieder andere Studien konnten keine signifikanten Unterschiede feststellen“.

⁹ Weiß (2003: 132).

Wie gut die Migration auch geplant wird, der soziokulturelle Übergang ist mit somatischen und psychosozialen Stressfaktoren verbunden. ... Migration als solche macht aber nicht krank. Sie bietet die Möglichkeit zur Neuorientierung und zur Nutzung anderer ökonomischer und sozialer Ressourcen. Da dies jedoch oft nicht gelingt, wird die Migrationserfahrung in erster Linie als belastend und verunsichernd erlebt.

Gleichwohl sollte nicht übersehen werden, dass die Migration für betroffene Personen auch ein „Akt der Befreiung“ aus einer repressiven oder ausweglosen Lebenssituation sein kann bzw. dass im Zuge der Migration auch Bewältigungsstrategien für den Umgang mit Stresssituationen gewonnen werden können.¹⁰

2.1.2 Zur Inanspruchnahme psychosozialer Unterstützungsangebote durch (EU-)Migrantinnen und Migranten

Gründe im Überblick. Nationale und internationale Studien belegen, dass bei Menschen mit Migrationshintergrund nicht nur Prävalenz, Manifestation und Verlauf seelischer Erkrankungen durch kulturelle bzw. migrationsspezifische Faktoren nachhaltig beeinflusst werden (können) (siehe 2.1.1), sondern auch das Inanspruchnahmeverhalten von psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungsangeboten.¹¹ Der Zugang zur psychosozialen / (sozial-) psychiatrischen Versorgungslandschaft bzw. ihre Nutzung wird durch eine Vielzahl von Faktoren geprägt. Neben kulturellen und migrationsspezifischen spielen hier sozialstrukturelle und – in vielerlei Hinsicht entscheidend – „versorgungstechnische“ Faktoren eine zentrale Rolle. Dies gilt auch, wie an anderer Stelle ausführlich dargelegt,¹² für die Landeshauptstadt München. In München bemängeln nicht zuletzt die Fachkräfte aus der Bezirkssozialarbeit (BSA) seit Jahren immer wieder, dass psychisch belastete Personen mit Migrationshintergrund zwar immer wieder vorsprechen, aber gleichwohl nicht bedarfsbezogen versorgt werden können. Wie eine leitende Fachkraft eines freiverbandlichen Angebotes durchaus selbstkritisch anmerkte:

„Die sozialpsychiatrische Gemeinschaft tut sich schon schwer, sich Migranten, die kein oder wenig Deutsch sprechen, zu öffnen. Selbst bei uns, die wir viel Erfahrung haben, ist es für die einzelnen Mitarbeiterinnen auch nicht so einfach.“ (Int. 2)

Grafisch lässt sich der Sachverhalt wie folgt zusammenfassen:

¹⁰ Schwartau, Borde & David (2011: 114). In diesem Sinne sollte die Migrationserfahrung nicht einseitig und ausschließlich auf die mit ihr – zweifelsohne verbundenen – psychosozialen Belastungen verkürzt werden (Borde 2011: 210).

¹¹ Um nicht missverstanden zu werden: Damit soll nicht behauptet werden, dass sozialstrukturelle Faktoren wie Bildung, Einkommen, Arbeits- und Wohnverhältnisse etc. bedeutungslos wären. So haben Bermejo et al. (2012) etwa gezeigt, dass das immer wieder berichtete unterschiedliche Inanspruchnahme-Verhalten von Migrantinnen und Migranten in vielen Fällen primär *soziostrukturell* begründet ist. Ähnlich ist aus der Gesundheitsforschung bekannt, „dass viele Menschen mit Migrationshintergrund in Abhängigkeit vom Sozialstatus und dem Bildungsniveau in erheblich geringerem Umfang Vorsorgeuntersuchungen und Präventionsprogramme in Anspruch nehmen.“ (DGPPN 2012: 5)

¹² SIM (2014).

Abb. 2/1: Faktoren, die den Zugang- und/oder die Nutzung der sozialpsychiatrischen / psychosozialen Versorgungslandschaft beeinträchtigen (können)



Lücken im Versorgungssystem. Zweifelsohne ist die Landeshauptstadt München seit Jahren bestrebt, Mängeln bzw. Lücken in der sozialpsychiatrischen und psychosozialen Versorgung entgegenzuwirken. Die Frage der interkulturellen Öffnung spielt hierbei eine zentrale Rolle.¹³ Gleichwohl bestehen auch in der Münchner Versorgungslandschaft weiterhin Lücken. Genannt seien – neben den in der obigen Grafik genannten Faktoren (Fehlen von Dolmetschkräften, Mangel an muttersprachlichen Fachkräften in den Einrichtungen, mangelnde interkulturelle Kompetenz von Fachkräften) – vor allem drei Problemfelder:

- Fehlen **muttersprachlicher Therapieplätze**. Muttersprachliche Psychotherapieangebote für Migrantinnen und Migranten sind (auch) in der Landeshauptstadt München Mangelware. Das gilt auch für EU-Migrantinnen und Migranten. Das Problem gründet dabei nicht nur im Fehlen mehr- bzw. muttersprachiger Therapeutinnen und Therapeuten, sondern auch in der restriktiven Zulassungspolitik der Krankenkassen.

¹³ Besondere Bedeutung kommt diesbezüglich der von der Stadt München entwickelten IQE-Strategie zur interkulturellen Öffnung und Orientierung von freien Trägern aus dem Sozial- und Gesundheitsbereich zu („Interkulturelle Qualitätsentwicklung in Münchner Sozialregionen“ (IQE)). Einrichtungen freier Träger werden hier mit Hilfe von kostenlosen Workshops und Methoden zur interkulturellen Organisationsentwicklung beraten. Das Angebot haben in den letzten Jahren auch etliche Dienste / Träger aus dem sozialpsychiatrischen Versorgungssystem in Anspruch genommen (SIM 2013). Erwähnt sei auch, dass zwischen 2011 und 2014 von der Landeshauptstadt München finanzierte Pilotprojekt „Psychosoziale Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Migrationshintergrund und psychischen Problemen in der Sozialregion Laim/Schwanthalerhöhe“ (SIM 2014).

- Mangel an psychosozialen **muttersprachlichen (tagesstrukturierenden) Gruppenangeboten**: Muttersprachliche bzw. kultursensibel betreute Gruppenangebote, die nicht explizit als sozialpsychiatrische Unterstützung ausgewiesen sind und daher von (EU-)Migrantinnen und Migranten eher in Anspruch genommen werden können, da sie nicht tabuisiert werden müssen, können viel zur langfristigen Stabilisierung bzgl. psychischer Isolation und Dekompensation
- Zu wenig Plätze im **muttersprachlich organisierten Betreuten Wohnen (BEW)**. Ebenso begehrt wie mangelhaft sind derzeit die im Stadtgebiet angesiedelten Plätze im muttersprachlich organisierten Betreuten Einzelwohnen bzw. in Betreuten Wohngemeinschaften. Das Angebot entspricht nicht dem Umfang der Nachfrage.

Zugangshürden. Hinzu kommt, dass einschlägige Dienste für Migrantinnen und Migranten (z.B. Betreutes Einzelwohnen (BEW), Sozialpsychiatrische Dienste (SpDi), Beratungsstellen) oft hohe Zugangshürden haben. Mit Blick auf das Betreute Einzelwohnen ist diesbezüglich etwa die Anforderung einer Diagnose als Zugangsvoraussetzung, teilweise relativ komplexe Bewerbungsverfahren (Lebenslauf mit Entwicklung der psychischen Belastungslagen) oder das Bestehen auf formalen Vorstellungsgesprächen zu nennen. In anderen Kontexten ist die Erwartung an die Klientinnen und Klienten zu nennen, im telefonischen Erstgespräch detaillierte Auskünfte über ihre psychosozialen Problemlagen geben zu sollen bzw. zu müssen.¹⁴ Die mitunter zu hohen Zugangsbedingungen können natürlich auch als Ausdruck einer ungenügenden interkulturellen Öffnung bzw. unzureichender interkultureller Kompetenzen gelesen werden.

Für Klientinnen und Klienten wird der eigenständige Zugang zudem durch das oftmalige Fehlen nach- bzw. zugehender Arbeit bzw. durch etablierte Komm-Strukturen nachhaltig erschwert.

2.2 Zuwanderung aus dem EU-Ausland

2.2.1 Demographische Aspekte

Kontextfaktoren. Im Rahmen der Euro- und Finanzkrise sind Binnenwanderung und Arbeitsmobilität im EU-Raum beträchtlich angestiegen. Hierfür zeichnen vor allem zwei Faktoren verantwortlich: Zum einen die erheblichen regionalen Disparitäten an den Arbeitsmärkten und zum anderen das starke Einkommensgefälle innerhalb der EU-Staaten.¹⁵ So weisen die Arbeitsmärkte der von dieser Krise stark betroffenen GIPS-Staaten (Griechenland, Italien, Portugal und Spanien) weiterhin besonders hohe Arbeitslosenquoten auf. Was das Wohlstandsniveau anbetrifft, sind es hingegen zuvörderst die (süd-)osteuropäischen Staaten, die sich am unteren Ende der Verteilung finden – insbesondere Rumänien und Bulgarien, die 2007 beigetreten sind. Umgekehrt stellt sich die Situation in den meisten mittel- und nordeuropäischen EU-Ländern dar. Folgt man einer kürzlichen vorgelegten Berliner Studie dürfte wesentliche Teile der Einwanderung aus Bulgarien, Polen und Rumänien – die auch in München zu größten Einwanderergruppen gehören (siehe unten) – zudem auf sogenannte Umlenkungseffekte zurückzuführen sein: „Einwanderungsländer, die durch die europäische Finanz- und Wirtschaftskrise stark betroffen waren, darunter Italien, Spanien, Großbritannien und Irland haben im Vergleich zu Deutschland an Attraktivität für Migrantinnen und Migranten verloren.“¹⁶

Zuwanderungsgründe. Leider werden die Hauptzuwanderungsgründe bundesweit nur bei den zuwandernden Drittstaatsangehörigen (d. h. Nicht-EU-Bürgern) zentral erfasst. Im Mikrozensus wird allerdings regelmäßig nach den Hauptzuwanderungsgründen von in Deutschland lebenden EU-Bürgern gefragt. Demzufolge stellen Arbeit, Ausbildung und Studium sowie familiäre Gründe die Hauptmotive für die EU-Zuwanderung nach Deutschland dar.¹⁷ Folgt man Komitowski et al.¹⁸ dürfte für einen Großteil der

¹⁴ Siehe: SIM (2014: 97).

¹⁵ Siehe hierzu etwa: Burkert & Kislat (2017).

¹⁶ Komitowski, Kraußlach & Pfeffer-Hoffmann (2016: 98).

¹⁷ SVR (2016: 3).

¹⁸ Komitowski, Kraußlach & Pfeffer-Hoffmann (2016: 103-104).

Zugewanderten aus Bulgarien und Rumänien zudem die Unzufriedenheit über die politische bzw. gesellschaftliche Situation einen wichtigen Push-Faktor darstellen.

Zur Struktur der in München lebenden EU-Migrantinnen und Migranten. Im Sinne der Münchner Definition umfasst der Personenkreis „Menschen mit Migrationshintergrund“ zum einen all jene, die nach 1955 auf das heutige Gebiet der Bundesrepublik Deutschland zugezogen sind, sowie alle in Deutschland geborenen Ausländerinnen und Ausländer. Zum anderen alle in Deutschland als Deutsche geborene Personen mit zumindest einem zugezogenen oder als Ausländer in Deutschland geborenen Elternteil. Folgt man dieser Definition, hatten 31.12.2016 insgesamt 43,2% aller Münchner Bürgerinnen und Bürger einen Migrationshintergrund. Genaue Angaben zu den ehemaligen Herkunftsregionen gibt es erwartungsgemäß nur für die ausländische Wohnbevölkerung, die Ende 2016 437.164 Personen (=28,3% der Münchner Bevölkerung) umfasste. Über die Hälfte von ihnen (52,0%; 227.150 Personen) verfügte dabei über die Staatsbürgerschaft eines EU-Staates. Die zehn häufigsten EU-Nationalitäten waren – geordnet nach dem quantitativen Umfang – Kroatien (35.573), Italien (28.276), Griechenland (27.468), Österreich (22.163), Polen (21.561), Rumänien (18.776), Bulgarien (12.897), Frankreich (11.003), Ungarn (10.550) und Spanien (9.271).

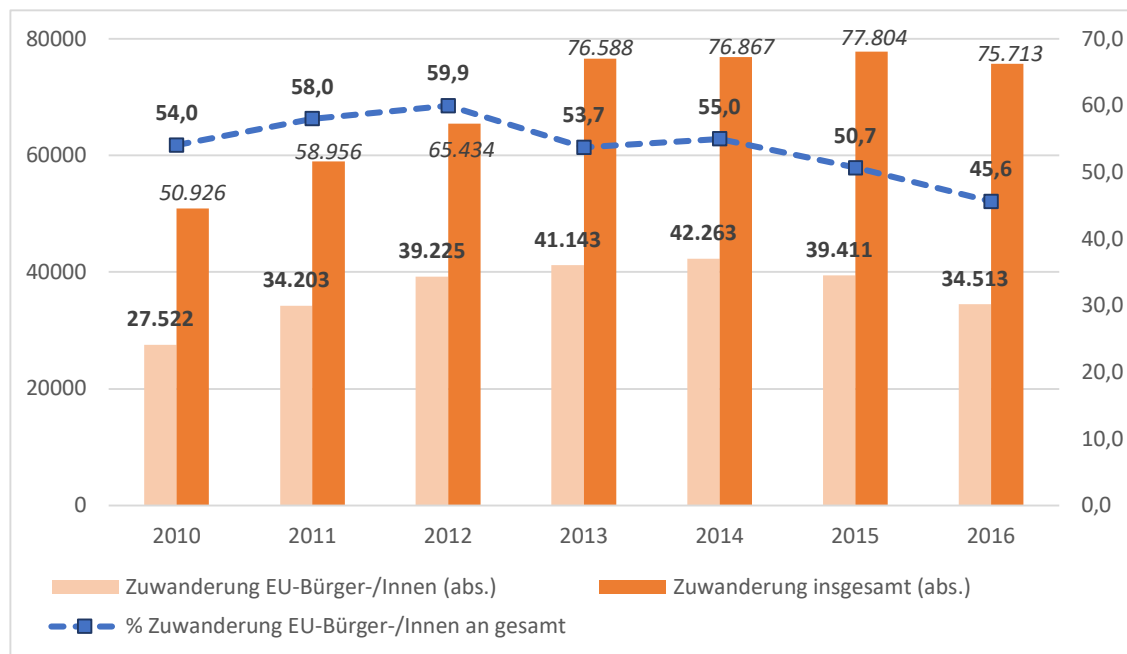
Nach übergeordneten Teilregionen gruppiert, ergibt sich folgendes Bild: Jeweils etwa ein Drittel der in München lebenden ausländischen EU-Bürgerinnen stammt aus einem der neun osteuropäischen EU-Staaten¹⁹ (34,8%) bzw. aus einem der sogenannten GIPS-Staaten (29,9%). Etwa jeder Siebte (13,9%) kommt aus Südosteuropa (Bulgarien, Rumänien (EU-2)). Der Rest (21,3%) verteilt sich auf die übrigen dreizehn nord- bzw. mitteleuropäischen EU-Staaten.

Zuzüge. Da sich das Projekt LOTSE besonders an neu zugewanderte EU-Bürgerinnen und Bürger richtet, sei hier kurz auf die jüngsten Zuwanderungsbewegungen eingegangen. Insgesamt betrachtet, hat die Zahl der Zuzüge in den Jahren nach 2010 deutlich zugenommen. Im Jahr 2016 sind rund 75.000 Personen mit einer nichtdeutschen Staatsbürgerschaft in die Landeshauptstadt München gezogen. Bis 2012 zeigte sich dabei eine zunehmende Europäisierung der Zuwanderung: Der Anteil der Zuzüge aus der EU in die Landeshauptstadt München stieg zwischen 2010 und 2012 von 54,0% auf 59,9% (siehe Abb. 2/1). Bedingt durch den stark steigenden Zuzug von Personen aus Nicht-EU-Staaten ist diese Quote mittlerweile auf 45,6% gesunken. Mag die EU-Zuwanderung zwischen 2014 und 2016 in relativer (aber auch in absoluter Hinsicht) gesunken sein, ist deren Umfang doch weiterhin beträchtlich: 2016 zogen über 34.500 Personen aus einem der EU-Mitgliedsstaaten in die Landeshauptstadt München; aus dem restlichen Europa weitere 11.000. Dementsprechend hoch ist auch der Wanderungssaldo in München – mit Blick auf EU-Bürgern belief er sich auf 6.088 Personen; insgesamt umfasste er knapp 20.000.

Bereits insofern ist es sehr positiv zu bewerten, dass mit dem EHAP-Projekt die Belange erwachsener EU-Zuwanderinnen und Zuwanderer wieder stärker in den Blick geraten sind (gegenüber den Geflüchteten aus nicht-europäischen Herkunftsländern).

¹⁹ Dies sind in alphabetischer Reihenfolge: Estland, Kroatien, Lettland, Litauen, Polen, Slowakei, Slowenien, Tschechische Republik und Ungarn. Da Kroatien erst 2013 beigetreten ist, wird diese Gruppe im Folgenden mit dem Kürzel EU 8+1 abgekürzt. EU-8 ist wie EU-2 für Rumänien und Bulgarien und EU-4 für die südeuropäischen GIPS-Staaten (Griechenland, Italien, Portugal und Spanien) eine gängige Abkürzung in der Sprache der EU.

Abb. 2/2: Zuzüge von Personen mit einer EU-Staatsbürgerschaft bzw. mit einer Drittstaaten-Staatsbürgerschaft in die Landeshauptstadt München
Angaben in absoluten Werten und in Prozent (Anteil der EU-Zuwanderung an allen Zuwanderungen); Vergleich der Jahre 2010 bis 2016

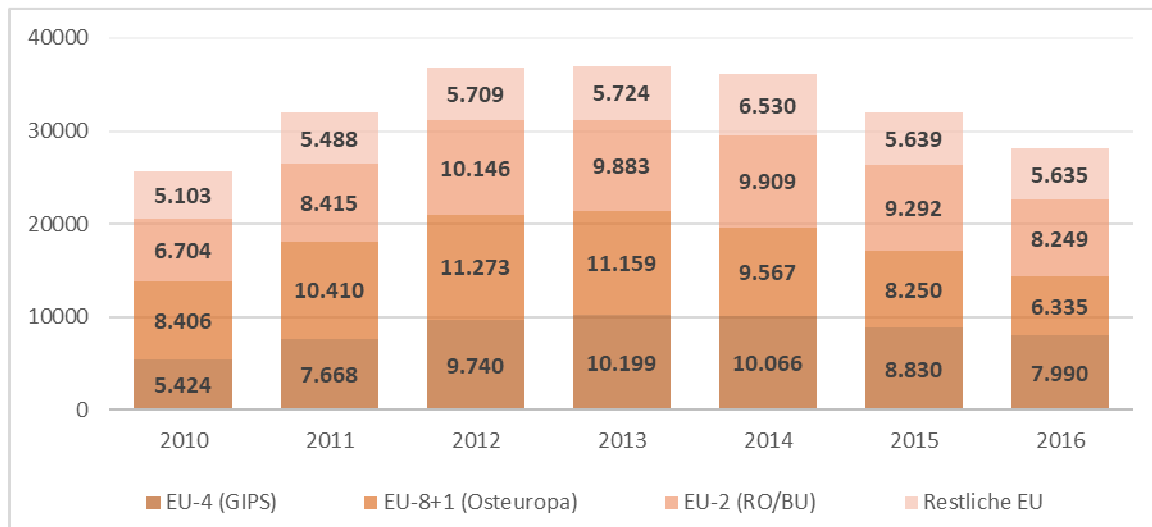


Quelle: Statistisches Amt der LH München; eigene Berechnung und Darstellung.

Die Verteilung der EU-Zuwanderung – nach groben Herkunftsregionen – hat sich in den letzten Jahren wieder verschoben (siehe Abb. 2/3). Gegenüber 2010 hat vor allem die Zahl der Migranten aus einem der vier GIPS-Staaten (EU-4) deutlich zugenommen (+47,3%). Aber auch die Zuwanderungen aus Rumänien und Bulgarien (EU-2) und den osteuropäischen Mitgliedstaaten (EU 8+1) sind seit Beginn der Dekade mit rund 23% erkennbar angestiegen.

2016 sah die EU-Zuwanderung wie folgt aus: 12.639 Personen (36,6% aller EU-Zuwanderungen) kamen aus einem der osteuropäischen Länder (EU-8+1), gefolgt von Rumänien und Bulgarien (7.990 Personen oder 23,2%). Die Zahl der Zuwandernden aus einem der vier südeuropäischen Länder (Griechenland, Italien, Portugal, Spanien) belief sich 2016 auf 7.990 (23,2%). Relativ stabil stellt sich lediglich die Zuwanderung aus den mittel- und nordeuropäischen Ländern („restliche EU“) dar (2016: 5.635 Personen oder 16,3%).

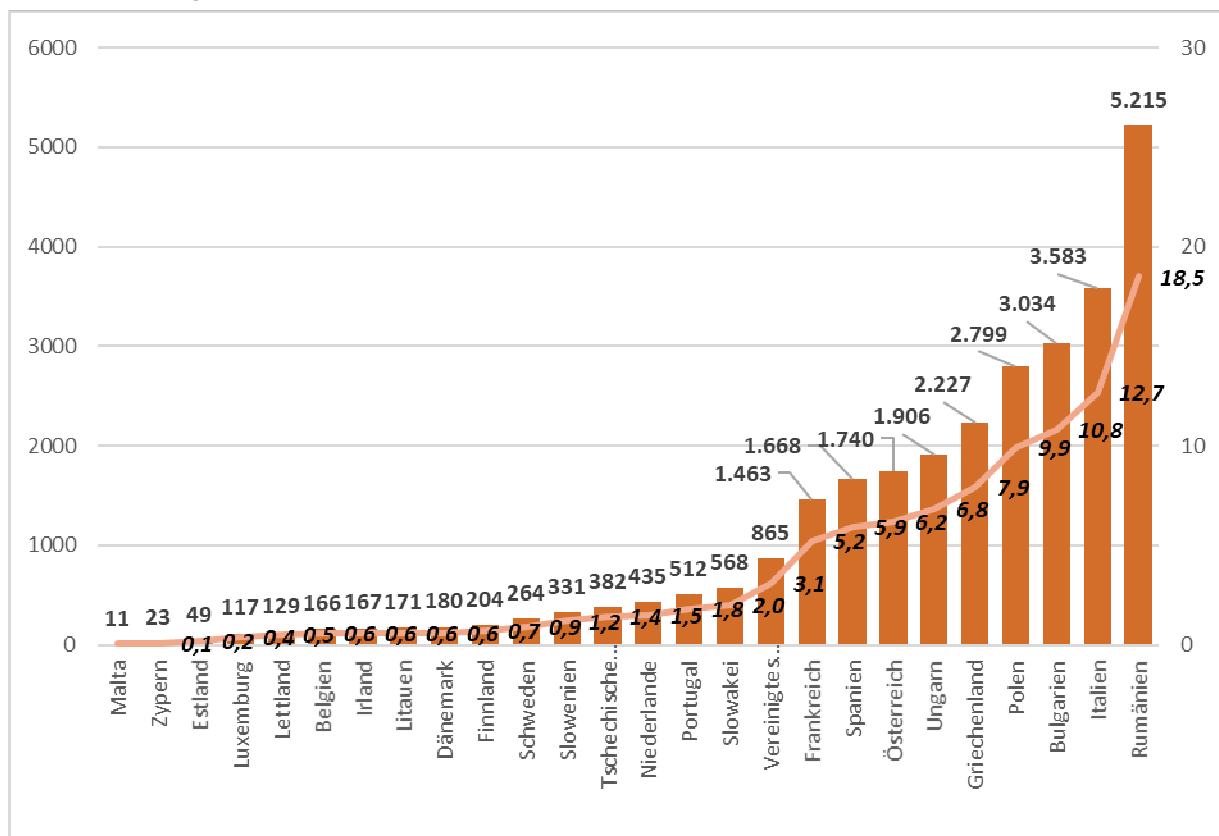
Abb. 2/3: Zuzüge von Personen mit einer EU-Staatsbürgerschaft (erste Staatsbürgerschaft) in die Landeshauptstadt München nach Herkunftsgebieten
Angaben in absoluten Werten; Vergleich der Jahre 2010 bis 2016



Quelle: Statistisches Amt der LH München; eigene Berechnung und Darstellung.

Schlüsselt man die Binnenwanderung nach den einzelnen Herkunftsländern auf (Abb. 2/4), zeigt sich, dass etwa die Hälfte (52,6%) aller zuwandernden EU-Bürgerinnen und Bürger die kroatische, rumänische, italienische oder bulgarische Staatsbürgerschaft besitzen. Das sind das auch die Staaten, die seit Jahren die höchsten Wanderungssalden aufweisen.

Abb. 2/4: Zuzüge von Unionsbürgerinnen und Bürgern in die Landeshauptstadt München nach erster Staatsbürgerschaft
Angaben in absoluten Werten und in Prozent; 2016



2.2.2 Anmerkungen zur sozialen Lage der EU-Zuwanderinnen und Zuwanderer

Arbeit. Folgt man gängigen Arbeitsmarktindikatoren, ist davon auszugehen, dass die meisten Unionsbürgerinnen und -bürger, die nach Deutschland aus Arbeitsgründen zuwandern, Anschluss auf dem Arbeitsmarkt finden.²⁰ Dies dürfte für München mit seinem sehr dynamischen Arbeitsmarkt in besonderem Maße gelten. Orientiert man sich an bundesdeutschen Erkenntnissen, unterscheiden sich die Migranten aus den einzelnen europäischen Herkunftsregionen allerdings beträchtlich. Dies gilt in besonderem Maße, wenn man die Neuwanderer / Neuzuwanderinnen aus der EU-4 und der EU-2 vergleicht. Migranten/Migrantinnen aus den südeuropäischen GIPS-Staaten (EU-4) weisen bundesweit einen „einen auffallend großen Akademikeranteil auf und sind am häufigsten ausbildungsadäquat sowie dementsprechend auf höheren Ausbildungsniveaus beschäftigt.“ Beschäftigung im Niedriglohnbereich ist zwar über alle Zuwanderungsgruppen hinweg im Vergleich zu Deutschen deutlich erhöht, „jedoch am stärksten bei Angehörigen der EU-2-Staaten, am geringsten bei denen der EU-4-Staaten.“²¹ In der Tat finden Personen aus Rumänien und Bulgarien, zum Teil aber auch aus einem der osteuropäischen EU-Staaten, (bundesweit) oft nur im Niedriglohnsektor Beschäftigung. Der Anteil der Aufstocker ist bei ihnen deutlich höher als bei anderen Zuwanderergruppen.

Folgt man den von uns befragten Expertengesprächen, sind auch in München die Arbeitsverhältnisse vieler EU-Zuwanderinnen und Zuwanderer nur als prekär zu bezeichnen. Mit Blick auf südosteuropäische Arbeitsmigranten formulierte eine der von uns befragten Fachkräfte dies so:

„Klar ist, wer kein Deutsch spricht, keine Berufsausbildung hat, der hat eigentlich keine Perspektive in München. Es kann schon sein, dass man trotzdem einen Job kriegt. Aber von dem Job kann man niemals selbstständig leben oder ein Bett im Arbeiterwohnheim zahlen. Nicht einmal das, weil die mittlerweile so teuer geworden sind. (...) In München gibt es viel Arbeit, auch wenn sie wahnsinnig schlecht bezahlt ist. Aber es ist immer noch mehr als in ihren Heimatländern. Sie werden z.T. auch gnadenlos ausgenutzt.“ (Int. 3)

„Die sind so arm, dass sie wirklich jeden Job annehmen müssen. (...) Die sind aus purer Verzweiflung da, packen einen Koffer und kommen her. Und dann werden sie von Leuten, die darauf spezialisiert sind, ausgebeutet.“ (Int. 4)

Die auch in München inzwischen zum Stadtbild gehörenden Tagelöhner kommen zum größten aus (Süd-)Osteuropa. Ein regelrechter Arbeitsmarkt für Tagelöhner hat sich am Münchner Hauptbahnhof entwickelt („Arbeiterstrich“). In den zurückliegenden Sommermonaten konnte man hier bis zu 500 Menschen auf der Suche nach Arbeit antreffen, notfalls auch nur stundenweise und ohne festen Vertrag. Aus Not wird oft unter dem Mindestlohn angeheuert. Und selbst dieser wird, wie mit der Materie vertraute Beratungskräfte erzählen, oft nicht oder nur teilweise ausbezahlt. Wie es einer der Berater formulierte: "Ich kenne keinen, der das nicht erlebt hat. Und oft wissen sie nicht einmal einen Namen, haben nur eine Telefonnummer." Und dann müssten die Arbeiter auch noch mit Anfeindungen aus der Bevölkerung leben. "Sie sind ein Störfaktor für das Stadtbild." Gleichwohl erscheint, so zahlreiche Experten und Expertinnen, den betroffenen Menschen die Aussicht auf einen schlecht bezahlten Aushilfsjob oft immer noch besser als ein perspektivloses Leben in bitterster Armut im Heimatland. Zumal dann, wenn in der Heimat mit ethnischer Diskriminierung (z.B. Roma) gerechnet werden muss.

Wohnen. Der Münchner Wohnungsmarkt ist bekanntermaßen einer engsten bzw. teuersten in ganz Deutschland. Einkommensschwächere Personenkreise, zu denen die meisten Neuzuwanderer gehören, tun sich entsprechend schwer, eine (erschwingliche) Wohnung zu finden. Schlecht qualifizierte Arbeitsmigranten sind besonders betroffen. Wie es zwei Fachkräfte mit Blick auf zuwandernde Personen aus (Süd-)Osteuropa formulierten:

„Wenn sie Glück haben, schlafen die Leute zu fünft oder sechst in einem Zimmer - wenn sie Pech haben, auf der Straße.“ (Int. 5)

²⁰ Besonders hohe Beschäftigungsquoten weisen dabei Personen aus Rumänien und Bulgarien auf. Siehe: IAB (2016: 8).

²¹ Burkert & Kislat (2017: 175).

„Wir haben erlebt, dass die versuchen so viel wie möglich arbeiten, so günstig wie möglich zu wohnen und dann das Geld zu ihrer Familie zu schicken. (...) Wir kriegen das auch über den Kälteschutz mit. Es ist schon so, dass Leute nach München kommen, weil sie wissen, sie können [im Kälteschutz, SIM] kostenlos übernachten. Es ist nicht schön dort, aber es kostet nichts. Die meisten, die im Kälteschutz übernachten, arbeiten.“ (Int. 6)

Es ist allerdings mehr als fraglich, ob Einrichtungen wie der Kälteschutz²² auf diese Klientel mit ihren oft sehr geringen Deutschkenntnissen und hohen psychosozialen Belastungslagen überhaupt vorbereitet sind. Vor diesem Hintergrund ist es sehr positiv zu bewerten, dass im Rahmen des Projektes LOTSE wohnungslose Unionsbürgerinnen und -bürger (ab 18 Jahren) ausdrücklich mit im Fokus des Projektes stehen (siehe Kap. 1.2.1).

Mit Blick auf die Wohnsituation kommt erschwerend hinzu, dass der Verlust von oder die Verzögerung bei der Gewährung von Sozialhilfeleistungen (siehe unten) schnell auch zum Verlust der Wohnung führen kann:

„Die Gefahr, dass viele überhaupt keine Sozialhilfeleistungen mehr kriegen. Und dann ist die Wohnung auch schnell weg – die Gefahr besteht schon. Das erleben wir immer wieder.“ (Int. 7)

Leistungsansprüche nach SGB II / XII.²³ EU-Migrantinnen und Migranten, die *keinen* Zugang in den hiesigen Arbeitsmarkt finden, sind in Deutschland von den sozialhilferechtlichen Hilfeleistungen mittlerweile weitgehend ausgeschlossen: Nach einer Ende Dezember 2016 in Kraft getretenen Gesetzesänderung²⁴ sind, grob gesagt, Unionsbürgerinnen und -bürger ohne vorherige Beschäftigungsgeschichte für fünf Jahre von Leistungen nach dem SGB II und in der Regel auch nach SGB XII ((Sozialhilfe), siehe aber unten) ausgeschlossen.²⁵ Nach einem Jahr Beschäftigung können sie indessen die gleichen Anrechte auf Arbeitslosengeld I (ALG I) und in Folge auch auf das SGB II-finanzierte Arbeitslosengeld II (ALG II / „Hartz IV“) geltend machen wie Inländer. Bei einer Beschäftigung von weniger als einem Jahr verfällt der Anspruch auf SGB II-Leistungen allerdings nach maximal sechs Monaten.

Das Gesetz lässt den Verantwortlichen vor Ort allerdings Entscheidungsspielräume. Damit sollen Billigkeitserwägungen in die Einzelentscheidungen einfließen können. So positiv diese „Schmiegsamkeit“ auch ist, um der Vielgestaltigkeit der tatsächlichen Gesamtumstände Genüge zu tun, geht sie doch immer wieder mit Unsicherheiten bei der Leistungsgewährung einher: Die Erfahrungen der PIB-Fachkräfte zeigen, dass es selbst im Regierungsbezirk Oberbayern, der die Landeshauptstadt München umfasst, mitunter verschiedene Entscheidungen / Auslegungen gibt. Dies erschwert immer wieder die Arbeit der Lotsenfachkräfte bzw. führt bei Klientinnen und Klienten zu Verunsicherungen.

Mit Blick auf Leistungen nach dem SGB XII besitzen die EU-Bürgerinnen und Bürger je nach Staatsangehörigkeit allerdings unterschiedliche Anspruchsrechte: Staatsangehörige, für die das Europäische Fürsorgeabkommen gilt, haben auch dann Anspruch auf SGB XII-Leistungen, wenn sich ihr Aufenthaltsrecht allein aus dem Zweck der Arbeitssuche ergibt. Grundsätzlich vom SGB XII-Leistungszugang ausgeschlossen bleiben damit – mit Blick auf arbeitssuchende Zuwanderer ohne vorherige Beschäftigungsgeschichte - gerade die tendenziell ärmeren und schlechter ausgebildeten Personen aus Osteuropa (mit Ausnahme von Estland) sowie aus Rumänien und Bulgarien.

Zusammenfassung. Wenngleich wir keine repräsentativen Daten über die soziodemographische Struktur, das Bildungs- und Qualifikationsniveau der aus anderen EU-Ländern nach München zuwandernden

²² Das von der Stadt München gemeinsam mit Wohlfahrtsverbänden eingerichtete Kälteschutzprogramm bietet auf dem Areal der Bayernkaserne für rund 850 Personen – getrennt nach Geschlechtern bzw. nach Alleinstehenden und Familien - kostenlose Schlafplätze zur Verfügung, und zwar zwischen Anfang November und Ende April.

²³ Für detailliertere Informationen siehe: Paritätischer Gesamtverband (2017).

²⁴ Gemeint ist das „Gesetz zur Regelung von Ansprüchen ausländischer Personen in der Grundsicherung für Arbeitsuchende nach dem Zweiten Buch Sozialgesetzbuch und in der Sozialhilfe nach dem Zwölften Buch Sozialgesetzbuch“.

²⁵ Diese Personengruppen haben – mit Blick auf die Sozialämter als SGB XII-Träger – nur noch Anspruch auf sogenannte „Überbrückungsleistungen“ für Ernährung und Unterkunft sowie die Kosten für die Rückreise (siehe aber unten). Diese einmaligen Leistungen liegen mit einem Betrag von gut 180 Euro unterhalb des regulären physischen Existenzminimums. Die „Überbrückungsleistungen“ dürfen normalerweise nur für einen Monat innerhalb von zwei Jahren erbracht werden.

Personen besitzen, dürfte unstrittig sein, dass ein signifikanter Teil der Zugewanderten nur über geringe Ausgangsqualifikationen und -kompetenzen für den Arbeitsmarkt verfügt.²⁶ Zudem deuten unsere Gespräche darauf hin, dass viele der Neuzuwanderer die Migration nur als temporäre Erfahrung sehen. Gerade für Personen aus (Süd-)Osteuropa steht in der Regel der Wunsch, Geld zu verdienen im Mittelpunkt, nicht zuletzt um ihre (oft) in den Herkunftsländern zurückgebliebene Familien finanziell „über Wasser halten“ zu können.²⁷ Eine ausgeprägte, von vornherein geplante Bleibebereitschaft ist – darauf deuten im Übrigen auch andere Studien hin²⁸ – wohl nur partiell gegeben. Damit deutet sich bereits ein europäischer Mehrwert des Projektes an (siehe Kap. 5.1.4). Die Bedeutung des Projektes LOTSE ergibt sich auch daraus, dass die Neuzugewanderten aus der EU meist nur eingeschränkt durch öffentliche Beratungsstellen und staatliche Institutionen erreicht werden. Durch das Fehlen von sozialen Netzwerken und Prozesswissen, aber auch durch leistungsrechtliche Ausschlüsse bzw. Unsicherheiten gestaltet sich der Weg der Arbeitsmarkt- und Wohnungsmarkintegration daher oft ineffektiv. Dies führt mit dazu, dass vermehrt unsichere „Zwischenbeschäftigungen“ bzw. dass prekäre Wohnverhältnisse eingegangen werden (müssen).

Trotz aufenthaltsrechtlicher Sonderstellung aufgrund der Freizügigkeit sind die Lebenslagen vieler neuzugewanderter Unionsbürgerinnen und -bürger durch vielfältige Problemlagen bzw.

Herausforderungen gekennzeichnet. Zusammenfassend lassen sich diese wie folgt beschreiben:²⁹

- fehlender bzw. unsicherer Zugang zu existenzsichernden Leistungen nach SGB II/XII;
- fehlende Kenntnisse über Rechtsansprüche;
- mangelnde Deutschkenntnisse;
- Schwierigkeiten bei der Wohnungssuche mit der Gefahr von Wohnungs-/Obdachlosigkeit;
- alltägliche Diskriminierungserfahrungen;
- Schwierigkeiten, auf dem Arbeitsmarkt Fuß zu fassen mit der Gefahr von Ausbeutung bzw. einem erhöhten Arbeitslosigkeitsrisiko;
- instabile soziale Beziehungen.

Bei einem Teil der Betroffenen führt dieser Stress – verbunden mit anderen psychosozialen Belastungen, die mit der Migration verbunden sind (siehe 2.1.1.) – erfahrungsgemäß zu einer Schwächung der psychischen Spannkraft und zu gesundheitlichen Schädigungen. Ein zusätzlicher professioneller Unterstützungsbedarf entsteht zudem dann, wenn die neuzuwandernden Unions-Bürgerinnen und Bürger über keinen Krankenversicherungsschutz verfügen und sie gegenüber dem Sozialhilfeträger keinen entsprechenden Leistungsanspruch geltend machen können. Folgt man den Lotsen, gilt dies für etwa fünf Prozent der im hier evaluierten Projekt beratenen Klientel. (In diesen Fällen konnte das Projekt eine Versorgung über die Migrantenmedizin der Inneren Medizin bzw. über das Café 104 (Medikamente) organisieren).

²⁶ Um nur aus einem unserer Gespräche zu zitieren: „Nehmen wir z.B. mal die Bulgarinnen. Da ist oft fast kein Bildungsstand da. Die haben fast keine Erfahrungen mit der Welt außerhalb des Dorfes [gehabt, SIM]. Dass ist dann nicht nur ein Sprachproblem. Es ist denen ganz schwer vermittelbar, dass es z.B. ganz unterschiedliche Ärzte gibt oder... [Satz nicht beendet, SIM]. Das haben wir mit manchen Frauen aus afrikanischen Regionen natürlich auch so. Aber da ist es dann so, dass die davor oft schon lange in der Unterkunft gewesen waren und sich da schon orientieren konnten.“ (Int. 27).

²⁷ Der psychische und soziale Druck, denen sich gerade diese Personen gegenübersehen ist gewaltig. Um die Mitarbeiterin eines Migrationsdienstes zu zitieren: „Für manche ist die Familie in Bulgarien. Ich hatte einen Bauarbeiter, der zu mir gesagt hat <Was soll ich jetzt machen? Wie soll ich meiner Frau erklären, was ich in sechs Monaten gemacht habe, wenn ich ohne eine Euro nach Hause komme?> Also sie können nicht einmal zurück nach Hause, sondern sie müssen hier weiterhin... [Satz nicht beendet, SIM] auch wenn sie draufgehen.“ (Int. 28)

²⁸ Komitowski, Kraußlach & Pfeffer-Hoffmann (2016: 109).

²⁹ Siehe hierzu auch Kap. 3.2 & Kap. 3.3.

2.3 Organisations- und Strukturaspekte des Projektes „LOTSE“

2.3.1 Personelle und räumliche Aspekte

Personelle Ausstattung. Die kundenbezogene Arbeit startete Anfang April 2016 mit einem Zweier-Team. Im Juni 2016 war das Team mit vier rechnerischen Vollzeitstellen vollständig besetzt. Derzeit umfasst das Team insgesamt sieben hauptamtliche (Teilzeit-)Kräfte. Die Fachkräfte decken ein breites Sprachspektrum ab: Bosnisch-Kroatisch-Serbisch (BKS), Bulgarisch, Englisch, Französisch, Griechisch, Italienisch, Polnisch, Portugiesisch, Rumänisch und Spanisch. Bei den Lotsen handelt es sich um sozialpädagogische und/oder psychologische Fachkräfte mit eigenem Migrationshintergrund und Fachkompetenzen im Bereich der Sozialpsychiatrie. Bei Bedarf kann der Dolmetscherdienst des Bayerischen Zentrums für Transkulturelle Medizin e.V. zur Unterstützung herangezogen werden.

Räumliche und zeitliche Organisationsstruktur. Grundsätzlich sind die Lotsen telefonisch bzw. per Handy (oder per Mail) erreichbar. Sofern die Anrufenden sich nicht in den Räumlichkeiten des Dienstes treffen wollen, kann auch ein anderer Treffpunkt ausgemacht werden. Seit Februar 2017 besteht zudem die Möglichkeit in der „offenen Sprechstunde“ (in den Räumlichkeiten des Dienstes) ohne Voranmeldung vorsprechen, und zwar jeden Werktag (außer Dienstag) von 10.00-12.00 Uhr. Außerhalb dieser Zeiten besteht die Option, sein Anliegen vor Ort unter Angabe der Telefonnummer sowie der Muttersprache bzw. der bevorzugten Sprache auf einem vorgefertigten Vordruck schriftlich zu formulieren und im Empfangsbereich des Dienstes zu hinterlassen. Die Fachkräfte nehmen dann ihrerseits kurzfristig Kontakt auf. Die klientsseitig damit weitgehend entfallende Terminplanung bzw. die Möglichkeit, Termine während und außerhalb der „offenen Sprechzeiten“ zu vereinbaren, ist gerade für berufstätige Personen von großem Vorteil. (Längere) Wartezeiten entfallen. Die „offene Sprechstunde“ hat sich dank dieser Niederschwelligkeit bewährt und wird von der Klientel gut angenommen. Positiv wirkt sich diesbezüglich sicherlich auch die zentrale Lage des Dienstes (Nähe Hauptbahnhof) und die barrierefreie Zugänglichkeit der Räumlichkeiten aus. Die ursprüngliche Idee, bei ausgewählten Migrationsdiensten feste Außensprechstunden zu installieren, wurde Anfang 2017 hingegen wieder aufgegeben. Da die Migrationsdienste in der Regel nur mit festen Terminen nach persönlicher oder telefonischer Vereinbarung arbeiten, also kaum „spontane Laufkundschaft“ haben, barg die dortige Anbindung die Gefahr „unproduktiver Leerzeiten“ der Projektfachkräfte.

Ihre zeitliche und örtliche Flexibilität hebt die Lotsen von den meisten anderen Informations-, Beratungs- und Vermittlungsdiensten erkennbar ab. Die Flexibilität kann zudem als Geste der Aufmerksamkeit und des Respektes gelesen werden – im Sinne eines „Ich richte mich ganz nach Ihnen“. Um nur die Stimmen dreier in der Migrationsarbeit tätigen Stimmen zu zitieren:

„Also ich glaube, dass es dieses Niederschwellige braucht. Und es braucht auch eine aufsuchende begleitende Tätigkeit, weil die kommen nicht so einfach in ein Büro. Das ist einfach eine zu hohe Schwelle. Ich wusste gar nicht, wie das Projekt so anders sein könnte – gerade für Leute mit psychischen Erkrankungen. (...) Ich glaube, dass das so der Königsweg ist. Es ist schwer, die zu erreichen.“ (Int. 8)

„Das Andere, was denen sehr zusagt, ist dass man das Projekt auch per Handy erreichen kann. Also es ist nicht nur Festnetz und AB. Man hat auch die Möglichkeit, SMS zu schicken und die Kollegen des Projektes auch so zu erreichen. Da suchen die Leute dann eher Rat.“ (Int. 9)

„Was einzigartig ist, ist die Niederschwelligkeit des Projektes. Dass man dort anrufen kann und sofort jemand weiterleiten kann. Die Ansprechpartner dort sind auch immer da und man kann die immer erreichen.“ (Int. 10)

2.3.2 Zur Ressourcenstruktur und Arbeitsweise der Projektfachkräfte

Die Ressourcenstruktur bzw. die Arbeitsweise der Wegbegleiterinnen weist eine Reihe von Besonderheiten bzw. Vorteilen auf. Sieht man von der sozialpsychiatrischen Fachkompetenz einmal ab, sind hier insbesondere zu nennen:

- **Migrationshintergrund.** Dass eine gemeinsame Migrationserfahrung eine Ressource für eine erfolgreiche Zugangsgestaltung sein kann, dürfte mittlerweile unstrittig sein. Dabei geht es zum einen um die Frage >Von wem lasse ich mir (gerne) etwas sagen? < und zum anderen >Kann der/die mich überhaupt verstehen? <³⁰ Kurzum, der gemeinsame Migrationshintergrund der Fachkräfte mit ihren Klientinnen und Klienten kann eine lebensweltliche, alltägliche Nähe schaffen, die es den Fachkräften leichter macht, darzustellen, wozu und wie die Angebote des psychosozialen Versorgungssystems bzw. die eigene Beratungs- / Begleitungsangebote hilfreich sein könnten.

Die eigene Erfahrung der kulturellen Andersheit und eines Minderheitenstatus erleichtert es Fachkräften mit Migrationshintergrund, anderen Migrantinnen und Migranten mit Respekt und Akzeptanz gegenüberzutreten – unabhängig ihrer Herkunft. Schließlich teilen beide Seiten die biografische Grunderfahrung der Migration und ihrer dadurch bedingten speziellen Rolle in der deutschen Gesellschaft mit allen sozioökonomischen, rechtlichen und psychischen Konsequenzen. „Fremdes“ wird eher akzeptiert als dies bei Mitgliedern der Mehrheitsgesellschaft vorausgesetzt werden kann. Mit anderen Worten: Ein gemeinsamer kultureller bzw. migrationspezifischer Hintergrund mindert die Gefahr von gegenseitigen kulturellen Fremdheitserlebnissen und von Vorbehalten, die aus der unterschiedlichen Positionierung im sozialen Gefüge stammen. Solche Fremdheitserlebnisse und Vorbehalte können eine Beziehung aber nachhaltig beeinträchtigen.³¹

- **Sprachkompetenz / Muttersprachlichkeit.** (Mutter-)sprachliche Kompetenz ist durch das Team in großem Umfang gewährleistet (siehe Kap. 2.3.1). Bei Personen, die nur sehr wenig oder kein Deutsch können, sind Kompetenzen in der Muttersprache der Betroffenen fast zwingend. Bei neuzugewanderten Personen, der Zielgruppe des Projektes, stellen deutsche Sprachkenntnisse eher die Ausnahme als die Regel dar (siehe Kap. 3.3.1). Ist die sprachliche Verständigung erschwert, gibt es schon bei der Informationsbeschaffung Schwierigkeiten und es bedarf Unterstützung von Dritten, um erste Termine zu vereinbaren. Vertrauensbildung *via* muttersprachliche Kompetenzen gilt aber auch für Migrantinnen und Migranten, die bereits über bessere Deutschkenntnisse verfügen, erleichtern diese Kompetenzen doch den Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zu den Betroffenen.³² Indem sie die Prozessqualität der Beratung absichern, wirken sie sich positiv auf den Beratungs- und Vermittlungserfolg aus.

Die zentrale Bedeutung der Muttersprachlichkeit der PIB-Fachkräfte wurde in unseren Interviews immer wieder betont. Um nur ein Beispiel einer Fachkraft zu nennen, die Neuzuwanderer berät:

„Sicher, es gibt auch andere Stellen, an die man die Leute verweisen könnte. Das Problem bei denen ist, dass da meist keine Muttersprachler sind. Zum Beispiel ... [nennt Namen des Dienstes, SIM] hier im Haus da wollten meine Klienten nicht hin, weil man da zusätzlich noch einen Dolmetscher haben müsste. Dann kommt es zur Beratung um ein paar Ecken. Und das wollen die nicht.“ (Int. 11)

Unbeschadet der Frage der Muttersprachlichkeit, haben die Lotsen auch die Fähigkeit zur situationsangemessenen „Deutsch-Deutschen-Übersetzung“.³³ Die in anderen Kontexten oft festzustellende Kluft zwischen der Fachsprache von Verwaltungs- oder sonstigen Professionellen

³⁰ Siehe: Straßburger & Bestmann (2008: 43-44).

³¹ Um Salman und Tuna (2001: 319) zu zitieren: „Migranten sind sicherlich nicht automatisch die besseren Fachkräfte; ihre Landsleute fassen jedoch eher zu ihnen Vertrauen, fühlen sich verstanden und aufgehoben.“

³² Baran & Kalaclar (1993: 69).

³³ SIM (2014).

und dem Alltags-Deutsch der Klientinnen und Klienten konnte (und kann) im Projekt weitgehend aufgehoben werden.

- **(Inter-)Kulturelle Kompetenz.** Sprachliche Kompetenz und der gemeinsame Migrationshintergrund können ihre Vorteile aber nur dann zur Gänze entfalten, wenn sie sich mit interkultureller Kompetenz – verstanden als Einfühlungsvermögen in die durch Migration und andere „Achsen“ (Geschlecht, Alter etc.) geprägte Erfahrungswelt der Klientinnen und Klienten und verstanden als Wissen um Migrationsgeschehnisse und um konkrete Migrationserfahrungen – sowie mit Kompetenzen im Bereich der Beziehungsgestaltung (v.a. Einfühlungsvermögen, Empathie) paaren.³⁴ Vor allem mit Blick auf die hier „verhandelte“ Gruppe der psychisch erkrankten bzw. psychosozial hoch belasteten EU-Migrantinnen und Migranten sind interkulturelle Kompetenzen aber auch das Wissen über kulturelle Gegebenheiten ohne Zweifel als zentrale Fach- und Handlungskompetenzen zu betrachten. So konnten Bermejo et. al.³⁵ in einer kürzlich vorgelegten Studie über subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen zeigen, dass Sprachprobleme nur *ein* – wenngleich ein zentrales – Hindernis bei der Nutzung von Gesundheitsangeboten sind: Betroffene stellten als Haupthindernis oft nicht auf die Sprachprobleme im engeren Sinne ab, sondern auf das zu geringe Wissen von Fachkräften über ihre Herkunftskultur und einem generellen Gefühl des „Nicht-Verstanden-Werdens“.
- **Möglichkeit der persönlichen Begleitung.** Der niederschwellige Ansatz des Projekts äußert sich nicht nur mit Blick auf die oben skizzierten organisatorischen Aspekte (siehe Kap. 3.1). Die Erfahrung lehrt,³⁶ dass die Nachhaltigkeit eines gelingenden Zugangs über muttersprachliche Kompetenzen, den gemeinsamen Migrationshintergrund, die zeitliche Flexibilität oft erst durch das Angebot der persönlichen Begleitung gewährleistet werden kann. Gerade für Neuzuwanderer, die sich *per definitionem* noch nicht im Versorgungssystem auskennen und deren Deutschkenntnisse in der Regel eher schlecht sind, erhöht eine solche Begleitung nachhaltig die Bereitschaft, sich ein vorgeschlagenes Hilfeangebot überhaupt anzuschauen bzw. sich auf es einzulassen.

³⁴ Grundsätzlich formuliert: Fehlende sprachliche Kompetenzen können bis zu einem gewissen Grad durch interkulturelle Kompetenzen und angepasstes Sprachverhalten (einfache Sprache, Geduld, Nachfragen etc.) ausgeglichen werden. In diesem Sinne müssen unterschiedliche kulturelle bzw. ethnische Hintergründe von Fachkräften und Klientinnen und Klienten auch keine Einschränkung bedeuten. Im Gegenteil: Sie *können* – bei vorhandener interkultureller Kompetenz der Fachkräfte – auch eine Bereicherung für den beraterischen (oder therapeutischen) Prozess sein (Gün 2011: 142-143).

³⁵ Bermejo et al. (2012).

³⁶ Siehe SIM (2014).

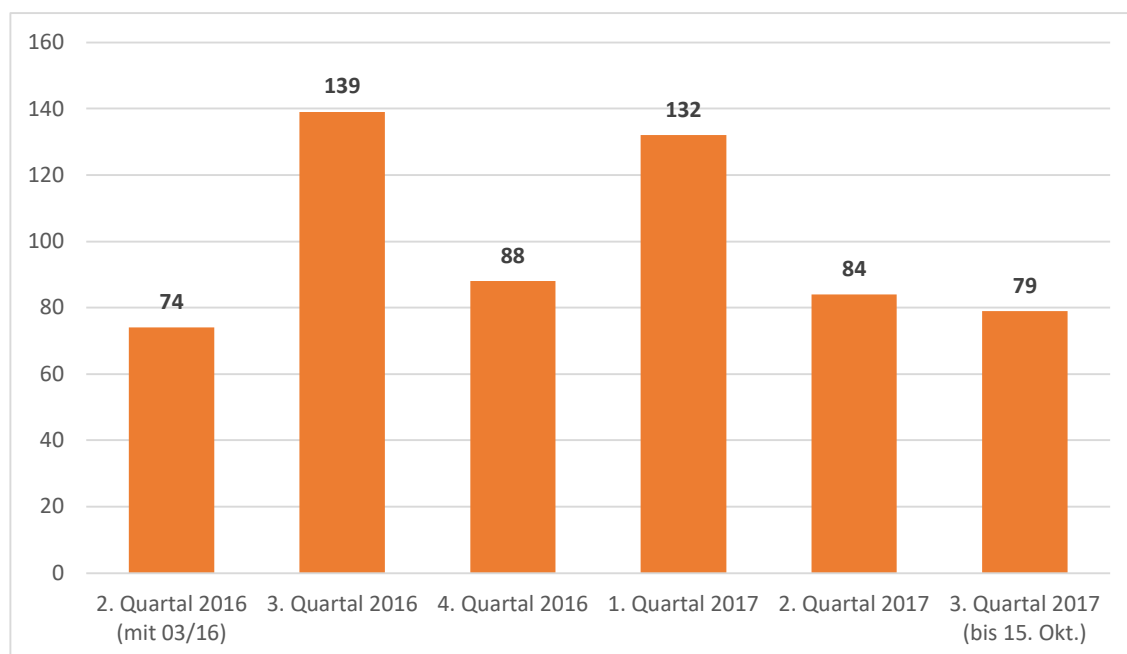
3. Klientenbezogene Tätigkeiten

3.1 Übergeordnete Aspekte

3.1.1 Entwicklung der Fallzahlen und der Beratungsgespräche

Fallzahlen. Innerhalb des Berichtszeitraumes führten die Projektfachkräfte 596 Erstberatungsgespräche mit Klientinnen und Klienten durch. Abbildung 3/1 zeigt die Entwicklung der Erstgespräche im zeitlichen Verlauf. Sie verdeutlicht, dass die Klientenzahlen über die einzelnen Quartale teilweise sehr unterschiedlich sind: Die Spannweite liegt zwischen rund 80 und knapp 140 Personen. Über den Evaluationszeitraum hinweg lassen sich jedoch keine systematischen Entwicklungslinien feststellen. Dank der gezielten Öffentlichkeitsarbeit im ersten Quartal 2016 (siehe Kap. 1.1) und der guten strukturellen Vernetzung des Projektträgers waren zu Projektbeginn keinerlei „Anlaufschwierigkeiten“ zu beobachten.

Abb. 3/1: Entwicklung der Anzahl der Erstberatungsgespräche im zeitlichem Verlauf
Angaben in absoluten Werten (n=596)



Quelle: EHAP-Datenbank, eigene Berechnung und Darstellung.

Anzahl der Beratungsgespräche. In 377 der 596 Fälle (63,3%) fand zumindest ein weiteres Folge- / Beratungsgespräch statt. 252 Personen (42,3%) wurden dreimal und 173 Männer und Frauen (29,0%) mindestens viermal beraten. Geht man davon aus, dass auch bei Begleitungen außerhalb des Dienstes (n=461) beraterische Arbeit geleistet wurde, führten die Fachkräfte insgesamt 3.267 Beratungsgespräche durch, im Mittel also 5,5 pro Klientin/Klient.

Zugangswege. Leider erlaubt die Vivendi-Datenbank keine unmittelbaren Rückschlüsse auf die Zugänge der Klientinnen und Klienten ins Projekt. Hinweise liefert allerdings das bis Oktober 2016 genutzte Dokumentationssystem.³⁷ Folgt man diesem, erfolgte die Erstzuweisung in knapp jedem zweiten Fall (44,6%) über die Betroffenen selbst, d.h. diese meldeten sich eigenständig ohne Vermittlung eines Dritten an. Berücksichtigt man die fehlenden Angaben erhöht sich die Quote auf 48,7%. Dies verweist auf die von Anfang an erfolgreiche Öffentlichkeitsarbeit und Bewerbung des Projektes durch die PIB-Fachkräfte. Insofern das Projekt dank Mundpropaganda in den Migranten-Communities in den Monaten danach mit Sicherheit (noch) bekannter geworden ist, dürfte diese Quote mittlerweile vermutlich noch höher liegen. Über die Sozialbürgerhäuser kam bis Oktober 2016 nur knapp jede zehnte Person (9,6%). In den restlichen Fällen lief die Zuweisung über eine Vielzahl anderer Einrichtungen bzw. Leistungsanbieter, zumeist aus

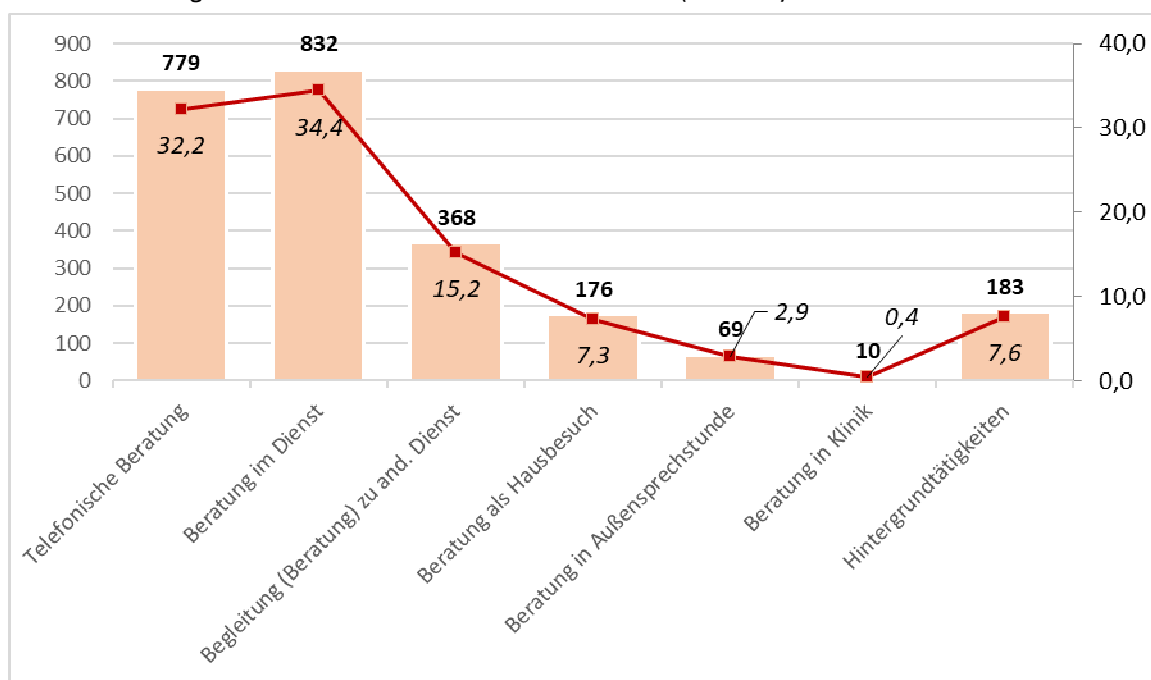
³⁷ Siehe Kap. 1.1.

dem sozialen Bereich – in einigen Fällen aber auch aus dem sozialpsychiatrischen (6,6%). Bei sozialen Diensten spielten die Migrationsberatungen (6,0% aller Zuweisungen) eine herausragende Rolle.

3.1.2 Formen und Orte der Beratung

Die durchgeführten Beratungsgespräche („klientenbezogene Sitzungen“) können ihrerseits nach Art der Erbringung (telefonisch *versus* im persönlichen Kontakt) sowie nach dem Beratungsort differenziert werden – d.h. ob sie in den Räumlichkeiten des Dienstes, in einer Außensprechstunde (siehe unten), in einer Klinik oder im Rahmen eines Hausbesuches realisiert wurden. Beratung findet darüber hinaus natürlich auch im Rahmen der persönlichen Begleitungen zu anderen Diensten statt: Man könnte sogar sagen, dass der eher „informelle“ Charakter von Begleitungen eine besondere Vertrauensatmosphäre für den Austausch bzw. das beraterische Gespräch schafft. Unter dem Begriff „Außensprechstunde“ verbergen sich eine Vielzahl von Beratungsorten, neben der offenen Sprechstunde (siehe Kap. 2.3.1) etwa der Hauptbahnhof oder die Räumlichkeiten von Kirchengemeinden; der Wunsch hierzu ging fast immer von den Klientinnen und Klienten aus. Der Aufwand zur Inanspruchnahme des Angebotes wurde auch dadurch minimiert. Berücksichtigt man auch die Erbringungsart „Hintergrundtätigkeiten“, worunter an erster Stelle die „Aktivierung ergänzender Hilfen“ (n=170) zu verstehen ist, ergibt sich bezüglich der Örtlichkeiten der Beratungsgespräche folgendes Bild:

Abb. 3/2: Art und Ort der Beratungsgespräche
Angaben in absoluten Werten und in Prozent (n=2.417)



Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

Selbst unter Berücksichtigung telefonischer Beratungen fand rund jede dreizehnte Beratung (7,3%) in der Häuslichkeit der Klientinnen und Klienten statt; nur auf die *face-to-face*-Sitzungen bezogen,³⁸ erhöht sich die Quote auf 12,1%. In den Räumen des Dienstes fand nur ein Drittel (34,4%) aller klientenbezogenen Aktivitäten statt. Die örtliche Flexibilität der Fachkräfte ist für die Absicherung einer alltagskompatiblen Raum- und Zeitstruktur zentral. Die Möglichkeit, an Örtlichkeiten zu beraten, die in den Alltag, den Tagesablauf und damit in die Lebenswelt der Betroffenen passen, unterscheidet das Projekt von anderen zentralen Unterstützungsinstanzen, wie den Sozialpsychiatrischen Diensten, und stellt ohne Zweifel einen

³⁸ Also ohne „telefonische Beratungen“ und „Hintergrundtätigkeiten“.

der Gründe für die hohe Wirksamkeit des Projektes dar (siehe Kap. 5.1.1). Die Bedeutung der Hausbesuche und der Begleitungen für die Klientel – Neuzuwanderer mit psychischen Problemen bzw. hohen psychischen Belastungslagen - beschrieb die Mitarbeiterin eines Migrationsdienstes mit den Worten:

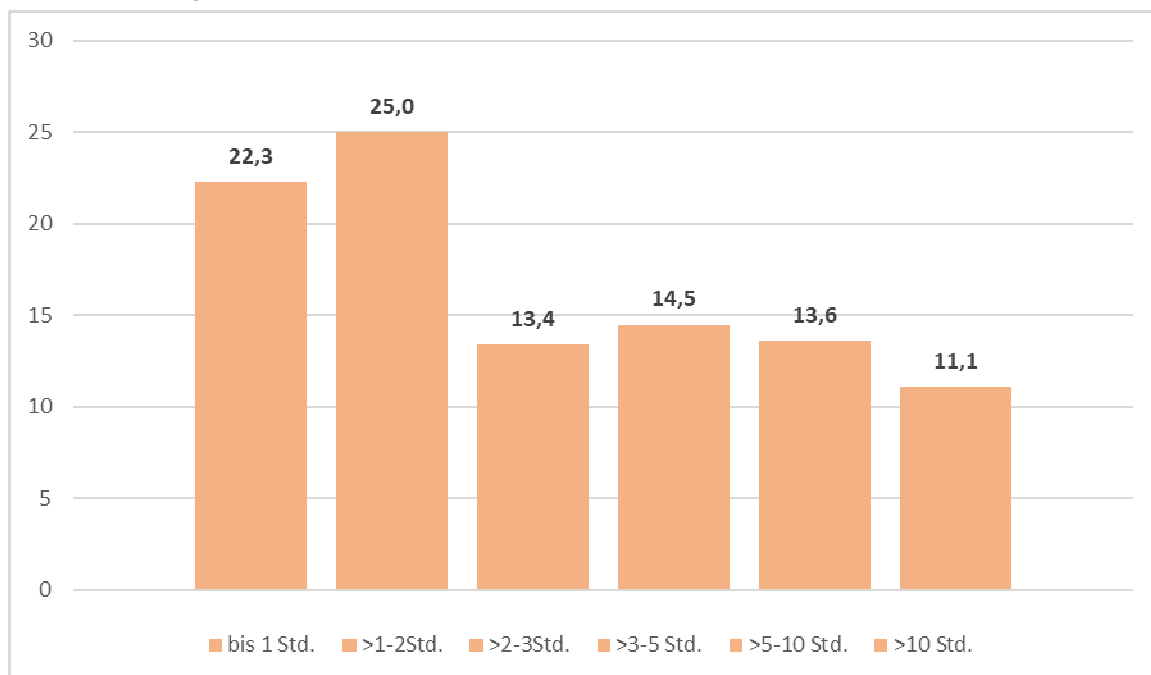
„Das, was gut ankommt bei meinen Klienten ist, dass auch Hausbesuche stattfinden. Manchmal durch die prekäre Situation, in der sich die Klienten befinden, fahren sie nicht zu ihrer Behörde oder ihrem Amt oder Dienst, sondern wollen in der Hausatmosphäre beraten und unterstützt werden. (...) Wenn man so unter Druck steht, will man oft gar nicht aus den Räumlichkeiten raus. (...) Und die Begleitung der Leute zu den verschiedenen Ämtern, das ist auch ganz wichtig. Am besten ist, dass das meisten auch in Muttersprache passiert.“ (Int. 12).

Da im Betrachtungszeitraum insgesamt 555 EU-Bürgerinnen und Bürger beraten wurden, ergeben sich im Durchschnitt 4,0 Beratungsgespräche pro Klientin/Klient.³⁹ Die Spannbreite der Beratungsgespräche pro Person bewegt sich dabei zwischen eins und 39.

3.1.3 Zeitliche Aspekte

Folgt man dem Dokumentationssystem, belief sich die *durchschnittliche* Dauer der klientenseitigen Unterstützung pro „Fall“ auf insgesamt 4 Stunden 58. In diese Berechnung gehen neben den Zeiten für die persönliche Beratung auch Begleitungen, Hintergrundaktivitäten und Fahrtzeiten mit ein. Zwischen den einzelnen Klientinnen und Klienten war dabei eine Schwankungsbreite von fünfzehn Minuten bis 59 Stunden zu beobachten. Abbildung 3/3 zeigt die Verteilung:

Abb. 3/3: Durchschnittliche *gesamte* Beratungs- / Unterstützungsdauer der Klientinnen und Klienten
Angaben in Prozent (n=555)



Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

Die von den Pilotfachkräften berichteten Zeitaufwände sind vor dem Hintergrund der Lücken im sozialpsychiatrischen Versorgungssystem (siehe Kap. 2.1.2) und der oft sehr vielfältigen Problemlagen der

³⁹ Die „Hintergrundtätigkeiten“ wurden hierbei wieder ausgeklammert.

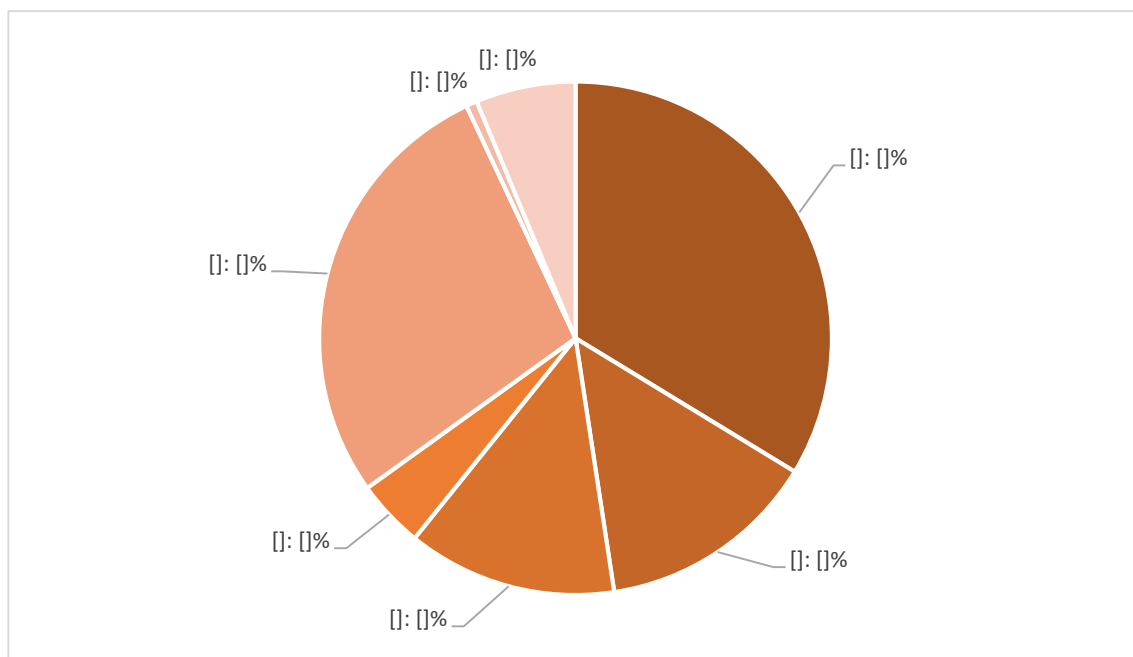
Klientinnen und Klienten („Multiproblemfälle; siehe Kap. 3.3.2) durchaus nachvollziehbar. Sie entsprechen in etwa den Werten, die von einschlägigen Case Management-Projekt berichtet worden sind.⁴⁰

Als großes Erschwernis erwies sich vor allem der Mangel an muttersprachlichen Fachkräften im therapeutischen und psychiatrischen Bereich dar. In diesen Fällen versuchten die Wegbegleiterinnen entweder die KlientInnen bei einer privat abrechnenden muttersprachlichen therapeutischen Fachkraft anzubinden und mit der Krankenkasse im Rahmen des sogenannten „Kostenerstattungsverfahrens“ über eine Kostenübernahme zu verhandeln. Oder sie bemühten sich, ihre Klientinnen und Klienten an Fachkräfte mit einer verwandten Muttersprache zu vermitteln, so dass zumindest eine grundlegende Verständigung möglich wurde. Obwohl in der Regel erfolgreich, stellte sich beides als zeitlich sehr aufwändig dar und konnte nicht immer längere (und wiederum zu überbrückende) Wartezeiten verhindern.

Unabhängig hiervon ließen es diese Rahmenbedingungen mitunter sinnvoll bzw. notwendig erscheinen, dass die Pilotfachkräfte als Vertrauenspersonen der Klientinnen / Klienten den Übergang begleiteten bzw. sie als kompetente Ansprechpartnerinnen für die dortigen Fachkräfte und/oder die angebundenen Klientinnen/Klienten zur Verfügung standen („parallele Begleitungen“, siehe Kap. 1.2).⁴¹

Rund 40% der insgesamt geleisteten kundenbezogenen Arbeitszeiten entfielen auf Begleitungen außerhalb des Dienstes (27,1%) und auf Hausbesuche (13,2%). Die persönliche Beratung in den Räumlichkeiten des Dienstes – das klassische *face-to-face*-Beratungssetting im Sozial- und Gesundheitsbereich – und die telefonische Beratung banden nur etwa 50% aller Zeitressourcen. Dies verdeutlicht noch einmal den spezifischen Arbeitsansatz des Projektes.

Abb. 3/4: Klientenbezogene Arbeit nach Tätigkeitsfeldern („Setting“)
Angaben in Prozent der zeitlichen Gesamtaufwendungen (n=2.417)



Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

⁴⁰ Schleuning & Welschehold (2000: 35, 66).

⁴¹ Eine Fachkraft aus dem Betreuten Wohnen beschrieb die Bedeutung dieser Möglichkeit mit folgenden Worten: „Die Fachkraft [des PIB-Projektes, SIM] hat die Klienten auch nach der Aufnahme hier [ins Betreute Wohnen, SIM] noch begleitet, hat den Kontakt gehalten. Also so eine Art Eingewöhnungsbegleitung, bis die eine gute Beziehung zu uns aufgebaut hatte. Das ist auch wichtig, weil wir kennen die Klienten ja am Anfang noch nicht.“ (Int. 29).

3.2 Merkmale der Klientinnen und Klienten aus EU-Staaten

3.2.1 Soziodemographisch Merkmale

Alter und Geschlechtsverteilung. Nachfolgende Tabelle bildet die Alters- und Geschlechterverteilung der bislang beratenen bzw. unterstützten Klientinnen und Klienten ab. Sie verdeutlicht, dass das Geschlechterverhältnis der um Hilfe nachsuchenden Personen in etwa ausgeglichen ist und dass das mittlere Erwachsenenalter dominiert.

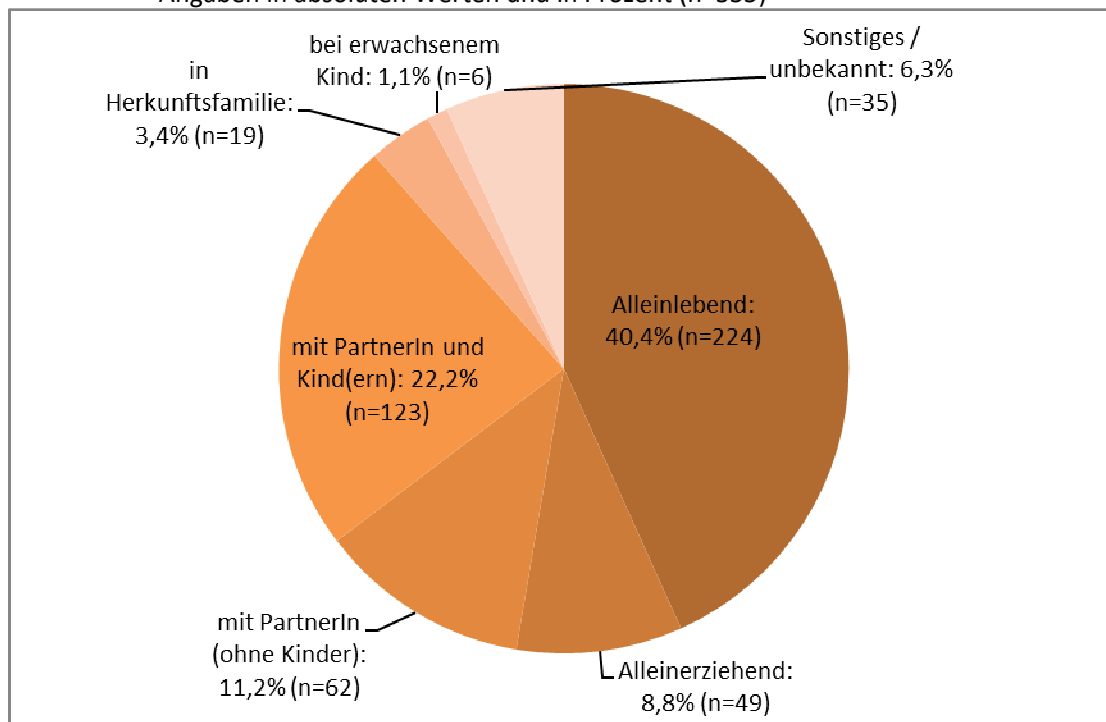
Tab. 3/1: Klientinnen und Klienten nach Alter und Geschlecht (n=555)

Alter	abs.	%	% (ohne k.A.; n=544)
unter 25	29	5,2	5,3
25 bis unter 30	38	6,8	7,0
30 bis unter 40	188	33,9	34,6
40 bis unter 50	152	27,4	27,9
50 bis unter 60	79	14,2	14,5
60 bis unter 70	51	9,2	9,4
70 und älter	7	1,3	1,3
Keine Angabe (k.A.)	11	2,0	----
<i>Durchschnittsalter (n=544)</i>	<i>42,5</i>	<i>---</i>	<i>----</i>
Geschlecht	abs.	%	% (ohne k.A.)
Weiblich	285	51,3	---
Männlich	270	48,6	---

Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung.

Haushaltsform. Vier von zehn (40,4%) der Klientinnen und Klienten leben allein (siehe Abb. 3/5). Knapp jede zehnte Person (8,8%), in der Regel Frauen, ist alleinerziehend. Nur ein Drittel (33,3%) der Betroffenen lebt mit einem Partner / einer Partnerin zusammen, sei es mit oder ohne Kinder. Dies deutet auf die Schwierigkeit vieler Arbeitsmigranten hin, ihre Familie „nachzuholen“ bzw. mit dieser angesichts der schwierigen Wohnraumsituation zusammenzuleben. Diese erzwungene Trennung ist immer wieder mit beträchtlichen psychischen Belastungen verbunden.

Abb. 3/5: Beratene Klientinnen und Klienten nach Haushalts-/Lebensform
Angaben in absoluten Werten und in Prozent (n=555)



Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

Kinder. Etwa vier von zehn beratenen Personen (42,5% oder 236 von 555) haben zumindest ein Kind. Aufgrund vereinzelt fehlender Angaben ist diese Quote allerdings als Untergrenze zu werten. Grob geschätzt dürfte der Anteil eher bei etwa 50% liegen. Darauf deutet auch eine kürzliche durchgeführte repräsentative Studie (wenngleich mit Blick auf Berlin) hin: Sie hat gezeigt, dass Neu-Zuwanderer aus Polen und Bulgarien – die beiden Gruppen, die das Projekt am stärksten in Anspruch nehmen (siehe Kap. 3.2.3) – zu 55,7% (Bulgarien) bzw. 51,9% (Polen) ihre Kinder mitbringen.⁴²

In rund drei Viertel (71,2%) aller Fälle leben die Kinder definitiv mit ihren Eltern in München zusammen.⁴³ Im Durchschnitt haben die EU-Bürgerinnen und Bürger mit Nachwuchs knapp zwei Kinder (1,9). Zum Zeitpunkt der Erstberatung hatte deutlich über ein Drittel von ihnen (39,0% oder n=177) noch nicht das zehnte Lebensjahr erreicht.

Tab. 3/2: Alter der Kinder
Angaben in absoluten Werten und in Prozent (n=454)

Alter	abs.	%	% (ohne k.A.; n=416)
unter 5	89	19,6	21,4
6 bis unter 10	88	19,4	21,2
10 bis unter 15	84	18,5	20,2
15 bis unter 18	42	9,3	10,1
18 und älter	113	24,9	27,2
keine Angabe	38	8,4	---

Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung.

⁴² Komitowski, Kraußlach & Pfeffer-Hoffmann (2016: 101).

⁴³ Dies dürfte ebenso wieder eine Untergrenze darstellen, da in etwa einem Viertel hierzu keine Angaben zu finden sind.

Insofern die Beratung zu einer psychosozialen Stabilisierung bzw. zu einer Verbesserung der psychosozialen Befindlichkeit beiträgt, kommt die Beratungs- und Vermittlungsarbeit zweifelsohne auch deren Kindern (und anderen Familienangehörigen) zu Gute. Es ist unstrittig, dass die Kinder psychisch belasteter Eltern eine Hochrisikogruppe für die Entwicklung psychischer Auffälligkeiten darstellen und sie im Vergleich zu ihren Altersgenossen eine geringere gesundheitsbezogene Lebensqualität aufweisen. Wenngleich betroffene Kinder insbesondere von Ressourcen profitieren, die außerhalb der Familie angesiedelt sind, sind das Familienklima bzw. familiäre Ressourcen doch von großer Bedeutung für deren psychische Gesunderhaltung.⁴⁴ Insofern stellt die „Familienorientierung des Helfens“, die den ganzheitlichen Projektansatz charakterisiert, einen hohen Mehrwert des Projektansatzes dar.⁴⁵

Wohnform und Wohnungslosigkeit. Rund zwei Drittel (68,8%) der EU-Klientinnen und Klienten lebten ohne professionelle Betreuung in einer eigenen Wohnung. Elf der insgesamt 555 beratenen Personen (2,0%) leben in einer betreuten Wohnform. Etwa jede/r fünfte Betroffene (19,8%) hatten nach eigenen Angaben keinen festen Wohnsitz. Allerdings liegt der Anteil der Personen, über die uns im Vivendi-Datensatz keine näheren Angaben vorliegen, bei 9,4% (n=49).

Etwas detaillierte Informationen zum Thema (drohende) Wohnungslosigkeit liefert der EHAP-Datensatz: Von den 573 Personen, über die uns hier entsprechende Daten vorliegen, sind nach eigenen Angaben 101 (17,6%) obdachlos. Weitere 109 Männer und Frauen (19,0%) erklärten, von Wohnungslosigkeit bedroht zu sein. Damit sieht sich über ein Drittel (36,6%) der Klientel aktiver bzw. drohender Wohnungs- / Obdachlosigkeit gegenüber. Wertet man nach Geschlecht aus, liegt die Quote bei den Männern bei knapp 41,7% und bei den Frauen bei 29,4%. Nach Nationalität zeigt sich keinerlei Zusammenhang.

Wohnungslosigkeit stellt eine der schärfsten Formen sozialer Ausgrenzung dar und geht mit vielfältigen sozialen Benachteiligungen der Betroffenen einher: „sie verlieren häufig ihre sozialen Kontakte und das gewohnte Umfeld, können am Leben in der Gemeinschaft nur mehr schwer teilhaben. Sucht- und psychische Erkrankungen, gesundheitliche Probleme sowie Arbeitslosigkeit sind häufig die Folgen, bzw. verstärken und verfestigen sich.“⁴⁶ Für betroffene Neuzuwanderer, die sowieso schon beträchtliche Anpassungsleistungen zu leisten haben (siehe Kap. 2.1.1), erhöht sich der psychosoziale Druck zweifelsohne um ein Vielfaches.

3.2.2 Sozioökonomische Situation

Trotz des gesicherten Aufenthaltsstatus der EU-Klientinnen und Klienten scheinen die wirtschaftlichen Lebensverhältnisse doch oft prekär zu sein. Jede fünfte bzw. vierte Person – je nachdem, ob man „keine Angaben“ miteinberechnet oder nicht - bezieht Leistungen nach dem SGB II (ALG II) (siehe Tab. 3/3). Weitere sechs Prozent erhalten Leistungen der Sozialhilfe. Sicherlich sind rund vier von zehn Personen (35,2% bzw. 41,2%) berufstätig. Allerdings wissen wir nichts über die Höhe der beruflichen Einkommen. Insofern der Personenkreis überproportional im Niedriglohnssektor tätig sein dürfte (siehe Kap. 2.2.2), sollte das Arbeitseinkommen nicht überschätzt werden. Darauf deutet auch die Datenbank hin, die bis einschließlich Oktober 2016 zum Einsatz gekommen war: Folgt man den dort hinterlegten Informationen, bezog – je nachdem, wie man die „fehlenden Angaben“ behandelt –, nur Viertel (25,6%) bis maximal ein Drittel (32,1%) der damaligen Klientel ein Einkommen *über* dem Sozialhilfeniveau. Selbst wenn uns für die Beratenen insgesamt keine entsprechenden Daten vorliegen, kann wohl davon ausgegangen werden, dass sie in ihrer Mehrzahl die Kriterien der EU-Armutsdefinition erfüllen: In ihrem Sinne gelten jene Personen als arm, „die über so geringe (ökonomische, kulturelle und soziale) Mittel verfügen, dass sie von der Lebensweise ausgeschlossen sind, die in dem Mitgliedsstaat, in dem sie leben, als Minimum annehmbar ist.“⁴⁷ Darauf deuten auch multidimensionalen Problemlagen hin, denen sich die meisten Klientinnen und Klienten gegenübersehen (siehe auch Kap. 3.3.2).

⁴⁴ Plass (2016).

⁴⁵ Der Begriff ist Dörner (2007: 82) entnommen.

⁴⁶ Landeshauptstadt München (Sozialreferat) (2012: 61).

⁴⁷ Europäischer Rat (1984).

Tab. 3/3: Sozioökonomische Situation I: Einkommensquellen

Angaben in absoluten Werten und in Prozent (Mehrfachnennungen möglich, n=621)

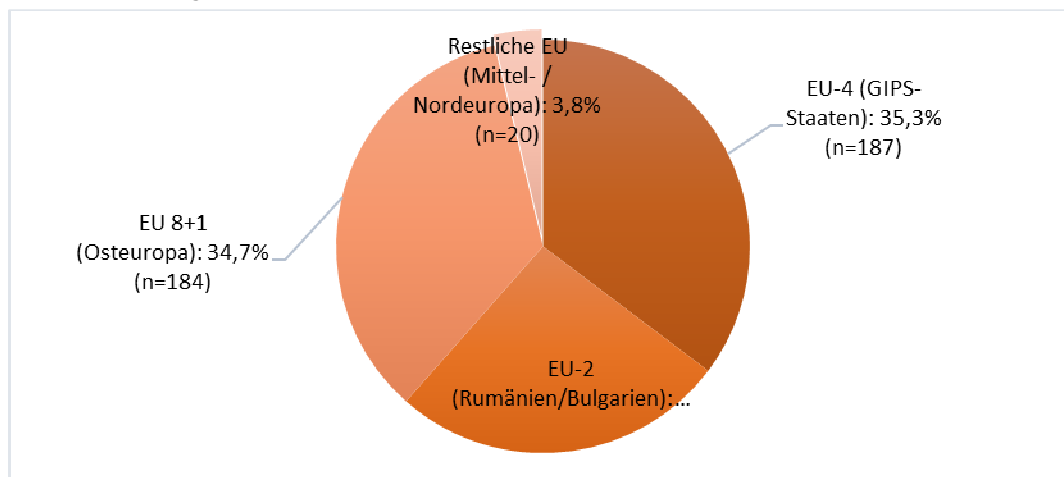
Beruflicher Status	abs.	% (auf n=555)	% (ohne k.A.; n=476)
Berufstätigkeit	196	35,3	41,2
ALG II	116	20,9	24,4
Ersparnisse, Vermögen	69	12,4	14,5
Angehörige	35	6,3	7,4
Sozialhilfe (inkl. Grundsicherung)	28	5,0	5,9
Altersrente / Pension	23	4,1	4,8
Arbeitslosengeld I (ALG I)	14	2,5	2,9
Krankengeld	14	2,5	2,9
Erziehungsgeld / Elterngeld	9	1,6	1,9
Wohngeld	7	1,3	1,5
Ausbildungsbeihilfe	6	1,1	1,3
Erwerbsminderungsrente	5	0,9	1,1
Witwenrente	4	0,7	0,8
Leistungen aus der Pflegeversicherung	2	0,4	0,4
Unterhaltszahlungen	1	0,2	0,2
Sonstiges	13	2,3	2,7
<i>keine Angabe / unbekannt</i>	79	14,2	---

Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung.

3.2.3 Migrationsspezifische Aspekte (Herkunftsländer, Muttersprache, Fluchterfahrung)

Herkunftsregionen. Für rund zehn Prozent der Klientel (n=66) liegen keine Angaben zur Staatsbürgerschaft bzw. zum Herkunftsland vor. Hierbei handelt es sich um Personen, die nur eine kurze Beratung benötigten und vor diesem Hintergrund keine entsprechenden Angaben machen wollten. Orientiert man sich an den üblichen Großregionen, zeigt sich eine deutliche Unterrepräsentierung der mittel- / nordeuropäischen EU-Staaten, während Personen aus Rumänien/Bulgarien (EU-2) mit 26,2% und aus den südeuropäischen GIPS-Staaten (EU-4) mit 35,3% deutlich überrepräsentiert sind - gemessen an ihren jeweiligen Anteilen an der ausländischen Wohnbevölkerung Münchens (siehe Kap. 2.2.1). Mit 34,7% entspricht der Anteil der Klientinnen und Klienten aus den osteuropäischen Mitgliedsstaaten (EU 8+1) hingegen fast genau der relevanten gesamtstädtischen Quote (34,8%). Vor dem Hintergrund der besonderen Herausforderungen und psychosozialen Belastungen, denen sich gerade Personen aus Bulgarien und Rumänien gegenübersehen, ist diese Verteilung als zielführend zu bewerten.

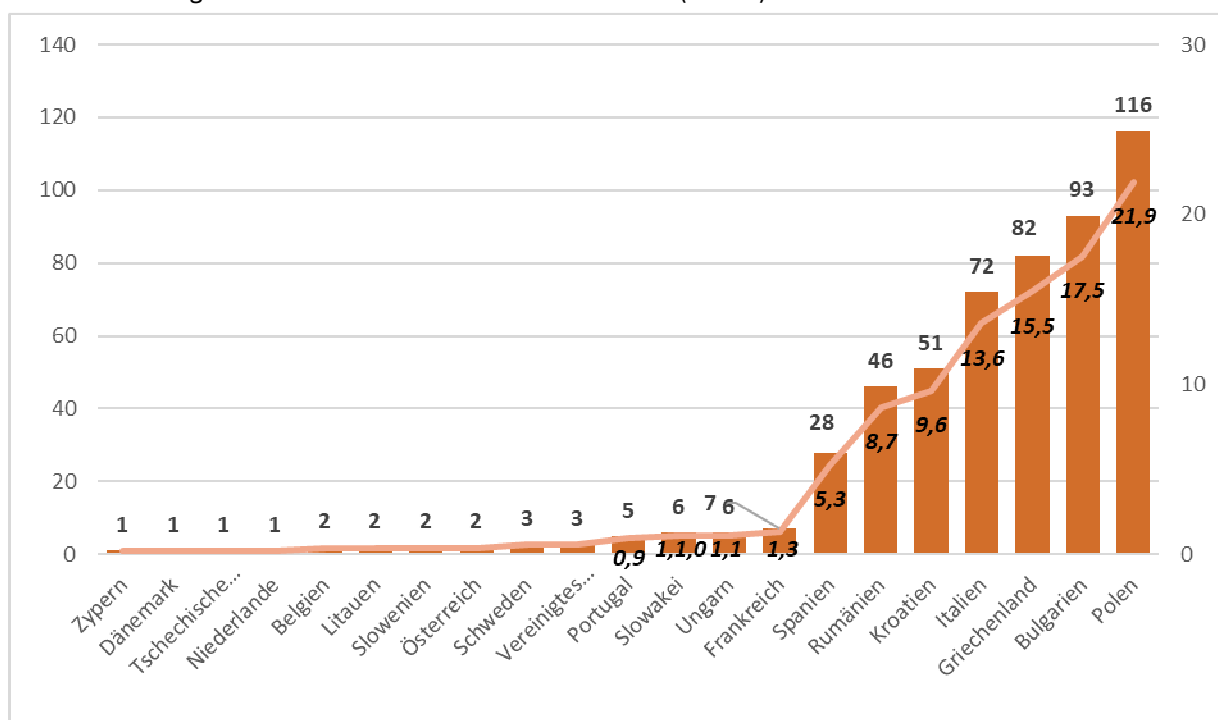
Abb. 3/6: Herkunft der beratenen Klientinnen und Klienten nach übergeordneten Regionen
Angaben in absoluten Werten und in Prozent (n=530)



Quelle: EHAP-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

Herkunftsländer. Betrachtet man die einzelnen Herkunftsländer, stammen rund zwei Drittel (68,5%) aller Klientinnen und Klienten aus Polen, Bulgarien, Griechenland oder aus Italien. Dahinter folgen Kroatien, Rumänien und Spanien. Die übrigen Länder spielen nur eine untergeordnete Rolle. Zu vermuten ist, dass neben den demographischen Ausgangsbedingungen (siehe Kap. 2.2) auch Faktoren wie die Stärke der jeweiligen herkunftsspezifischen Migrantennetzwerke und/oder der Umfang muttersprachlicher Angebote eine Rolle für die Inanspruchnahme des Projektes spielt. So kann z.B. die kroatische Community – die quantitativ stärkste „Ausländergruppe“ in München – auf ein *relativ* gutes muttersprachliches Dienstleistungsangebot in der Landeshauptstadt zurückgreifen und ist durch eine starke informelle Netzwerkstruktur gekennzeichnet, die Verweisungs- / Vermittlungsfunktionen übernehmen kann.

Abb. 3/7: Herkunft der beratenen Klientinnen und Klienten nach Herkunftsländern
Angaben in absoluten Werten und in Prozent (n=530)



Quelle: EHAP-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

Muttersprache. Nähere Angaben zu der Muttersprache der beratenen EU-Klientinnen und Klienten finden sich im Vivendi-Datensatz. An erster Stelle steht hier erwartungsgemäß Polnisch (18,6%), gefolgt von Bulgarisch (16,0%), Griechisch (12,8%), Rumänisch (11,0%) und Italienisch (10,3%). Insgesamt zeigt sich bezüglich der Muttersprache nochmals eine größere Bandbreite als bei den Herkunftsländern: Insgesamt wurden – sieht man von der Sammelkategorie „Sonstige Sprache“ einmal ab – 28 unterschiedliche Sprachen genannt. Vor diesem Hintergrund ist positiv, dass nur bei 36 Klientinnen und Klienten (6,5%) eine Übersetzungshilfe, sprich: der Einsatz einer externen Dolmetschkraft nötig war.

Migrations-/Fluchthintergrund. In aller Regel sind die Personen selber zugewandert.⁴⁸ Die Motive für die Zuwanderung lagen primär in wirtschaftlichen Erwägungen bzw. in der Arbeitssuche (83,6%), gefolgt von familiären Gründen und Heirat (12,2%).⁴⁹ Erwartungsgemäß spricht nur ein kleiner Teil der bisher beratenen EU-Bürgerinnen und Bürger von persönlichen Fluchterfahrungen (2,7%); hierbei handelt es sich in erster Linie um Personen, die nach ihrer Flucht aus einem Nicht-EU-Land und vor ihrem Weiterzug nach Deutschland die Staatsbürgerschaft eines anderen EU-Landes (v.a. Frankreich, Spanien) erworben hatten.

Zeitpunkt der Zuwanderung (Einreisejahr). Bei der überwiegenden Mehrzahl der beratenen Klientinnen und Klienten handelt es sich um Neuzuwanderer: Vier von zehn (40,0%) sind 2015 oder später nach Deutschland eingereist. Bei Personen aus einem der beiden EU-2-Länder (Rumänien, Bulgarien) gilt dies sogar fast für die Hälfte (46,1%); dies ist vor dem Hintergrund zu sehen, dass es für Personen aus diesen zwei Staaten erst seit Beginn 2014 keine Beschränkungen mehr gibt, in Deutschland eine abhängige Beschäftigung aufzunehmen.⁵⁰

Behinderung. Sieht man von den achtzehn Fällen ab, in denen keine entsprechenden Angaben gemacht werden, hat etwa jeder zehnte Klient/ jede zehnte Klientin (9,2%; n=53) eine Behinderung.

3.2.4 Psychiatrische Vorgeschichte

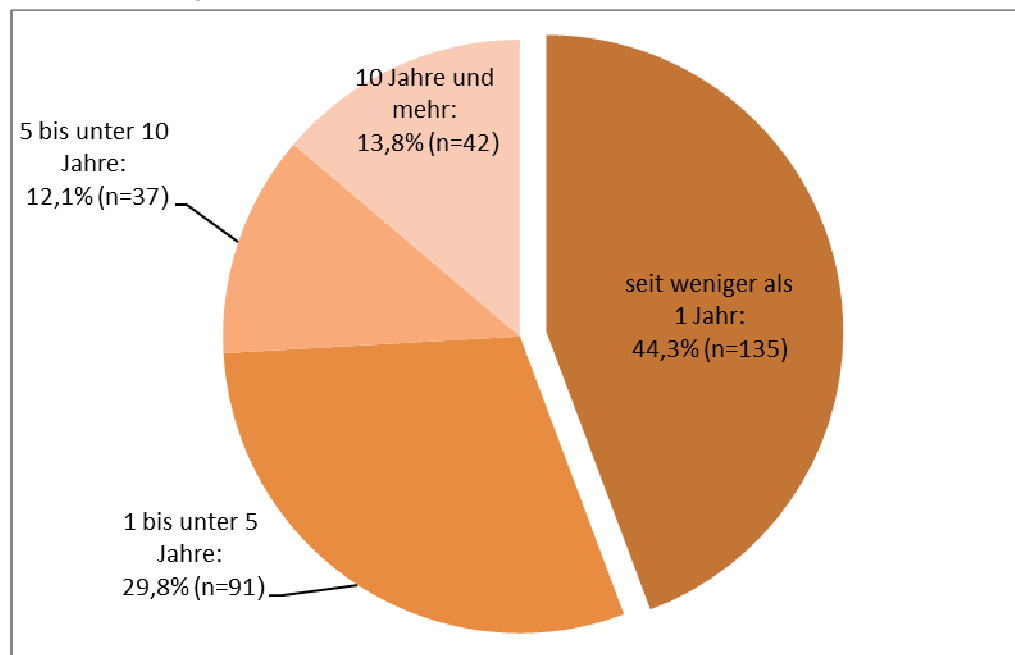
Krankheitsdauer. Nur eine Minderheit der Klientinnen und Klienten hat bereits eine längere Krankheits- bzw. „Belastungsgeschichte“ hinter sich: Je nachdem, ob man die Personen, über die uns keine entsprechenden Angaben vorliegen, berücksichtigt oder nicht, ist „nur“ ein Siebtel (14,2%) bzw. ein Viertel (25,9%) bereits fünf Jahre und mehr psychiatrisch erkrankt bzw. sieht sich seitdem immer wieder starken, nicht bewältigten psychischen Belastungs- oder Krisensituationen ausgesetzt. 24,3% bzw. 44,3% (ohne Berücksichtigung „fehlender Angaben“) sind nach eigenen Angaben weniger als ein Jahr psychisch erkrankt (siehe Abb. 3.8). Der insgesamt relativ kurze Erkrankungs- bzw. Belastungszeitraum ist insofern positiv zu bewerten, als die Interventionen der Projektfachkräfte vor diesem Hintergrund eine raschere Stabilisierung der Betroffenen versprechen bzw. eine Manifestation der Krankheit so eher verhindert werden kann.

⁴⁸ Dies belegen nicht nur die Erfahrungen der PIB-Fachkräfte, sondern auch Daten aus dem bis Oktober 2016 genutzten Dokumentationssystem: Folgt man diesem waren 95,4% aller Klientinnen und Klienten selbst zugewandert. In den anderen Fällen war die Eltern- oder Großelterngeneration eingewandert.

⁴⁹ Diese Quoten stammen wiederum aus dem 2016 verwendeten Dokumentationssystem.

⁵⁰ Zieht man noch das Jahr 2014 heran, ergibt sich sogar eine Neuzuwanderungs-Quote von knapp 60 Prozent (58,2%).

Abb. 3/8: Dauer der psychiatrischen Erkrankung bzw. der psychischen Belastungssituation
Angaben in absoluten Werten und in Prozent (n=305)⁵¹



Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

(Vorgängige) Hauptdiagnose. Durchaus erwartungsgemäß berichtete nur etwa ein Viertel (22,2%) der Betroffenen von einer vorgängigen Diagnosestellung.⁵² Affektive Störungen (31,7%) stehen hierbei an erster Stelle. Die übrigen Hauptdiagnosen reichen von Schizophrenie und Panikattacken, Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen über neurotische Störungen bis hin zu Störungen durch psychotrope Substanzen. 31 Personen (5,6%) gaben Mehrfachdiagnosen an.

Der Anteil der bereits „diagnostizierten“ Personen sollte jedoch *nicht* als direkter bzw. alleiniger Indikator für das Vorliegen einer psychischen Erkrankung gelesen werden, finden doch gerade psychisch erkrankte Menschen mit Migrationshintergrund oft nur schwer den Zugang zum „diagnostizierenden Versorgungssystem“. Mit anderen Worten: Der Anteil der Klientinnen und Klienten mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung dürfte eher über als unter dem oben genannten Wert von 22,2% liegen. Unabhängig davon gilt, dass auch nicht krankhafte Zustände – im Sinne von Krisen aufgrund psychosozialer Hochbelastungssituationen – beratende oder psychotherapeutische Interventionen notwendig machen (können): Gerade unter präventiven Gesichtspunkten kommt entsprechenden Kriseninterventionen eine zentrale versorgungstechnische Bedeutung zu – sei es im Sinne der Beseitigung von Symptomen der Krise (z.B. Angst, Schlaflosigkeit, Depression), der Wiederherstellung eines Zustandes, in dem die Betroffenen ihren Alltag wieder bewältigen können oder sei es im Sinne Verhinderung von negativen Entwicklungen (z.B. Suizid, Gewaltanwendung). Betrachtet man die in den Gesprächen mit den Pilotfachkräften behandelten Problemlagen (siehe Kap. 3.3.2) bzw. die Lebensbedingungen, denen sich neuzuwandernde EU-Migranten gegenübersehen (siehe Kap. 3.2.2), kann kaum ein Zweifel bestehen, dass sich sehr viele der nicht diagnostizierten Betroffenen in einer stark fordernden oder überfordernden Lebenssituation befanden.

Hauptdiagnose (bei Abschluss). Das zeigt auch darin, dass zum Beratungsabschluss „nur“ mehr bei 235 Personen keine Hauptdiagnose erstellt wurde. Je nachdem, ob man die Personen, für die uns „keine Angaben“ vorliegen (n=149), berücksichtigt oder nicht, ergibt sich eine rechnerische Diagnosequote von 31,8% bzw. 42,1%.

⁵¹ Für 250 Personen liegen uns keine näheren Angaben zu diesem Aspekt vor.

⁵² Für 123 Personen (22,2%) liegen uns allerdings keinerlei Informationen hierzu vor. Berechnet man die „Diagnosequote“ ohne diesen Personenkreis, ergibt sich ein Wert von 28,5%.

Behandlungs-Vorgeschichte. Im Sinne der obigen Ausführungen überrascht es nicht, dass nur etwa ein Drittel (35,5% oder 197 von 555) der von den Fachkräften beratenen Klientinnen und Klienten schon einmal (eine) sozialpsychiatrische oder medizinische Hilfe in Anspruch genommen hatte. Etwa gleich groß ist der Anteil (34,0%) derjenigen, der vor der Kontaktaufnahme mit den Pilotfachkräften noch *nie* ein entsprechendes Unterstützungsangebot in Anspruch genommen hatte. Lässt man die Personen außer Acht, über die uns diesbezüglich keine Informationen vorliegen (34,0%), erhöhen sich die beiden Werte auf 51,0% und auf 49,0%.

Differenziert man die in Anspruch genommenen Hilfeinstanzen weiter, zeigt sich die diesbezüglich große Bedeutung allgemeinärztlicher und nervenärztlicher Praxen. Die große Rolle der Fachärzte für Allgemeinmedizin ist wenig erstaunlich, wird bei Menschen mit Migrationshintergrund doch von einer noch stärkeren Nutzung des hausärztlichen Versorgungssystems berichtet als bei der angestammten Bevölkerung (stärkere Bedeutung der Hausärzte als „Gatekeeper“).⁵³ Auffallend ist jedoch die eher geringe Bedeutung komplementärer Angebote, was gleichermaßen auf Informationsdefizite bei den potenziellen Nutzerinnen und Nutzern wie auf bestehende Zugangshürden hinweisen kann.

Tab. 3/4: Vor der Beratung in Anspruch genommene psychiatrische Unterstützungsangebote
Angaben in absoluten Werten und in Prozent (Mehrfachnennungen)

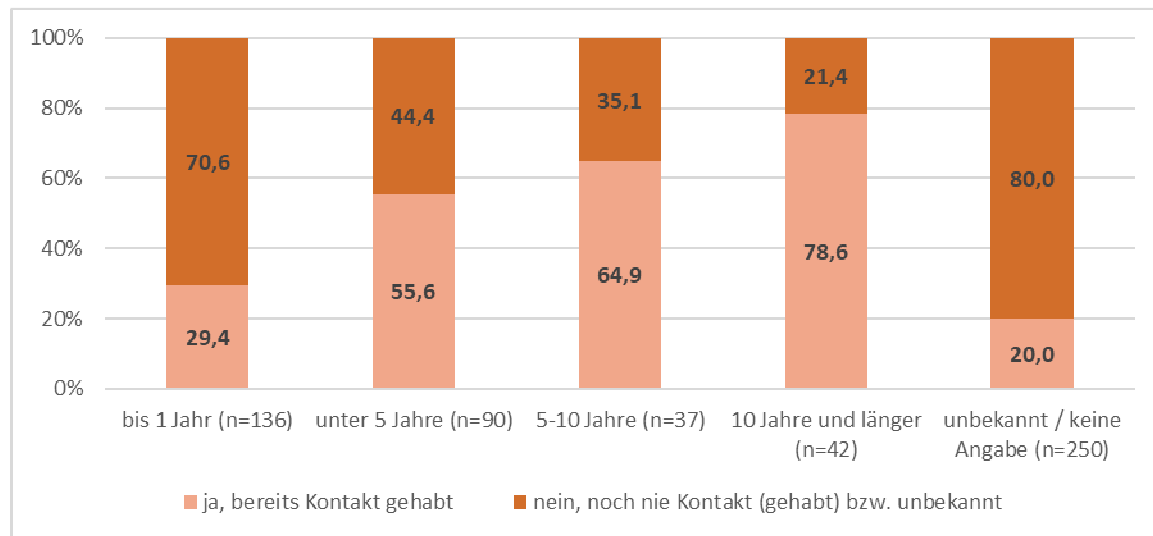
Psychiatrische Versorgung durch...	Zahl der Nennungen (n=291)		% auf Zahl der psych. Versorgten Klientinnen / Klienten (n=197)
	abs.	%	
Allgemeinärztliche Praxis	131	45,0	66,5
Nervenärztliche Praxis	60	20,6	30,5
Psychotherapeutische Praxis	29	10,0	14,7
Psychiatrische Klinik	38	13,1	19,3
Psychosomatische Klinik	8	2,7	4,1
Allgemeinkrankenhaus („somatische Klinik“)	9	3,1	4,6
Institutsambulanz	1	0,3	0,5
Komplementäre Angebote I: Beratungsstellen	4	1,4	2,0
Komplementäre Angebote II: Sonstige	7	2,4	3,6
<i>keine Angabe</i>	<i>0</i>	<i>---</i>	<i>----</i>

Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung.

Positiv ist, dass ein enger Zusammenhang zwischen der vorgängigen Inanspruchnahme der oben genannten psychiatrischen Hilfen und der Dauer der psychischen Störung / Belastung existiert: Personen, die zum Zeitpunkt der Erstberatung nach eigenem Bekunden schon zehn Jahre und länger psychisch krank waren, hatten in ihrer Mehrzahl (78,6%) zuvor schon einmal sozialpsychiatrische oder ärztliche Hilfe genutzt. Bei den Personen, die erst kürzlich krank geworden waren, galt dies umgekehrt nur für ein knappes Drittel (29,4%). Dies ändert jedoch nichts daran, dass durch das Projekt ein schnellerer Zugang ins Versorgungssystem ermöglicht wird und dass viele der schon jahrelang erkrankten Beratenen *erst* durch Vermittlung der Fachkräfte des Projektes sozialpsychiatrisch bzw. ärztlich versorgt wurden.

⁵³ (Butler 2009).

Abb. 3/9: Umfang der psychiatrischen Versorgung vor der Beratung nach Dauer der psychischen Störung / Belastung
Angaben in Prozent, n=555



Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

3.3 Arbeitsanforderungen und Beratungsinhalte

3.3.1 Deutschkenntnisse

Über die Hälfte der beratenen Unions-Bürgerinnen und Bürger (58,4%) haben *überhaupt keine* deutschen Sprachkenntnisse. Dies gilt insbesondere für Personen aus Rumänien und Bulgarien (73,7%) und den sogenannten GIPS-Staaten (57,5%). Sofern deutsche Sprachkenntnisse vorliegen, bewegen sich diese nach den Erfahrungen der Beratungskräfte aber in der Regel auf dem A1/A2-Niveau.⁵⁴ Aber selbst bessere Sprachkenntnisse sind / wären kein Beleg für einen etwaigen „Fehleinsatz“ der Lotsen. Denn erfahrungsgemäß bieten selbst gute Sprachkenntnisse *keine* Gewähr, dass die Kommunikation zwischen Menschen mit verschiedenem kulturellem Hintergrund ohne (größere) Probleme verläuft. Untersuchungen⁵⁵ belegen, dass Personen mit Migrationshintergrund – nach den Hindernissen für die Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen befragt – oft nicht auf Sprachprobleme im engeren Sinne abstellen, sondern auf das zu geringe Wissen von Fachkräften über ihre Herkunftskultur und einem generellen Gefühl des „Nicht-Verstanden-Werdens“. Abgesehen davon ist in Krisen und Übergangssituationen auch bei sonst einigermaßen sprachkompetenten Personen eine sprach- und kulturkompetente Fachkraft (oder ein Dolmetscher / eine Dolmetscherin) oft prinzipiell unverzichtbar.⁵⁶ Trotz der insgesamt geringen deutschen Sprachkenntnisse der Klientinnen und Klienten benötigten die Lotsen nur bei 36 von ihnen (6,5%) eine externe Dolmetschkraft. Vor dem Hintergrund, dass die beratenen EU-Bürgerinnen und Bürger knapp 50 unterschiedliche Muttersprachen sprechen, eine

⁵⁴ Die Niveaustufe A2 des Europäischen Referenzrahmens für Sprachen bedeutet, dass sich eine Person in einfachen, routinemäßigen Situationen verständigen kann, in denen es um einen einfachen und direkten Austausch von Informationen über vertraute und geläufige Dinge geht (z.B. Einkaufen, Arbeit, nähere Umgebung). Darüberhinausgehende und abstraktere Themenbereiche (z.B. Pläne, Ansichten, Erfahrungen) können sprachlich noch nicht zum Ausdruck gebracht werden. Die Niveaustufe A1 verweist auf absolute Grundkenntnisse.

⁵⁵ Siehe etwa: Beremejo et al. (2012).

⁵⁶ In diese Richtung argumentieren etwa Zeiler und Zarifoglu (1997: 308), wenn sie schreiben: „Allerdings vermag auch der eloquente, akkulturiert erscheinende Patient dem Arzt nicht immer ein differenziertes Bild seiner inneren Verfassung zu vermitteln, zumal dann nicht, wenn die Sprache des Aufnahmelandes erst nach der Kindheit erworben und im vertrauten familiären Rahmen nie gesprochen wurde.“ Hinzu kommt, dass Migrantinnen und Migranten der ersten Generation oft nur ein reduziertes Deutsch sprechen, mit dem das eigene Erleben und Fühlen nur sehr unzureichend ausgedrückt werden kann.

durchaus geringe Quote. Das von den Fachkräften angebotene Sprachenrepertoire (siehe Kap. 3.1) hat sich insofern als bedarfsgerecht erwiesen.

3.3.2 Problemlagen der Klientinnen und Klienten

Problemkonstellationen. Die „Multi-Problem-Konstellationen“ der rat- und hilfesuchenden Migrantinnen und Migranten spiegeln sich in den vorgebrachten Beratungsanliegen deutlich wider: Neben dem Beratungsbedarf bezüglich der eigenen Krankheitssituation (z.B. Depression, Angstzustände) stehen Themen wie Familien- und Partnerschaftsprobleme (37,1%), Informationsdefizite (37,1%) Finanzen (34,2%), Probleme mit Einrichtungen und Behörden (28,5%) oder Schwierigkeiten im Arbeits- und Berufsleben (27,4%) im Vordergrund der Arbeit. Im Durchschnitt brachten die Klientinnen und Klienten 4,1 Probleme zu Sprache. Lässt man die Personen außer Acht, die keine Angaben machten (22,5%), reichte die Spannweite rein quantitativ dabei von ein bis zu zwanzig Problemlagen. Ohne Zweifel sind die sozialen Teilhabemöglichkeiten und die Zukunftsperspektiven der Klientinnen und Klienten stark eingeschränkt; eine Integration in die (Stadt-)Gesellschaft scheint vor diesem Hintergrund ohne professionelle Unterstützung eher schwierig umzusetzen sein.

Nachfolgende Tabelle belegt die Vielfältigkeit und Vielschichtigkeit der Beratungsanliegen der Klientinnen und Klienten und damit die Notwendigkeit einer Dienstleistungserbringung, die sich umfassend auf die komplexen Problemlagen der Betroffenen einstellt (Case Management).

Tab. 3/5: Anliegen bzw. Problemlagen der Klientinnen / Klienten

Angaben in absoluten Werten und in Prozent (Mehrfachantworten möglich)

Problemlagen / Anliegen	Zahl der Nennungen (n=1.869)		% auf Zahl der Klientinnen / Klienten (n=453) ⁵⁷
	abs.	%	
(Eher) Soziale Problemlagen	1.211	64,8	84,1
Familien- und Partnerschaftsprobleme	168	9,0	37,1
Informationsdefizite (Wohnungsfragen, Behörden)	168	9,0	37,1
Finanzielle Probleme	158	8,5	34,9
Probleme mit Einrichtungen und Behörden	129	6,9	28,5
Schwierigkeiten im Arbeits- und Berufsleben	124	6,6	27,4
rechtliche Probleme	109	5,8	24,1
Probleme bei der Selbstversorgung	102	5,5	22,5
Isolation	61	3,3	13,5
Probleme mit anderen Menschen (z.B. Nachbarn)	52	2,8	11,5
interkulturelle Probleme	51	2,7	11,3
Probleme bei der Tagesstrukturierung	47	2,5	10,4
Gewalterfahrung	22	1,2	4,9
Verwahrlosung	15	0,8	3,3
Wiedereingliederung nach stationärer, psychiatrischer Behandlung	5	0,3	1,1
(Eher) Gesundheitliche Problemlagen	599	32,0	59,2
Angstzustände	117	6,3	25,8
Depression	105	5,6	23,2
psychosomatische Beschwerde	76	4,1	16,8
Trauma	50	2,7	11,0
Verwirrheitszustände / Desorientierung	38	2,0	8,4
psychische Auswirkung körperlicher Beschwerden	35	1,9	7,7
kognitive Beeinträchtigung	34	1,8	7,5
schwere Störung der Wahrnehmung & des Erlebens	32	1,7	7,1
Suchtmittelmissbrauch	32	1,7	7,1
Aggressivität	28	1,5	6,2
körperliche Beeinträchtigung (Multimorbidität)	26	1,4	5,7
Suizidversuch / -gefährdung	16	0,9	3,5
Zwänge	10	0,5	2,2
Sonstiges	59	3,2	13,0

Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

Konsequenzen für die Beratungsarbeit. Grundsätzlich verweist die obige Abbildung zunächst auf die Bedeutung eines einzelfallbezogenen Case-Managements für die hier betrachtete Klientel („ganzheitlicher Arbeitsansatz“) sowie die Bedeutung einer differenzierten Abklärung der Problemlagen („Clearingfunktion“). Es gilt gleichermaßen die gesundheitlichen Belange abzuklären – vor allem im Sinne einer kultursensiblen sozialpsychiatrischen Einschätzung der Klientinnen / Klienten – wie die aktuellen lebensweltlichen Bedarfe der Betroffenen zu analysieren. Als zentral müssen zudem die Beratung bzw. die Aufklärung der Klientinnen und Klienten sowie die Weitergabe relevanter Informationen an die Betroffenen gelten. Arbeitszeitmäßig quantifizieren lassen sich diese Arbeitsbestandteile aber nicht.

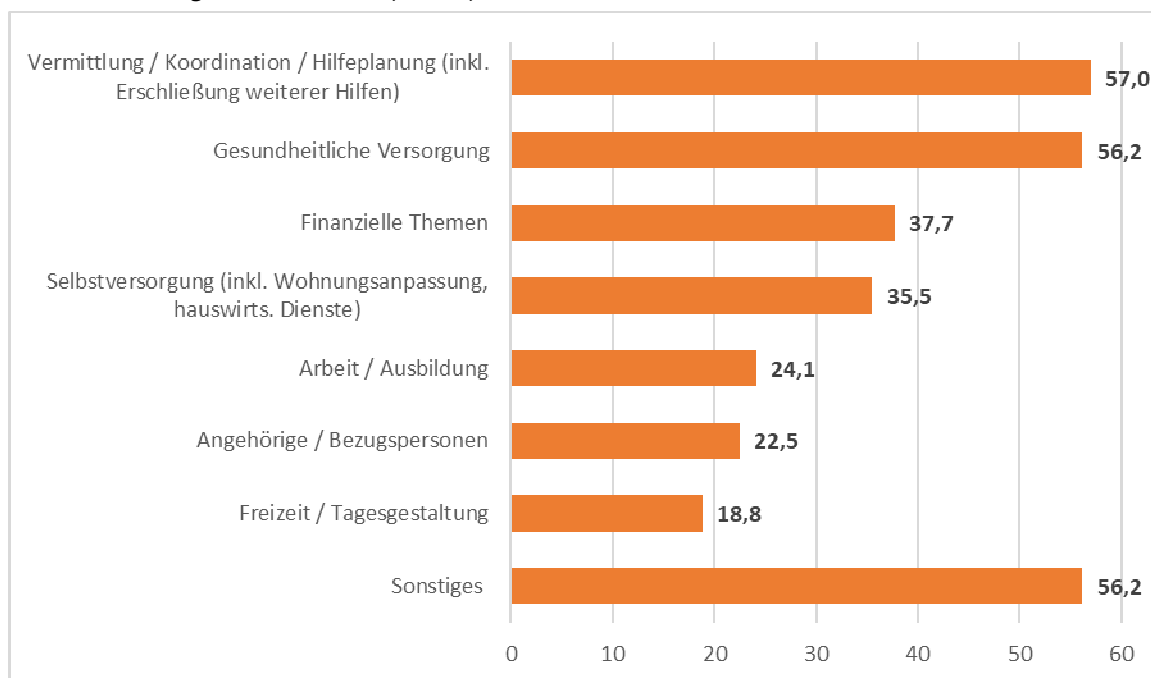
⁵⁷ Für 102 Klientinnen und Klienten liegen diesbezüglich keine Angaben vor.

Es ist dieser ganzheitliche Ansatz, der das Projekt auszeichnet – auch aus Sicht der Fachleute der sozialpsychiatrischen Landschaft:

3.3.3 Inhalte der Beratungsgespräche

Entsprechend vielfältig sind auch Themen, die während der Beratungsgespräche besprochen wurden („Sitzungsinhalte“). Insgesamt liegen uns für 2.456 Sitzungen bzw. für 377 Klientinnen und Klienten entsprechende Daten vor. Kategorisiert man die im Dokumentationswesen hinterlegten Themen in acht übergeordnete Kategorien⁵⁸ und wertet diese klientenbezogen aus, ergibt sich folgendes Bild:

Abb. 3/9: Inhalte der Beratungsgespräche
Angaben in Prozent (n=377)



Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

Die relative Vorrangstellung der Themen „Vermittlung / Koordination / Hilfeplanung“ und gesundheitliche Versorgung ist wenig überraschend – sie ergibt sich aus der grundlegenden Ausrichtung des Projektes selbst. Der hohe Stellenwert finanzieller Themen verweist nochmals auf die (auch) oft ökonomisch prekäre Situation der Klientel; in der Tat wurde die Kategorie oft mit der inhaltlichen Zielsetzung „Existenzsicherung“ beschrieben. Herauszuheben ist auch, dass bei den Beratungsgesprächen bei fast jedem vierten Klienten (22,5%) das Thema „Angehörige bzw. wichtige Bezugspersonen“ mit im Fokus der Beratungsgespräche stand. Insofern bei der Erarbeitung von klientenbezogenen Unterstützungsstrategien die Anliegen und Bedürfnisse der Familie mitberücksichtigt werden, profitieren Angehörige erkennbar nicht nur indirekt – sprich: über die Stabilisierung der Klientinnen und Klienten – von der Arbeit der Projektfachkräfte. Das Ziel der Stabilisierung der Angehörigen als Stärkung des sozialen Feldes, in dem sich die Klientinnen und Klienten bewegen, entspricht natürlich dem systemischen Arbeitsansatz der Fachkräfte.

Aus Sicht von Fachleuten der psychosozialen Versorgungslandschaft ist die besondere Stärke des Arbeitsansatzes der PIB-Fachkräfte neben der Ganzheitlichkeit die Beratung auf Augenhöhe sowie die klare Strukturierung des Unterstützungsprozesses:

⁵⁸ Die Kategorie „Sonstiges“ fast zahlreiche Themenfelder zusammen. Die häufigsten sind „psychosoziale Themen“, „rechtliche Betreuung“ sowie „offene bzw. (teil-)stationäre Wohnformen“.

„Die [PIB-Fachkräfte, SIM] kümmern sich dann um die ganze Familie. Das ist es, glaube ich, wichtig überhaupt den Bedarf so genau zu erkennen und so schnell wie möglich an alle Stellen zu vermitteln. Und sie bauen dann oft schon ein relativ vollständiges Netzwerk auf – und sie vermitteln nicht nur, sie betreuen da auch schon. Stellen Anträge, also machen da ganz vieles. (...) Gut das macht auch die BSA [=Bezirkssozialarbeit, SIM]. Aber da läuft es ja meist über die Kinder, weil die irgendwie aufgefallen sind. Und dann ist es eine Maßnahme, die verordnet ist. Und es ist dann nicht mehr so freiwillig. Und nicht mehr ganz so leicht, das anzunehmen.“ (Int. 13).

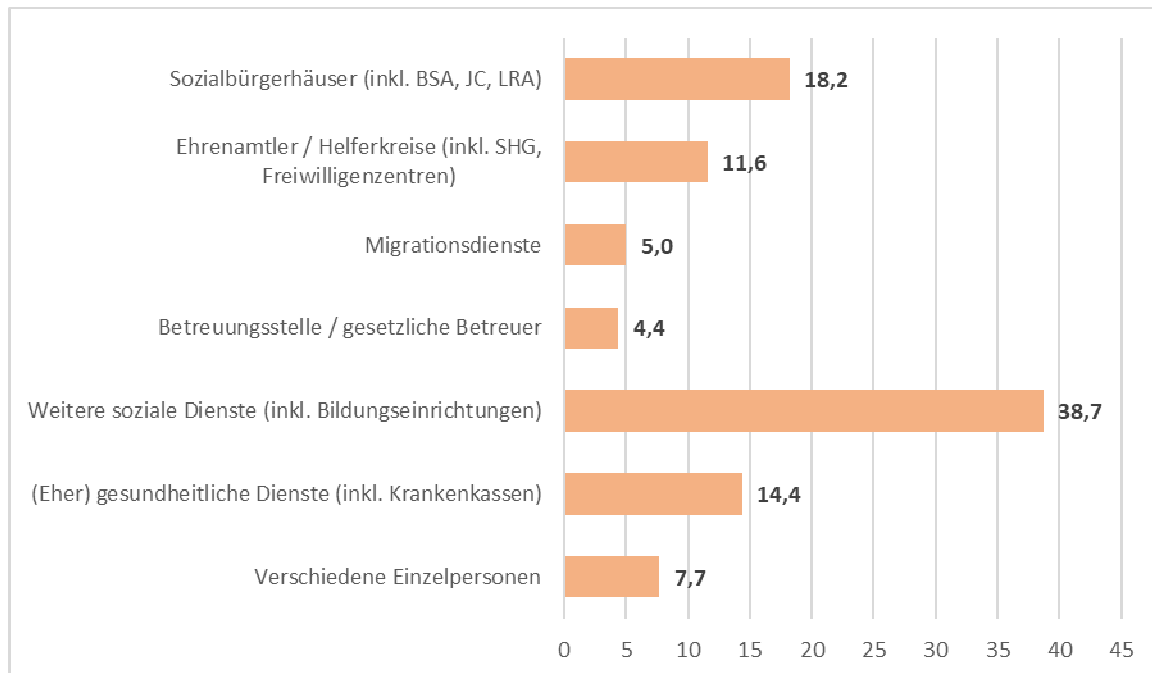
„Was mir von den Klienten so zurückgemeldet wird [bezüglich ihrer Erfahrungen mit den PIB-Fachkräften, SIM] ... Erst einmal das hohe Engagement der Kollegen. Dass man nicht das Gefühl hat, man wurde zwar übernommen, aber nicht ernst genommen. Sondern beim ersten Termin werden klipp und klar Prioritäten gesetzt – von dem was zu bearbeiten gilt, wo die Sorgen sind. Und dann wird sofort angefangen zu arbeiten. Das ist auch Hilfe zur Selbsthilfe. Also man bietet etwas an und dann schaut man, dass die Klienten diese Schritte dann auch wahrnehmen und nicht nur zuhören und dann nicht weiterarbeiten. Es wird sehr genau geschaut, dass Abgemachtes auch einhalten. Und durch das, dass die Leute merken, dass man sie ernst nimmt und gemeinsam eine Plan ausarbeitet und jeder seinen Aufgaben folgt, finde ich ... empfinden die so eine Sicherheit in sich, dass man wirklich die Probleme anpacken möchte. Und es werden wirklich die Stellen eingeschaltet, die notwendig sind du etwas bewegen können. Also ich habe noch von keinem Klienten gehört, bei dem die Sachen nicht vorangekommen sind.“ (Int. 14).

3.4 Exkurs: Fallberatungen institutioneller Akteure („Fachberatungen“)

Beratene Institutionen. Wie eingangs dargestellt (siehe Kap. 1.1.1), stellt die Beratung von Fachkräften neben den kundenbezogenen Tätigkeiten einen wesentlichen Aufgabenbereich der Lotsen dar. Im Berichtszeitraum wurden insgesamt 181 solcher Fachberatungen durchgeführt, zumeist telefonisch (71,8%). In den anderen Fällen erfolgte dies im persönlichen Kontakt (19,3%) oder per Email (8,8%). Die im Berichtszeitraum durchgeführten Fachberatungen verteilten sich auf eine Vielzahl unterschiedlicher Akteure, sei es aus dem Sozial- oder Gesundheitsbereich. In etwa jedem fünften Fall (18,2%) hatte ein Amt um eine Fachberatung nachgesucht: Hierbei handelte es sich zumeist um die Bezirkssozialarbeit (BSA) eines Sozialbürgerhauses; in einzelnen Fällen wurden aber auch Jobcenter (JC) oder ein benachbartes Landratsamt (LRA) vorstellig. Eine große Bedeutung kommt im Rahmen der Fachberatung auch Professionellen und Institutionen im Gesundheitsbereich zu (14,4%), wie etwa Psychotherapeuten, Sozialpsychiatrische Dienste, Fachambulanz oder Krankenkassen. An erster Stelle stehen erwartungsgemäß aber Akteure aus der vielfältigen sozialen Dienstleistungslandschaft, beispielhaft seien hier etwa genannt Schiller 25, Tal 19, die Schuldnerberatung oder Pro Familia.

Abb. 3/11: Beratene Institutionen und Akteure (Fachberatungen)

Angaben in Prozent (n=181)

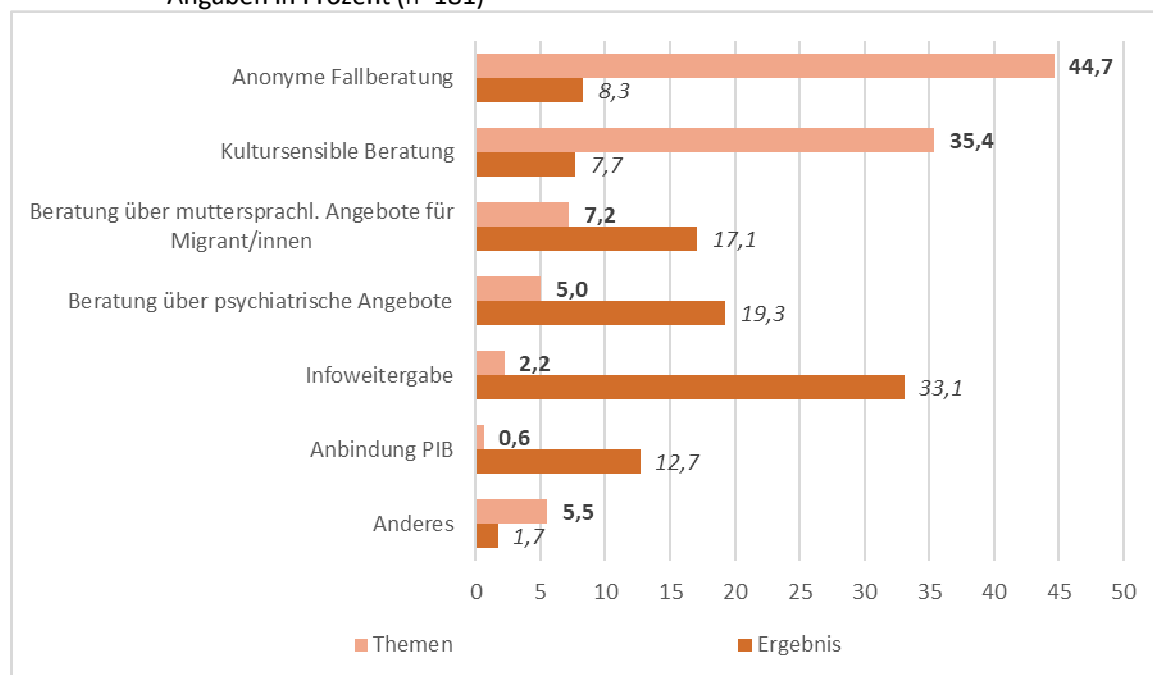


Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

Inhalte. Über die Fachberatungen sollen Professionelle vor Ort, aber auch anderweitig in der (EU-)Migrationsarbeit tätige Engagierte, in ihrer Arbeit unterstützt und entlastet werden, sei es durch anonyme Fallberatung, kultursensible Beratungen oder bedarfsgerechte Weitergabe von Informationen über bestehende Anbindungsmöglichkeiten. Gerade über die kultursensible Beratung können zudem Denkanstöße und Unterstützung in Veränderungsprozessen von Einrichtungen und Trägern angeregt werden (Stichwort: „Interkulturelle Öffnung“). Auch wenn wir nicht wissen, in welchem Maße die Fachberatung durch die Lotsen zu „Nutzeffekten“ bei den „dort angesiedelten“ psychisch belasteten bzw. erkrankten Menschen geführt haben, stellt sie doch ohne Zweifel eine soziale Dienstleistung dar, die im Bereich der psychosozialen Arbeit mit (EU-)Migrantinnen und Migranten potentiell qualitätsentwickelnd und -sichernd wirksam ist.

Inhaltlich gesehen, bildeten anonyme Fallberatungen, gefolgt von kultursensiblen Beratungen die Beratungsschwerpunkte. Abbildung 3/12 fasst die entsprechenden Informationen des Dokumentationssystems zusammen – jede Fachberatung wurde dabei zweimal nach inhaltlichen Kriterien kodiert (unter „Thema“ und „Ergebnis“). „Thema“ verweist auf das ursprüngliche Motiv des um eine Fachberatung nachfragenden Dienstes; „Ergebnis“ verweist auf die prinzipielle inhaltliche Ausrichtung des Beratungsgesprächs. Es wird deutlich, dass die meisten Fachgespräche sich um Beratungen zur Ausgestaltung der Angebotslandschaft und der damit verbundenen Infoweitergabe drehten.

Abb. 3/12: Inhalte der Fachberatungen
Angaben in Prozent (n=181)



Quelle: Vivendi-Datensatz (Fachberatung); eigene Berechnung und Darstellung.

Anmerkungen zu Fallkooperationen („Schnittstellenproblematik“). Die „Multi-Problem- Konstellationen“ der rat- und hilfeschuchenden Migrantinnen und Migranten verweisen auf Notwendigkeit einer oft fachübergreifenden Dienstleistungserbringung, die sich umfassend auf die komplexen Problemlagen der Betroffenen einstellt. Bei Klientinnen und Klienten, die an die Fachkräfte des Projektes LOTSE vermittelt werden, setzt die Zusammenarbeit eine einvernehmliche Klärung der Rollen und der jeweiligen Zuständigkeiten voraus („Schnittstellenklärung“). Die Art und Weise der Kooperation ist in jedem Einzelfall aufs Neue gemeinsam auszuarbeiten und den betroffenen Klientinnen und Klienten angemessen zu kommunizieren – vor allem, was die Rolle der Fachkraft gegenüber den Klientinnen und Klienten ist. Aber auch im Fall von Anbindungen an einen dritten Dienst können Absprachen nötig – z.B. während sogenannter „paralleler Begleitungen“ (siehe Kap. 1.2).

Folgt man unseren Gesprächen, funktionierten die ggf. notwendigen Absprachen zwischen den Lotsenfachkräften und anderen beteiligten Diensten problemlos, sei es mit den involvierten Ämtern des Sozialreferats oder sei es mit Diensten in freiverbandlicher oder privater Trägerschaft. Unterschiedliche Auffassungen über die Rollen und Aufgaben der Fachkräfte des Projektes in Abgrenzung zu denen der beteiligten Dienste konnten wir in unseren explorativen Gesprächen nicht feststellen. Als problemlos erwies sich das bereits im Vorfeld entwickelte Prozedere um Schweigepflichtentbindungen.⁵⁹ Dass manche Klientinnen und Klienten aufgrund mangelnder Krankheitseinsicht keiner Schweigepflichtentbindung zustimmen wollten, ändert hieran nichts. In diesen Fällen musste die PIB-Fachkraft für bestimmte Zeit eben allein, ohne parallele Aufgabenbearbeitung durch Dritte arbeiten.

⁵⁹ Im Sinne der Kooperationsvereinbarung mit dem Sozialreferat (siehe Kap. 1.1) suchten die Fachkräfte des Sozialreferats (bei gemeinsamen Fällen) die Klienten und Klienten von einer Schweigepflichtentbindung zu überzeugen, um Kontaktdaten an die Fachkräfte des Integrationsprojektes PIB weitergegeben zu können. In Fällen, bei denen PIB Anlaufstelle war, klärten die PIB-Fachkräfte im Bedarfsfall mit den Klientinnen und Klienten etwaige Schweigepflichtentbindungen.

4. Zur Effektivität und institutionenbezogenen Bedeutung des Projektes

4.1 Klientenbezogene Beratungs- bzw. Fallabschlüsse (Effektivität)

Zeitliche Aspekte. Im Berichtszeitraum (01.01.2016 bis 15.10.2017) wurden insgesamt 434 Beratungen mit EU-Zuwanderern durchgeführt und abgeschlossen. Im Durchschnitt dauerte die Beratung vom Erstgespräch bis zum Abschluss 39,7 Tage. Ein knappes Drittel aller Fälle konnte noch am Tag des Erstgesprächs beendet werden – in der Regel mit der Vermittlung an einen Dienst (96,3%). D.h. in diesen Fällen konnten die Fachkräfte (nach eigener Einschätzung) bereits durch das Erstgespräch bzw. durch die unmittelbar danach eingeleiteten Interventionen mehr oder weniger umfassend helfen. Wenngleich es natürlich wünschenswert wäre, diese Einschätzung der Fachkräfte mit denen der Klientinnen und Klienten abzugleichen, kann dies doch als Indiz für die hohe Effektivität und Effizienz der Beratungs- bzw. Interventionstätigkeit der Beraterinnen und Berater interpretiert werden.

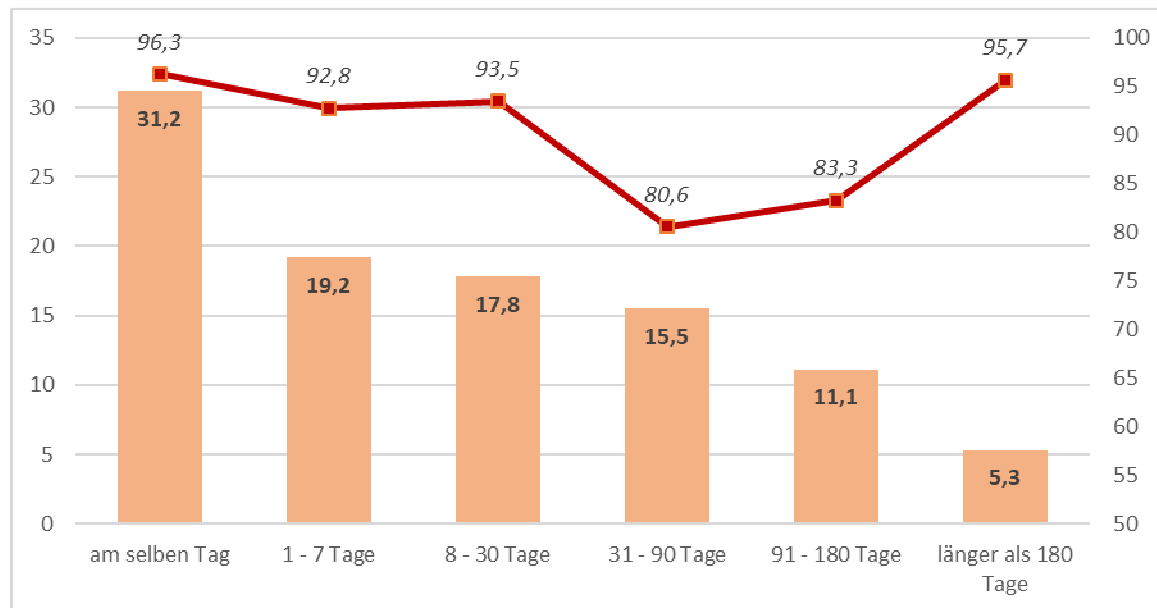
Die maximale Dauer der Unterstützung beläuft sich auf 384 Tage. In etwa einem Viertel der Fälle (26,6%) liegt sie zwischen 31 und 180 Tagen. Die mitunter langen Zeitdauern dürften im Regelfall in Anbindungsproblemen begründet liegen. Sei es, dass manche Angebotsbausteine in der Landeshauptstadt München nicht bedarfsgerecht entwickelt sind (z.B. Angebot an muttersprachlichen psychotherapeutischen oder psychiatrischen Fachkräften (siehe Kap. 2.1.2)) – mit der Konsequenz längerer Wartezeiten oder der Notwendigkeit, alternative Versorgungswege aufzuschließen – oder sei es, dass Kostenzusagen vor dem Hintergrund rechtlicher Klärungsbedarfe (siehe Kap. 2.2.2) längere Zeit in Anspruch nahmen oder gar nicht zustande kamen. Die gebotene und mit dem Klienten/der Klientin vereinbarte Anbindung an die Regelversorgung konnte aber auch aus anderen Gründen nicht zeitnah klappen (z.B. mangelndes interkulturelles Bewusstsein in einer Einrichtung). Oft konnte daher erst durch längere „Überbrückungs-Begleitungen“ die Anbindung an das psychosoziale oder psychiatrische Versorgungssystem gesichert werden. Das heißt: Obzwar die Phase des Clearings und der sozialpsychiatrischen Beratung in diesen Fällen abgeschlossen war, standen die Lotsen aus pragmatischen Erwägungen doch weiterhin zur Verfügung.

Die teilweise längeren Begleitungen und Unterstützungen müssen auch vor dem Hintergrund der oft notwendigen Vertrauensarbeit gesehen werden. Die Qualität (sozial-) psychiatrischer Arbeit hängt maßgeblich von der Beziehungsqualität ab.⁶⁰ Es kann kaum ein Zweifel bestehen, dass die von der Klientel in der Regel angenommenen Vermittlungen ins sozialpsychiatrische Interventionen (siehe unten) ohne eine zeitintensive Vertrauens- und Beziehungsarbeit oft gar nicht möglich bzw. angenommen worden wären

Aber auch vor dem Hintergrund der teilweise extrem hohen Belastungslagen der Klientinnen und Klienten (siehe Kap. 4.3.3), sind die mitunter längeren Zeitdauern aus Sicht des Berichterstatters absolut nachvollziehbar. Abbildung 4/1 zeigt die Verteilung der „Falldauern“ sowie – für die einzelnen Zeitkategorien – die jeweiligen Vermittlungsquoten:

⁶⁰ Herforth (2011: 41).

Abb. 4/1: Dauer der klientenbezogenen Beratungen (vom Erstgespräch bis „Fallabschluss“) und Anteil der Vermittlungen ins Versorgungssystem
Angaben in Prozent (n=433)



Quelle: Vivendi-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

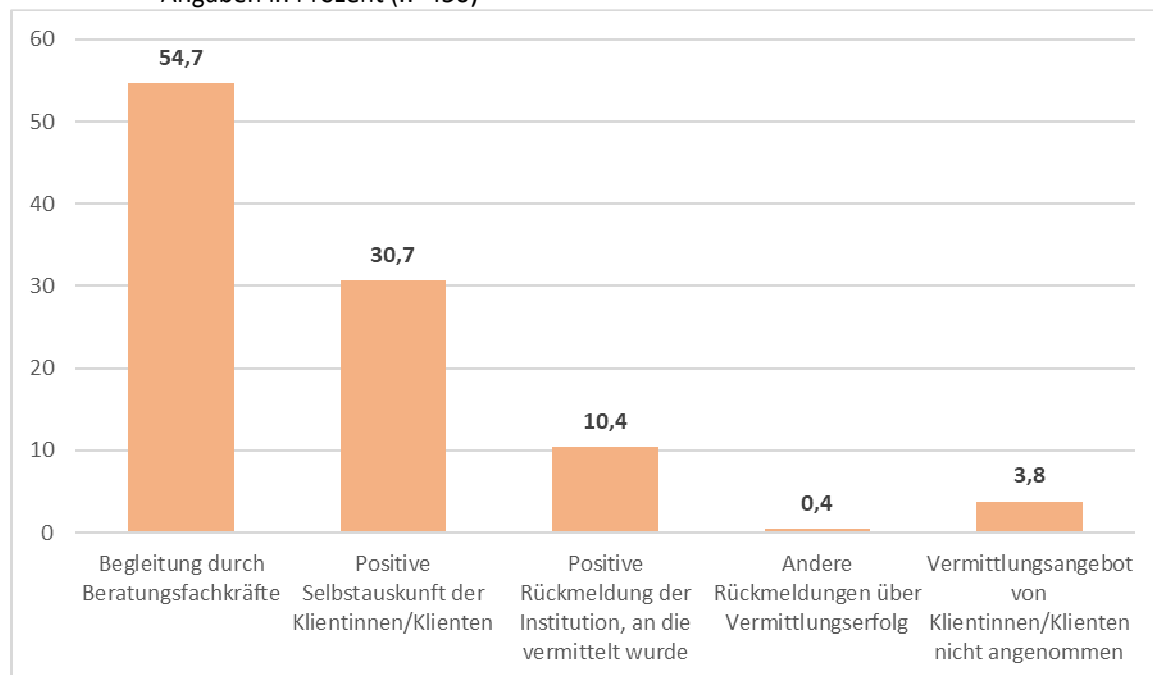
Vermittlungen ins System. Die oben ausgewiesenen Vermittlungsquoten deuten auf eine hohe Effektivität der geleisteten Unterstützung hin: Insgesamt gelang es in 396 der 434 abgeschlossenen Beratungen die Klientinnen / Klienten ins Versorgungssystem zu vermitteln (91,2%). Klientenseitige Abbrüche spielten mit 4,5% eine untergeordnete Rolle.⁶¹ Hierbei ist zu berücksichtigen, dass im Dokumentationssystem für 21 Fälle keine Angaben hierzu gemacht werden. Diese müssen wiederum vor dem Hintergrund gesehen werden, dass sich bei kürzeren „Fällen“ als Beratungsergebnis auch herauschälen kann, dass *kein* weiterer (sozialpsychiatrischer) Beratungsbedarf (mehr) besteht, sprich: eine Anbindung an einen anderen Dienst unnötig ist. Die meisten „fehlenden Angaben“ dürften hierin ihren Grund haben. Blendet man die „fehlenden Angaben“ aus, würde sich die globale Vermittlungsquote von 91,2% auf 95,9% erhöhen; in den einzelnen oben abgebildeten Kategorien würde der Anteil stets auf über 90% ansteigen.

Effektivität der Vermittlungen. Genauere Angaben zur Effektivität der Vermittlungsarbeit liefert der EHAP-Datensatz. Nur siebzehn der 450 abgeschlossenen Fälle, die dort gelistet sind, hatte die beratene Person das Vermittlungsangebot nicht angenommen (3,8%). In 246 Fällen (54,7%) wurden die Klientinnen und Klienten von den Lotsen persönlich zur Stelle bzw. zur Organisation begleitet. In den anderen Fällen bestätigten entweder die Dienste, an die angebunden werden sollte, nach Ablauf von zwei bis sechs Wochen oder die betroffene Person selbst, dass sie das Angebot angenommen hatte.⁶² Selbst unter der Annahme, dass nicht alle positiven Selbstauskünfte der Realität entsprechen mögen, deuten diese Zahlen auf eine hohe Effektivität der Vermittlungsarbeit und die Passung des Vermittlungsvorschlags hin.

⁶¹ Differenziert man diese insgesamt elf Fälle näher, ergibt sich folgendes Bild: Sieben Personen erklärten von sich aus den Abbruch der Beratung. Drei Klientinnen bzw. Klienten tauchten einfach nicht mehr zum vereinbarten Termin mit der Pilotfachkraft auf und eine Person nahm den vereinbarten Termin bei der vermittelten Stelle nicht wahr.

⁶² Der Schritt zur Selbstauskunft musste immer wieder begangen werden, da es aufgrund der den Diensten auferlegten Schweigepflicht nicht immer möglich war, bei diesen nach einer mehrwöchigen Pause entsprechend rückzufragen.

Abb. 4/2: Erfolg der Vermittlung an weiterführende Dienste / Einrichtungen
Angaben in Prozent (n=450)



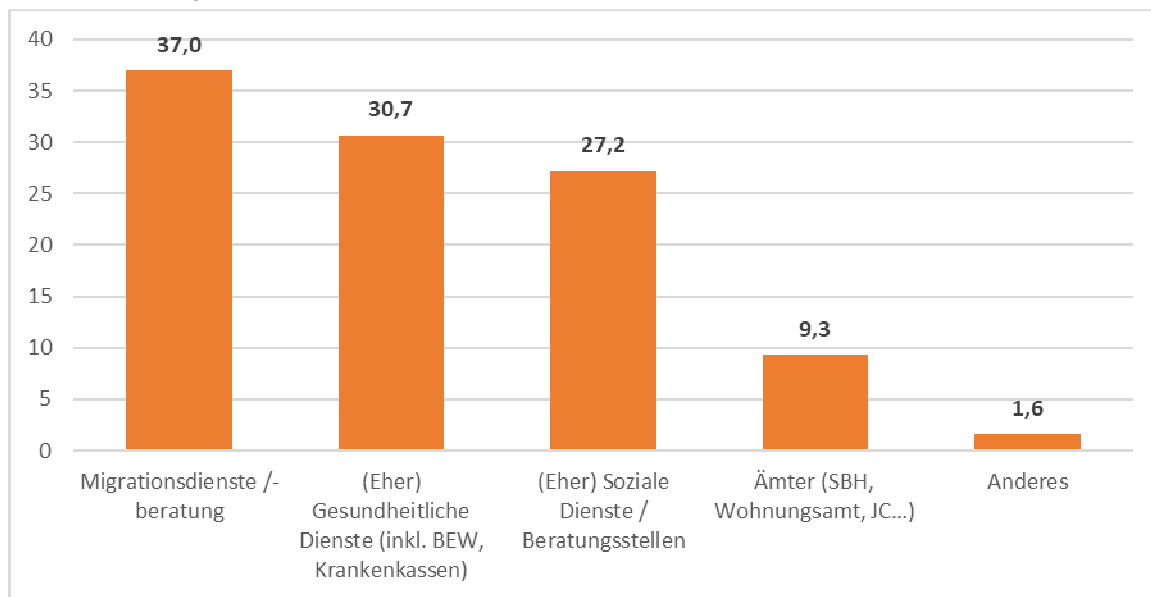
Quelle: EHAP-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

Obige Abbildung kann als Hinweis gelesen werden, dass die durchaus vorhandenen strukturellen Lücken im Münchner Versorgungsnetz (siehe Kap. 2.1.2) für die Vermittlungs- und Anbindungsarbeit der Lotsen keine unüberwindlichen Hürden darstellten – wenngleich sie immer wieder zu erhöhten Zeitaufwänden führten (siehe oben) – bzw. dass die Beratungsfachkräfte andere Alternativen aufschließen konnten.

Art der Vermittlungen. Orientiert man sich an den 433 Fällen, die zum Berichtszeitpunkt (Ende Oktober 2017) bereits abgeschlossen waren und bei denen die Klientinnen/Klienten das vorgeschlagene Angebot angenommen hatten, ergibt sich folgendes Bild: An erster Stelle der Vermittlungen stehen Migrationsberatungsstellen bzw. Migrationsdienste (37,0%), an zweiter und dritter folgen (eher) gesundheitliche orientierte Dienste (30,7%) bzw. (eher) sozial orientierte Dienstleister (29,1%).⁶³ Da viele der Klientinnen und Klienten keinerlei Deutschkenntnisse aufwiesen (siehe Kap. 3.3.1), spielt(e) die Frage der Muttersprachlichkeit bei den Vermittlungsvorschlägen eine zentrale Rolle. Konnte die angebundene Stelle die Sprachproblematik alleine nicht überwinden, fungierten die Projektfachkräfte bei den ersten Gesprächen als Sprachmittler. Etwa jede zehnte Person wurde an ein Amt angebunden (z.B. Wohnungsamt, Sozialbürgerhaus, Jobcenter). Im Bereich der gesundheitlichen Anbindung stehen neben psychologischen Beratungsstellen, die auf die Migrationsbevölkerung spezialisiert sind, vor allem muttersprachliche therapeutische Fachkräfte im Fokus der Vermittlungsarbeit; die Kategorie umfasst aber Vermittlungen ins Betreute Wohnen (BEW) oder zu den Krankenkassen. Im Bereich der sozialen Dienste ist das Spektrum wesentlich heterogener (z.B. Bahnhofsmision, Schuldnerberatung, Studienberatung, Selbsthilfezentrum).

⁶³ Die Kategorien sind natürlich nicht absolut trennscharf. So bieten manche Migrationsdienste (z.B. Donna Mobile) auch gesundheitsorientierte Leistungen an.

Abb. 4/3: Art der vermittelten Angebote (nur abgeschlossene Fälle)
Angaben in Prozent (n=430)



Quelle: EHAP-Datensatz; eigene Berechnung und Darstellung.

4.2 Fachberatungen

Die von uns im Rahmen von Leitfadeninterviews befragten Dienstleister, die das Angebot mindestens schon einmal genutzt haben, zeichnen ein sehr positives Bild von dem Angebot. Neben der eigenen zeitlichen Entlastung wurde vor allem die schnellere Anbindung der Klientinnen und Klienten an Regeldienstleister sowie auf die Möglichkeit abgestellt, sich über die Lotsen rasch Information über die (muttersprachliche) Versorgungslandschaft holen zu können:

- **Informationsaspekt.** Das Wissen der PIB-Fachkräfte wurde von den von uns interviewten Fachleuten sehr hoch eingeschätzt, insbesondere mit Blick auf die muttersprachliche Versorgungslandschaft. Diese hohe Wertschätzung zeigt im Umkehrschluss, dass selbst professionelle Akteure mit Blick auf die psychosoziale Versorgungslandschaft, die durch eine hohe Fragmentierung gekennzeichnet ist, Informationsdefizite haben. In diesem Sinn bietet das PIB-Projekt bereits in seiner Funktion als Informationsstelle die *Chance*, die Verweisungs- bzw. Weitervermittlungspraxis im Sozialraum effizienter auszugestalten.

„Bis jetzt war es ja immer Frau [nennt Name der Lotsenkraft], die sich an uns wegen der Unterbringung einer Klientin gewendet. Aber wenn ich Fragen z.B. wegen Angeboten für Bulgarinnen in München hätte, da würde ich mich an sie wenden. Ich weiß, da kennt sie alles. Oder wenn bei uns eine Migrantin auftaucht, die nicht die Erfordernisse für das Betreute Wohnen erfüllt, aber die trotzdem Hilfe brauche. Da würde ich mich auch kurzschließen.“
(Int. 15)

„Das ist für mich die Fachstelle. Da ist für mich die Frau ... [nennt Namen einer PIB-Fachkraft, SIM] die Fachfrau. Also (...) wenn so Fragen, was Ausländerdinge betrifft, seien es rechtliche Sachen, sei es Vernetzung, seien es Therapeuten mit Sprachkenntnissen– da wende ich mich an Frau [...], weil ich gute Erfahrungen gemacht habe. Ich wüsste jetzt erstmal keinen anderen Ansprechpartner bei so Fragen. (...) Ich schätze den Kontakt und den Austausch schon sehr. Gerade was Migrationshintergrund anbetrifft, ist Frau [...] meine beste Ansprechpartnerin.“ (Int. 16)

- **Zeitliche Entlastung.** Inwieweit die zeitliche Entlastung der beratenen Dienste wiederum zu einer intensiveren und/oder zügigeren Beratung und Unterstützung anderer Klientinnen und Klienten geführt hat, lässt sich naturgemäß nicht zweifelsfrei beantworten. Es erscheint aber

wahrscheinlich, dass die zeitlichen Entlastungen (immer wieder) zu Effizienzgewinnen an anderer Stelle geführt haben.

- **Fachlich-inhaltliche Kenntnis.** Der Mehrwert des fachlich-inhaltlichen Know-hows der PIB-Fachkräfte geht in zwei Richtungen. Zum einen kann es helfen, Klientinnen und Klienten deutlich schneller in das Versorgungssystem anzubinden.

„Also ich habe eine Klientin anbinden können, die Französisch spricht. Das habe ich über das [PIB-]Projekt geschafft und relativ kurzfristig auch. Die Frau hat was gebraucht, der ist es ziemlich schlecht gegangen. Warten ging nicht. Und die hat jemanden gebraucht, der beide Sprachen spricht. Die Frau ... [nennt Name einer PIB-Fachkraft, SIM] hat mir dann eine Kontaktperson genannt und die hat relativ schnell zusagen können.“ (Int. 17).

„Erst als die eingestiegen sind, kam es dazu, dass man die Familie zu den geeigneten Hilfen bringen konnte. Alles, was ich acht Monate lang allein und mit Dolmetscher versucht hatte, auf den Weg zu bringen.... erst da hat sich etwas getan, kam Bewegung in den Fall. (...) Das Vertrauen zu bekommen mit den Menschen ist schwierig. Wenn eine kompetente muttersprachliche Beraterin da ist, dann...Klar, die haben mich respektiert und gemocht und alles ... und es hatte auch Gewicht, was ich sagte. Aber oft war nur <ja, ja. Danke>. Aber dann wurde es doch wieder hinterfragt. (...) Das hat sich geändert, als die eingestiegen sind. Das Projekt ist der Zugang zu Menschen.“ (Int. 18)

Zum anderen bietet der Rückgriff auf die PIB-Kräfte die Chance, die Nutzung des eigenen Dienstleistungsangebotes effizienter zu gestalten- eben durch eine bessere, weil kultursensiblere Situationsanalyse. In gewisser Weise entlastet bereits das Wissen um diese Rückgriffsmöglichkeit

„Nur ein Beispiel: Vor kurzem habe ich mich mit der Projektleitung [vom PIB-Projekt, SIM] unterhalten, was man bei bestimmten Bewerbern tun kann, dass man die mehr ins Boot holt. Weil es bringt ja auch nichts, wenn wir da ... [Satz nicht beendet, SIM] ... weil wir sind ja auch nicht das Billigste... man findet nicht immer gleich die Lösung für jeden. Und da ist es immer gut, wenn man weiß <OK, den kann ich noch dazu holen, damit wir unseren Job machen können>. Weil, wenn der Mensch, den wir aussuchen, unser Angebot nicht annimmt, bringt unser Job nichts.“ (Int. 19)

Das Effizienzargument ist auch vor dem Hintergrund zu sehen, dass das mit PIB installierte Angebot es kooperierenden Diensten ermöglicht, sich wieder stärker auf die eigenen sachbezogenen Aufgabenfelder konzentrieren zu können:

„Ich bin jetzt wirklich Gott froh, dass ich jetzt, wenn ich jemanden hier habe, der nicht mehr weiß, wie es weitergehen soll, der verzweifelt ist, zu Frau [nennt Name einer PIB-Fachkraft, SIM] schicken kann, damit der Menschen dann betreut und wiederaufgebaut wird. (...) Wir brauchen diese Kooperation, weil ich meine Arbeit machen kann und die Leute gleichzeitig so unterstützt werden, dass sie wieder auf die Beine kommen. (...) Wenn sie hier vor uns weinen und erschöpft und fertig sind, nichts mehr können ... die sind wirklich verzweifelt ... dann denke ich mir <Ich kann da nicht helfen>. Ich muss sachlich bleiben. Und dann versuche ich, die zur Integrationsbrücke zu vermitteln. Die können mit der Person anders sprechen. Wir können unsere Arbeit dann einfacher weitermachen.“ (Int. 20)

„Der Mehrwert ist einfach darin zu sehen, dass wir einfach dieses psychologische Moment auch ausklammern können. Es ist immer ein Teil der Beratung, aber soll nicht stehen. Wenn die Integrations-Brücke diesen Teil federführend übernimmt, dann können wir uns hier konzentrieren auf das, was wir eigentlich machen. Das ist schon eine Entlastung. Ich weiß, da ist jemand, der kann das abdecken. Da ist jemand, der sie zu Hause besuchen kann. Also das ist eine große Stütze. Also ich bin sehr froh, dass es dieses Projekt gibt.“ (Int. 21)

- **Interkulturelles Lernen.** Durch die Fachberatung (aber auch durch die klientenbezogene Zusammenarbeit) besteht für beratenen Fachkräfte generell die Möglichkeit, andere („kultursensible“) Sichtweisen auf psychisch / psychiatrisch bedingte Problemlagen zu lernen. Man könnte – stärker formuliert – auch sagen, dass durch anonyme Fallberatungen und/oder die (Anfrage einer) Anbindung bei Regeleinrichtungen gleichsam die Notwendigkeit entsteht, sich intensive(er) mit den kulturell-sprachlich geprägten Bedarfen der jeweiligen Klientinnen und

Klienten auseinanderzusetzen. Die Integration solcher Perspektiven und Erklärungsmuster in die weitere Beratungstätigkeit hat das Potenzial, interkulturelle Öffnungsprozesse „einrichtungsintern“ zu befördern (was wiederum eine bessere Versorgung von EU-Migrantinnen und Migranten erwarten lässt). Der Mitarbeiterin eines Migrationsdienstes formulierte diesen Zusammenhang mit folgenden Worten:

„Zum Beispiel wenn jemand psychotisch wird mitten in der Beratung. Was machst du da? Wenn sich jemand nicht auskennt mit Psychosen, dann kann das jemand abschrecken. Und da kommt es schon vor, dass man bei der Integrations-Brücke nachfragt: Was machen wir mit dem? Funktioniert das? Und gibt es Unterschiede?> Weil die Psychose ist ja auch kulturspezifisch in der Ausprägung. Und da gibt es schon die eine oder andere Frage an das Projekt. Und das trägt ja weiter. Da unterhält man sich dann auch hier im Dienst weiter.“
(Int. 22)

Vor dem Hintergrund des Gesagten überrascht es nicht, dass unsere Gesprächspartner nicht nur den „Lücken schließenden“ Charakter des Projektes immer wieder hervorhoben (siehe oben), sondern generell die grundsätzliche Ausrichtung auf die EU-Migrantinnen und Migranten:

„Und die sprechen viele Sprachen. Und die decken einen Bereich ab, der hier in München leider nicht so thematisiert wird. Also die psychischen Belastungen, unter denen diese Zuwanderer aus Osteuropa leiden. Die werden oft einfach unter den Teppich gekehrt. Weil sie ja kommen und gehen können. Der stärkere Blick auf diese Gruppe ist einfach wichtig.“
(Int. 23)

5. Abschließende Bemerkungen

5.1 Zusammenfassende Bewertungen und ergänzende Anmerkungen

5.1.1 Zur zielgruppenspezifischen Bedeutung und Bewertung des Projektes

Die Evaluationsergebnisse zur konkreten Fallarbeit lassen sich thesenartig wie folgt zusammenfassen:

- **Guter Zugang zur Zielgruppe.** Ihre zeitliche und örtliche Flexibilität sowie die spezifische Ressourcenstruktur (muttersprachliche Kompetenzen, eigene Migrationserfahrung, umfassendes Fachwissen (in sozialpädagogischer *und* sozialpsychiatrischer *und* migrationsspezifischer Hinsicht)) ermöglicht den Lotsen einen deutlich besseren Zugang zu den neuzugewanderten EU-Bürgerinnen und Bürgern als dies den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern der „klassischen“ Migrationsdienste oder der meisten anderen Beratungs-, Informations- und Vermittlungsstellen möglich ist. Die Anbindungs-/Vermittlungserfolge der Lotsen werden wesentlich durch diese Ressourcenstruktur vermittelt. Umgekehrt formuliert: Die von den Lotsen geleistete Arbeit kann derzeit nur schwer, wenn überhaupt, durch Rückgriffe auf bestehende Beratungsangebote (z.B. Migrationsdienste, SpDi) ersetzbar werden.
- **Beratene Unionsbürgerinnen und -bürger durch Kumulation von Problemlagen im Sinne der EHAP-Regularien gekennzeichnet.** Die im Dokumentationssystem hinterlegten Daten lassen wenig Zweifel, dass die Mehrheit der Klientinnen und Klienten als arm im Sinne der EU-Kriterien gelten muss (siehe Kap. 3.2.2). Dafür sprechen auch die vielfältigen Problemlagen und sozialen Ausschlüsse der Klientel: Im Durchschnitt machten die beratenen Personen jeweils vier soziale und/oder gesundheitliche Problemlagen geltend (siehe Kap. 3.3.3): Neben psychischen Störungen / Belastungen bzw. körperlichen Leiden waren es in erster Linie wirtschaftliche Not, Schwierigkeiten im Arbeits- und Berufsleben und familiäre Problemen bis hin zu Wohnungsnot, welche die Klientel kennzeichne(te)n. Bedenkt man zudem, dass jeweils etwa die Hälfte der Klientinnen und Klienten überhaupt kein Deutsch konnte (siehe Kap. 3.3.1) bzw. noch nie Zugang zum sozialpsychiatrischen bzw. medizinischen Versorgungssystem gefunden hatte, kann kein Zweifel bestehen, dass die erreichte Personengruppe den EHAP-Maßgaben (siehe Kap. 1.2) entsprochen hat (und entspricht).
- **PIB-Ansatz sichert frühzeitige(re)n („präventiven“) Zugang ins Versorgungssystem.** Der gute Zugang zur Zielgruppe zeigt sich nicht zuletzt darin, dass im bisherigen Projektverlauf zu einem großen Teil Personen erreicht werden konnten, bei denen die hohen psychosozialen Belastungen noch nicht zu Chronifizierungen psychischer Störungen geführt haben. Das frühzeitige Vermitteln in das Hilfesystem besitzt einen hohen ökonomischen Mehrwert.
- **Quantitative Zielvorgabe erreicht („Output-Indikator“).** Laut Projektbeschreibung sollten im Startjahr (2016) 300 und im Folgejahr (2017) 330 neuzugewanderte Unionsbürgerinnen und -bürger durch das Projekt erreicht bzw. beraten werden. Die Zielmenge von 630 Personen ist bereits zum Berichtszeitpunkt (15.10.2017) mit insgesamt 596 Klientinnen und Klienten fast erreicht worden. Dies ist umso höher zu bewerten, als Projekt erst zum 01.04.2016 mit seiner konkreten Beratungsarbeit beginnen konnte (siehe Kap. 1.1). Vor dem Hintergrund der quartalsmäßigen Fallzahlentwicklungen (siehe Kap. 3.1.1) besteht aus Sicht des Berichterstatters kein Zweifel, dass die Zielvorgabe von 630 Personen für die Jahre 2016 und 2017 in den verbleibenden zweieinhalb Monaten noch erreicht bzw. überschritten wird.
- **Vermittlungsquote (mit kurzfristigen Interventionsstrategien) erreicht („Ergebnisindikator“).** Das Handlungskonzept geht von einer realisierten Vermittlungsquote der Beratenen von 70% aus. Wie dargestellt (siehe Kap. 4.1), wurde diese Vorgabe mit einer Vermittlungsquote von deutlich über 90% ohne Probleme erreicht. Ein knappes Drittel aller Fälle konnte sogar noch am Tag des Erstgesprächs beendet werden – in der Regel mit der Vermittlung an einen Dienst (96,3%). Etwa jede zweite Anfrage konnte innerhalb einer Woche erfolgreich zum Abschluss gebracht werden. Klientenseitige Abbrüche waren sehr selten (4,5%). Dass die Pilotfachkräfte keinen Einfluss über das „weitere Schicksal“ ihrer Klientinnen und Klienten *nach* deren Anbindung/Vermittlung haben, ändert nichts an dem Vermittlungserfolg. Wenig Zweifel lässt das PIB-Projekt jedoch daran, dass viele Anbindungen bzw. Weitervermittlungen *nur* dank der *persönlichen* Begleitung der

Pilotfachkräfte in die Einrichtungen bzw. zu den Diensten erfolgreich waren. Im Durchschnitt dauerten die fallbezogenen Interventionen des Lotsenteams – vom Erstgespräch bis zur erfolgreichen Anbindung – knapp 40 Tage. Hierbei ist zu beachten, dass strukturelle Lücken in der sozialpsychiatrischen Versorgungslandschaft bzw. Defizite in der kulturellen Öffnung der externen Dienstleister (siehe Kap. 2.1.2) mitunter zu mehrmonatigen Falldauern führten.

- **Geringe fallbezogene Zeitaufwendungen entspricht den Anforderungen an eine kurzfristige Interventionslogik.** Dass das Tätigkeitsprofil des Lotsenteams den Kriterien einer ergänzenden, kurzfristigen Interventionslogik entsprochen hat (und entspricht), zeigt sich auch an den zeitlichen Aufwendungen: Im Durchschnitt wendeten die Wegbegleiterinnen pro „Fall“ knapp fünf Stunden auf – mit einer erwartungsgemäß beträchtlichen Schwankungsbreite (von 15 Minuten bis 59 Stunden). In fast der Hälfte der Fälle belief sich die „Betreuungszeit“ auf *maximal* zwei Stunden – vor dem Hintergrund der hohen Anbindungsquoten bzw. der geringen Abbruchsquoten deutet dies auf einen effizienten Mitteleinsatz hin. Unabhängig hiervon sind sowohl die Schwankungsbreite wie der Durchschnittswert von fünf Stunden angesichts der umfangreichen Tätigkeitsfelder der Fachkräfte und der teilweise beträchtlichen Komplexität der Problemlagen der beratenen Personen inhaltlich nachvollziehbar. Letzteres umso mehr, als etwa 40% der insgesamt geleisteten kundenbezogenen Arbeitszeiten auf Hausbesuche und Begleitungen entfielen.
- **Projekt hat Wirkeffekte über die Klientel hinaus.** Etwa die Hälfte aller Klientinnen und Klienten hat zumindest ein Kind; in drei Viertel der Fälle sind die Kinder (noch) minderjährig (Kap. 3.2.1). Selbst wenn die Kinder bei einer von den PIB-Fachkräften vermittelten Behandlung oder Stützungsmaßnahme unberücksichtigt bleiben (sollten), besteht doch kein Zweifel, dass die Stabilisierung der Klientinnen und Klienten auch deren weiteres Familiensystem stärkt. Damit trägt das Projekt bereits heute auch dem Wohl der Kinder Rechnung und hilft, deren Zukunftsperspektiven zu verbessern. Dies gilt vor allem dann, wenn – wie im Projekt – eine Stabilisierung der Klienten bzw. deren Zuführung ins Versorgungssystem *vor* der Manifestation bzw. der Chronifizierung psychischer Störungen erfolgt.⁶⁴
- **Klientenbezogene Informationsarbeit wirkt in die Migranten-Communities hinein.** Die Vermittlung von Informationen spielt neben der Beratung und Vermittlung eine große Rolle in der Arbeit der Lotsenfachkräfte. Die Informationsdefizite sind oft beträchtlich (siehe Kap. 3.3.2). Eingedenk der Bedeutung, die Mundpropaganda in den Migranten-Communities als Mittel der Informationsverbreitung besitzt, ist davon auszugehen, dass entsprechende Informationen oft in diese hineingetragen werden.
- **Trotz struktureller Versorgungslücken und teilweise ungenügender interkultureller Öffnung kaum Anbindungs- / Vermittlungsprobleme.** Sicherlich führten die Versorgungslücken im psychosozialen Versorgungssystem bzw. die oft genügende interkulturelle Öffnung der Regeldienstleister (siehe Kap. 2.1.2) immer wieder zu zeitlichen Verzögerungen (Kap. 3.1.3). (Rechtliche Leistungsausschlüsse bzw. unterschiedliche rechtliche Sichtweisen stell(t)en hierfür natürlich einen weiteren Grund dar). Folgt man unseren Gesprächen mit PIB-Fachkräften und den generierten Prozessdaten (Dokumentationssystem), gelang es jedoch letztendlich fast *immer*, die Personen an einen dritten Dienst anzubinden und sie damit ins Versorgungssystem zu integrieren.

⁶⁴ So zeigen Studien, dass Kinder von Müttern mit Depressionen ein viermal höheres Risiko haben, selber an einer Depression zu erkranken als Kinder von Müttern ohne Depressionen. Bei Angststörung erhöht sich der Faktor sogar auf das Siebenfache, Siehe: Hahlweg (2012: 4).

5.1.2 Zur institutionsbezogenen Bedeutung und Bewertung des Projektes

Institutionsbezogen lässt sich die Bedeutung des Projektes wie folgt zusammenfassen:

- **Hohe Wertschätzung durch Fachkräfte.** Von den Fachkräften der Sozialbürgerhäuser wie auch von den SBH-externen Sozialraumakteuren wird das Angebot als wichtige Ergänzung des bestehenden sozialpsychiatrischen Angebots wahrgenommen, das die Anbindung der hier genannten Zielgruppe beträchtlich verbessern kann. Die Meinung, dass das Projekt aufgrund struktureller Mängel der Versorgungslandschaft nichts bewirken können, teilte *keiner* der befragten Akteure.
- **Hoher Bedarf an Leistungsprofil der PIB-Fachkräfte.** Die Evaluationsergebnisse lassen wenig Zweifel, dass seitens der Sozialbürgerhäuser und der anderen Regeldienstleister im Sozial-, Bildungs- und Gesundheitsbereich ein hoher Unterstützungsbedarf an den einschlägigen Leistungen der Lotsenkräfte besteht (Fachberatung, fallbezogenes Clearing, Unterstützung bei der Weitervermittlung bzw. Anbindung an das Regelsystem). Etwa die Hälfte aller Klientinnen und Klienten fand über den Weg externer Leistungsanbieter Zugang zu den PIB-Fachkräften.
- **Fachberatung und Fallkooperationen entlasten die beteiligten Einrichtungen.** Das von den PIB-Fachkräften durchgeführte kultursensible Clearing (siehe Kap. 3.3.2) ermöglicht eine zielgerechte(re) und effektive(re) Vermittlung an passende Hilfsangebote. Eine schnellere Anbindung an Regeldienstleister entlastet die „abgebenden“ Institutionen zeitlich und hilft ihnen damit, Ressourcen einzusparen. In die gleiche Richtung wirkt die Möglichkeit, sich über die Lotsen rasch Information über die (muttersprachliche) Versorgungslandschaft holen zu können. Und indem es zu weniger „falschen“ Zuweisungen kommt, werden auch bei den „aufnehmenden“ Einrichtungen Zeitressourcen eingespart. Auch wenn diese Mehrwerte im Rahmen der Evaluation nicht ökonomisch quantifiziert werden konnten, sollten sie nicht unterschätzt werden.
- **Projekt optimiert die Zusammenarbeit innerhalb der psychosozialen Versorgungslandschaft.** Die über die konkrete Fallarbeit vermittelte Zusammenarbeit verschiedener Akteure stärkt die Vernetzung innerhalb des hoch fragmentierten psychosozialen Versorgungssystems. Mittel- und langfristig dürfte dies, so ist zu vermuten, zu einer besseren – sprich: effektiveren und schnelleren – Versorgung der hier besprochenen Klientel führen und zwar auch ohne vorgängige Vernetzungsarbeit der PIB-Fachkräfte.
- **Projekt befördert die interkulturelle Öffnung der psychosozialen Versorgungslandschaft.** Durch die Fachberatungen vor Ort aber auch die konkrete Zusammenarbeit in der Einzelfallarbeit wird in den beteiligten Einrichtungen und Diensten die Sensibilisierung um interkulturelle Themen vorangetrieben und werden bestehende Sichtweisen immer wieder hinterfragt. Angesichts von bislang 181 Fachberatungen in Dutzenden unterschiedlicher Dienste und knapp 400 Vermittlungen in das Versorgungssystem ist der Breiteneffekt nicht zu unterschätzen. Und da gegenüber „klassischen“ interkulturellen Qualifizierungsprogrammen, wie etwa der Strategie „Interkulturelle Qualitätsentwicklung in Münchner Sozialregionen“ (siehe Kap. 2.1.2), diese Sensibilisierung / Qualifizierung mehr oder weniger in die alltägliche Arbeitspraxis der Einrichtungen eingebunden ist, werden so auch Dienste / Einrichtungen erreicht, die für ein „klassisches“ Schulungsprogramm keine Ressourcen haben bzw. hätten. Insofern ist das Projekt ohne Zweifel ein wichtiger Baustein, um die interkulturelle Öffnung der psychosozialen Versorgungslandschaft (weiter) voranzutreiben.

5.1.3 Zum EU-Mehrwert des Projektes

So unzweifelhaft das Projekt für die Zielgruppe sowie für die professionellen Akteure der psychosozialen Versorgungslandschaft eine Reihe von Vorteilen besitzt, stellt sich doch auch die Frage, ob bzw. inwieweit es darüber hinaus auch einen spezifischen europäischen Mehrwert besitzt – und zwar unabhängig davon, dass das Projekt zweifelsohne die Versorgung von psychisch belasteten EU-Migrantinnen und Migranten verbessern hilft.

- **Projekt sichert den Grundwert der Freizügigkeit ab.** Die Freizügigkeit von Menschen (wie auch von Kapital und Waren/Dienstleistungen) ist für das Selbstverständnis der Europäischen Union konstitutiv, sie stellt einen grundlegenden Aspekt der europäischen Integration dar. Und indem sie hilft, Ungleichheiten im gemeinsamen Währungsraum abzumildern, ist sie zudem für das Funktionieren der europäischen Währungsunion unverzichtbar.⁶⁵ Als Grundrecht muss Freizügigkeit dabei auch für Personen gelten, die in ihren Heimatländern besonders belastet sind bzw. sich dort Armut und Ausgrenzung gegenübersehen. Damit verbunden setzt sie voraus, dass zuwandernde EU-Bürgerinnen und Bürger die Belastungen, die mit der Migration über staatliche/kulturelle Grenzen hinweg *per se* verbunden sind (siehe Kap. 2.1.1), nicht alleine tragen müssen. Mit anderen Worten: Freizügigkeit als europäischer Grundwert macht es erforderlich, dass im Einklang mit der EU-Freizügigkeitsrichtlinie zugewanderte Unionsbürgerinnen und -bürger vor Ort *ggf.* auf Unterstützungsangebote zurückgreifen können, die ihnen bei ihrer Eingliederung in Gesellschaft und Arbeitsmarkt behilflich sind. Genau hier setzt das Projekt LOTSE mit Blick auf besonders benachteiligte Unionszuwanderinnen und -zuwanderer an.
- **Ökonomischer Mehrwert für Aufnahme- und Herkunftsland / Stabilisierung von Aufnahme- und Abgabegesellschaft.** Die im Rahmen des Projektes geleistete Stabilisierung der Neuzuwanderer kann in zweierlei Hinsicht einen ökonomischen Mehrwert beanspruchen: Zunächst hilft sie, die Arbeitsfähigkeit der Betroffenen vor Ort (d.h. in München) zu sichern bzw. wiederherzustellen. Trotz der Schwierigkeiten mancher Zuwanderer auf dem hiesigen Arbeitsmarkt Fuß zu fassen, profitiert hiervon der angespannte Münchner Arbeitsmarkt. Zudem tragen solche Stabilisierungen dazu bei, die oft hohen Folgekosten von psychischen Erkrankungen / Belastungen zu verringern bzw. zu verhindern. Für die Herkunftsländer andererseits bedeutet eine erfolgreiche Klientenarbeit zweierlei: Zum einen stärkt sie die Möglichkeit von Rücküberweisungen der abgewanderten Arbeitskräfte und damit indirekt die Kaufkraft der zurückgebliebenen Familien bzw. der Herkunftsregionen. Zum anderen sichert sie im Fall einer möglichen Rückkehr der Neuzuwanderer auch dort deren Arbeitskräfteeinsatz und entlastet zudem die (häufig bereits überlasteten) Gesundheits- und Sozialsysteme.
- **Sicherung der sozialen Grundrechte.** So wichtig wirtschaftliche Aspekte für das Selbstverständnis der EU sind, umfasst letzteres doch deutlich mehr. Nicht zuletzt durch das Inkrafttreten des Vertrags von Lissabon (2009) und der europäischen Grundrechtecharta sind die sozialen Rechte weiter gestärkt worden. Die Ergebnisse der Evaluation lassen keinen Zweifel, dass das Projekt zentrale Rechte der EU-Zuwanderinnen und Zuwanderer absichert bzw. diese in der Praxis oft erst gewährleistet. Genannt seien hier vor allem das Recht auf Gesundheitsschutz und auf soziale Sicherheit, das Recht auf Zugang zu Dienstleistungen und – entscheidend – der Schutz des Familien- und Berufslebens.⁶⁶
- **Übertragbarkeit des Projektes.** Mit dem Projekt Integrations-Brücke ist ein Ansatz entwickelt worden, der ohne größere Probleme auch auf andere EU-Staaten übertragbar ist, die ebenfalls als Zielländer von EU-Zuwanderinnen und Zuwandern fungieren.

⁶⁵ Burkert & Kislat (2017: 145).

⁶⁶ Wie es eine unserer Gesprächspartnerinnen plastisch formulierte: „Die Dienstleistungsfreiheit und Niederlassungsfreiheit genau wie die soziale Sicherung sind Grundrechte. Es kann nicht sein, dass Dienstleistungs- und Niederlassungsfreiheit gegeben sind, Leute ausgebeutet werden, aber die sozialen Grundrechte nicht gegeben sind. Und das ist ein Projekt, das die Leute in diesem Bereich unterstützt.“ (Int. 30).

5.2 Zentrale Handlungsempfehlungen

Aus den Ergebnissen der Evaluation lassen sich drei grundsätzliche Handlungsempfehlungen ableiten:

- **Fortführung / langfristige Sicherung des Projektes.** Angesichts des Handlungsbedarfes im Bereich der psychosozialen bzw. sozialpsychiatrischen Versorgung von psychisch erkrankten / belasteten (EU-)Migrantinnen und Migranten, der artikulierten Unterstützungsbedarfe seitens der Regeldienstleister sowie der Wirksamkeit des Projektansatzes sollte das mit dem Projekt PIB etablierte Angebot unbedingt weiterverfolgt und mittel-/langfristig zu einem integralen Bestandteil des Versorgungssystems ausgebaut werden. Hierfür sprechen nicht zuletzt auch ökonomische Gründe.⁶⁷

„Wenn jemand sagt, so ein Projekt braucht es nicht, weil es ja schon so viele Dienste gibt. Also ich teile diese Position überhaupt nicht. Zum einen wegen der Situation und der Last, die die Leute haben. Z.B., dass der Arbeitgeber den Lohn nicht auszahlt. Dass man den kündigt nach ein zwei Tagen, dass kein SGB II bezogen wird. Natürlich gibt es sehr viele Ämter oder Behörden oder Dienste in München. Aber nicht jeder tut ja für diesen einen Klienten alles auf einmal. Die einzelnen Fälle haben ja sehr unterschiedliche Aspekte. Und jeder Dienst arbeitet mit Terminen. Da muss der Klient auch bei hoher Belastung auf einen Termin warten. Das funktioniert nicht.“ (Int. 24)

- **Projektbezogene Erweiterung des Zielgruppenzuschnitts I: Stärkere Integration der Anliegen von Kindern.** Etwa die Hälfte aller von den Lotsen beratenen Unionsbürgerinnen und -bürger haben Kinder. Zwar finden im Rahmen der ganzheitlichen Beratungen auch die Bedürfnisse der Kinder Erwähnung und Berücksichtigung. *Insofern* zielt die Informations- und Vermittlungsarbeit der Lotsen bereits heute (auch) auf die Integration benachteiligter Kinder neu zugewanderter Unionsbürgerinnen und -bürger in die Dienstleistungslandschaft ab. Allerdings werden so nur Kinder von Unionsbürgerinnen und -bürgern erreicht, die aktiv um Hilfe nachsuchen und/oder krankheitseinsichtig sind. Belastete Eltern, die „nur“ Unterstützung für ihre Kinder suchen, bleiben notgedrungen „außen vor.“ Dies ist insofern umso bedauerlicher, als über die Bearbeitung der Bedarfe der Kinder ggf. auch weitere Belastungslagen der betreffenden Eltern offensichtlich werden könnten, die dann – dank der entstandenen Vertrauensbeziehung – wiederum bearbeitet werden könnten. Unabhängig davon, dass Hilfen für die Kinder neuzugewanderter EU-Bürgerinnen und -bürger letztere generell entlasten könnten und Regeldienstleister in der Kinder-/Jugendarbeit oft Probleme haben, den Zugang zu dieser Klientel zu finden. Bereits aus präventiven Gesichtspunkten sollte daher eine Erweiterung der Zielgruppe auf die Kinder erwogen werden. Dies würde eine direkte Kontaktaufnahme / Beratung von Kindern und entsprechenden Fachakteuren ermöglichen. Wie es zwei unserer Gesprächspartnerinnen formulierten:

„Gerade für EU-Migranten mit Familien wäre ein Dienst ganz hilfreich, der auch die Wohnungen reinkommt und guckt > Wie leben die? Wie ist das mit den Kindern? Kann man die Eltern unterstützen? < Es geht oft darum, einen Krippenplatz, einen Kindergartenplatz, einen Schulplatz für die Kinder zu kriegen. Und das ist natürlich, wenn man die Landessprache nicht spricht, schwierig. Also da eine größere Unterstützung zu finden, das wäre ganz ganz hilfreich. Die BSA schafft das nicht. Die sind so unterbesetzt. Was sie noch schaffen ist bei Gefährdungsmeldung, bei Kindeswohl einzugreifen. Alles andere fällt hinten runter.“ (Int. 25).

⁶⁷ Wie es eine der von uns interviewten Fachkräfteausdrückte: „Der langfristige Schaden, wenn man solche Hilfen einstellt, ist höher als wenn man zügig in solche Hilfen vermittelt. Ich glaube, dass so etwas für die Gesellschaft und die Kommunen finanziell günstiger ist, wenn notwendige Hilfe frühzeitiger eingeleitet werden können.“ (Int. 31). Abgesehen hiervon sprechen natürlich auch grundsätzliche moralische Erwägungen für eine Fortführung des Projektes: „Die sind teilweise hier krank geworden durch die schlechten Arbeitsbedingungen, die Deutschland bietet. Und die sollen bitte schön auch hier behandelt werden. Weil hier sind sie krank geworden.“ (Int. 32). Eine Migrationsberaterin brachte zudem ordnungs- und sicherheitsrechtliche Aspekte ins Spiel: „Wenn sie psychisch krank durch die Gegend laufen, können sie auch eine Gefahr für die Sicherheit und Ordnung sein. Wenn sie keine Unterkunft haben, keine Arbeit, verzweifelt sind – dies ist schon ein weiteres Problem, was wir haben. Und die Arbeitsmigration wird erst einmal nicht aufhören.“ (Int. 33)

„Viele kommen erst einmal alleine her. Bis sie eine Wohnung besorgt haben und irgendeine Arbeit. Dann holen sie ihre Kinder. Es gibt so für diese Kinder Anpassungsschwierigkeiten – also das wäre ein Thema, dass man vielleicht zusätzlich in dieses Projekt bringen könnte: Dass diese Kinder, die hierherkommen, betreut werden. Es ist eine Tragödie, was da passiert. (...) Die Kinder brauchen ein stabiles Umfeld. Sie müssen bis zum Schulanfang Deutsch lernen. Wo sollen die das tun? Die leben isoliert, mit der Mutter zu Hause, die auch nicht Deutsch spricht. Und das ist wirklich Besorgnis erregend, was da für Menschen heranwachsen.“ (Int. 26)

- **Projektbezogene Erweiterung des Zielgruppenzuschnitts II: Stärkere Integration der Anliegen von Obdachlosen.** Erwachsene obdachlose EU-Zuwanderinnen und Zuwanderer werden im Rahmen des Projektes LOTSE schon betreut. Wie in Kap. 3.2.1 dargestellt, sieht sich über ein Drittel (36,6%) der Klientel aktiver bzw. drohender Wohnungs- / Obdachlosigkeit gegenüber. Durch das Projekt können die PIB-Fachkräfte generell gute Zugänge in die „Obdachlosen-Szene“ vorweisen; mit den einschlägigen Einrichtungen der Obdachlosenarbeit (z.B. Schiller 25, Karla 51, Bahnhofsmision, Kälteschutzprogramm) bestehen etablierte Arbeitskontakte. Der Anteil nicht-deutscher Haushalte im Münchner Sofortunterbringungssystem lag Ende letzten Jahres bei 75%.⁶⁸ Bei etwa elf Prozent handelte es sich um Unions-Bürgerinnen und Bürger. Vor dem Hintergrund der guten Zugangswege und der hohen psychosozialen Problemlagen der Klientel, die die dortigen Mitarbeiter oft überfordert, wäre eine Ausdehnung der Ansprache und Beratung auf Nicht-EU-Bürgerinnen und Bürger im Rahmen des PIB-Projektes daher zielführend.

Überlegungen zur (stadtseitigen) Ergänzung des Projektes. Zunächst sei angemerkt, dass im Berichtszeitraum auch immer wieder (neuzugewanderte) Nicht-EU-Bürgerinnen und Bürger um Unterstützung nachsuchten. Bei etwa der Hälfte handelte es sich dabei um Personen mit persönlicher Fluchterfahrung. Eine generelle Ablehnung dieser Hilfeansuchen stellte bereits aus berufsethischen Gründen keine gangbare Handlungsoption dar. Für die Lotsenfachkräfte erwies sich dabei als großer Vorteil, dass der Träger des Projektes im Bereich der Arbeit mit Migranten und Flüchtlingen breit aufgestellt ist. So konnten in den letzten Jahren – auch mit Unterstützung der Landeshauptstadt München – Projekte wie NUR (NeueUfeR) oder NUR mobil aufgelegt werden,⁶⁹ an die nun im Bedarfsfall nach Abklärung der grundlegenden Problemlage („Clearing“) rasch weitervermittelt werden konnte.

Gleichwohl stellt sich die Frage, ob das Beratungs-, Begleitungs- und Vermittlungsangebot für (neuzugewanderte) Nicht-EU-Migranten mit hohen psychosozialen Belastungslagen und/oder psychischen Auffälligkeiten bedarfsgerecht ausgestaltet ist. In unseren Gesprächen mit der Bezirkssozialarbeit (BSA) und Regeldienstleistern wurde mit Blick auf diese Klientel immer wieder ein fachlicher Unterstützungsbedarf geltend gemacht.⁷⁰ Auch mit Blick auf den mitunter höheren Unterstützungsbedarf von Flüchtlingen (Stichwort: Traumatisierung) ist von einem entsprechenden Beratungs-, Begleitungs- und Vermittlungsangebot seitens der Betroffenen aber auch seitens der Facheinrichtungen auszugehen. Klassische Akteure in der Sozialpsychiatrie erweisen sich in der Regel als zu „hochschwellig“, um dieses Klientel zu erreichen. Das zeigt sich bereits bei der Klientel des hier evaluierten PIB-Projektes, die bislang kaum den Zugang zu den Sozialpsychiatrischen Diensten gefunden haben.

⁶⁸ Landeshauptstadt München (Sozialreferat) (2017: 88).

⁶⁹ Bei NUR handelt es sich um ein vom Bundesministerium Familie, Senioren, Frauen und Jugend sowie der Aktion Mensch mitgefördertes Projekt der Erzdiözese München und Freising. Es bietet psychotherapeutischen Hilfen für traumatisierte Flüchtlinge. Das Angebot umfasst Beratung und psychotherapeutische Unterstützung ebenso wie Vermittlung an ortsnahe Fachleute (psychotherapeutische bzw. psychiatrische Fachkräfte, Beratungsstellen). Bei „NUR Mobil“ handelt es sich um ein aufsuchendes Psychoedukationsprogramm, das auch von der Landeshauptstadt finanziell unterstützt wird.

⁷⁰ Auf die Entlastung der BSA durch ein entsprechendes Angebot haben wir an anderer Stelle ausführlich hingewiesen (SIM 2014: 104). Es sei an dieser Stelle nur eine unserer Gesprächspartnerinnen zitiert: „Leider gibt es so etwas [wie PIB, SIM] nicht für Menschen aus Afrika, Afghanistan und so. Es würde meine Arbeit wesentlich... [Satz nicht beendet, SIM] und es würde den Menschen so guttun. Wirklich. Weil es bringt einen Haufen Haufen weg. Man wäre viel schneller bei den Menschen.“ (Int. 34)

Vor dem Hintergrund der städtischen Leitlinie Gesundheit,⁷¹ dem Interkulturellen Integrationskonzept der Landeshauptstadt München⁷² oder der Europäischen Charta zum Schutz der Menschenrechte,⁷³ der die Landeshauptstadt bereits 2005 beigetreten ist, könnte man von einer städtischen Selbstverpflichtung sprechen, mit dazu beizutragen, das psychosoziale bzw. das (sozial-)psychiatrische Versorgungssystem so zu gestalten, dass *alle* Bürgerinnen und Bürger ungeachtet ihrer Herkunft aber auch ungeachtet ihrer sozialen und ökonomischen Ressourcen Zugang zum Versorgungssystem finden. In diesem Sinne ist dafür zu plädieren, dass die Landeshauptstadt München im Rahmen ihrer Verpflichtung zur kommunalen Daseinsvorsorge das PIB-Projekt um einen entsprechenden Angebotsbaustein für Nicht-EU-Migrantinnen und -Migranten erweitert. Dass letztendlich eine interkulturell geöffnete Versorgungslandschaft ein Zusammenspiel der Kommune, des Bezirks im Rahmen seiner Zuständigkeit für das (sozial-)psychiatrische Versorgungssystem⁷⁴ und der psychosozialen und sozialpsychiatrischen Akteurinnen und Akteure im Sinne der professionellen Forderung nach der interkulturellen Öffnung ihrer Einrichtungen voraussetzt, ändert nichts an dieser Forderung.

Auch sei daran erinnert, dass ein ganzheitlicher und niederschwelliger Arbeitsansatz, wie er im PIB-Projekt umgesetzt worden ist, auch einen ökonomischen Mehrwert schafft – dieser würde natürlich auch bei der Beratung von Nicht-EU-Migrantinnen und Migranten zum Tragen kommen.

-
- ⁷¹ So findet sich etwa in Abschnitt 3.1 der Leitlinie Gesundheit folgende Selbstverpflichtung: „Die Landeshauptstadt München ermöglicht allen Menschen, die in München wohnen, den Zugang zu einer umfassenden und adäquaten gesundheitlichen Prävention und Versorgung, unabhängig von ihrem sozialen Status, ihren finanziellen Möglichkeiten sowie unabhängig von kultureller Zugehörigkeit, Minderheitenstatus, Alter, Geschlecht und sexueller Identität“ (Landeshauptstadt München (Referat für Gesundheit und Umwelt) 2010).
- ⁷² Auf Seite sieben des Konzeptes ist zu lesen: „Migration ist erwünscht und notwendig und stellt eine Chance für eine dynamische Stadtentwicklung dar. Es stellt sich schon lange nicht mehr die Frage, ob Integrationsmaßnahmen nötig sind, sondern wie Integration so gestaltet werden kann, dass alle Bewohnerinnen und Bewohner am wirtschaftlichen, kulturellen und sozialen Leben gleichberechtigt teilhaben können (...)“ (Landeshauptstadt München 2008: 7).
- ⁷³ In ihr heißt es u.a. dass den „Kommunen (...) eine Schlüsselrolle [zukommt, SIM], wenn es darum geht (...) allen Stadtbewohnern, gleich welcher nationalen, ethnischen, kulturellen, religiösen oder sozialen Zugehörigkeit, ein Leben in Würde, Sicherheit und Gerechtigkeit zu ermöglichen.“
- ⁷⁴ Es sei zugegeben, dass die bayerischen Bezirke im Bereich der (Sozial-)Psychiatrie namentlich für die Finanzierung spezialisierter Unterstützungsangebote für bereits psychisch erkrankte Menschen zuständig sind. Vor dem Hintergrund der großen Bedeutung auch und gerade der primären und sekundären Prävention, die das zuständige Bayerische Staatsministerium als „weitgehend unterentwickelt“ betrachtet bzw. deren Weiterentwicklung das Staatsministerium es als „gesamtgesellschaftliche Aufgabe“ begreift (Bayerisches Staatsministerium für Arbeit 2007), erscheint die Frage nach einer Mitzuständigkeit des Bezirks für den Bereich Prävention gleichwohl legitim.

6. Zitierte Literatur

- Baran, Karla & Reyhan Kalaclar (1993). Kulturorientierung in der psychosozialen Beratung von türkischen Migrantinnen. In *Beratung von Migranten: Neue Wege in der psychosozialen Versorgung*, Hrsg. Nestmann, F. & T. Niepel. Berlin: VWB: 62-71.
- Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen, (2007). *Grundsätze zur Versorgung von Menschen mit psychischen Erkrankungen in Bayern*. München: Bayerisches Staatsministerium für Arbeit, Sozialordnung, Familie und Frauen.
- Beremejo, Isaac, L.P. Hölzel, L. Kriston & M. Härter (2012). Subjektiv erlebte Barrieren von Personen mit Migrationshintergrund bei der Inanspruchnahme von Gesundheitsmaßnahmen. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz* 55 (8): 944-953.
- Bermejo, Isaac, Daniela Ruf, Mike Mösko & Martin Härter (2011). Epidemiologie psychischer Störungen bei Migranten. In *Praxis der interkulturellen Psychiatrie und Psychotherapie: Migration und psychische Gesundheit*, Hrsg. Machleidt, W. & A. Heinz. München: Urban & Fischer: 209-215.
- BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales) & BMFSFJ (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend), (2015). *Förderrichtlinie zur Verbesserung der sozialen Eingliederung von neuzugewanderten Unonsbürgern/-innen, deren Kindern sowie von wohnungslosen und von Wohnungslosigkeit bedrohten Personen im Rahmen des Europäischen Hilfsfonds für die am stärksten benachteiligten Persinen (EHAP)*. Berlin: BMAS & BMFSFJ.
- Borde, Theda (2011). Psychosoziale Potentiale und Belastubgen der Migration - globale, institutionelle und individuelle Perspektiven. In *Migration und psychische Gesundheit: Belastungen und Potentiale*, Hrsg. Borde, T. & M. David. Frankfurt am Main: Mabuse: 193-212.
- Burkert, Carola & Julia Kislat (2017). Binnenwanderung im Kontext der Wirtschafts- und Finanzkrise: Trend und Perspektiven. In *Hoffnung Europa - Die EU als Raum und Ziel vopn Migraten*, Hrsg. Hrbek, R. & M. Große Hüttmann. Baden-Baden: NOMOS: 141-178.
- Butler, Jeffrey (2009). Gesundheits- und Vorsorgeverhalten von erwachsenen Migranten im Bezirk Berlin-Mitte - eine Befragung im Rahmen der Schuleingangsuntersuchung. In *Gesundheitliche Versorgung von Personen mit Migrationshintergrund (Dokumentation des Expertenworkshops im Bundesministerium für Arbeit und Soziales)*, Hrsg. BMAS (Bundesministerium für Arbeit und Soziales). Berlin: BMAS: 67-79.
- Demiralay, Cüneyt & Christian Haasen (2011). Akkulturation. In *Praxis der interkulturewllen Psychiatrie und Psychotherapie*, Hrsg. Machleidt, W. & A. Heinz. München: Urban & Fischer: 63-66.
- DGPPN (Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychosomatik und Nervenheilkunde) (2012). *Positionspapier der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zum Thema Perspektiven der Migrationspsychiatrie in Deutschland*. Abrufbar unter: www.dgppn.de
- Dörner, Klaus (2007). *Leben uns sterben, wo ich hingehöre: Dritter Sozialraum und neues Hilfesystem*. Neumünster: Paranus Verlag.
- Europäischer Rat (Hrsg.) (1984). *Beschluß des Rates vom 19. Dezember 1984 über geielte Maßnahmen zur Bekämpfung der Armut auf Gemeinschaftsebene (85/8 EWG)*.
- Gün, Ali Kemal (2011). Sprachliche und kulturelle Missverständnisse in der Psychotherapie. In *Migration und psychische Gesundheit: Belastungen und Potentiale*, Hrsg. Borde, T. & M. David. Frankfurt am Main: Mabuse: 133-146.
- Hahlweg, Kurt (2012). *Kinder psychotherapeutisch behandelter Eltern: Transmission der Effekte von Psychotherapie auf Kinder*. . Braunschweig TU-Braunschweig. (Folienvortrag, downloadbar unter: https://www.ptk-nrw.de/fileadmin/user_upload/pdf/Aktuelle_Informationen/2012/10_2012/8._Jahreskongress_Psychotherapie/Vortrag_Prof_Dr_Hahlweg.pdf).
- Herforth, A. 2011. Die Bedeutung des Nonverbalen in der subjektorientierten psychiatrischen Arbeit. In *Subjektorientierung und außerinstitutionelle Hilfen in der Psychiatrie*, ed. Dobsław, G, P Gromann, R Peukert, pp. 14-62. Bonn: Psychiatrie Verlag.
- IAB (Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung) (2016). *Zuwanderungsmonitor Juli 2016*. Nürnberg: IAB.

- Komitowski, Doritt, Marianne Kraußlach & Christian Pfeffer-Hoffmann (2016). Europäische Fachkräftezuwanderung nach Berlin: Profile der Neueinwanderung aus Bulgarien, Frankreich, Italien, Polen, Rumänien und Spanien. In *Profile der Neueinwanderung 2016: Analysen zum EWandel der Flucht- und Arbeitsmigration nach Deutschland*, Hrsg. Pfeffer-Hoffmann, C. Berlin: Mensch und Buch Verlag: 95-112.
- Landeshauptstadt München (Sozialreferat) (2008). *Interkulturelles Integrationskonzept: Grundsätze und Strukturen der Integrationspolitik der Landeshauptstadt München*. München: Stelle für Interkulturelle Arbeit (Sozialreferat).
- Landeshauptstadt München (Referat für Gesundheit und Umwelt) (2010). *Rundum gesund. Leitlinie Gesundheit: Herausforderungen begegnen, Perspektiven schaffen, Lebensqualität fördern. (Perspektive München / Konzepte)*. München: Referat für Gesundheit und Umwelt.
- Landeshauptstadt München (Sozialreferat) Hrsg. (2012). *Münchner Armutsbericht 2011*. München: Landeshauptstadt München.
- Landeshauptstadt München (Sozialreferat) Hrsg. (2017). *Münchner Armutsbericht 2017*. München: Landeshauptstadt München.
- Paritätischer Gesamtverband Hrsg. (2017). *Arbeitshilfe: Ansprüche auf Leistungen der Existenzsicherung für Unionsbürger/-innen*.
- Plass, Angela (2016). Faktoren der Gesunderhaltung bei Kindern psychisch belasteter Eltern Ergebnisse der BELLA-Kohortenstudie. *Kindheit und Entwicklung* 25 (41-49).
- Salman, Ramazan & Soner Tuna (2001). Kultursensible Suchthilfe für Migranten. In *Transkulturelle Psychiatrie. Konzepte für die Arbeit mit Menschen aus anderen Kulturen*, Hrsg. Hegemann, T. & R. Salman. Bonn: Psychiatrie Verlag: 311-324.
- Sanders, James R. (2006). *Handbuch der Evaluationsstandards. Die Standards des "Joint Committee on Standards for Educational Evaluation"*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Schenk, Liane (2007). Migration und Gesundheit - Entwicklung eines Erklärungs- und Analysemodells für epidemiologische Studien. *International Journal of Public Health* 52 (2): 87-96.
- Schleuning, G. & M. Welschehold (2000). *Modellprojekt Psychiatrisches Casemanagement: Sektorbezogene Untersuchung einer Gruppe von psychisch schwer und chronisch Kranken unter den Bedingungen einer koordinierten Betreuung und Behandlung im außerstationären Bereich*. Baden-Baden: Nomos
- Schwartau, Imke, Theda Borde & Matthias David (2011). Psychische Belastung von Patientinnen und Patienten in gynäkologisch-internistischen Notfallambulanzen von drei Berliner Innenstadtkliniken. In *Migration und psychische Gesundheit: Belastungen und Potentiale*, Hrsg. Borde, T. & M. David. Frankfurt am Main: Mabuse: 105-118.
- Shakespeare, Tom & Nicholas Watson (1997). Defending the Social Model. *Disability & Society* 12 (2): 293-300.
- SIM (Sozialwissenschaftliches Institut München, Sozialplanung und Quartiersentwicklung) (2013). *Evaluation des Projektes "Interkulturelle Qualitätsentwicklung in Münchner Sozialregionen" (IQE) - 2008-2010 (Endbericht)*. München: SIM.
- SIM (Sozialwissenschaftliches Institut München, Sozialplanung und Quartiersentwicklung) (2014). *Endbericht zur Evaluation des Pilotprojektes „Psychosoziale Begleitung und Unterstützung von Menschen mit Migrationshintergrund und psychischen Problemen in der Sozialregion Laim/Schwanthalerhöhe als Modellregion“*. München: SIM.
- Straßburger, Gaby & Stefan Bestmann (2008). *Praxishandbuch für sozialraumorientierte interkulturelle Arbeit (Herausgeber: Senatsverwaltung für Bildung, Wissenschaft und Forschung)*. Bonn: Stiftung Mitarbeit.
- SVR (Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration) Hrsg. (2016). *Fakten zur Einwanderung in Deutschland*. Berlin: SVR.
- Weiß, Regula (2003). *Macht Migration krank? Eine transdisziplinäre Analyse der Gesundheit von Migrantinnen und Migranten*. Zürich: Seismo.
- Zeiler, J. & F. Zarifoglu (1997). Psychische Störungen bei Migranten: Behandlung und Prävention. *Zeitschrift für Sozialreform* 43: 300-33