

# Versorgungsbericht

*Zur psychosozialen Versorgung  
von Flüchtlingen und Folteropfern  
in Deutschland*

---

## 5. aktualisierte Auflage

BAff – Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der  
psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer



## Impressum

### Herausgeberin

*Bundesweite Arbeitsgemeinschaft  
der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge  
und Folteropfer – BAfF e.V.*  
Paulsenstraße 55-56 | 12163 Berlin

Tel.: +49 30 310 124 63  
E-Mail: [info@baff-zentren.org](mailto:info@baff-zentren.org)  
Web: [www.baff-zentren.org](http://www.baff-zentren.org)

### Autorinnen

Jenny Baron, Lea Flory  
Redaktionsschluss: 12. August 2019

### Layout/Grafikdesign

Marjam Fels

### Umschlagfoto

© birdys // photocase.de

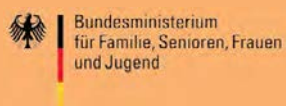
Die Publikation kann über den Online-Shop der BAfF e.V. bestellt werden:  
[www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/shop/](http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/shop/)

Herzlichen Dank an die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und  
Folteropfer, die einen Teil ihrer knappen Zeit für die Teilnahme an der  
Datenerhebung aufgebracht haben.

© BAfF e.V. 2019. Alle Rechte vorbehalten.



Diese Publikation wurde über das Projekt **THS** aus Mitteln des Asyl-,  
Migrations- und Integrationsfonds kofinanziert.



**BAfF**

---

**Versorgungsbericht**  
(5. aktualisierte Auflage)

# Inhaltsverzeichnis

Vorwort	5
Wegweiser zu den Inhalten	6
1. Kapitel   Aktuelles zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten	10
2. Kapitel   Risiko- und Schutzfaktoren im Kontext der aktuellen Aufnahmebedingungen	16
2.1 Restriktivierungen vs. Liberalisierungen: Asylpolitische Entwicklungen seit 2015	21
2.2 Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften	22
2.3 Soziale Unterstützung, Integration und Gesundheit	22
3. Kapitel   Zugang zum Gesundheitssystem	28
3.1 Anspruch und Inanspruchnahme	28
3.2 Lots*innen, Peers und Laienhelfer*innen: Neue Unterstützungskonzepte in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten	33
Zur Psychosozialen Versorgung von Geflüchteten	43
4. Kapitel   Die Arbeit der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer	46
Das Leitbild der Psychosozialen Zentren	48
Das Leistungsspektrum und die Angebote der Psychosozialen Zentren	50
5. Kapitel   Klient*innen in den Psychosozialen Zentren	58
5.1 Anzahl der Klient*innen in den PSZ	59
5.2 Klient*innen in den einzelnen Versorgungsbereichen	62
5.3 Herkunftsländer der Klient*innen	64
5.4 Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen	65
5.5 Kinder und Jugendliche in den PSZ	68
5.6 LSBTIQ* Geflüchtete in den Psychosozialen Zentren	74
5.7 Sprachmittlung in den Psychosozialen Zentren	78
5.8 Klient*innen in Psychotherapie	79
5.9 Klient*innen in psychiatrischer Versorgung	83
5.10 Entwicklung der Klient*innen-Zahlen in den Psychosozialen Zentren	84

6. Kapitel   Personelle Ressourcen der Psychosozialen Zentren	90
6.1 Anzahl der Mitarbeitenden	90
6.2 Berufsgruppen im multiprofessionellen Team	91
6.3 Entwicklung der personellen Ressourcen in den PSZ	97
7. Kapitel   Kapazität der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer	100
7.1 Aufnahmepraxis der Psychosozialen Zentren	100
7.2 Wartelisten in den Psychosozialen Zentren	103
7.3 Ablehnungen	108
7.4 Erreichbarkeit der psychosozialen Versorgung	110
7.5 Vermittlungen in die Regelversorgung: Möglichkeiten und Grenzen	114
7.6 Regionale Besonderheiten in Ostdeutschland	123
8. Kapitel   Finanzierung der psychosozialen Versorgung	126
8.1 Gesundheitsleistungen im AsylbLG	126
8.2 Kostenübernahmen für Psychotherapien in den PSZ	127
8.3 Finanzierung psychosozialer Versorgung außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems	136
9. Kapitel   Zusammenfassung und Fazit	144
Literatur	149
Verzeichnisse	155
Abbildungsverzeichnis	155
Tabellenverzeichnis	156
Adressenverzeichnis	158



# Vorwort

Geflüchtete haben in ihren Herkunftsländern und auf der Flucht oft schwere Gewalt erlebt. Die Unsicherheit während des Asylverfahrens und die Unterbringung in Massenunterkünften sind oft zusätzlich belastend. Die Hürden auf dem Weg in ein selbstbestimmtes Leben sind hoch und vor allem für traumatisierte Geflüchtete manchmal nicht ohne psychosoziale Unterstützung zu bewältigen. Ob in Deutschland ausreichend Unterstützungsangebote für psychisch belastete Geflüchtete zur Verfügung stehen, wie zugänglich psychotherapeutische Versorgung ist und wie viele geflüchtete Menschen letztlich in- und außerhalb des Gesundheitssystems versorgt werden können, wird in Deutschland nach wie vor kaum diskutiert. Inwieweit das Recht auf Gesundheit und einen diskriminierungsfreien Zugang zum Gesundheitssystem auch für Geflüchtete gewährt werden muss, ist Teil einer kontroversen Debatte, die vor allem entlang migrationspolitischer Interessen geführt wird.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) hat sich zur Aufgabe gemacht, dieser Debatte jährlich aktualisierte Analysen – nun in der 5. Auflage – zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern zur Verfügung zu stellen.

Die Daten, die den Analysen zugrunde liegen, stammen aus der jährlichen Erhebung der BAfF in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sowie aus Interviews mit Expert\*innen, die in diesen Einrichtungen als Therapeut\*innen oder Sozialarbeitende arbeiten. Die Ergebnisse werden verknüpft mit aktuellen Forschungsergebnissen (**Kapitel 1**), mit Analysen zum Einfluss der Lebensbedingungen auf die Gesundheit von Geflüchteten (**Kapitel 2**) und mit Befunden zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (**Kapitel 3**). Auch eine Bewertung neuer Versorgungskonzepte, die eine Unterstützung traumatisierter Geflüchteter durch Lai\*innen und Peers empfehlen, ist Teil dieser Betrachtung.

Das Kernstück des Versorgungsberichts bildet die Vorstellung des Leitbilds, der Angebote und der Versorgungsstruktur (**Kapitel 4**) der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer: Es wird beschrieben, wen die Psychosozialen Zentren in den verschiedenen Settings versorgen, woher ihre Klient\*innen kommen und in welcher aufenthaltsrechtlichen Situation sie sich befinden (**Kapitel 5**). Dabei wird ausführlicher u.a. auf das therapeutische Setting und die Sprachmittlung in Beratung und Therapie eingegangen. Eigene Schwerpunktseiten wurden für die Gruppe der Kinder und Jugendlichen in den PSZ und die Gruppe der queeren Klient\*innen eingebunden.

Nach einer Vorstellung des Konzepts der multiprofessionellen Teams und der personellen Ressourcen in den PSZ (**Kapitel 6**) geht der Bericht schließlich der Frage nach, wie zugänglich und erreichbar die Angebote der Zentren für Geflüchtete sind und wie sich die Nachfrage Hilfe suchender Geflüchteter im Vergleich zu ihrer Kapazität verhält (**Kapitel 7**). Als Indikatoren werden die Aufnahme- bzw. Anmeldepraxis der Einrichtungen betrachtet – einschließlich des Wartelistenmanagements sowie der Anzahl derjenigen Klient\*innen, die von den PSZ nicht aufgenommen werden können. Die Vermittlung in die Regelversorgung wird in einem eigenen Unterkapitel behandelt.

Hinsichtlich der Finanzierung der psychosozialen Versorgung (**Kapitel 8**) wird zunächst auf die Möglichkeiten eingegangen, Psychotherapien mit Geflüchteten über die gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger abzurechnen. Das Kapitel enthält aktualisierte Zahlen zur Kostenübernahme durch die Sozialbehörden, über die Ermächtigungsregelung, durch die Krankenkassen und die Jugendämter sowie einen Überblick über die Finanzierungsstruktur der Psychosozialen Zentren außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems.

Erstmals enthalten die Analysen der BAfF im aktuellen Versorgungsbericht auch Informationen zu regionalen Unterschieden in der Versorgungslandschaft und einen detaillierteren Rückblick auf die Entwicklung der Versorgungssituation in den letzten 5 Jahren. Der Bericht schließt mit Empfehlungen für gesundheits- und sozialpolitische Interventionen, die aus diesen Analysen folgen sollten.

# Wegweiser zu den Inhalten

ICH WILL MEHR WISSEN ZU...

Trauma und Flucht

Gesellschaft und Gesundheit

Zugang zum Gesundheitswesen



Wie viele Leute sind  
traumatisiert?  
  
Wie viele erkranken?

Was macht krank?  
Was hält gesund?  
Welche Rolle spielen die  
Lebensbedingungen?  
Welche Rolle spielen wir als  
Gesellschaft und Politik?

Können Geflüchtete das Gesund-  
heitssystem nutzen wie  
jede\*r andere auch?  
Welche Rolle spielen Peers  
und Laienhelfer\*innen – was  
können sie leisten?



*1. Kapitel // Seite 10*

*2. Kapitel // Seite 16*

*3. Kapitel // Seite 27*

Aktuelles zur psychischen  
Gesundheit von  
Geflüchteten

Risiko- und Schutzfaktoren im  
Kontext der aktuellen Aufnah-  
mebedingungen

Zugang zum  
Gesundheitssystem



3.1 // S. 28

3.2 // S. 33

8.1 // S. 126

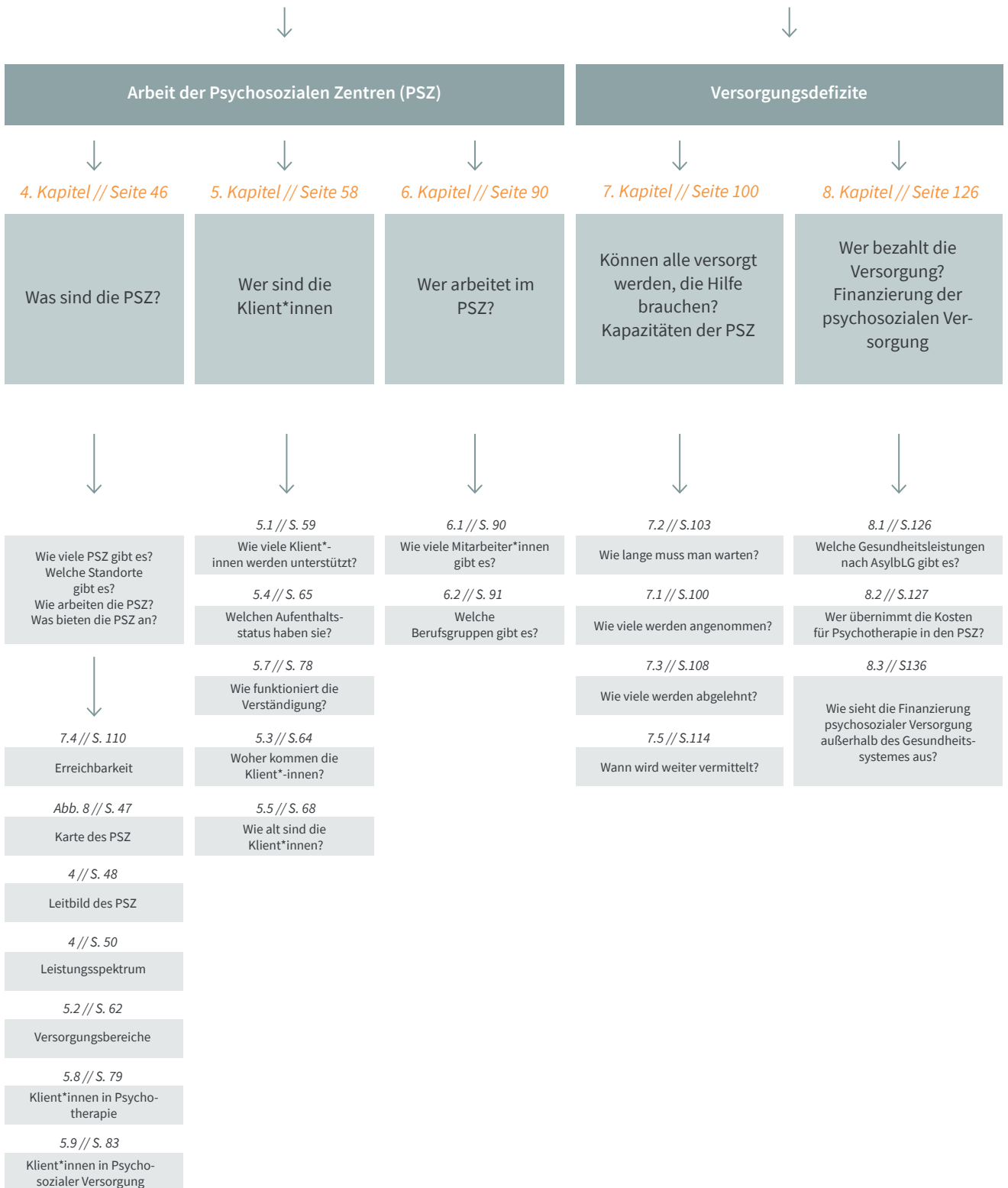
Anspruch  
und  
Inanspruch-  
nahme

Lots\*innen,  
Peers und  
Laienhel-  
fer\*innen

Gesund-  
heitslei-  
stungen im  
AsylbLG



## Psychosoziale Versorgung







# 1. Aktuelles zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten

---

## DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

### Kernpunkte zur psychischen Gesundheit Geflüchteter (World Health Organisation, 2018)

- ▶ Die Prävalenz von PTBS, Depressionen und Angststörungen bei Geflüchteten ist höher als in der Bevölkerung des Aufnahmelandes – auch bei Kindern und Jugendlichen.
  - ▶ Die Prävalenz psychischer Störungen bei Geflüchteten zeigt erhebliche Unterschiede in Abhängigkeit von der untersuchten Bevölkerung und der eingesetzten Messinstrumente.
  - ▶ Risikofaktoren für psychische Probleme können in allen Phasen des Flucht- und Migrationsprozesses sowie beim Ankommen im Aufnahmeland auftreten.
  - ▶ Schlechte sozioökonomische Bedingungen wie Arbeitslosigkeit oder Isolation sind mit erhöhten Depressionsraten bei Geflüchteten verbunden.
- 

Zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland gibt es noch immer nur wenige belastbare empirische Befunde (Frank et al., 2017). Die Angaben zu Prävalenzen von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten variieren deutlich in Abhängigkeit z. B. von der untersuchten Gruppe oder auch von den eingesetzten Erhebungsinstrumenten. Die wenigen Studien berichten aber ähnliche hohe Prävalenzen wie sie auch aus internationalen Studien zur Verbreitung psychischer Erkrankungen bei geflüchteten Personen bekannt sind (Belz, Belz, Özkan, & Graef-Calliess, 2017; Georgiadou, Zbidat, Schmitt, & Erim, 2018; Kröger, Frantz, Friel, & Heinrichs, 2016; Winkler, Brandl, Bretz, Heinz, & Schouler-Ocak, 2019). Für den internationalen Kontext kommen sowohl die bislang umfangreichste Metaanalyse zur Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten (Steel et al., 2009) – eine Untersuchung, die sich auf Daten von mehr als 81.000 Personen aus 40 verschiedenen Ländern bezieht – als auch der aktuellste systematische Review mit Untersuchungsdaten für über 6.000 Geflüchtete (Lindert, Ehrenstein, Wehrwein, Brähler, & Schäfer, 2018) zu Prävalenzraten von rund 30 % sowohl für die Posttraumatische Belastungsstörung als auch für depressive Erkrankungen.

Neben Forscher\*innen haben sich der Thematik inzwischen aber auch Institutionen wie Krankenkassen sowie das Sozio-oekonomische Panel (SOEP) angenommen und Erhebungen durchgeführt, um zu gesicherten Daten zu kommen. Darunter ist auch eine aktuelle Studie (Schröder, Zok, & Faulbaum, 2018), die vom Wissenschaftlichen Institut der AOK (WidO) durchgeführt wurde.

### Nicht ohne Folgen. Prävalenz und Versorgung Geflüchteter in Deutschland – aktuelle Zahlen der WidO-Studie

Das Wissenschaftliche Institut der AOK (WidO) hat im Sommer 2018 eine repräsentative Erhebung zur Gesundheit von Geflüchteten durchgeführt. Die Autor\*innen befragten 2.021 Geflüchtete aus Syrien, dem Irak und Afghanistan, die größten Gruppen der nach Deutschland kommenden Geflüchteten in den letzten Jahren. Die Personen waren mindestens 18 Jahre alt, lebten bereits bis zu zwei Jahre in Deutschland und wohnten noch in Aufnahmeeinrichtungen.

Die Studie kommt zu dem Ergebnis, dass rund drei Viertel der Schutzsuchenden (74,7 %) unterschiedliche Formen von Gewalt erfahren haben und oft mehrfach traumatisiert sind. Etwa 60 % der Geflüchteten haben Krieg und 40 % Angriffe durch Militär miterlebt. Bei jeder dritten Person sind Angehörige verschleppt worden oder verschwunden. Nur 22 % der Personen berichteten in der Befragung von keinen traumatischen Erfahrungen. Bei mehr als 40 % aller Befragten dieser Studie zeigten sich Anzeichen einer depressiven Erkrankung: Mutlosigkeit, Trauer und Bedrückung (42,7 %) sowie Nervosität und Unruhe (42,9 %). Erst danach folgten körperliche Beschwerden wie Rückenschmerzen (36,6 %) oder Kopfschmerzen (36,4 %) wie auch Müdigkeit und Erschöpfung (31,0 %) sowie Schlafstörungen (29,4%). Im Vergleich zu Geflüchteten, die keine traumatischen Erfahrungen angegeben hatten, traten diese Beschwerden bei traumatisierten Personen doppelt so häufig auf. Auch die subjektive Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands sei bei Geflüchteten im Vergleich zur deutschen Wohnbevölkerung

deutlich schlechter – obwohl Geflüchtete seltener angaben, an chronischen Krankheiten zu leiden.

Die deutlich schlechtere Einschätzung des eigenen Gesundheitszustands bewerten die Autor\*innen u. a. im Zusammenhang mit der schlechteren Lebenssituation in den Aufnahmeeinrichtungen durch die räumliche Enge, die belastende Lautstärke und mangelnde Privatsphäre, aber auch mit Ängsten und Sorgen angesichts der Situation in den Herkunftsstaaten. Auch der Alltag in den Unterkünften, der oft von Langeweile und fehlender sinngebender Beschäftigung geprägt ist, und die Ungewissheit über die eigene Zukunft könnten sich negativ auf den Gesundheitszustand der Geflüchteten auswirken.

### Psychische Belastung von Geflüchteten im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung – aktuelle Daten aus dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP)

Auch in der Längsschnittbefragung, die das Sozio-oekonomische Panel (SOEP), das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und das Forschungszentrum des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF-FZ) gemeinsam durchführen (Brücker et al., 2019), werden Indikatoren zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland erfasst. Die Befragung ist repräsentativ – die Stichprobe wurde aus dem Ausländerzentralregister gezogen und ist die bislang umfassendste Haushaltsbefragung von Geflüchteten in Deutschland. In die Analysen, in denen auch Gesundheitsindikatoren untersucht wurden, gingen die Daten von insgesamt 2.447 Geflüchteten ein. Eine erste Kurzanalyse durch das Forschungszentrum Migration, Integration und Asyl des BAMF (Brücker et al., 2019) liefert Hinweise darauf, dass für Geflüchtete im Vergleich zur deutschen Bevölkerung ein höheres Risiko besteht, an Posttraumatischen Belastungsstörungen und Depressionen zu erkranken.

Eine große Mehrheit der in der Erhebung befragten Geflüchteten (87 %) gab an, dass sie potentiell traumatisierende Ereignisse wie Krieg, Verfolgung oder Zwangsrekrutierung erlebt haben. Über die Hälfte derjenigen Personen, die darüber Auskunft geben wollten (56 %), nannten (meist zusätzlich) Schiffbruch, Gewalterfahrungen, sexuellen Missbrauch, willkürliche Gefängnisaufenthalte und ähnliche Erfahrungen. Knapp 1/3 der Befragten wollte diese Frage jedoch nicht beantworten. Die Autor\*innen gehen davon aus, dass diese Gruppe überdurchschnittlich betroffen ist: Für genau diese Personen zeigte sich in den Gesundheitsindikatoren später auch ein hohes Risiko für PTBS- und depressionsbezogene Symptome.

Als Gesundheitsindikatoren wurden *psychisches Wohlbefinden* allgemein, Indizes für *depressive Erkrankungen & Ängstlichkeit* und der Grad der emotionalen Belastung – im Sinne eines Indikators für das *Risiko, an einer PTBS zu erkranken* – mit dem Refugee Health Screener (RHS-15) erhoben. Die Ergebnisse zeigen, dass bei Geflüchteten das psychische Wohlbefinden schlechter und depressionsbezogene Symptome stärker waren als im Bevölkerungsdurchschnitt. Ältere Geflüchtete waren dabei stärker betroffen, einen vergleichbaren Trend in der Gesamtbevölkerung gab es nicht (siehe Abb. 1 und 2). Auch das Risiko, an einer PTBS zu erkranken, war in allen Altersgruppen hoch. Es lag zwischen 35 und 40 % bei jüngeren Geflüchteten, bei Frauen über 35 Jahren bei 56 % und bei Frauen über 45 Jahren sogar bei 69 %. Geflüchtete aus Afghanistan wiesen das höchste PTBS-Risiko auf (59 %), gefolgt von Menschen aus Syrien (31 % für Männer, 44 % für Frauen) und dem Irak (32 % für Männer, 37 % für Frauen). In allen Herkunftsländern lag das PTBS-Risiko über 20 % (siehe Abb. 3) – also weit höher als für den Bevölkerungsdurchschnitt zu erwarten. In Deutschland liegt die 12-Monats-Prävalenz für eine Posttraumatische Belastungsstörung in der Allgemeinbevölkerung bei 2,3 % (Jacobi et al., 2014).

© 52Hertz // pixabay.com



## DIE IAB-BAMF-SOEP-BEFRAGUNG VON GEFLÜCHTETEN

Ein Forschungsteam aus dem BAMF, dem Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und dem Sozio-oekonomischen Panel (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) hat im Rahmen einer repräsentativen Längsschnittuntersuchung die Lebensbedingungen von Geflüchteten in Deutschland erhoben. Thematisiert wurden u. a. ihre Bildungs-, berufliche und familiäre Situation. Weil die psychische und physische Gesundheit die Integrations- und Teilhabechancen von Geflüchteten maßgeblich beeinflussen kann, haben die Forscher\*innen auch Indikatoren für den Gesundheitszustand erhoben.

Zunächst wurde mit 12 gesundheitsbezogenen Fragen der physische und psychische Gesundheitszustand der Geflüchteten in den letzten 30 Tagen erfragt. Für das psychische Wohlbefinden wurde eine Summenskala (Mental Component Summary - MCS, kodiert von 6 bis 73) gebildet, die so normiert ist, dass ein höherer Wert einem besseren Wohlbefinden entspricht und der Durchschnittswert in der Gesamtbevölkerung bei 50 liegt. In Abb. 1 ist visualisiert, dass Geflüchtete Männer und Frauen in allen Altersgruppen ein geringeres psychisches Wohlbefinden berichten als Männer und Frauen im Bevölkerungsdurchschnitt.

Zusätzlich wurden mit dem Kurzfragenbogen PHQ4, einer Ultrakurzform des Patient-Health-Questionnaire, Symptome für depressive Erkrankungen und Ängstlichkeit erhoben und ein Summenindex, skaliert von 0 bis 12 gebildet. Je mehr Symptome die Befragten berichteten, desto höher ist der Wert. Auch hier zeigen sich bei geflüchteten Befragte in allen Altersgruppen mehr Symptome als im Bevölkerungsdurchschnitt (Abb. 2).

Zur Abschätzung des PTBS-Risikos haben die Autor\*innen außerdem die psychische Belastung der Geflüchteten mit dem Refugee-Health-Screener (RHS-15) erfragt. Abb. 3 visualisiert den Anteil der Geflüchteten, deren emotionale Belastung einen Schwellenwert überschritt, ab dem auch auf lange Sicht die Entwicklung einer PTBS möglich ist.

### Psychisches Wohlbefinden

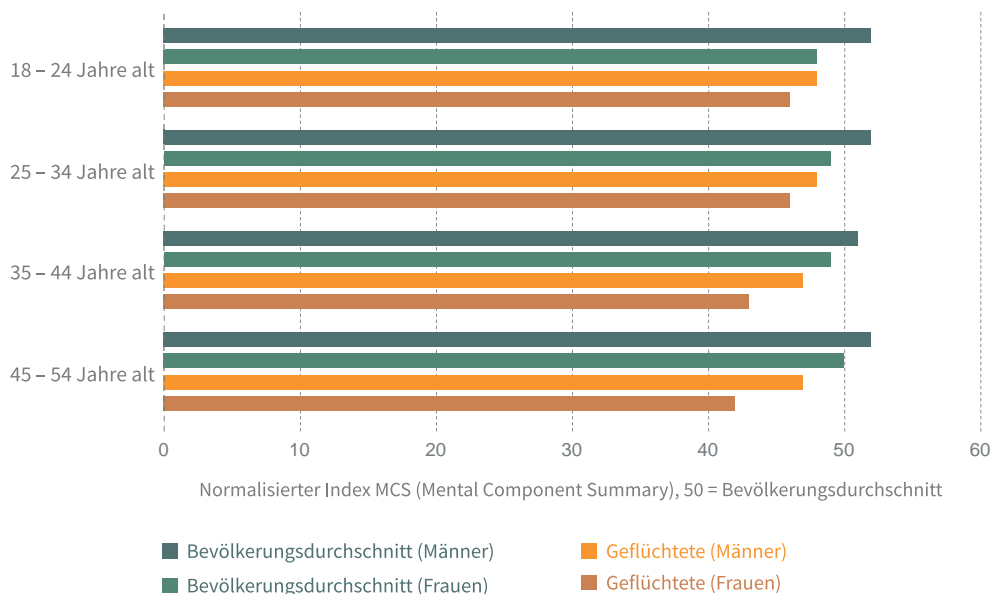


Abb. 1: Psychisches Wohlbefinden im Vergleich zwischen Bevölkerungsdurchschnitt und geflüchteten Menschen.

## Depressive Symptome

Summenindex PHQ-4

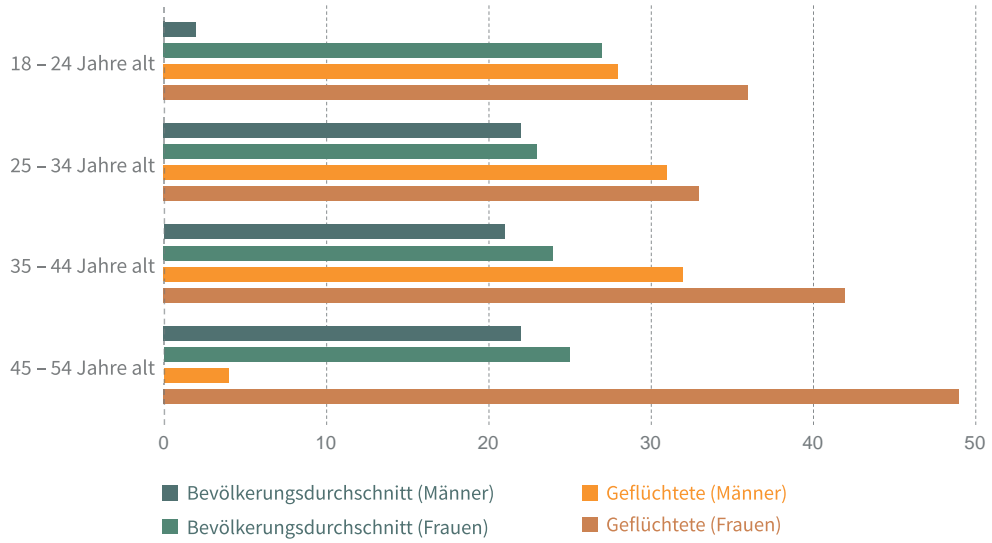


Abb. 2: Depressive Symptome im Vergleich beim Bevölkerungsdurchschnitt und bei geflüchteten Menschen.

## Risikogruppe PTBS

Anteil in Prozent

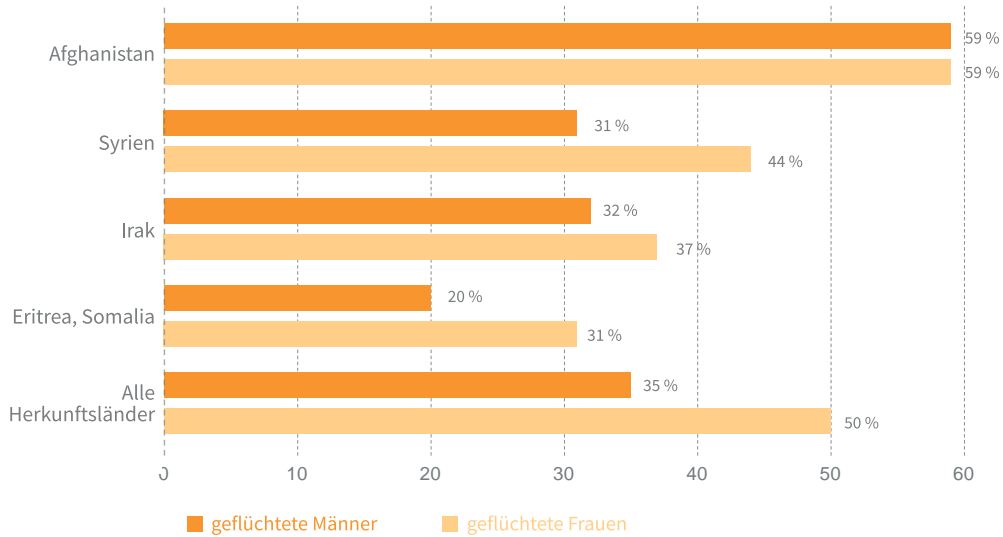


Abb. 3: Risikogruppe Posttraumatische Belastungsstörung bei geflüchteten Männern und Frauen.

Erste Befragungsergebnisse im Detail: Brücker, H., Croisier, J., Kosyakova, Y., Kröger, H., Pietrantonio, G., Rother, N., & Schupp, J. (2019). Zweite Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung. Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung. (Nr. 01/2019). Nürnberg. Zugriff unter: [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Kurzanalysen/kurzanalyse1-2019-fortschritte-sprache-beschaefigung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Kurzanalysen/kurzanalyse1-2019-fortschritte-sprache-beschaefigung.pdf?__blob=publicationFile)







## 2. Risiko- und Schutzfaktoren im Kontext der aktuellen Aufnahmebedingungen

---

### DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- ▶ Leben Geflüchtete ohne sicheren Aufenthaltsstatus unter eher restriktiven Aufnahmebedingungen, haben sie ein höheres Risiko, an psychischen Störungen zu erkranken als vergleichbare Personengruppen, die in inklusiven Kontexten leben.
  - ▶ Geflüchtete, die in Sammelunterkünften untergebracht werden, leiden häufiger unter psychischen Erkrankungen als Personengruppen, die dauerhaft in privaten Wohnungen leben.
  - ▶ Je mehr Belastungsfaktoren durch die Lebensbedingungen zusammenreffen, desto höher ist das Risiko, Symptome einer psychischen Erkrankung zu entwickeln.
  - ▶ In Ankerzentren-ähnlichen Unterkunfts-konzepten fließen fast alle aus der Forschung bekannten Risikofaktoren für psychische Krankheit zusammen.
- 

Viele der Erhebungen, die sich mit der psychischen Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland befassen, erfragen zugleich potentiell traumatisierende Erfahrungen, die die Betroffenen im Herkunftsland oder auf der Flucht erlitten haben. Doch ob Menschen, die Traumatisches erlebt haben, am Ende auch eine psychische Erkrankung entwickeln, wird nicht allein durch die Erlebnisse in der Vergangenheit beeinflusst. Eine bedeutende Rolle spielen darüber hinaus die aktuellen sozialen und ökonomischen Lebensbedingungen. Im besten Fall bietet die neue Umgebung sogenannte „Schutzfaktoren“, die es Überlebenden schwerer Gewalt ermöglichen, hier anzukommen und das Erlebte in einem sicheren Umfeld zu verarbeiten. Genauso können prekäre Lebensbedingungen wie ein unsicherer Aufenthalt, das Leben in Sammelunterkünften, Arbeitslosigkeit, soziale Isolation und Diskriminierung aber als „Postmigrationsstressoren“ fungieren und dazu beitragen, dass sich Symptome verstärken. Selbst bei bislang unauffälligen, aber durch das Erlebte besonders vulnerablen Personengruppen kann sich durch zusätzliche Belastungen das Risiko erhöhen, eine psychische Erkrankung zu entwickeln.

”

### *Ein Leben in einer Atmosphäre der permanenten Unsicherheit*

Die Erstaufnahmestelle in Horst, Mecklenburg-Vorpommern, liegt mitten im Wald auf dem Gelände einer ehemaligen Kaserne der Nationalen Volksarmee (NVA). Die Gegend war früher Sperrgebiet – hier verlief die Grenze der DDR zur Bundesrepublik. Heute leben hier Geflüchtete – in trostlosen Wohncontainern unter schlechten hygienischen Bedingungen, kilometerweit von den nächsten Einkaufsmöglichkeiten entfernt. Kinder werden nicht beschult, medizinische Versorgung und unabhängige Beratungsangebote sind kaum zugänglich. Einige NGOs haben Hausverbot und müssen ihre Beratungsangebote vor den Toren des Lagers anbieten.

Ernst-Ludwig Iskenius war lange Zeit ärztlicher Leiter von Refugio Villingen-Schwenningen, einem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer in Baden-Württemberg. Nun engagiert er sich für die Bewohner\*innen des Lagers in Horst. Wir haben mit ihm darüber gesprochen, wie es den Bewohner\*innen hier geht und welche Auswirkungen die Isolation und Kontrolle im Lager auf die psychische Gesundheit traumatisierter Geflüchteter haben.

**In Horst werden Geflüchtete sehr isoliert und abgeschirmt von der Außenwelt untergebracht. Wie wirkt sich diese Isolation Ihrer Erfahrung nach auf die Bewohner\*innen aus?**

*Jeder Mensch ist ein soziales Wesen. Das gilt auch für Geflüchtete. Gerade wenn man aus einem fremden Land, einer fremden Kultur erzwungenermaßen flieht oder gar verfolgt wird, ist das Bedürfnis nach Nähe zu anderen Menschen besonders groß.*

*Isolation und Ausgrenzung sind für sie Gift und verstärken zusätzlich die psychischen Probleme oder gar Störungen, die durch Verfolgung, Krieg, Gewalterfahrungen, Flucht hervorgerufen worden sind. Menschen, die schon in ihrer Heimat isoliert wurden, werden an diese häufig traumatisierenden Erlebnisse wieder erinnert, die Isolation wirkt hier als ein verstärkender Trigger.*

*Viele Menschen bezeichnen gegenüber uns die isolierenden Bedingungen der Lager als offene „Freiluftgefängnisse.“ Sie fühlen sich zusätzlich vom Schicksal bestraft, erleben eine neue Ohnmacht. Gerade traumatisierte Menschen, deren Weltbild und Menschenbild tief erschüttert worden ist und die sich deshalb unbewusst von der Umgebung zurückziehen, brauchen dringend vertrauensvolle Personen, bei denen sie wieder lernen können, Vertrauen, Sicherheit und Schutz zurückzugewinnen. Geflüchtete von der Gesellschaft zu trennen und zu isolieren ist unmenschlich und zerstört zusätzlich Hoffnungen, die häufig noch das einzige sind, was diese Menschen noch trägt. Umgekehrt verliert die Gesellschaft auch entscheidende Impulse: In der Regel haben diese Menschen uns viel zu sagen, zu zeigen und zu geben. Lassen wir die politisch gewollte Isolation zu, schneiden wir uns von wertvollen Begegnungen ab und verarmen selbst.*

*Eine frühzeitige Integration in die Einwanderungsgesellschaft und die Chance auf eine neue Heimat ist eigentlich eine Win-win-Situation für alle Seiten. Das muss den politisch Verantwortlichen immer wieder klargemacht werden.*

**Die Bedingungen in den Unterkünften sind häufig sehr unzureichend und erfüllen nicht mal Minimalstandards – z. B. dürfen Kinder nicht in die reguläre Schule gehen, Hygiene und Sauberkeit sind schlecht, es fehlt an Privatsphäre. Was macht das mit den Menschen in diesen Unterkünften?**

*Menschen, die die Belastungen durch häufig monatelange Verfolgung und Flucht endlich hinter sich lassen wollen, brauchen eine möglichst schnelle Normalisierung ihres Alltages. Nur so können sie wieder ihre Ressourcen und inneren Bewältigungsmöglichkeiten entfalten. Ein ständig nur improvisiertes Leben, wie es ihnen in diesen Lagern vorgegeben wird, ist ein zusätzlicher Stress und erzeugt ständig Unsicherheit. Diese stellt für viele einen weiteren Trigger für ihre schrecklichen Erinnerungen dar und vertieft die Folgen ihrer Traumatisierung. Sie erzeugen auch Schuldgefühle, besonders, wenn Dritte wie etwa ihre Kinder davon betroffen sind. Sie kommen niemals zur Ruhe. Besonders unter dem Lärm und der fehlenden Privatsphäre leiden viele Geflüchtete in diesen Lagern. Folgen sind ständige Hyperarousal-Zustände und Schlaflosigkeit.*

**Gerade für traumatisierte Menschen ist Sicherheit ein wichtiges Bedürfnis und Grundlage für ihre psychische Stabilisierung. Wie geht es diesen Menschen in Unterkünften, wo sie u. a. ihr Zimmer nicht abschließen können, keine Rückzugsräume vorhanden sind und Sanitäranlagen gemeinschaftlich genutzt werden?**

*Privaträume sind häufig das einzige, was diesen Menschen an inneren Rückzugsmöglichkeiten bleibt, um sich sicher zu fühlen und nicht ständig vermeintlichen äußeren Bedrohungen ausgesetzt zu sein. Sie haben ja oftmals auf ihren langen Fluchtwegen diesen Schutz und die Privatsphäre vermissen müssen oder sie wurde ihnen gewaltsam genommen. Werden diese zumindest für sie so elementaren Schutzräume jetzt erneut genommen, erleben sie weiterhin ihre Umgebung als bedrohlich. Wegen der häufig überproportional auftretenden Konflikte, die sich in verbaler, manchmal auch physischer Gewalt entladen können (wenn man so viele psychisch belastende Menschen auf so engen Raum über Monate hinweg zusammenpfercht), besteht die ständige Gefahr einer Reaktualisierung oder gar Retraumatisierung oder das Setzen neuer Traumata.*

*Zumindest können sie sich niemals entspannen, sondern bleiben in ihrer Hyperarousal-Symptomatik hängen. Das macht nicht nur psychisch krank, sondern setzt auf Dauer physische Schäden – die Gefahr für Bluthochdruck, Herzinfarkte, psychosomatische Erkrankungen steigt.*

**Abschiebungen finden in solchen Unterkünften häufig in der Nacht statt. Wie wirkt sich das auf die Bewohner\*innen aus? Wie gehen sie mit dieser fortwährenden Unsicherheit um?**

*Abschiebungen stellen immer Gewalt dar. Sie erzeugen auch bei unbeteiligten Menschen Angst und Schrecken. Sie zeigen nicht nur bei den Betroffenen, dass sie unerwünscht sind, sondern auch bei den Unbeteiligten, dass sie stets unvorhergesehen das gleiche Schicksal ereilen kann. Wenn ich morgens in unser psychosoziales Behandlungszentrum kam und dort 2 oder 3 meiner Klient\*innen unangemeldet vorfand, wusste ich sofort, dass Nachts in der Unterkunft wieder eine Abschiebung stattgefunden hat. Viele können vor Angst nicht schlafen, selbst wenn sie nicht gefährdet sind. Jedes Geräusch lässt sie aufschrecken, zum Fenster eilen und sie müssen sich versichern, dass die Polizei nicht vor ihrer Tür steht. Die Erwartungsangst ist gewaltig und lässt sich therapeutisch auch nicht reduzieren. Es ist der schlimmste Belastungsfaktor, der in der Regel diese Menschen sehr schnell zermürbt. Besonders verheerend wirkt sich diese ständige Unsicherheit auf die Kinder aus. Sie erleben die Erwachsenen als hilflos und handlungsunfähig. Schon nach kurzer Zeit tritt eine Rollenumkehr und hochgradige Parentifizierung mit all den psychischen, entwicklungshemmenden und sozialen Folgen ein. Viele nehmen diese Situation als „Hölle“ wahr und tauchen deshalb vorzeitig unter. Ein Leben in einer Atmosphäre der permanenten Unsicherheit, gerade wenn die*

*Bewohner\*innen selbst noch keinen sicheren Bleibestatus haben, macht krank und lässt alte Wunden nicht vernarben. Das Menschenrecht auf Gesundheit wird in solchen Einrichtungen mit Füßen getreten.*

**Bereits jetzt haben unabhängige Berater\*innen in vielen Unterkünften keinen Zugang zu den Bewohner\*innen. Können sich die Geflüchteten in dieser Situation noch Informationen zu dem Asylverfahren holen?**

*Ohne eine unabhängige Beratung kann kaum jemand das komplizierte Asylverfahren verstehen und den Anforderungen nachkommen. Das gilt insbesondere für traumatisierte Menschen, die aufgrund ihres Störungsbildes schweigen, Scham empfinden, aus Angst und Unsicherheit das Entscheidende nicht erwähnen oder jegliche Erinnerungen an die schreckliche Vergangenheit ausblenden wollen. Meine Beobachtungen sind die, dass gerade solche Menschen, wenn sie nicht intensiv auf die Anhörung vor dem Bundesamt vorbereitet werden, nicht anerkannt werden, obwohl sie berechnete Flucht- und Schutzgründe geltend machen könnten. Häufig ziehen sich dann aus der Fehlentscheidung durch das Bundesamt langwierige Verfahren nach sich, die zusätzlich zermürben oder ihre Traumatisierung chronifizieren lassen. Manche werden zudem durch die Nichtanerkennung ihres Leidens verletzt und verzweifeln. Deshalb ist der freie Zugang von unabhängigen Berater\*innen die Voraussetzung für ein faires Asylverfahren.*

**Welche Möglichkeiten haben Geflüchtete in diesen Lagern, wenn psychische Belastungen oder Störungen auftreten? Werden diese erkannt und behandelt?**

*Die medizinische Versorgung ist auf akute, meist physische und somatische Krankheits- und Schmerzzustände beschränkt. Das medizinische Personal hat*

*in der Regel gar keine Zeit, eine ausführliche Anamnese vorzunehmen. In vielen Einrichtungen fehlt den Ärzt\*innen und Pfleger\*innen auch die notwendigen Dolmetscher\*innen, so dass eine sprechende Medizin, die die Voraussetzung für Diagnose und notwendigen Behandlungsplan darstellt, überhaupt nicht praktiziert werden kann. Die Ausstattung und Möglichkeiten dieser medizinischen „Lagerversorgung“ ist stark beschränkt, so dass selbst bei gutem Willen häufig das medizinische Personal überfordert ist. Das Recht auf freie Arztwahl, das Recht, eine zweite Stimme bei komplizierteren Entscheidungen einholen zu dürfen, wird ihnen meist verwehrt. Abhängigkeit und Ohnmacht werden verstärkt, gerade in einem Bereich, wo es sehr viel um Vertrauensaufbau und sensible Intimität geht.*

*Eine solche eingrenzende „Lagermedizin“ ist abzulehnen. Den Geflüchteten sollten selbstverständlich alle Möglichkeiten unseres Gesundheitsversorgungssystems uneingeschränkt offenstehen. Selbst dieses weist ja genügend Defizite in der Versorgung dieser hoch vulnerablen Personengruppe auf und muss sich, besonders im ländlichen Bereich, noch auf die Bedürfnisse dieser Menschen einstellen. In Mecklenburg-Vorpommern, wo ich zurzeit ehrenamtlich tätig bin, fehlt es schlicht an entsprechenden Fachleuten und qualifizierten Dolmetscher\*innen. Auf jeden Fall kann man hier deutlich feststellen, dass die EU-Aufnahmerichtlinie für Geflüchtete und Asylbewerber\*innen in keiner Weise umgesetzt wird.*

Interview mit Ernst-Ludwig Iskenius



© Michael Gaida // pixabay.com



© Gerd Altmann, HardyS // pixabay.com

---

## „WIR“ UND „DIE ANDEREN“: DIE SYMBOLIK DER LAGER UND IHRE GESELLSCHAFTLICHEN FOLGEN

Ankerzentren sind nicht nur Orte der Unterbringung – sie sind ein Symbol für die institutionelle Ausgrenzung von Geflüchteten aus unserer Gesellschaft. Wer hier untergebracht wird, soll nur übergangsweise bleiben – so lange, bis die Asylberechtigung überprüft und beschieden ist. Die Unterbringung ist provisorisch, sie ist nicht für einen dauerhaften Aufenthalt, nicht zum Leben und Wohnen, gedacht – ihre baulichen Gegebenheiten, die beengten Wohnverhältnisse, die niedrigen Hygiene- und Versorgungsstandards markieren das auch nach außen (Schießl, 2018). Damit haben Ankerzentren auch einen appellativen Charakter, nach innen wie nach außen: Den Bewohner\*innen signalisieren sie, dass sie nicht Teil der Gesellschaft sind; sie verfügen nicht über die gleichen Rechte und Ansprüche, ihre Lebensbedingungen müssen einem geringeren Standard genügen, weil sie hier nur vorläufig aufgenommen wurden, um die Glaubhaftigkeit und Rechtmäßigkeit ihres Anliegens zu prüfen. Bis dahin haben sie auszuhalten und zu warten. Auch nach außen markieren die Lager eine Grenze: Sie grenzen ab von der umliegenden Gesellschaft, den dort geltenden Regeln und Gesetzen, den gesellschaftlich erreichten Lebensbedingungen und Lebensmöglichkeiten (ebd.) der „eigentlichen“ Bevölkerung, zu der geflüchtete Personen gerade nicht gehören. Durch diese besondere Unterbringungsform wird auch symbolisch die Andersartigkeit von Geflüchteten betont. Sie werden kategorisiert als „Fremde“, sie sind anders als „wir“ – die Gesellschaft, der sie nicht angehören.

Aus der sozialpsychologischen Forschung wissen wir, dass eine solche Kategorisierung von Personen als Mitglieder einer fremden Gruppe deren Ablehnung befördert (Tajfel, Billig, Bundy, & Flament, 1971) und Abwertungsprozesse in Gang setzen kann, die die Ungleichbehandlung dieser Gruppe legitimieren (Groß, Zick, & Krause, 2012). Durch die Forderung, Geflüchtete gesondert und in Massenunterkünften unterzubringen, wird eine Wahrnehmung gefördert, in der Schutzsuchende Objekte sind, die kontrolliert und geprüft und zu diesem Zweck besonders verwahrt werden müssen (Pieper, 2008). Der einzelne Mensch wird dabei unsichtbar. Sichtbar ist nur noch das Lager – und damit eine Lebensrealität, die Bilder von Menschenmassen produziert, die in Armut leben, nicht arbeiten dürfen, unter unhygienischen Bedingungen leben oder sich aus unrechtlichen Gründen in Deutschland aufhalten. Die Umschließung mit Stacheldraht, die Ausstattung mit Sicherheitspersonal und strenge Ein- und Ausgangskontrollen vermitteln einen Bedeutungszusammenhang, in dem Geflüchtete potentiell gefährlich und deshalb von der Gesellschaft fernzuhalten sind (ebd.). Eine Symbolik wie diese kann nur Angst erzeugen: Angst vor dem Anderen. Die Bewohner\*innen sind nicht mehr

als Schutzsuchende sichtbar, die ihre Heimat, ihre Besitztümer, ihr soziales Umfeld und ihre Arbeit durch Krieg, politische Verfolgung und menschengemachte Gewalt verlassen mussten. Sie sind auch nicht mehr sichtbar als Menschen, als Eltern, die sich um ihre Kinder kümmern, als Freund\*innen, die füreinander da sind, als begeisterte Sportlerin oder begnadeter Koch. Sie sind nicht mehr sichtbar in ihrer Unterschiedlichkeit in Bezug auf ihre Religion, ihre Herkunft, ihren sozialen und ihren Bildungshintergrund, ihre Fähigkeiten und ihre Interessen. Sie werden zu einer Masse von Gleichen, die anders sind. Unsere Wahrnehmung verschiebt und verengt sich. Indem das „Wir“ und das „Ihr“ besondere Betonung erfahren, spalten wir die Gesellschaft. Das Narrativ der Geflüchteten, die anders sind und die kontrolliert werden müssen, wird durch ihre Sonder-Unterbringung fortlaufend reproduziert – und damit auch die Kategorisierungs- und Abwertungsprozesse, mit denen Ungleichheitsideologien legitimiert. Die Gesellschaft wird ihrer Möglichkeit beraubt, notleidenden Menschen zu begegnen und sich solidarisch über die eigenen Bedarfe hinaus für eine tragfähige und stabile Gemeinschaft zu engagieren.

Aber: All diese Prozesse folgen keinem Naturgesetz. Die sozialpsychologischen Mechanismen, über die die Ablehnung oder aber die Akzeptanz von Geflüchteten funktionieren, sind maßgeblich vom politischen und sozialen Kontext abhängig: In Kommunen, in denen der Separation von Geflüchteten auf struktureller Ebene entgegen gewirkt wird, in denen Geflüchtete dezentral untergebracht, die Bevölkerung hinsichtlich der Aufnahme von Geflüchteten beteiligt und Geflüchtete in das Leben vor Ort eingebunden werden, steigt auch die Akzeptanz und die Unterstützung durch die lokale Bevölkerung (Aumüller, Priska, & Biesenkamp, 2015). Dabei zeigen Analysen zum Ausmaß von Vorurteilen, Intoleranz und antidemokratischen Einstellungen in Europa, dass die Dispositionen, Meinungen oder Emotionen der Individuen für Menschenfeindlichkeit insgesamt weniger entscheidend sind: Menschenfeindlichkeit ist eine *soziale* Haltung (Zick, Küpper, & Hövermann, 2011). Vorurteilen, Diskriminierung und Gewalt gegen „Fremde“ oder „Andere“ kann wirksam begegnet werden – wenn die gesellschaftspolitischen Voraussetzungen es erlauben (Wagner, 2017).

---

## 2.1 Restriktivierungen vs. Liberalisierungen: Asylpolitische Entwicklungen seit 2015

Im Kontext der asylpolitischen Entwicklungen in den letzten Jahren erlangen die Befunde zum Einfluss von Aufnahmebedingungen auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten besondere Relevanz. Seit dem Herbst 2015 sind über 20 Gesetzesänderungen durch das Parlament gegangen<sup>1</sup>. Spätestens ab dem Jahr 2016 zeigt sich dabei eine deutliche Tendenz zur „Restriktivierung“; Liberalisierungen, die in den Vorjahren z. B. im Bereich der Residenzpflicht, des Sachleistungsprinzips oder des Arbeitsmarktzugangs beschlossen worden sind, wurden wieder zurückgenommen (Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration, 2019). Strukturell haben sich damit auch die Bedingungen verändert, in denen Risiko- und Schutzfaktoren für die (psychische) Gesundheit von Geflüchteten wirksam werden. Ganz besonders gilt das für Geflüchtete, die in Massenunterkünften untergebracht werden, die nach dem Konzept der Ankerzentren funktionieren.

### Aufnahme – Entscheidung – Rückführung: Das Anker-Konzept

Im März 2018 haben sich die Regierungsparteien im Koalitionsvertrag darauf geeinigt, Asylsuchende künftig bundesweit in sogenannten Aufnahme-, Entscheidungs- und Rückführungseinrichtungen (AnKER-Zentren) unterzubringen<sup>2</sup>. In den Ankerzentren soll das gesamte Asylverfahren abgewickelt werden, Asylsuchende müssen bis zum Abschluss ihres Verfahrens – bei einer Ablehnung bis zur Abschiebung – in diesen Unterkünften verbleiben<sup>3</sup>. Nur noch Menschen mit positiver Bleibeperspektive sollen auf die Kommunen verteilt werden. In den Ankerzentren sollen bis zu 1.500 Personen untergebracht werden können, die Bewegungsfreiheit der Asylsuchenden wird eingeschränkt, sie unterliegen der Residenzpflicht und dürfen nicht arbeiten. Mit Beginn im August 2018 startete eine 12- bis 18-monatige „Pilotphase“, in der die ersten sieben Ankerzentren in Bayern „eröffnet“ bzw. eher als solche ernannt wurden. Nur Sachsen und das Saarland folgten mit Unterkünften in Dresden und Lebach, alle weiteren Bundesländer reagierten mit Zurückhaltung. Im Januar 2019 wurde deutlich, dass keine

weiteren Ankerzentren entstehen werden, keines der Bundesländer plane aktuell solch ein Zentrum<sup>4</sup>.

In den Ankerzentren leben Geflüchtete in einer Art Zwangsgemeinschaft mit unterschiedlichsten anderen Menschen auf engstem Raum – in der Regel in Mehrbettzimmern und ohne Rückzugsmöglichkeiten oder Privatsphäre. Den Bewohner\*innen ist es untersagt, sich so zu verpflegen, wie es ihnen gut tut oder sie es gewohnt sind. Mahlzeiten und Essenszeiten sind vorgegeben, eigene Kochmöglichkeiten existieren nicht, Lebensmittel dürfen meist nicht mit in die Unterkünfte genommen werden. Die Anwesenheit in den Unterkünften wird kontrolliert, es wird bewacht und reglementiert, wer sie wann betritt und wieder verlässt. Es ist verboten, eine Arbeit, eine Ausbildung oder ein Studium aufzunehmen, Kindern und Jugendlichen ist der Besuch einer Regelschule untersagt. Damit bestimmen erzwungene Untätigkeit und Warten die Tagesstruktur der Bewohner\*innen: Es gibt nichts zu tun, nichts wofür sie sich einbringen oder engagieren können.

Diese Einschränkungen der Autonomie und Bewegungsfreiheit sind nicht nur europa- und verfassungsrechtlich bedenklich (Schader, Rohmann, & Münch, 2018). Auch aus psychologischer, aus sozialwissenschaftlicher und aus gesundheitswissenschaftlicher Sicht muss davon ausgegangen werden, dass sich die Lebensbedingungen in Unterkünften, die ähnlich dem Ankerkonzept gestaltet sind, massiv auf die Perspektiven und den Gesundheitszustand der Betroffenen auswirken werden.

1 Übersichten über alle Gesetzesänderungen finden sich u. a. im Jahresgutachten 2019 des Sachverständigenrats deutscher Stiftungen für Integration und Migration (SVR) ([https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2019/05/SVR\\_Jahresgutachten\\_2019.pdf](https://www.svr-migration.de/wp-content/uploads/2019/05/SVR_Jahresgutachten_2019.pdf)) sowie auf der Homepage des Flüchtlingsrat Berlin ([http://fluechtlingsrat-berlin.de/recht\\_und\\_rat/asylg-2015/](http://fluechtlingsrat-berlin.de/recht_und_rat/asylg-2015/)).

2 Koalitionsvertrag zwischen CDU, CSU und SPD. 19. Legislaturperiode (Seite 107, Zeilen 4989 ff). Zugriff unter <https://www.bundesregierung.de/resource/blob/975226/847984/5b8bc23590d4cb2892b31c987ad672b7/2018-03-14-koalitionsvertrag-data.pdf?download=1> [14.5.2019]

3 Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (2018). AnKER-Einrichtungen – Ein Überblick. Zugriff unter [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/DasBAMF/anker-einrichtungen-ueberblick.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Downloads/Infothek/DasBAMF/anker-einrichtungen-ueberblick.pdf?__blob=publicationFile) [14.5.2019]

4 Spiegel Online (9. Januar 2019). Umfrage in Bundesländern: Keine weiteren Ankerzentren geplant. Zugriff unter <http://www.spiegel.de/politik/deutschland/bundeslaender-keine-weiteren-ankerzentren-geplant-a-1247119.html> [14.5.2019]

## 2.2 Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften

Die Ergebnisse internationaler Studien zeigen seit langem, dass Geflüchtete, die in temporären bzw. Sammelunterkünften untergebracht werden, häufiger unter psychischen Erkrankungen leiden als Personengruppen, die dauerhaft in privaten Wohnungen leben durften (Porter & Haslam, 2005). Es wirkt sich auch auf die psychische Gesundheit aus, ob man arbeiten darf oder nicht (Laban, Gernaat, Komproe, van der Tweel, & De Jong, 2005; Porter & Haslam, 2005). Die Analysen, die das SOEP zur Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland veröffentlicht hat, bestätigen die Befunde: Wer in privaten Wohnungen lebt und einer Arbeit nachgeht, wer mehr Kontakt mit der „einheimischen Bevölkerung“ hat und besser Deutsch kann, ist psychisch weniger belastet (Walther, Fuchs, Schupp, & von Scheve, 2019). Je mehr Belastungsfaktoren dabei durch die Lebensbedingungen einer Person zusammenreffen, desto höher ist ihr Risiko, Symptome einer psychischen Erkrankung zu entwickeln (Bogic et al., 2015). In anker-ähnlichen Unterkunfts-konzepten fließen fast alle aus der Forschung bekannten Risikofaktoren zusammen – ohne, dass diesen Schutzfaktoren gegenüber stehen, über die die Belastung kompensiert werden könnte. Menschen fühlen sich zur Untätigkeit verdammt und in ihren Möglichkeiten beschnitten, ihre Zukunft zu gestalten und für ihre eigene Sicherheit zu sorgen. Für Menschen, die Gewalt und Verfolgung erlebt haben, wiederholt sich nun dort, wo Sicherheit und Schutz erwartet wurde, ein weiteres Mal das Gefühl, ausgeliefert zu sein und die Situation nicht kontrollieren zu können. Die Unsicherheit besteht fort, sie bleiben im Gefahrenmodus. Gerade für traumatisierte Personen ist es ohne äußere Sicherheit aber kaum möglich, sich psychisch zu stabilisieren. Auch die räumlichen Gegebenheiten in den Unterkünften bieten in der Regel keine ausreichende Sicherheit: Das eigene Zimmer ist beengt und bietet keine Ruhe. Häufig gibt es keine Möglichkeit, die Türen abzuschließen. Die Sanitäranlagen werden gemeinschaftlich genutzt, was dazu führt, dass der Weg

dorthin nachts von Frauen oft nicht allein beschritten wird. Alleinreisende Frauen nehmen ihre Kinder mit, um mit dieser Situation des Ausgeliefertseins und der Angreifbarkeit umzugehen. Möglichkeiten und Räume der Entspannung oder Erholung existieren nicht – das Stresslevel bleibt dauerhaft hoch. Es wird zusätzlich verstärkt, wenn Bewohner\*innen regelmäßig die Abschiebung anderer Geflüchteter miterleben müssen. Auch Menschen, die selbst (noch) nicht von einer erzwungenen Rückkehr in ihr Herkunftsland betroffen sind, erleben die unfreiwilligen, meist nächtlich durchgeführten Abschiebungen als bedrohlich und geraten in Panik. Dies ist für alle Bewohner\*innen, insbesondere aber für Kinder und Jugendliche, in den Unterkünften äußerst belastend<sup>5</sup>. Die Erfahrungen im bayrischen Ankerzentrum Manching/Ingolstadt zeigen, dass diese Bedingungen für psychisch erkrankte Personen nicht nur schwer zu bewältigen sind, sondern ganz konkret ihre je spezifischen Symptome verstärken (Ärzte der Welt & Refugio München, 2019). Für Traumatisierte setzt sich der Traumatisierungsprozess fort, das Gefühl von existentieller Unsicherheit, Ohnmacht und Ausweglosigkeit bleibt bestehen und der psychische Druck kann sich krisenhaft zuspitzen. Die Zunahme der Suizidversuche bei Geflüchteten<sup>6</sup> ist in diesem Kontext sehr ernst zu nehmen.

5 Vgl. Süddeutsche Zeitung vom 9. Januar 2018. Wenn die Angst vor Abschiebung in den Suizid treibt. Zugriff unter: <http://www.sueddeutsche.de/bayern/fluechtlinge-wenn-die-angst-vor-abschiebung-in-den-suizid-treibt-1.3816767>. Frankfurter Rundschau vom 03.05.2018. Zugriff unter: <http://www.fr.de/rhein-main/landespolitik/linksfraktion-viele-versuchte-suizide-von-fluechtlingen-in-hessen-a-1499192>. Zeit Online vom 17.05.2017. Zugriff unter: <https://www.zeit.de/gesellschaft/zeitgeschehen/2017-05/fluechtlinge-niedersachsen-suizidversuche-asylbewerber>.

6 Die Anzahl der Suizidversuche und Suizide von Geflüchteten werden nicht systematisch erfasst. In der bundesweiten Todesursachenstatistik wird der Aufenthaltsstatus als Merkmal nicht erhoben. Nur einzelne Länder bzw. Kommunen erfassen diese Vorfälle. So ist aus Bayern, Hessen und Niedersachsen bekannt, dass sich die Anzahl der Suizidversuche in den vergangenen Jahren stark gestiegen ist und sich z. T. verdreifacht hat.

## 2.3 Soziale Unterstützung, Integration und Gesundheit

Aus der sozialwissenschaftlichen Forschung ist wiederum bekannt, dass der Ausschluss von Geflüchteten zum Beispiel aus dem Bildungs- und Arbeitssektor nicht nur temporär während der Ankunftszeit, sondern langfristig negative Auswirkungen auf ihre sozialen, materiellen und kulturellen Teilhabechancen hat – und zwar auch dann, wenn später ein sicherer Aufenthalt und damit verbunden eine weitreichendere rechtliche Gleichstellung gewährt wird (Söhn et al., 2017). Das heißt, wer nicht bereits in der Anfangszeit wie jedes andere Kind auch zur Schule gehen, seinen Lebensunterhalt durch Arbeit erwirtschaften, soziale Kontakte knüpfen und sich in der Kommune engagieren darf, dem oder der\* wird es auch perspektivisch

schwerer fallen, die deutsche Sprache zu lernen und in diesem für sie oder ihn fremden Land anzukommen. Geflüchtete, die in abgelegenen oder abgeschirmten Unterkünften leben müssen, sind in ihren Sozialkontakten vorrangig auf andere Bewohner\*innen verwiesen. Häufig leiden sie unter dieser Form der Separation. In der Praxis der Psychosozialen Zentren, vor allem aus den Community- und stadteilorientierten Projekten und den zahlreichen Ehrenamtsprogrammen zeigt sich, dass viele Geflüchtete sich private Beziehungen zu Deutschen, bzw. zu Menschen wünschen, die nicht aus ihrer Herkunftsregion kommen. Vor allem Menschen, die aus Konfliktgebieten geflohen sind oder einer Minderheit angehören meiden häufig explizit den



Kontakt zu Menschen aus ihrer Herkunftsregion, um sich zu schützen. Sie profitieren davon, wenn Nachbar\*innen, Ehrenamtliche, zivilgesellschaftliche Initiativen oder Nichtregierungsorganisationen Unterstützung, Begleitung und vor allem eine zwischenmenschliche Beziehung anbieten. In den Ankerzentren jedoch bleiben Geflüchtete isoliert – Unterstützer\*innen wird der Zugang verweigert oder massiv erschwert. Die von der gesellschaftlichen Infrastruktur der Kommunen abgeschotteten Einrichtungen laden nicht zum Engagement ein.

Soziale Unterstützung ist zugleich ein wichtiger Schutzfaktor gegen die Entwicklung bzw. die Zuspitzung psychischer Erkrankungen (Flatten et al., 2011; Maercker, Heim, Hecker, & Thoma, 2017). Dabei geht es nicht allein um die konkrete Hilfeleistung, die ein soziales Netzwerk geben kann, sondern auch darum, sich durch soziale Unterstützung zugehörig zu anderen Menschen bzw. einer Gemeinschaft zu fühlen, Anerkennung zu erhalten für die eigenen Schwierigkeiten und das erlittene Unrecht, aber auch für das, was man trotz allem erreicht hat. Auf diese Weise kann ein Gefühl von Sicherheit oder Aufgehobensein entwickelt und neue „korrigierende“ Beziehungserfahrungen gemacht werden. Personen, die in ein soziales Netzwerk und gemeindenahere Integrationsangebote eingebunden sind, können darüber hinaus deutlich leichter als möglicherweise besonders vulnerabel erkannt und entsprechend unterstützt werden. In isolierten Massenunterkünften hingegen können Sozial- und medizinische Dienste entsprechende Beratungs- und (Be-)Handlungsbedarfe nur bei aktiv Hilfe suchenden Personen erkennen und selbst dann in der Regel nur in Einzelfällen mit adäquaten Interventionen adressieren. Externe Hilfe oder psychosoziale Beratung steht den Menschen in den Unterkünften vor dem Hintergrund der restriktiven Zugangskontrollen meist nicht zur Verfügung. Auch die Schlüsselfunktion der Schule, d.h. die Beobachtungen, die Lehrkräfte durch ihren Kontakt mit möglicherweise belasteten und/oder auffälligen Schüler\*innen an entsprechende Hilfesysteme weitergeben können, kann hier durch die bislang fehlende Kooperation nicht genutzt werden (Ärzte der Welt & Refugio München, 2019).

### Zugang zu Unterstützung und besonderen Verfahrensgarantien

Durch die EU-Aufnahmerichtlinie sind alle Mitgliedsstaaten verpflichtet, zu beurteilen, ob eine Person, die in ihrem Land Schutz sucht, zur Gruppe der besonders vulnerablen Asylsuchenden zählt und welchen Bedarfen deshalb hinsichtlich der Unterbringung und für die Bewältigung des Asylverfahrens Rechnung getragen werden muss. So muss beispielsweise gewährleistet werden, dass eine traumatisierte Person Zugang zu einer psychologischen Behandlung erhält, wenn sie eine solche bräuchte. In Deutschland wird diesen Anforderungen bis heute nur regional und in der Ausführung sehr unterschiedlich nachgekommen, z. B. hinsichtlich des

Konzepts, des Zeitpunkts oder der Qualifikation der Durchführenden (Hager & Baron, 2017). Weil es kein bundesweites Konzept gibt, ist es bislang stark vom individuellen Engagement, dem Personalschlüssel und der Qualifikation der Sozialdienste in den Erstaufnahmeeinrichtungen sowie dem Einsatz ehrenamtlicher Unterstützer\*innen abhängig, ob Hinweise auf besondere Belastungen und Bedarfe erkannt und verfolgt werden. Für die betroffenen Geflüchteten sind damit oft Zufall, Glück und Beharrlichkeit die entscheidenden Weichen auf dem Weg in die Hilfesysteme. Die zentrale und isolierte Unterbringung von Geflüchteten in den Ankerzentren verschärft diese Situation. Die Erfahrungen, die Ärzte der Welt und Refugio München in Bayern in offenen psychiatrischen Sprechstunden und kunsttherapeutischen Gruppen machen (Ärzte der Welt & Refugio München, 2019), zeigen, dass zahlreiche Bewohner\*innen, die sich an diese Angebote wenden, besondere Einschränkungen, psychische Erkrankungen oder körperliche Behinderungen aufweisen, die weder bei der Unterbringung, noch durch eine adäquate Versorgung berücksichtigt worden sind. Auch wenn besondere Bedarfe identifiziert wurden, bleibe unklar, wie angesichts der starken Einschränkungen der Patient\*innen regelmäßige Termine bei Psychiater\*innen oder Ambulanzen realisiert und die notwendige Sprachmittlung organisiert werden könne. Die engmaschige, intensive Begleitung und Unterstützung, die diese besonders vulnerablen Personen auch bei organisatorischen und terminlichen Belangen benötigen, kann in den Anker-Einrichtungen nicht gewährt werden.

Daraus können sich für die Betroffenen auch im Asylverfahren Nachteile ergeben. Asylsuchende sind verpflichtet, in der Anhörung ihre Fluchtgeschichte vollständig darzulegen. Menschen, die traumatische Erlebnisse gemacht haben, können dieser Verpflichtung ohne Unterstützung nicht immer vollständig nachkommen. Es ist wissenschaftlich anerkannt, dass Menschen, die aufgrund des Erlebten eine Traumafolgestörung entwickelt haben, in vielen Fällen nicht ad hoc und ohne psychosoziale Unterstützung in der Lage sind, in einem konsistenten Narrativ über diejenigen Aspekte des eigenen Schicksals zu sprechen, die für das Asylverfahren besonders relevant sind. Die Betroffenen können aus Angst, Scham oder aufgrund störungsspezifischer Vermeidungsprozesse häufig nur karge Aussagen machen. Deshalb muss sichergestellt werden, dass die Betroffenen in die Lage sind, ihre Fluchtgründe sowie ihre Furcht vor einer Rückkehr in ihr Herkunftsland darzulegen. Damit klar ist, wer dafür besondere Unterstützung benötigt, sieht auch die Verfahrensrichtlinie vor, dass innerhalb eines angemessenen Zeitraums nach Stellung des Asylantrages geprüft wird, ob jemand besondere Verfahrensgarantien benötigt. Aus der Praxis ist bekannt, dass eine solche Prüfung seitens des Bundesamts für Migration und Flüchtlinge (BAMF) nicht systematisch durchgeführt wird. Ein Konzept, wie die Prüfung erfolgen soll, gibt es nicht (Hager & Baron, 2017). Die damit verbundenen Schwierigkeiten sind nicht neu, sie drohen sich aber durch die Einrichtung

von Ankerzentren zuzuspitzen. Durch die Beschleunigung der Asylverfahren, die Massenunterbringung und den Ausschluss der Zivilgesellschaft steigt das Risiko, dass gerade im Falle von psychischen Erkrankungen nicht rechtzeitig erkannt wird, wenn eine Person besondere Unterstützung benötigt. Auch die hohen Anforderungen, denen Asylsuchende für Nachweise eines krankheitsbedingten Abschiebeverbotes nachkommen müssen, sind für Geflüchtete, die in Ankerzentren untergebracht werden, kaum zu erfüllen. Im bayerischen Bamberg beispielsweise gibt es lediglich eine medizinische Sprechstunde. Außerhalb der Sprechstundenzeiten ist eine medizinische Versorgung nicht sichergestellt, eine weitergehende Versorgung oder Vermittlung an Fachärzt\*innen findet nicht statt, zum Teil entscheiden Sicherheitskräfte in diesen Fällen, wie

dann weiter zu verfahren ist<sup>7</sup>. Die Pflicht zum Vorlegen von qualifizierten ärztlichen Bescheinigungen kann fast nie nachgekommen werden.

Die ohnehin begrenzten Möglichkeiten, die gesundheitlichen Auswirkungen von Krieg, Folter und anderen Formen schwerer Gewalt im Hinblick auf das Asylverfahren feststellen zu lassen und geltend zu machen, werden unter all diesen Umständen weiter eingeschränkt. Asylanträge drohen abgelehnt zu werden, ohne dass die Fluchtgründe tatsächlich geprüft werden konnten.

<sup>7</sup> Vgl. dazu den Bericht des Flüchtlingsrats Bayern zur Situation in den Lagern. Zugriff unter <https://www.fluechtlingsrat-bayern.de/are-bamberg.html> [14.05.2019]



© StockSnap // pixabay.com

## „Health in All Policies“: Evidenz zum Zusammenhang von Migrationspolitik und Gesundheit

Die Befunde zum Einfluss von Postmigrationsstressoren auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten verweisen darauf, dass asyl- und migrationspolitische Maßnahmen entscheidende soziale Determinanten sind, die den Gesundheitszustand der Betroffenen beeinflussen – und zwar nicht nur über den Zugang zur Versorgung, sondern auch indirekt über soziale und ökonomische Faktoren. Dafür liegt nun seit kurzem mit einem groß angelegten systematischen Review und einer Metaanalyse (Juárez et al., 2019), veröffentlicht in *The Lancet Global Health*, eine wegweisende Evidenzbasis (Bozorgmehr & Jahn, 2019) vor. Die Forscher\*innen haben quantitative Studien aus 17 Jahren systematisch daraufhin überprüft, welchen Einfluss die Asyl-, Migrations- und Integrationspolitik von Aufnahmegesellschaften einkommensstarker Länder auf die Gesundheit von Migrant\*innen hat. Die Ergebnisse zeigen, dass restriktive asyl- und migrationspolitische Maßnahmen sich nachteilig auf den Gesundheitszustand auswirken. Die Unterschiede sind enorm: Die Mortalität von Migrant\*innen, die unter ausgrenzenden Verhältnissen leben müssen, ist mehr als doppelt so hoch wie die von

vergleichbaren Personengruppen, die in inklusiven Kontexten leben. Migrant\*innen, die ohne festen Aufenthaltsstatus und unter restriktiven Aufnahmebedingungen leben müssen, weisen ein höheres Risiko für psychische Belastungen, für Symptome von Depressionen sowie von Angst- und Posttraumatischen Belastungsstörungen auf. Auch die Integrationspolitik beeinflusst die Gesundheit von Migrant\*innen. Im Kontext von Einschränkungen im Zugang zu Systemen der sozialen Sicherung erleben Menschen stärkere integrationsbezogene Ängste, schätzen ihre physische und psychische Gesundheit schlechter ein, nehmen seltener Leistungen der Gesundheitsversorgung in Anspruch und weisen eine höhere Mortalität auf.

Aus diesen Ergebnissen leiten die Autor\*innen ab, dass Gesundheit nicht allein eine Aufgabe der Gesundheitspolitik ist, sondern von allen Politikbereichen adressiert werden muss. Es brauche ein „Health in All Policies“-Paradigma und einen Menschenrechtsansatz, der den Rechten von Migrant\*innen nach dem Völkerrecht Rechnung trage. Gesundheit sei ein interdependentes Menschenrecht: Maßnahmen, die die Sicherheit bzw. den Schutz von Migrant\*innen gewährleisten, seien zentral dafür, dass auch das Recht auf Gesundheit gewährt werden könne (Juárez et al., 2019).

---

### WEITERE INFORMATIONEN ZU ANKERZENTREN:

Für den MEDIENDIENST Integration haben Migrationsforscher\*innen Antworten zu den Fragen: Werden die Verfahren tatsächlich effizienter? Welche Folgen haben die Ankerzentren für Geflüchtete? Und wie wirkt sich die Neuregelung auf die Kommunen aus? im August 2018 eine Kurzstudie veröffentlicht. Die zentralen Ergebnisse sind:

- ▶ Ankerzentren werden zu Isolation und Belastungen bei Geflüchteten führen – die soziale und berufliche Integration wird erschwert. Dies wird hohe Folgekosten hervorrufen.
- ▶ Ankerzentren vernachlässigen die Bedeutung lokaler Unterstützungsstrukturen und laufen Gefahr, deren Wissen zu verlieren.
- ▶ Ankerzentren werden als Fremdkörper in den Kommunen wahrgenommen werden. Sie können einen Nährboden für Vorurteile liefern.
- ▶ Ob die Asylverfahren beschleunigt werden, ist fraglich.
- ▶ Die bisherige Planung der Ankerzentren berücksichtigt die Situation vulnerabler Gruppen wie Frauen und Kinder nicht ausreichend.

Kurzstudie unter: [https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Expertise\\_Anker-Zentren\\_August\\_2018.pdf](https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Expertise_Anker-Zentren_August_2018.pdf)

Von Ankunfts- und Rückführungseinrichtungen zu Ankerzentren. Situation in den Lagern; Flüchtlingsrat Bayern: <https://www.fluechtlingsrat-bayern.de/ankunfts-und-rueckfuehrungseinrichtungen.html>

Gemeinsame Stellungnahme von 24 Verbänden: <http://www.baff-zentren.org/news/gemeinsame-stellungnahme-von-24-verbaenden-ankerzentren-fuer-kinder-und-jugendliche-ungeeignet/>

---





### 3. Zugang zum Gesundheitssystem

#### DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE

- ▶ Gesundheit ist ein Menschenrecht, das völker- und europarechtlich geschützt ist. Geflüchtete haben ein Recht auf Gesundheitsversorgung wie jede\*r andere auch.
- ▶ In Deutschland finden Geflüchtete nach wie vor nur eingeschränkt Zugang zum Gesundheitssystem.
- ▶ Inzwischen drängen neue Versorgungskonzepte auf den Markt, die Versorgungslücken nicht über den Abbau von Barrieren, sondern über Laienhilfe-Programme speziell für Geflüchtete adressieren wollen. Einige dieser Ansätze bergen Gefahren, andere können unter Berücksichtigung bestimmter Rahmenbedingungen hilfreich sein.

Angesichts der hohen Prävalenz von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten und der zahlreichen Risikofaktoren, die durch ihre Lebenssituation als zusätzliche Belastungen wirksam werden, stellt sich die Frage, ob Geflüchtete mit einem Behandlungsbedarf in Deutschland auch Zugang zu den Versorgungsangeboten finden, die sie benötigen. Nicht alle Personen, die Traumatisches erlebt haben oder starken Belastungen ausgesetzt sind, benötigen auch eine Psychotherapie. Heilungsprozesse vollziehen sich bei einigen Menschen auch ohne professionelle Hilfe, vor allem, wenn Unterstützung und Stabilität im sozialen, kulturellen oder religiösen Kontext vorhanden ist. Andere benötigen jedoch eine fachliche Unterstützung in Form psychosozialer Hilfen oder psychotherapeutischer bzw. psychiatrischer Behandlung. Eine Therapie sollte der geflüchteten Person erlauben, so weit wie möglich selbst über den Verlauf und Art der Behandlung zu entscheiden, um Erfahrungen der Fremdbestimmung und Ohnmacht nicht zu wiederholen (Brensell & Weber, 2016).

#### 3.1 Anspruch und Inanspruchnahme

Das Menschenrecht auf Gesundheit gilt auch für Geflüchtete. Das Recht auf Gesundheit bzw. eine Gesundheitsversorgung ist auf internationaler Ebene durch verschiedene Abkommen und Konventionen geschützt. So sieht der **UN-Sozialpakt** (Internationaler Pakt über wirtschaftliche, soziale und kulturelle Rechte; IPwskR) vor, dass medizinische Einrichtungen und ärztliche Betreuung sicherzustellen sind, um *das Recht eines jeden auf das für ihn erreichbare Höchstmaß an körperlicher und geistiger Gesundheit zu verwirklichen* (Art. 12 IPwskR). Gesundheitsleistungen und -einrichtungen müssen für jede\* und jeden verfügbar, zugänglich,

annehmbar und qualitativ ausreichend sein<sup>8</sup> – auch für „Nicht-Staatsangehörige wie Flüchtlinge, Asylsuchende, Staatenlose, Wanderarbeitskräfte und Opfer von Menschenhandel, unabhängig von rechtlichem Status und Papieren“.<sup>9</sup>

Geflüchtete, die Menschenrechtsverletzungen wie Folter oder andere Formen schwerer physischer, psychischer oder sexueller Gewalt überlebt haben, wurden in besonderem Maße in ihrem Recht auf Gesundheit verletzt – für den Schutz und die Rehabilitation dieser Personengruppen gelten daher auch besondere Verpflichtungen. So geht die im Völkerrecht verankerte **UN-Antifolterkonvention** (Convention against Torture, CAT) spezifisch auf die besondere Leistungspflicht des Staates gegenüber Opfern von Folter ein. In einem General Comment zur Implementierung der Rehabilitationsverpflichtungen durch die Konvention hat der UN-Ausschuss gegen Folter noch einmal bekräftigt, dass Opfern von Folter medizinische und psychologische ebenso wie rechtliche und soziale Leistungen gewährt werden sollte, um ihnen eine so vollständige Rehabilitation wie möglich zu ermöglichen<sup>10</sup>. Die Regierungen sollen sicherstellen, dass diese spezialisierten Leistungen verfügbar, angemessen und zugänglich sind – sie können durch die Staaten selbst

8 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General Comment No. 14: The Right to the Highest Attainable Standard of Health (Art. 12 of the Covenant), 11 August 2000, E/C.12/2000/4, available at: <http://www.refworld.org/docid/4538838d0.html> [accessed 10 January 2017]

9 UN Committee on Economic, Social and Cultural Rights (CESCR), General comment No. 20: Non-discrimination in economic, social and cultural rights (art. 2, para. 2, of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights), 2 July 2009, E/C.12/GC/20, available at: <http://www.refworld.org/docid/4a60961f2.html> [accessed 6 January 2018]

10 UN Committee Against Torture (CAT), General comment no. 3, para 11 : Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment : implementation of article 14 by States parties, 13 December 2012, available at: <https://www.refworld.org/docid/5437cc274.html> [accessed 9 June 2019]

oder von durch die Staaten unterstützte Nichtregierungsorganisationen (NROs) erbracht werden<sup>11</sup>.

Auch im europäischen Recht findet sich die Verpflichtung, für die Gesundheit von Schutzsuchenden Sorge zu tragen. Die **EU-Aufnahmerichtlinie**<sup>12</sup> sieht vor, dass besonders vulnerable Asylsuchende – so unter anderem auch Personen, die unter psychischen Erkrankungen leiden – erforderlichenfalls eine geeignete psychologische Betreuung erhalten (Art. 19 Abs. 2). Obwohl die Frist zur Umsetzung der Richtlinie in nationales Recht bereits 2015 abgelaufen ist, erfolgte bislang keine Umsetzung in deutsches Recht. Zwar wurde 2015 ein Gesetzentwurf zur Umsetzung der Bestimmungen vorgelegt (Bundesministerium des Inneren, 2015), ein Gesetzgebungsverfahren ist allerdings bis heute ausgeblieben. Damit gilt die Richtlinie seit Ablauf dieser Frist unmittelbar – das heißt, die Bundesländer müssen sie umsetzen, auch wenn es keine bundeseinheitlichen Vorgaben dafür gibt. Für die psychosoziale Versorgung heißt das, dass der durch das Asylbewerberleistungsgesetz eingeschränkte Zugang zu Gesundheitsleistungen für die Gruppe der besonders vulnerablen Asylsuchenden aufgehoben werden muss. Der Zugang zu Psychotherapie beispielsweise liegt theoretisch nicht mehr im Ermessen der Sozialbehörden, sondern muss über den Weg einer Ermessensreduzierung auf null gewährt werden (ausführlich siehe Kapitel 8.1). Analysen dazu, inwieweit diese europarechtskonforme Auslegung des AsylbLG in der behördlichen Praxis Anwendung findet, existieren bislang nicht.

### Daten zur Inanspruchnahme des Gesundheitssystems

Die Daten, die das wissenschaftliche Institut der AOK (Schröder et al., 2018) zur Gesundheit von Geflüchteten erhoben hat, sprechen jedoch dafür, dass nur ein geringer Teil der erkrankten Geflüchteten aktuell auch eine angemessene Behandlung erhält. 27 % der chronisch erkrankten Geflüchteten, die das Institut befragt hat, gaben an, dass sie in den letzten sechs Monaten zwar beim Arzt waren, dort aber nicht behandelt wurden. Unter anderem sei die sprachliche Barriere in Arztpraxen oder auch den Krankenhäusern häufig eine Herausforderung: Mehr als die Hälfte aller Befragten (54,1 %) berichtete über große Schwierigkeiten, sich verständlich zu machen. Die Studienautor\*innen sehen hier dringenden Handlungsbedarf. Sie empfehlen, dass Geflüchtete ab dem ersten Tag einen umfassenden Anspruch auf medizinische Versorgung haben sollten, wie er auch gesetzlich Krankenversicherten zusteht. Bürokratische Hürden und sprachliche Hemmnisse müssten abgebaut und das

psychotherapeutische Angebot erweitert werden.

Die Ergebnisse dieser Befragungsdaten werden auch durch erste Routinedaten<sup>13</sup> unterstützt. So zeigt eine Analyse von Abrechnungsdaten der BARMER (Göpfarth & Bauhoff, 2017), dass Asylsuchende zwar deutlich häufiger unter psychischen Erkrankungen leiden als die Vergleichsgruppe der Regelversicherten, sie aber dennoch kaum Zugang zu ambulanter Psychotherapie haben und stattdessen häufiger stationär aufgenommen werden müssen. Untersucht wurden die Abrechnungsdaten von 3.639 Asylsuchenden, die der BARMER in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein über die eGK zugewiesen waren, allesamt Personen, die unter das AsylbLG fallen, aber nicht mehr in den Erstaufnahmeeinrichtungen der Länder leben und sich erst seit weniger als 15 Monaten in Deutschland aufhalten. In den Ergebnissen dieser Studie zeigt sich, dass die Anzahl der Asylsuchenden mit mindestens einem psychiatrischen Krankenhausaufenthalt doppelt so hoch war wie in der Vergleichsgruppe der Regelversicherten (siehe Abb. 6). Auch bei den Krankenhaushauptdiagnosen wurden psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen bei Asylsuchenden mehr als doppelt so häufig vergeben (Abb. 4) – die wichtigsten Diagnosen waren Depressionen und Posttraumatische Belastungsstörungen (Abb. 5). Zu niedergelassenen Psychotherapeut\*innen hatten Asylsuchende hingegen fast keinen Zugang: Die Zahl der Kontakte zu Psychotherapeut\*innen pro 1.000 Personen lag in der Gruppe der Asylsuchenden bei 6, in der Vergleichsgruppe bei 20 Kontakten auf 1.000 Versicherte (Abb. 6).

11 UN Committee Against Torture (CAT), General comment no. 3, para 15 : Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment : implementation of article 14 by States parties, 13 December 2012, available at: <https://www.refworld.org/docid/5437cc274.html> [accessed 9 June 2019]

12 Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates vom 26. Juni 2013 zur Festlegung von Normen für die Aufnahme von Personen, die internationalen Schutz beantragen (Neufassung)

13 Routinedaten sind Daten, die kontinuierlich und routinemäßig von den gesetzlichen Krankenversicherungen, Renten und Unfallversicherungen oder in (bevölkerungsbezogenen) Krankheitsregistern erhoben werden. In diese Erhebung mit langen Beobachtungszeiträumen gehen alle Versicherten mit ein, es gibt keine Selektion und keine Studienabbrecher.

## GESUNDHEITLICHE VERSORGUNG VON ASYL- SUCHENDEN – UNTERSUCHUNGEN ANHAND VON ABRECHNUNGSDATEN DER BARMER

(Göppfarth & Bauhoff, 2017)

Die BARMER hat die Abrechnungsdaten der Asylsuchenden, die sie über die elektronische Gesundheitskarte verwaltet, einer Analyse unterzogen, um erste Einblicke in den Gesundheitszustand, die Inanspruchnahme und die Ausgaben für diese Personengruppe zu erhalten. Untersucht wurden die Abrechnungsdaten von 3.639 Asylsuchenden, die der BARMER in Nordrhein-Westfalen und Schleswig-Holstein über die eGK zugewiesen waren, allesamt Personen, die unter das AsylbLG fallen, aber nicht mehr in den Erstaufnahmeeinrichtungen der Länder leben und sich erst seit weniger als 15 Monate in Deutschland aufhalten. Die Daten wurden mit einer Vergleichsgruppe an Regelversicherten verglichen. Einige Ergebnisse zu den Krankenhaushauptdiagnosen, zur Prävalenz psychischer Erkrankungen sowie zu Indikatoren der Inanspruchnahme sind hier visualisiert.

### Krankenhaushauptdiagnosen

je 1.000 Personen | Psychische und Verhaltensstörungen | F00–99

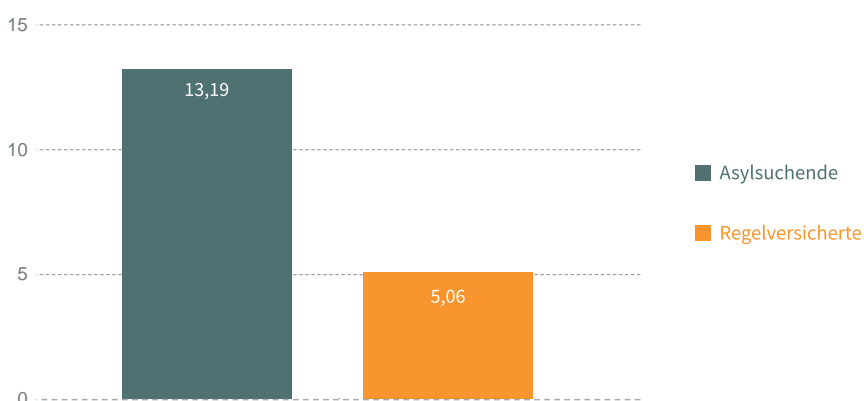


Abb. 4: Anzahl der Krankenhaushauptdiagnosen je 1.000 Personen bei Asylsuchenden vs. Regelversicherten.

### Prävalenz psychischer Erkrankungen

je 1.000 Personen

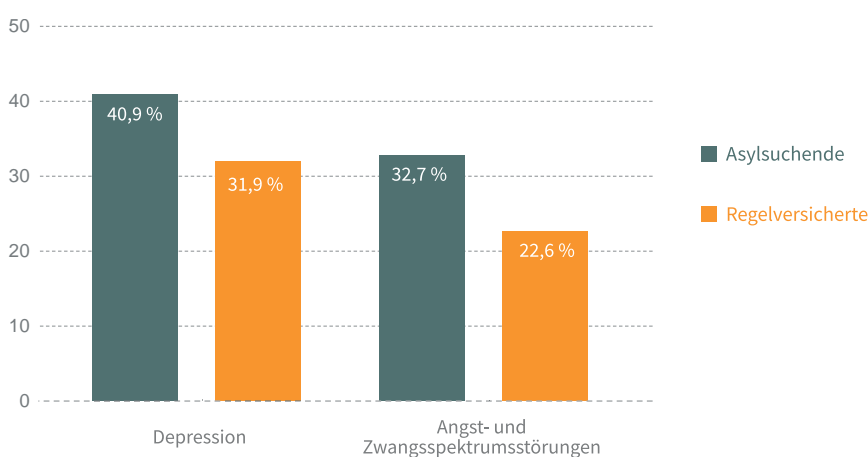


Abb. 5: Prävalenz psychischer Erkrankungen je 1.000 Personen (in %).



## Indikatoren der Inanspruchnahme

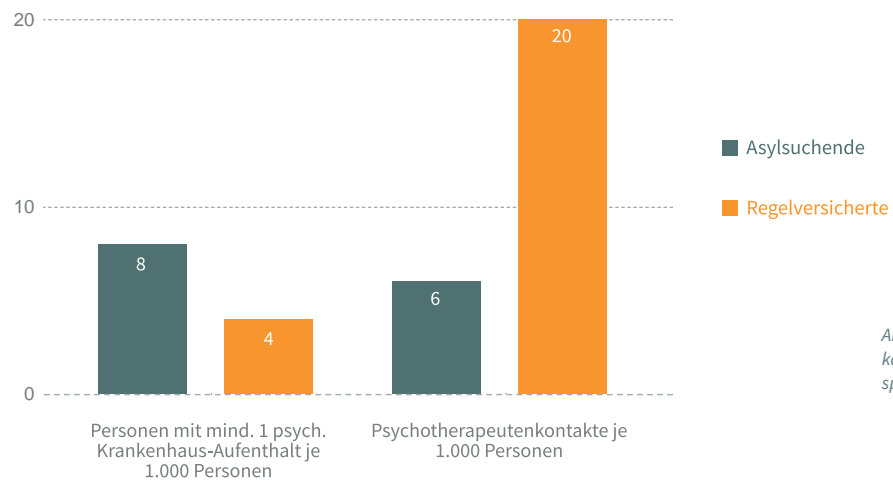


Abb. 6: Indikatoren der Inanspruchnahme.

Alle Ergebnisse der Studie können hier nachgelesen werden: <https://www.barmer.de/blob/133064/111932f27abc3b54594874d07a668a8a/data/dl-3-gesundheitliche-versorgung-von-asylsuchenden---untersuchungen-anhand-von-abrechnungsdaten-der-barmer.pdf>



© Darko Stojanovic // pixabay.com

Die Autor\*innen der Untersuchung bewerten die vergleichsweise hohe stationär-psychiatrische Inanspruchnahme bei zugleich geringer Inanspruchnahme niedergelassener Psychotherapeut\*innen als auffällig. Angesichts der hohen Erkrankungs-raten für Posttraumatische Belastungsstörungen, Angststörungen und Depressionen sehen sie in der geringen Inanspruchnahme der psychotherapeutischen Versorgung ein Indiz für Unterversorgung. Die verbreitete Vermutung, die generell höhere Inanspruchnahme des stationären Sektors sei vor allem kulturell bedingt, u. a., weil Asylsuchende in ihren Herkunftsländern den ambulanten Versorgungssektor nicht kennen, kann die Studie nicht bestätigen. Stattdessen diskutieren die Autor\*innen Hinweise auf Zugangsbarrieren: Dort, wo der Zugang zur Versorgung einem Genehmigungsvorbehalt unterliege – bei Psychotherapien, Heil- und Hilfsmitteln und Zahnersatz – seien die Differenzen zur Vergleichsgruppe der Regelversicherten besonders hoch. Auch geringe ambulante Kapazitäten und Schwierigkeiten bei der Kostenübernahme für Sprachmittler\*innen werden als Hürden thematisiert. Insgesamt kommen die Autor\*innen zu dem Schluss, dass ein einfacherer Zugang zur ambulanten Versorgung Krankenhausaufenthalte vermeiden könnte.

Neben den zahlreichen Akteur\*innen, die in Anbetracht der verfügbaren Einschätzungen zur Versorgungssituation einen Abbau von Zugangsbarrieren empfehlen (Bundesärztekammer, 2016; Bundespsychotherapeutenkammer, 2015; Göpfarth & Bauhoff, 2017; Razum, Wenner, & Bozorgmehr, 2016; Schröder et al., 2018), fließen in den Diskurs um die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten inzwischen jedoch auch Ansätze ein, die Versorgungslücken nicht über eine Erhöhung der Zugänglichkeit, sondern durch die Implementierung neuer Versorgungskonzepte speziell für die Patient\*innen-Gruppe der Geflüchteten adressieren wollen. So bewertet z. B. auch die Nationale Akademie der Wissenschaften Leopoldina (2018) die gegenwärtigen Versorgungsmöglichkeiten für traumatisierte Geflüchtete in einer Stellungnahme als nicht ausreichend, schlussfolgert aber, dass die alleinige Versorgung von Geflüchteten durch approbierte Psychotherapeut\*innen bzw. Psychiater\*innen nicht umsetzbar sei: „Zum einen ist die psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung in vielen ländlichen Regionen häufig bereits für die dort lebende Bevölkerung nicht ausreichend. Zum anderen benötigt die Ausbildung von für die Psychotherapie qualifizierten Therapeuten viele Jahre. Obendrein gibt es derzeit nicht genügend Psychotherapeutinnen und -therapeuten, die für die Behandlung von Trauma-Folgestörungen adäquat ausgebildet sind.“ (ebd., S. 20). Eine Referenz für die fehlende Qualifikation der Psychotherapeut\*innenschaft zur Behandlung von Traumafolgestörungen fehlt dabei ebenso wie ein Verweis darauf, dass durchaus in den Richtlinien-Verfahren ausgebildete Psychotherapeut\*innen zur Verfügung stünden, aufgrund der Bedarfsplanung jedoch nicht zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassen werden, weil

formal keine Unterversorgung besteht (Bundespsychotherapeutenkammer, 2016). Zur Lösung der Versorgungsprobleme empfiehlt die Nationale Akademie der Wissenschaften eine „Implementierung von innovativen Unterstützungs- und Versorgungsmodellen“, die sich an Modellen orientieren könnten, „die in der Not- und Entwicklungshilfe bereits jahrzehntelang erprobt sind“ (S. 8). Sie schlagen ein neues „Berufsbild“ vor, in dem sich Anteile professioneller und durch Laien ausgeübter Tätigkeiten vermischen: Sogenannte „Peer-Berater und -beraterinnen“ sollen „syndromspezifische und kultursensible angeleitete Selbsthilfe“ (S. 23) anbieten, u. a. durch „verhaltensaktivierende Maßnahmen, Information und Aufklärung über Trauma-Folgestörungen oder auch das Beobachten von Stressoren und das Üben von Problemlöse-Fertigkeiten.“ Als „Trauma-Berater“ könnten die Peers „Psychotherapeuten deutlich entlasten, wenn diese die Durchführung bestimmter manualisierter, im Ablauf festgelegter Module einer Trauma-Therapie an sie delegieren.“ Lernen könnten wir dabei von „suboptimalen Gesundheitssystemen“ in Kriegsregionen, wo „speziell geschulte Laien Module einer Behandlung effektiv und ohne gesteigertes Risiko für die Betroffenen durchführen können“ (S. 23).

In den letzten Jahren wurden von verschiedenen Akteur\*innen aus unterschiedlichen Handlungsfeldern Konzepte zur Unterstützung von Geflüchteten außerhalb des Gesundheitssystems entwickelt. Einige Ansätze stellen dabei neue „Berufsbilder“ in den Mittelpunkt, in denen Laien bzw. Peers spezielle Schulungen durchlaufen und danach gleichzeitig begleiten, beraten, dolmetschen und bestimmte Aspekte einer Traumatherapie übernehmen sollen. Andere wiederum fokussieren die zivilgesellschaftliche Begleitung von Klient\*innen durch Mentor\*innen oder Lots\*innen, die soziale Vernetzung und Integration unterstützen. Einen Überblick über die unterschiedlichen Kontexte und Zielsetzungen der neuen Ansätze gibt das folgende Kapitel.

### 3.2 Lots\*innen, Peers und Laienhelfer\*innen: Neue Unterstützungs-konzepte in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten

Aus einem gewissen Handlungsdruck heraus haben seit 2015 verschiedene Akteur\*innen Lösungen vorgeschlagen, um auf den Versorgungsbedarf psychisch belasteter Geflüchteter möglichst schnell zu reagieren. Vielen dieser Lösungsansätze ist der Einsatz von Laien gemein, die psychisch belastete Menschen unterstützen sollen. Hintergrund dieser Ansätze ist die Prämisse, dass eine Versorgung durch das Regelsystem nicht (ausreichend) möglich sei – aus Kapazitätsgründen, um der Sprachbarriere ohne den Umweg von Dolmetscher\*innen zu begegnen oder begründet mit einer (sozio-)kulturellen Distanz der Anbieter in der Regelversorgung zur Patient\*innengruppe der Geflüchteten. So forderte u. a. die Bundesärztekammer, dass „wo das Regelsystem überlastet [sei], innovative Ansätze zur gesundheitlichen Versorgung von Migranten eingesetzt und wissenschaftlich begleitet werden [sollten], um Erkenntnisse über deren Ausbau und Aufnahme in die Regelversorgung zu gewinnen“ (Bundesärztekammer, 2017, S. 129). Ziel sei es, Fachärzt\*innen und Psychotherapeut\*innen zu entlasten – vor dem Hintergrund, dass die Ressourcen psychotraumatologisch erfahrener Psychotherapeut\*innen nicht effektiver genutzt werden könnten (Wöller, 2016).

Bei einem „Blick über den Tellerrand“ wurden Erfahrungen herangezogen, die im globalen Süden mit Peers<sup>14</sup> im Rahmen der sogenannten *psychologischen Ersten Hilfe* (World Health Organization, 2011) oder mit *Multi-layered support* (IASC, 2007) gemacht wurden (medico international, 2000). Auch in Deutschland sind Peer-Ansätze aus anderen Bewegungen bekannt, wie die der ursprünglichen Idee von Selbsthilfegruppen als sog. „grass-roots movement“ mit einer politisch-gesellschaftskritischen und emanzipatorischen Ausrichtung (Ingenkamp, 2015). Oder auch das Einbeziehen von Psychiatrie-/Therapie-Erfahrenen in die Behandlung anderer Patient\*innen (*Experienced-Involvement, Ex-In*). Diese Ansätze sind aus einer kritischen Systemperspektive heraus entstanden und waren partizipatorisch konzipiert, aber immer ergänzend und nicht ersetzend zu den Regelstrukturen gedacht.

Im Bereich der Integration gibt es ähnliche Projekte, wie das der *Stadtteilmütter*, die als Personen mit eigener Migrationserfahrung als Multiplikator\*innen anderen Personen durch ein niedrigschwelliges Angebot bei Fragen zu den Themen Erziehung, Bildung und Gesundheit unterstützen<sup>15</sup>. In diesen Kontexten ist die Rede von „Peer Support“ oder „Peer Counseling“. Diese Ansätze beruhen darauf, dass nicht alle Betroffenen eine professionelle Psychotherapie benötigen und Unterstützung auch – teilweise – durch Laien durchgeführt werden kann: das Schaffen

günstiger Kontextbedingungen, stabilisierende Maßnahmen, Befähigung und Wissen kann zu einer gesundheitlichen Verbesserung führen.

Auch für die Zielgruppe der Geflüchteten wurden solche Ansätze in unterschiedlicher Form herangezogen. Mehrsprachig kompetente Peers oder Laien, die eventuell selbst Fluchterfahrungen gemacht haben, werden in Programmen zur Unterstützung von Geflüchteten geschult. Ebenso wurden Programme auch für Laien entwickelt, die selbst nicht zur Gruppe der Peers bzw. *der Community* zählen – was auch immer darunterfällt – und keine Mehrsprachigkeit aufweisen.

Bei Ansätzen, die sich bewährt haben, existieren bestimmte Rahmenbedingungen, welche den Tätigkeits- und Einsatzbereich von Peers klar umgrenzen. Darunter zählt, dass Peers beispielsweise nur gering bis mittelgradig psychisch belastete Personen in den Unterkünften aufsuchen, diese informieren und eine Unterstützung sein sollen und damit das Ankommen erleichtern. Durch eine Qualifizierung, die solche Programme beinhalten, soll es Laien möglich sein, psychische Belastung zu erkennen, frühzeitige niedrigschwellige stabilisierende und ressourcenorientierte Angebote durchzuführen und die Betroffenen nach Bedarf in professionelle Hilfen zu vermitteln. Durch das Unterstützungsangebot sollen akute Stresssituationen bewältigt und Chronifizierungen der psychischen Belastungen verringert werden. Betroffene sollen sich so besser (im Gesundheitssystem) orientieren und integrieren können. Durch die Ansprache in der Muttersprache und möglicherweise die Nähe durch Ähnlichkeiten im soziokulturellen Kontext oder biografischen Erfahrungen, kann nach Argumentation der Anbietenden adäquat auf die meist komplexen Bedarfe der Personen eingegangen und Barrieren im Zugang zur Regelversorgung abgebaut werden können. Schwer belastete Personen sollen durch sie nur identifiziert werden und in das Regelsystem vermittelt werden.

Inzwischen ist ein unübersichtlicher Markt an psychosozialen Laien- bzw. Peer-Programmen für Geflüchtete in Deutschland entstanden, der im Folgenden analysiert werden soll.

#### Systematisierung der Laienhilfe- und Peer-Programme

Bei einer Systematisierung der bestehenden Programme fällt auf, dass unterschiedliche Einsatzbereiche bzw. unterschiedliche Zeitpunkte der Tätigkeit für Laienhelfer\*innen zu sehen sind, die mit einer Kategorisierung der Peer-Aktivitäten nach Jain et al. (2014) übereinstimmen:

<sup>14</sup> Peer (engl.) bedeutet so viel wie „gleichrangig“. Peer-Beratung bezeichnet die Beratung durch Menschen mit denselben einschränkenden Lebenserfahrungen wie der Beratene.

<sup>15</sup> mehr Informationen: <https://www.buergergesellschaft.de/praxishilfen/sozialraumorientierte-interkulturelle-arbeit/beispiele-gelingender-praxis/stadtteilmuetter/>

1. Es bestehen zum einen Programme, die Laien dazu anleiten, belastete Personen (meist vor Ort in den Unterkünften) zu identifizieren und diese dann möglichst schnell in bestehende Beratungs- und Behandlungsstrukturen zu „lotsen“ und die vor allem durch Wissen über Abläufe und Anlaufstellen des Gesundheitssystems Bescheid wissen<sup>16</sup>.

2. Des Weiteren gibt es Peer-Aktivitäten, die die reine „Wegweiserfunktion“ überschreiten und das psychosoziale Angebot ergänzen<sup>17</sup>. Sie werden unterschiedlich bezeichnet, u. a. als Laienhelfer\*innen, paraprofessionelle Helfer\*innen, psychosoziale Peer-Berater\*innen, Trauma-informierte Peer-Berater\*innen o. ä. Je nach Programm wird Psychoedukation, Stabilisierung und Ressourcenaktivierung durchgeführt, vereinzelt existieren auch Ansätze, die weiterführende psychotherapeutische Elemente in die Arbeit der Peers integrieren. Unterschiede gibt es hierbei bei der Einbindung in das Netz aus professionellen Hilfen (der Regelversorgung).

3. Ein dritter Bereich des Einsatzes von sogenannten Peers beinhaltet eine Art Prozessbegleitung (Unterstützung im Alltag, bei Behördengängen oder Wohnungssuche) und Stabilisierungsarbeit von geflüchteten Patient\*innen mit Traumafolgestörungen, die bereits in Therapie sind<sup>18</sup>, d. h., nicht als Ersatz für eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung konzipiert sind.

16 z. B. Projekt in Berlin: [http://www.paritaet-berlin.de/fileadmin/user\\_upload/Dokumente/2016/September/2016\\_09\\_22\\_Werbung\\_Gesundheitslotsen\\_deutsch.pdf](http://www.paritaet-berlin.de/fileadmin/user_upload/Dokumente/2016/September/2016_09_22_Werbung_Gesundheitslotsen_deutsch.pdf) oder ein Projekt in Frankfurt a.M.: [http://www.gesunde-staedte-projekt-frankfurt.de/KOGI/Konzept\\_KoGi-Fluechtlingsmodul2016\\_2017.pdf](http://www.gesunde-staedte-projekt-frankfurt.de/KOGI/Konzept_KoGi-Fluechtlingsmodul2016_2017.pdf)

17 z. B. In2Balance in Düsseldorf: <http://www.laienhelferprojekt-nrw.de/die-laienhelfer/> oder das Modellprojekt von Ärzten ohne Grenzen in Schweinfurt: <https://www.aerzte-ohne-grenzen.de/modellprojekt-psychosoziale-hilfe-asylsuchende-deutschland>

18 z. B. Mentorenprogramm von Xenion in Berlin: <https://xenion.org/angebote/ehrenamtsprojekte/mentorenprogramm/>

Gemeinsam haben alle drei Einsatzbereiche die notwendige Voraussetzung einer Ausbildung, die der Qualitätssicherung dienen soll. Zusätzlich werden sie meist begleitet durch das Angebot einer Supervision durch Psychotherapeut\*innen.

## Bewertung der Laienhilfe- und Peer-Programme

Diese Rahmenbedingungen (Qualifizierung, Koordination, Supervision, Netzwerk,...) werden in einer sehr unterschiedlichen Weise ausgefüllt. Es gibt Programme, die eine prozessorientierte Qualifizierung mit z. B. acht Modulen beinhalten und bedarfsorientiert und in hoher Frequenz supervisorisch begleiten. Auf der anderen Seite gibt es jedoch auch Programme, die Laien innerhalb von zwei Tagen zu dieser Tätigkeit „befähigen“ wollen.

Es wird im Folgenden dargelegt, welche Gefahren diese Programme bergen und welche Konsequenzen aus den Erfahrungen der Praxis (der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer) zu berichten sind:

### Generalisierung von Sprache, Kultur und Community

Der Einsatz von Laienhelfenden im psychosozialen Setting wird oftmals damit legitimiert, dass die Laienhelfer\*innen über ein gutes Verständnis der Sprache, der Kultur und der Umgangsformen verfügen, ihr Gegenüber somit besser verstehen, Stigmatisierungseffekte verringern und damit zu besseren Möglichkeiten führen, auf psychische Problemlagen zu reagieren.

Grundsätzlich ist es sehr hilfreich, eine gemeinsame



© meineresterampe // pixabay.com

Sprache zu sprechen, ebenso wie ein gegenseitiges Verstehen durch scheinbare (kulturelle) Nähe. Eine einfache Generalisierung und ein Heranziehen von Laienhelfer\*innen aus diesen Gründen ist jedoch nicht unmittelbar bedarfsgerecht: Die sprachliche Verständigung ist nicht direkt bei der gleichen Herkunftsregion gewährleistet. Das gleiche Herkunftsland ist auch kein Garant für die gleiche Kultur im Sinne einer gleichen Auffassung davon, wie bspw. Mann und Frau einander gegenüberstehen, wie Kinder zu erziehen sind, welche politischen Parteien oder Strömungen unterstützenswert sind. Angehörige einer Herkunftsregion und der gleichen Religion können im Gegenteil sehr unterschiedliche Auffassungen vertreten. Kultur kann nicht als einheitliches, unveränderbares Etwas verstanden werden, das sich auf eine Nation oder Religion bezieht, denn die Identität einer Person entwickelt sich vielmehr durch unterschiedlichste Erfahrungen, die sie in ihrem Leben macht. Zudem ist festzuhalten, dass es sich bei den Ankommenden um eine sehr heterogene Gruppe handelt – es gibt nicht *die* Community. Hilfreich sind daher Konzepte, die Diversity-Merkmale wie Geschlecht, Gender, Alter, Milieu, politische und religiöse Gruppenzugehörigkeiten, Sprache, etc. mitberücksichtigen und nicht nur auf die nationale Herkunft fokussieren (Keuk, Ghaderi, Joksimovic, & David, 2010).

### **Rollenkonfusionen und Abgrenzungsschwierigkeiten**

#### **Abgrenzung zu Sprach- und Kulturmittler\*innen**

Die Praxis zeigt, dass Laienhelfer\*innen aufgrund ihrer Mehrsprachigkeit häufig auch z. B. bei Vermittlungen ins Regelversorgungssystem als „Sprachmittler\*innen“ fungieren. Es kommt so zu Rollenkonfusionen: Die helfende Person muss in einigen Situationen beratend und informierend tätig werden, in anderen Situationen hingegen möglichst neutral übermitteln. Laienhelfer\*innen werden als eine Art „Multifunktionswerkzeug“ angefragt und herangezogen, die Grenzen ihrer Arbeit verwischen somit. Es ist bedeutsam, dass Laien die Grenzen der Tätigkeit mit allen Beteiligten klären und somit ihrem Auftrag nachkommen und ihre Grenzen auch wahren können. Es besteht ein breiter Konsens zur Rolle sowie zu den Zuständigkeiten eines Sprach- und Kulturmittlers (Schriefers & Hadzic, 2018). Die Vermischung von Rollen birgt die Gefahr von Konflikten, Überforderung und auch Enttäuschung des Gegenübers. Eine regelmäßige Supervision ist hilfreich, um derartige Konflikte oder Spannungsverhältnisse zu bewältigen.

#### **Abgrenzung zu Sozialarbeiter\*innen**

Auch zum Berufsbild der Sozialarbeitenden müssen Grenzen klar gezogen werden. Sozialarbeitende in der Flüchtlingshilfe leisten eine enorme Querschnittsaufgabe, da sie asyl-, aufenthalts- und sozialrechtliche Beratung, psychosoziale Unterstützung und ein traumasensibles Verständnis aufweisen müssen. Geflüchtete haben oftmals konkrete

Bedürfnisse und Wünsche, die nicht vordergründig die Gesundheitssituation betreffen. Dies wird auch aus der Praxis der Peer-Programme berichtet (Wolf & van Keuk, 2018, S. 105). So kommen sie mit Anliegen bei schwierigen Unterbringungsbedingungen oder dem Wunsch nach Verlegung in andere Unterkünfte, bei Fragen zum Asylverfahren, bei Problemen mit unverständlichen Briefen, im Zugang zu Sprachkursen usw. Es geht dabei meist um konkrete Schritte der Unterstützung, etwa in der Formulierung einer Beschwerde oder bei der Suche z. B. nach Rechtsanwält\*innen.

Für diese Anliegen gibt es in den Unterkünften Sozialarbeiter\*innen. Sie sind für derartige Fragen und Bedarfe ausgebildet und verfügen über die entsprechende Expertise, diese einzuordnen, ihre Dringlichkeit zu bewerten, die richtigen Informationen zu geben und ggf. an andere Fachstellen weiterzuvermitteln. Der Betreuungsschlüssel ist jedoch oft deutlich unzureichend (meist 1:200) (Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften, 2016), weshalb die Sozialarbeiter\*innen nicht jeder Person gerecht werden können und oftmals v. a. für organisatorische Fragen zuständig sind.

Damit scheinen neue Berufsbilder wie sog. Laienhelfer\*innen auf den ersten Blick die Rolle einer\*so Sozialarbeiters\*in zu erfüllen. So wird beispielsweise die frühzeitige Erkennung von belasteten Personen als ein Arbeitsfeld der Laienhelfer\*innen beschrieben. Der rechtliche Anteil des sozialarbeiterischen Profils fällt bei den Laienhelfer\*innen weg, es wird vor allem psychische Stabilisierung geleistet, indem Tagesstrukturen erarbeitet und Ressourcenübungen durchgeführt werden. In der Praxis kommen die Betroffenen mit all ihren komplexen Anliegen zu den Laienhelfer\*innen, was es ihnen schwer macht, ihre Rolle und Tätigkeit als Laienhelfer\*in für eine ausschließlich „psychische“ Stabilisierung zu wahren (Wolf & van Keuk, 2018, S. 105). Oftmals sind Themen, wie z. B. die eigene Familie nach Deutschland nachzuholen, drängender, als alle anderen Belastungen. Einige Programme denken diese psychosozialen Kontextbedingungen und Postmigrationsstressoren nicht in adäquatem Ausmaß mit. Eine Hilfe zur Bewältigung der Symptome von Traumafolgestörungen im luftleeren Raum ist nicht hilfreich. Eine Qualifizierung der Laien hinsichtlich der Belastungssituationen und der Anliegen der Klient\*innen sowie die Vermittlung von Netzwerkwissen ist unabdingbar, damit die Personen mit spezifischen Fragen zu Aufenthalt und Asyl z. B. an bestimmte Beratungsstellen weitervermittelt werden können. Die Laienhelfer\*innen und Gesundheitslots\*innen übernehmen damit in der Praxis oftmals eine zu weitreichende Lots\*innenfunktion, der sie nicht gerecht werden können. Hier besteht die Gefahr, dass eine sachgerechte Beratung durch rechtlich und/oder klinisch qualifizierte Fachkräfte ausbleibt. Um dem entgegenzuwirken, muss eine enge Kooperation mit Sozialarbeitenden bestehen und es müssen gemeinsam die jeweiligen Verantwortungs- und Aufgabenbereiche

reflektiert werden. Es braucht eine klare Grenzziehung zwischen professioneller und peergestützter Begleitung. Peers können als Ergänzung der multiperspektivischen psychosozialen Unterstützung hilfreich sein, dürfen jedoch nicht als Ersatz für qualifizierte, aber quantitativ nicht ausreichende Unterstützungsstrukturen dienen.

Als ausgebildete\*r Sozialarbeiter\*in ist man immer wieder mit der Frage konfrontiert, ob man Menschen beim Aushalten schwieriger Bedingungen unterstützen kann, wenn es gerade nicht möglich ist, diese zu verändern. Hier besteht bei Laienhelfer\*innen die Gefahr, dass aus dieser Herausforderung der Sozialen Arbeit schnell eine Überforderung und Ohnmacht entsteht, mit der die Personen umgehen müssen.

Unabhängig von einer klaren Rollenklärung müssen vor allem bestehende strukturelle Mängel in Form einer Verbesserung von Arbeitsbedingungen für die Soziale Arbeit geschaffen werden, die einen bedarfsgerechten Betreuungsschlüssel<sup>19</sup> ermöglichen, was unmittelbar den Klient\*innen und ihren Familienangehörigen sowie den Unterkünften zugutekommt.

#### Abgrenzung zu Psychotherapeut\*innen

Auch zur Rolle der Psychotherapeut\*in muss eine sehr klare Abgrenzung erfolgen, wenn über Laienhelfer\*innen gesprochen wird. Psychische Belastungen sind für die davon betroffenen Menschen kein einfaches Thema. Es bedarf einer Vertrauensbasis und es muss hierfür Beziehungsarbeit geleistet werden, damit darüber gesprochen werden kann. Die Auseinandersetzung zu psychischen Belastungen und ihrer Bewältigung im Kontext der Laienhilfe birgt die Gefahr, dass aus dem Wunsch oder der Not, dem Gegenüber helfen und unterstützen zu wollen, eine quasi-therapeutische Unterstützung oder Beziehung angeboten wird. „Laientraumatherapien“ verbieten sich nach ethischen und professionellen Standards, da sie zahlreiche Risiken bergen:

Viele Menschen, die unter Traumafolgestörungen leiden, haben Schwierigkeiten ihre Gefühle zu regulieren. Sie neigen zu Impulsdurchbrüchen, dissoziativen Symptomen, Substanzmissbrauch, Selbstverletzungen oder Suizidalität, was professionell abgeklärt und in der Behandlungsplanung berücksichtigt werden muss. Genauso, wie man einen chirurgischen Eingriff aus guten Gründen nicht von Laien durchführen lassen würde, ist auch für die Behandlung psychischer Erkrankungen eine entsprechende Ausbildung in wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren notwendig. Für die Behandlung psychischer Störungen bedarf es einer Expertise, die sich auf entsprechende Ausbildungen in wissenschaftlich anerkannten Therapieverfahren gründet. Ebenso ist die therapeutische

Vorgehensweise bei der Behandlung von Traumafolgestörungen, wie beispielsweise der Posttraumatischen Belastungsstörung (PTBS), durch Leitlinien vorgegeben: Demnach soll Patient\*innen mit PTBS eine Psychotherapie angeboten werden. Andere, z. B. medikamentöse oder niedrigschwellig begleitende Ansätze können begleitend eingesetzt werden und müssen dann in einem Gesamtbehandlungsplan berücksichtigt werden – sie ersetzen jedoch keinesfalls die Psychotherapie.

Es gibt klar geregelte und festgelegte berufliche Standards für Psychotherapien, die Laienhelfer\*innen ohne entsprechende therapeutische Ausbildung nicht erfüllen. Eine Therapie durch Laien-therapeut\*innen stellt somit nicht nur eine Gefährdung für Geflüchtete dar, sondern diskreditiert sie und ihr Befinden durch eine zweitklassige Versorgung. Daher müssen alle Maßnahmen nach dem Do-no-harm-Prinzip (Anderson, 1999) geprüft werden und mögliche unerwünschte Effekte, wie etwa eine unkontrollierte Überflutung durch Reaktualisierung der traumatischen Erfahrung und Grenzverletzungen vermieden werden.

Das heißt nicht, dass nicht-professionelle Unterstützer\*innen keinen wertvollen Beitrag zur Stabilisierung leisten können – im Gegenteil: Die neu geschaffenen Unterstützungsangebote können einen niedrigschwelligen Zugang schaffen und in Beratung und Hilfe „lotsen“ und auf diesem Weg stabilisierend und informierend das Ankommen erleichtern. Es braucht jedoch eine klare Bestimmung der Rollen, Verantwortlichkeiten und Grenzen im Helfer\*innensystem.

Inzwischen vertreten einige Akteur\*innen die Position, dass aus strukturellen und Kostengründen eine bedarfsgerechte Versorgung von Geflüchteten nicht möglich sei und daher schnelle Hilfen mit geringerer Behandlungstiefe nötig seien (Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften, 2018). Werden Laienhilfeprojekte v. a. zur Kompensation dieser Versorgungsdefizite konzipiert, dann besteht die Gefahr, dass hier ein systemischer Mangel verwaltet wird, statt ihn auf struktureller Ebene zu beseitigen – obwohl auch Geflüchtete einen menschenrechtlich geschützten Anspruch auf gesundheitliche Versorgung haben, der ihnen gewährt werden muss.

Während eine „Light-Version“ der Traumatherapie für Geflüchtete vielerorts als vielversprechendes Konzept vermarktet wird, ist kaum vorstellbar, welche Resonanz man erhalten würde, schläge man dergleichen für „deutsche“ Patient\*innen vor. Die Qualität der gesundheitlichen Versorgung muss für alle Menschen gleich gewährleistet werden. Es ist fachlich und medizinethisch nicht begründbar, bei der gesundheitlichen Versorgung verschiedener Patient\*innen-Gruppen mit zweierlei Maß über die Versorgungstiefe bzw. den Versorgungsumfang zu entscheiden. Auch für Geflüchtete gelten die medizinethischen Prinzipien der Schadensvermeidung und der Fürsorge.

<sup>19</sup> Nach wie vor gibt es keinen verbindlichen Stellenschlüssel, das Positionspapier „Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften“ propagiert in der Arbeit mit Erwachsenen einen Personalschlüssel von 1:50, in der Unterstützung besonders schutzbedürftiger Personen von 1:20 und von Kindern 1:10 als Mindeststandard.

## Qualifizierung wohin?

Als herausfordernd wird in der Praxis die Auswahl der Laienhelfer\*innen beschrieben. Nicht allein eine Form von Betroffenheit (Sprache, Fluchthintergrund, ähnliche Sozialisation, ...) sollte als einzige Voraussetzung zur Qualifikation und zum Einsatz der Personen gelten. In der Mehrzahl der Programme werden Menschen akquiriert, die bereits im sozialen, gesundheitlichen oder beraterischen Bereich tätig waren. Es muss bei der Akquise ebenfalls die psychische Stabilität und die Fähigkeit zur Abgrenzung der Bewerber\*innen eingeschätzt werden, denn es ist für viele Geflüchtete belastend, sich vor dem Hintergrund der eigenen Fluchtgeschichte die traumatischen Erfahrungen und Schwierigkeiten anderer Geflüchteter anzuhören und hier beratend tätig zu werden. Auch wenn vielleicht ein großer Wunsch besteht, anderen Menschen so zu helfen, wie einem selber geholfen wurde, ist zu berücksichtigen, dass die Hilfe möglicherweise eigenen Belastungsgrenzen unterliegt, die unbedingt geschützt werden müssen (Wöller, 2016).

In Deutschland ist es für viele Menschen mühsam, im Ausland erworbene Ausbildungen anerkennen zu lassen und sich entsprechend der Qualifikation beruflich zu etablieren. Für andere ist es ohne Schul-/Studienabschluss unvorstellbar, vergleichbare Qualifikationen zu erreichen. Für viele Laienhelfer\*innen ist ihre Unterstützungsarbeit eine gute Möglichkeit, Zugang zum Arbeitsmarkt zu bekommen<sup>20</sup>. Für den Fall, dass die Personen bereits z. B. als Sozialarbeiter\*in oder Psycholog\*in ausgebildet sind, muss jedoch kritisch hinterfragt werden, ob diese Personen durch die Peer-Konzepte nicht doppelt (sowohl als Fachkraft als auch in der Sprachmittlung) qualifiziert sind, aber nur unter Standard honoriert werden – anstelle einer möglichst unbürokratischen Anerkennung der Studienabschlüsse und damit einer adäquaten Bezahlung. Für die Honorierung werden in jedem Programm andere Regelungen gefunden, die meist im niedrigen Lohnsektor liegen. Hier besteht die Gefahr, dass Akteur\*innen mit einer höchst verantwortungsvollen Aufgabe – der Unterstützung von komplex traumatisierten Menschen in einer Situation von hoher innerer und äußerer Unsicherheit – in unsichere, instabile Beschäftigungsverhältnisse gedrängt werden. Eine nachhaltige, stabilisierende und Halt gebende Unterstützung dieser vulnerablen Personengruppe bedarf auch entsprechender Rahmenbedingungen und damit zumindest einer sozialversicherungspflichtigen Anstellung oberhalb des Mindestlohns. Andernfalls führen Personalwechsel und Fluktuation aufgrund unsicherer oder prekärer Beschäftigungsbedingungen der Laienhelfer\*innen für die betroffenen Geflüchteten zu weiteren Beziehungsabbrüchen und damit auch zur Gefahr einer Stagnation des Genesungsprozesses bzw. sogar einer erneuten Destabilisierung.

Ein Berufsbild für die Unterstützer\*innen darf keine Sackgasse sein, sondern braucht eine Perspektive, wie beispielsweise Möglichkeiten der Weiterbildung in bestehende, anerkannte Berufsbilder. Sonst besteht die Gefahr einer Semiprofessionalisierung: Die Peer-Berater\*innen dienen als „Lückenfüller“ mit immenser Verantwortung, werden aber in prekär bezahlten Jobs ohne Perspektive gehalten.

## Entlastung des Gesundheitssystems?

Wenn schwer psychisch Kranke mit einem akuten Behandlungsbedarf auf Peer-Berater\*innen treffen, werden in der Regel auch schnell die Mängel in der Regelversorgung deutlich, die nicht durch diese Programme kompensiert werden. Geflüchtete suchen Rat und Unterstützung bei Peer-Berater\*innen, die in diesen Fällen jedoch nicht unmittelbar helfen können, sondern – meist zeitnah – an ambulante oder stationäre Versorgungsangebote im Regelsystem vermitteln müssen. Hier jedoch stoßen viele Akteur\*innen in der Praxis an ihre Grenzen: Therapieplätze für Geflüchtete bei niedergelassenen Psychotherapeut\*innen sind schwer zu finden, die Kapazitäten der spezialisierten Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sind begrenzt, es braucht die Bereitschaft, mit Sprachmittler\*innen zu arbeiten und qualifizierte Sprachmittlung, für die am Ende auch eine Kostenübernahme erwirkt werden kann. Daher ist eine enge Vernetzung der Programme in die Regelversorgung und eine Sensibilisierung des ambulanten und des (teil)stationären Sektors für die Bedarfe von Geflüchteten notwendig, damit Vermittlungen überhaupt gelingen können (Habel & Gutknecht, 2018). Peer-Konzepte können und dürfen Gesundheitsleistungen der Regelversorgung nicht ersetzen, sie funktionieren nur im Zusammenhang mit einer transkulturell geöffneten Regelversorgung.

Die fachlichen Diskussionen und die Entwicklung neuer Möglichkeiten, um den Bedarf an psychosozialer Unterstützung und/oder psychotherapeutischer Behandlung von Geflüchteten zu decken, stehen immer auch in Zusammenhang mit ökonomischen Entwicklungen. Unser Gesundheitswesen steht aktuell unter hohem wirtschaftlichen Druck, bei dem jede kosteneffektive Entwicklung begrüßt wird. Je nach Projekt kommen die Gelder für Laienhilfe- oder Peer-Programme aus verschiedensten Förderquellen. Eine Unterstützung durch diese Programme ist zum einen (kurzfristig) günstiger, zum anderen kann sie darauf abzielen, das Gesundheitssystem durch die Allokation von Ressourcen aus anderen (Projekt-)Mitteln von seinem Versorgungsauftrag zu entlasten. Weitere Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen sind jedoch aus fachlicher Perspektive für alle Patient\*innen, gleich welcher Herkunft, nur dann vertretbar, wenn sie nicht zu Lasten der Behandlungsqualität erfolgen. Bereits jetzt unterliegen Gesundheitsleistungen in Deutschland dem sogenannten *Wirtschaftlichkeitsgebot*, d. h., „Leistungen müssen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich sein; sie dürfen das Maß des Notwendigen nicht überschreiten. Leistungen, die

<sup>20</sup> wie z. B. Organisationen, die sich seit 30 Jahre für eine Anerkennung von ausländischen Abschlüssen einsetzen: <http://www.berami.de/test/>

nicht notwendig sind, können Versicherte nicht beanspruchen, dürfen Leistungserbringer nicht bewirken und die Krankenkassen nicht bewilligen<sup>21</sup>. Hier wird neben der Notwendigkeit eines wirtschaftlichen Einsatzes von Ressourcen auch deutlich, dass Gesundheitsversorgung „ausreichend“ und „zweckmäßig“ sein muss – auch anhand dieser Kriterien müsste also überprüft werden, inwieweit ihnen Peer-Programme zur Unterstützung psychisch erkrankter Geflüchteter gerecht werden können.

Hinzu kommt, dass der Druck, Problemstellen wie die fehlende Öffnung des Regelversorgungssystems und mangelnde Kapazitäten, zu bearbeiten, zunächst weniger Aufmerksamkeit erhalten. So werden diese Probleme und Missstände nur äußerlich und kurzfristig "gelöst", mittelfristig erfolgen jedoch keine Strukturverbesserungen. Auswirkungen der Programme auf den politischen Kontext müssen daher zwingend mitgedacht, reflektiert und (Versorgungs-)Missstände entsprechend problematisiert werden.

## Fazit

Die Peer-Konzepte, die in den letzten Jahren in Deutschland zur Begleitung oder Beratung entwickelt wurden, lassen sich in drei Kategorien systematisieren: Gesundheitslots\*innen (1), Peer-Berater\*innen (2) und Mentor\*innen (3). Durch diese Angebote soll möglichst vielen Personen der Weg ins Gesundheitssystem erleichtert werden und durch teilweise edukative, stabilisierende und ressourcenaktivierende Interventionen in der jeweiligen Muttersprache Entlastung gefunden, Sicherheit und Stabilität gewonnen und Selbstwirksamkeit gestärkt werden.

Nach Analyse dieser Konzepte wird deutlich, dass Peer-Ansätze unter Berücksichtigung bestimmter Rahmenbedingungen hilfreich sein können. Sie können und dürfen eine professionelle Unterstützung aber nicht ersetzen und dürfen keine kostengünstige Alternative für fehlende Behandlungsressourcen darstellen, sondern nur eine vorgelagerte, zusätzliche Beratungsstruktur.

Wichtige Eckpunkte für bedarfsgerechte Peer-Programme sollten sein:

- sorgfältige Akquise der Peers
- begleitende Qualifizierung, Anleitung und Koordinierung durch eine Fachkraft
- professionelle Supervision
- angemessene Bezahlung der Peers
- Schaffung von langfristigen Perspektiven auf dem Arbeitsmarkt für Peers innerhalb regulärer Berufsbilder
- enge Verbindung mit bestehenden professionellen Hilfe- bzw. Regelsystem
- Berücksichtigung struktureller Rahmenbedingungen und der Lebensbedingungen Geflüchteter
- keine Durchführung (trauma-)therapeutischer Interventionen durch Laienhelfer\*innen

21 §12 SGB V (Wirtschaftlichkeitsgebot)





© StockSnap // pixabay.com



**ZUR PSYCHOSOZIALEN  
VERSORGUNG VON  
GEFLÜCHTETEN IN  
DEUTSCHLAND**



## ZUR PSYCHOSOZIALEN VERSORGUNG VON GEFLÜCHTETEN IN DEUTSCHLAND

Ergebnisse aus repräsentativen Studien des Robert Koch-Instituts (Rommel, Bretschneider, Kroll, Prütz, & Thom, 2017) zeigen, dass zwei Drittel der Personen in Deutschland mit depressiven Symptomen in den letzten 12 Monaten keine professionelle Unterstützung aufgesucht und keine Behandlung in Anspruch genommen haben. Andere Studien zeigen, dass nur etwa ein Fünftel aller Menschen mit einer psychiatrischen Diagnose sich in einer Behandlung befindet (Jacobi et al., 2016). Das Angebot variiert stark zwischen städtischen und ländlichen Regionen (Jacobi et al., 2016; Rommel et al., 2017): Menschen außerhalb von Ballungszentren sind zusätzlich benachteiligt, da die Versorgungsstrukturen für psychisch erkrankte Menschen in Deutschland regional sehr unterschiedlich sind. In Großstädten liegt die mittlere Wartezeit bei etwa vier Monaten, außerhalb der Ballungszentren warten Patient\*innen durchschnittlich fünf bis sechs Monate auf den Beginn einer Psychotherapie (BPtK, 2018). Nach Angaben der Bundespsychotherapeutenkammer wären rund 7.000 psychotherapeutische Praxissitze zusätzlich erforderlich, um die Wartezeiten auf eine Psychotherapie zu verkürzen (BPtK, 2018). Es bestehen somit für alle psychisch erkrankten und belasteten Menschen in Deutschland, u.a. hinsichtlich der Erreichbarkeit, Missstände in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung.

Für Geflüchtete ist es aufgrund von Sprachbarrieren und weiteren strukturellen Hürden noch um ein Vielfaches schwieriger, einen Therapieplatz bei einem\*r niedergelassenen Psychotherapeut\*in zu finden. Die Aufmerksamkeit für Geflüchtete als Patient\*innen-Gruppe ist vor allem in den letzten 3 Jahren gestiegen, zuvor bestanden im Gesundheitssystem kaum Angebote, die auf die komplexe Problemlage und die speziellen Zugangsbarrieren der Betroffenen eingehen. In den folgenden Kapiteln soll deshalb der Frage nachgegangen werden, welche Unterstützungsangebote aktuell für psychisch belastete Geflüchtete zur Verfügung stehen, wie zugänglich psychosoziale Versorgung für diese besonders vulnerable Patient\*innen-Gruppe ist und wie gut die bestehenden Strukturen erreicht werden können.





## 4. Die Arbeit der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Aufgrund der begrenzten Verfügbarkeit bedarfsgerechter Angebote für Geflüchtete im Gesundheitssystem wurden in den letzten 40 Jahren von engagierten Einzelpersonen, Bürgerinitiativen, Kirchen und Wohlfahrtsverbänden spezifisch auf diese Zielgruppe zugeschnittene Versorgungsangebote aufgebaut. Diese Initiativen versuchen seit Jahrzehnten, Versorgungsdefizite aufzufangen – aufgrund der strukturell-rechtlichen Situation der Betroffenen jedoch bis heute vorwiegend projekt- und spendenfinanziert, d.h., in aller Regel außerhalb des Gesundheitssystems.

Im Bereich der spezialisierten psychosozialen Versorgung entstanden mit Beginn der 1980er Jahre in der damaligen Bundesrepublik verschiedene Psychosoziale Zentren und Behandlungseinrichtungen. Ihr Ziel war es, Schutzsuchenden, die innerhalb des damals geltenden Rechts keinen Zugang zum Gesundheitssystem hatten, professionelle Hilfe anzubieten. In zunächst noch sehr kleinen, aber von Beginn an immer interdisziplinär zusammengesetzten Netzwerken begannen sich

engagierte Therapeut\*innen, Sozialarbeitende und Ärzt\*innen aus der Menschenrechtsbewegung dafür einzusetzen, dass Opfer von Folter und anderen Menschenrechtsverletzungen Unterstützung erhalten und sich ein menschenwürdiges Leben im Exil aufbauen können.

Inzwischen sind in der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) 41<sup>22</sup> Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer vernetzt, davon sind 12 im Aufbau.

<sup>22</sup> Zum Erhebungszeitraum im Jahr 2018 waren 37 Psychosoziale Zentren in der BAfF vernetzt. Seit November 2018 sind es 41 PSZ, davon 12 im Aufbau. Eine Auflistung der Psychosozialen Zentren in den einzelnen Bundesländern einschließlich ihrer Kontaktdaten findet sich im Anhang dieser Publikation sowie unter <http://www.baff-zentren.org/mitgliedszentren-und-foerdermitglieder/>

### Die Trägerschaften der Psychosozialen Zentren

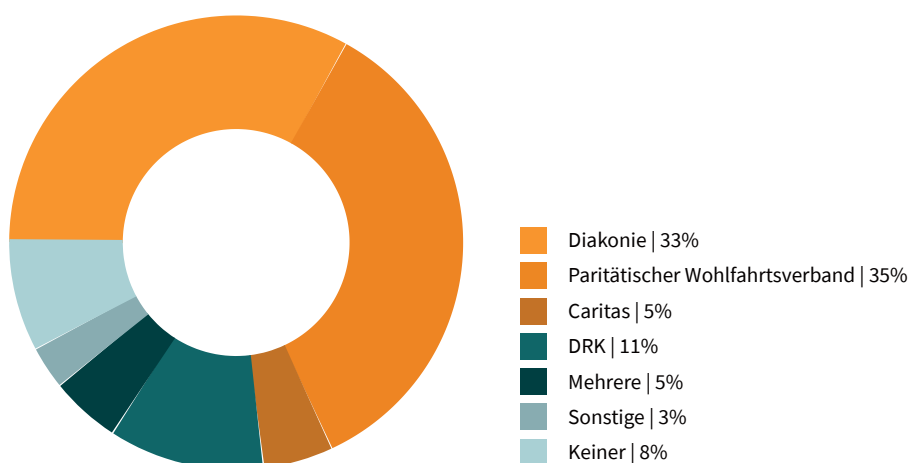


Abb. 7: Die Trägerschaften der Psychosozialen Zentren.

Bei den Psychosozialen Zentren handelt es sich um nichtstaatliche, nicht gewinnorientierte Organisationen, die in der großen Mehrheit als gemeinnützige Vereine organisiert sind. Einige Zentren werden von einem Wohlfahrtsverband getragen (49 %), einige sind über eine Mitgliedschaft mit einem Wohlfahrtsverband in Verbindung (43 %).



## Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

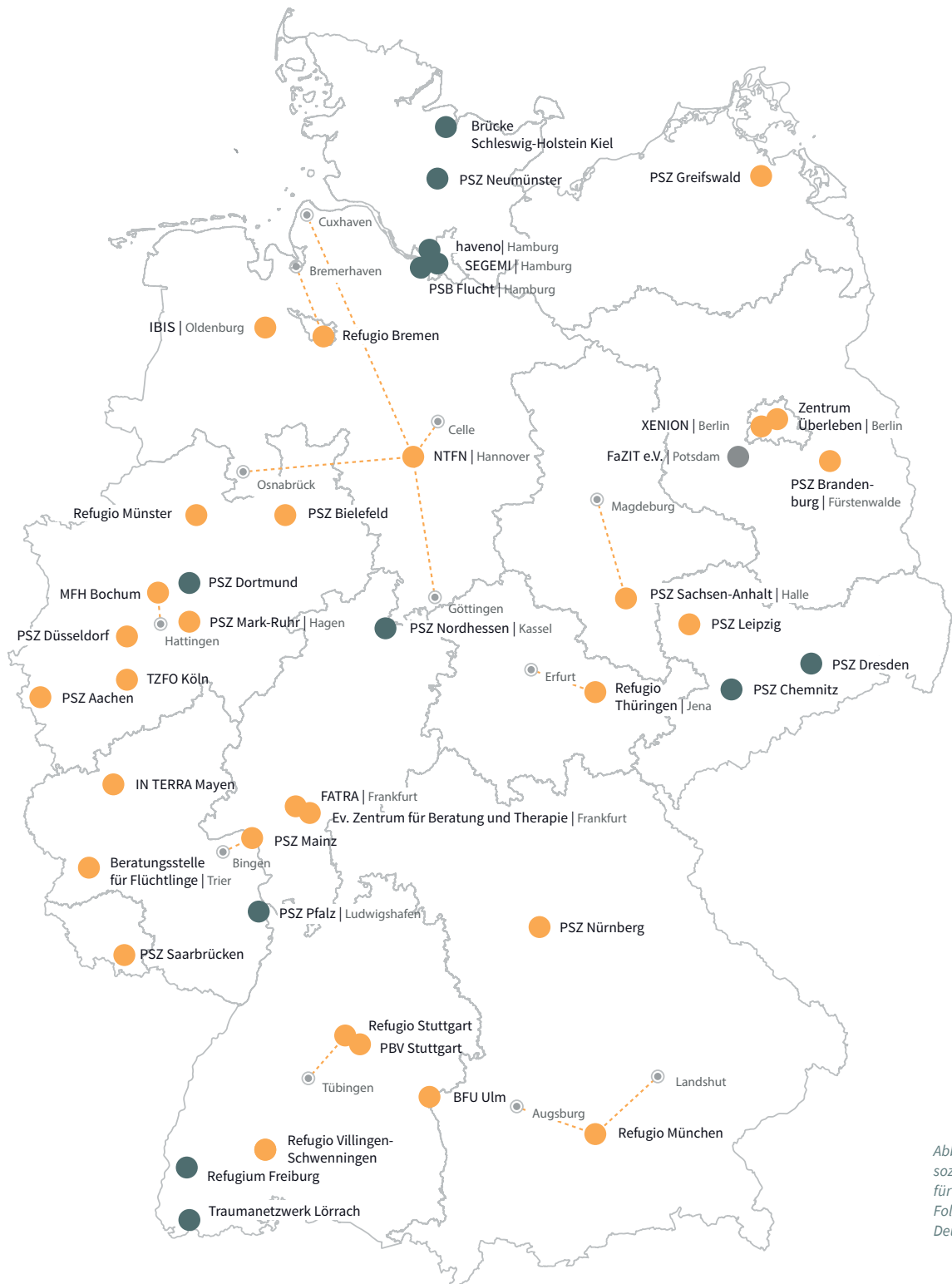


Abb. 8: Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland.

- Psychosoziale Zentren (PSZ)
- Psychosoziale Zentren im Aufbau
- Institutionelle Mitglieder
- Außenstellen

# Das Leitbild der Psychosozialen Zentren<sup>23</sup>

## Kontext und Grundlagen der Arbeit der psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer und ihres Dachverbandes

### Trauma, Flucht und Exil

Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) definiert Gesundheit als „einen Zustand völligen körperlichen, geistigen und sozialen Wohlbefindens und nicht bloß des Fehlens von Krankheit oder Gebrechlichkeit“ (WHO, New York, 22.07.1946). Organisierte Gewalt wird von der WHO als eine ernstzunehmende Gefahr für die Gesundheit des Menschen betrachtet. Organisierte Gewalt ist die extreme systematische Verletzung fundamentaler Menschenrechte. Die Gewalthandlungen dienen der Durchsetzung staatlicher Politik oder der Machtinteressen von Gruppierungen, vor denen der jeweilige Staat seine Bevölkerung nicht schützt oder nicht schützen kann. Sie werden in einer Weise verübt, die das Recht auf Leben, persönliche Integrität und Freiheit der Bevölkerung als Ganzes oder eines oder mehrerer Teile andauernd verletzt oder bedroht. Für die Betroffenen bedeutet sie eine Aufeinanderfolge von extremem Stress und Traumatisierungen. Dies kann zu akuten und/oder anhaltenden seelischen Verletzungen führen, die die Betroffenen nachhaltig in ihren Fähigkeiten zur Lebensgestaltung, in ihrer Beziehungsfähigkeit und ihren sozialen Kompetenzen beeinträchtigen. Solche Folgen können akut nach den traumatischen Erlebnissen oder auch erst mit erheblicher zeitlicher Latenz auftreten. Eine erhöhte Vulnerabilität verbleibt lebenslang und kann auch transgenerational weitergegeben werden.

Für viele, die organisierte Gewalt überleben, folgen Vertreibung, Exil und Verlust der Heimat. Die daraus resultierende Entwurzelung führt zu einer abrupten und gewaltsamen Unterbrechung des bis dahin geführten Lebens. Diese einschneidenden Veränderungen auf unterschiedlichen Ebenen wirken sich massiv auf Lebensbedingungen, Identität und Weltsicht der Betroffenen aus. Die Entscheidungsfreiheit, wo und wie geflüchtete Menschen ihr Leben führen wollen, werden häufig in extremem Maße beschnitten. Oft befinden sich Geflüchtete in Deutschland in einem permanenten fremdbestimmten Wartezustand, der von Ungewissheit und Unsicherheit bezüglich des Verbleibs in Deutschland oder einer möglicherweise drohenden Abschiebung begleitet wird. Ihr Zugang zu Arbeit, Studium und Ausbildung und ihr Bewegungsradius werden durch Gesetze eingeschränkt. Der Zugang zu Systemen gesundheitlicher und psychosozialer Versorgung wird ihnen in Deutschland u. a. durch das Asylbewerberleistungsgesetz erschwert. Fehlende Anerkennung des erlittenen Unrechts durch die Gesellschaft, der Stress der unsicheren Aufenthaltssituation, finanzielle Abhängigkeit, Unterbringung in Großunterkünften oder Zentren, rassistische Übergriffe und fehlender Zugang zur Teilhabe am sozialen und

gesellschaftlichen Leben prägen den Alltag von Geflüchteten. Damit wiederholen sich Erfahrungen des Ausgeliefertseins und des Kontrollverlusts, wie sie Geflüchtete in extremster Form im Krieg und/oder unter Folter erlebt haben. Die ständige Unsicherheit erschwert es, zur Ruhe zu kommen, die vergangenen Erlebnisse hinter sich zu lassen und sich mit den eigenen Potenzialen und Fähigkeiten in die neue Gesellschaft einzubringen.

Opfer organisierter Gewalt und extrem traumatisierte Menschen benötigen oft langfristige Unterstützung bei der Bewältigung traumatischer Erfahrungen sowie der Belastungen in der aktuellen Lebenssituation (u. a. Asylverfahren und eingeschränkter Zugang zu adäquater Unterkunft, Sozialleistungen, Arbeit, Bildung, gesellschaftliche Teilhabe und gesundheitliche Versorgung).

### Charakteristisch für die Erlebnisse von Geflüchteten sind folgende Faktoren:

- Erfahrungen von Unterdrückung, Verfolgung, Freiheitsberaubung, Gefängnisaufenthalt, Folter, Vertreibung und andere potentiell traumatisierende Erlebnisse;
- der Zwang, die Heimat verlassen zu müssen, um Leib und Leben zu retten;
- das überstürzte, meist fluchtartige Verlassen der Heimat, ohne Abschied nehmen zu können;
- Verlust von bisherigen Lebensentwürfen (Beruf, materielle Sicherheit, Familie, sozialer Status, soziale Einbindung);
- traumatisierende Fluchterfahrungen;
- die Unmöglichkeit, über die Rückkehr in die Heimat selbst bestimmen zu können, da diese von den aktuellen politischen Gegebenheiten des Herkunftslandes, des Aufnahmelandes und internationaler/europäischer Abkommen abhängt;
- im Exil die (rechtlich) eingeschränkte Teilhabe an gesellschaftlichen Systemen, lange unklare Zukunftsperspektiven und Diskriminierung im Aufnahmeland, ggf. Verstärkung posttraumatischer Symptomatik.

<sup>23</sup> Aufgaben, Leitbilder und Angebote der Psychosozialen Zentren orientieren sich an den Leitlinien, denen sich die in der BAfF vernetzten PSZ verpflichtet haben. Die Leitlinien der BAfF in voller Länge finden sich unter <http://www.baff-zentren.org/ueber-die-baff/leitlinien/>

## Ethische und humanitäre Verantwortung

Organisierte Gewalt beeinträchtigt das körperliche, geistige und soziale Wohlbefinden, sowohl des Individuums, als auch seines sozialen Umfeldes und der Gesellschaft als Ganzem. Sie hinterlässt Spuren in Körper und Seele der Menschen und wird von der Weltgesundheitsorganisation als eine ernstzunehmende Gefahr für die Gesundheit des Menschen eingestuft. Ein weltweites Eintreten für den Schutz der Menschenrechte verpflichtet Deutschland auch im eigenen Land zur umfassenden humanitären Verantwortung gegenüber denjenigen, die als Überlebende von Folter, organisierter Gewalt und anderen Menschenrechtsverletzungen zu uns geflohen sind und vorübergehend oder auf Dauer bei uns leben.

## Selbstverständnis und Aufgaben der Psychosozialen Zentren

Psychosoziale Versorgung, orientiert an den besonderen Erfordernissen der Betroffenen, ist integraler Bestandteil jeder angemessenen gesundheitlichen Versorgung. Sie muss in Deutschland lebenden Menschen entsprechend ihres individuellen Bedarfes zur Verfügung stehen. Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer und die BAfF als ihr Dachverband haben es sich zur Aufgabe gemacht, dieser Verpflichtung Rechnung zu tragen, indem sie die erforderliche psychosoziale Unterstützung für geflüchtete Menschen, die extreme Gewalt überlebt haben, anbieten, weiterentwickeln, und deren Qualität sichern. Sie setzen sich dafür ein, die bestehenden Lücken in der psychosozialen Versorgung Geflüchteter zu schließen.

Die PSZ und die BAfF als ihr Dachverband sind dabei dem im Grundgesetz garantierten Grundrecht auf Leben und körperliche Integrität, der UN-Charta der Menschenrechte sowie der in der Ottawa-Charta der UNO festgeschriebenen Gesundheitsförderung im Sinne von „Gesundheit für alle“ verpflichtet. Grundlage der Arbeit ist eine Haltung, die die Wahrung der Menschlichkeit in unserer Gesellschaft und die Sicherung der Menschenwürde der Betroffenen zum Ziel hat. Dies beinhaltet einen Arbeitsansatz, der auf gesundheitsfördernde Aspekte wie die menschlichen, kreativen, heilenden und wertschätzenden Kräfte und Ressourcen sowohl bei den Betroffenen als auch im gesellschaftlichen System abzielt, und nicht ausschließlich auf die Behandlungsbedürftigkeit und defizitäre Aspekte (Krankheit, Störung) fokussiert. Krankmachende und rassistische Strukturen werden benannt und nach Möglichkeit abgebaut.

Die BAfF und ihre Mitgliedszentren orientieren sich an den Grundätzen der UN-Konvention gegen Folter, der Ottawa-Charta und den Ausführungen im General Comment Nr. 3 zu Art. 14 der UN-Konvention: Sie setzen sich dafür ein, dass Menschen, die durch Folter und andere schwere Menschenrechtsverletzungen Schaden erlitten haben, „medizinische und psychologische ebenso wie rechtliche und soziale Leistungen“ erhalten, die ihnen eine „so

vollständige Rehabilitation wie möglich“ gewährleisten. Die BAfF und ihre Mitgliedszentren verstehen ihre Unterstützungsangebote als interdisziplinäre Komplexleistung auf der Basis eines ganzheitlichen Konzeptes, das der umfassenden Berücksichtigung der gesundheitlichen, sozialen und individuellen Lebenssituation und der Wiederherstellung und Sicherstellung der Würde der Überlebenden verpflichtet ist. Die Schaffung einer vertrauensvollen Atmosphäre u. a. durch Transparenz, umfassende Information und Berücksichtigung des Willens der Betroffenen (informed consent) sowie die strikte Einhaltung der Schweigepflicht ist dabei gerade für Überlebende von „man-made-desasters“ von zentraler Bedeutung.

Als Dachverband der PSZ fördert die BAfF die Vernetzung zwischen den Mitgliedszentren und die Kooperation mit anderen Einrichtungen ähnlicher Zielsetzung, sowohl bundesweit als auch auf internationaler Ebene. Sie fördert fachlichen Austausch und Forschung zur Verbesserung einer ganzheitlichen Behandlung der Folgen von Flucht, Folter und organisierter Gewalt, sowie von psychosozialen Belastungen, die aus Entwurzelungs- und Ausgrenzungserfahrungen entstehen. Damit einher geht die Entwicklung bzw. Fortschreibung ethischer und professioneller Standards für eine solche Versorgung. Aufgaben der BAfF und ihrer Mitgliedszentren sind ferner die Förderung der politischen und gesellschaftlichen Wahrnehmung der Folgen von Folter und organisierter Gewalt und die Zusammenarbeit mit Interessenvertreter\*innen und Verantwortungsträger\*innen mit dem Ziel einer Verbesserung der Lebenssituation von Geflüchteten. Die BAfF setzt sich dafür ein, dass die Notwendigkeit des Versorgungsangebots ihrer Mitgliedszentren als spezialisierte interdisziplinäre Komplexleistung politisch anerkannt wird und die PSZ mit ihren Kernaufgaben durch eine Regelfinanzierung abgesichert werden.

Die BAfF und ihre Mitgliedszentren verstehen sich auch als Sprachrohr: Sie tragen (nach Möglichkeit gemeinsam mit Betroffenen) die Erfahrungen und Zeugnisse ihrer Klient\*innen in Öffentlichkeit und Politik, um durch politisches Empowerment und Sensibilisierung der Zivilgesellschaft zu an Menschenrechten orientierten gesellschaftspolitischen Veränderungen beizutragen.

## Kultursensible Beratung und Behandlung

Die Mitarbeiter\*innen der PSZ verfügen über therapeutische und traumatherapeutische sowie kultursensible Kompetenzen, asyl-, sozial- und aufenthaltsrechtliches Fachwissen sowie umfangreiche Kenntnisse zum Sozial- und Gesundheitssystem. Unter Kultursensibilität verstehen wir ein grundlegend reflexives Verhältnis zum eigenen (professionellen) Handeln und dessen Bedingungen. Wenn wir mit kulturellen Kategorien arbeiten, müssen wir uns über Machtstrukturen und (rassistische) Vorurteile bewusst sein und Personen nie als kategorisierbare „Anderer“ festsetzen (Kulturalisierung). Kultur ist immer komplex und lässt sich nicht

auf Nationalstaaten oder ethnische Gruppen reduzieren. Jede Person verfügt über multiple kulturelle Zugehörigkeiten, die sich zudem stetig ändern können. Es ist daher unabdingbar, über Kultur zu kommunizieren, anstatt Kategorien anzunehmen.

#### Kriterien für gute kultursensible Beratung und Therapie sind:

- Offene und wertschätzende Haltung in der Kommunikation über Zugehörigkeiten, Werte und Diskriminierungserfahrungen;
- Klient\*innen anzunehmen und zu respektieren, unabhängig von kulturellen, religiösen und biografischen Hintergründen;
- Die Sensibilität im Umgang mit den Problemen ethnischer Minderheiten und vulnerabler Gruppen (wie z. B. LSBTTIQ\*) und Kenntnis ihrer spezifischen Problemlagen;
- Die Bereitschaft bzw. die Fähigkeit, die Familie und die Gemeinschaft der Klient\*innen als Ressourcen in die Beratung mit einzubeziehen. Dies setzt Kenntnisse über spezifische Struktur und Rolle der Familie und/oder der Gemeinschaft voraus;
- Die Fähigkeit, auf geäußerte Gefühle, Körperempfindungen, etc. einzugehen, auch wenn sie nicht der eigenen Erfahrung und Deutung entsprechen;
- Die Bereitschaft, sich mit dem\*der Klient\*in auf einen offenen Dialog einzulassen, eine Beziehung zur gemeinsamen Suche nach Verstehen einzugehen und dabei die eigenen (Vor-) Urteile zu hinterfragen;
- Die Bewusstmachung, dass eigene fremdsprachliche Kenntnisse nicht unbedingt für den Kontext Beratung und Therapie ausreichen;
- Die Fähigkeit zur Entscheidung, wann Sprachmittler\*innen hinzuzuziehen sind;
- Die Fähigkeit, mit Sprachmittler\*innen in einem gegebenen angemessenen Setting zu arbeiten und die Grenzen dieser Zusammenarbeit richtig einzuschätzen;
- Der Einsatz unabhängiger Sprachmittler\*innen, die speziell für die Sprachmittlung in Beratung und Therapie mit Geflüchteten geschult sind.

## Das Leistungsspektrum und die Angebote der Psychosozialen Zentren

Die angebotene Hilfe in den Zentren orientiert sich an den Bedürfnissen und der Lebenssituation der Geflüchteten. Sie zeichnet sich durch eine Vielzahl unterschiedlicher Kompetenzen aus und zielt auf eine Verbesserung der Gesundheit auf allen Ebenen ab. Daher ist sie in ein ganzheitliches Konzept eingebettet, das sozialarbeiterische und pädagogische Angebote, Beratung, psychologische und psychotherapeutische Angebote und ggf. medizinische Hilfe umfasst. Die Angebote werden bedarfsorientiert und klient\*innenzentriert zur Verfügung gestellt. Sie sind miteinander kombinierbar und stehen in der Regel zeitlich flexibel zur Verfügung. Unter Berücksichtigung des vergangenen und aktuellen Kontexts dienen sie der tätigen und lebenspraktischen Unterstützung. Sie leisten Hilfe zur Selbsthilfe und tragen zur Selbstorganisation der Klient\*innen bei. Die Mitarbeiter\*innen der PSZ fördern Empowerment als Gegengewicht zur Ohnmachtserfahrung infolge traumatischer Erlebnisse. Diese bedarfsorientierte Hilfe umzusetzen ist in den meisten Fällen nicht von einer einzelnen Person zu leisten und erfordert ein multidisziplinäres Team, in dem schulenübergreifend zusammengearbeitet wird.

Die PSZ halten – bedingt durch Größe, finanzielle Ausstattung und geografische Lage – verschiedene und unterschiedlich viele Angebote vor. Das professionelle Angebot eines PSZ umfasst die im Folgenden genannten Bereiche entweder selbst oder verfügt über geeignete Kooperationen, um zu Angeboten, die das Zentrum nicht vorhält, vermitteln

zu können. Sofern ein Zentrum einzelne Angebote nicht selbst vorhält (z. B. medizinische Angebote), ist eine enge Zusammenarbeit mit entsprechend fachlich qualifizierten Versorgungsstrukturen erforderlich. Die Tätigkeitsschwerpunkte jedes PSZ sollen jedoch die folgenden Kernangebote umfassen:

### Kernangebote

- Hilfestellungen bei asyl-, aufenthalts- und sozialrechtlichen Fragestellungen
- Informationsvermittlung zu allen Lebensbereichen (Unterkunft, Arbeit, Schule, Familie)
- Sozialarbeiterische Begleitung, Hilfen zur sozialen Integration und Rehabilitation und Förderung gesellschaftlicher Teilhabe
- Psychologische Diagnostik und Dokumentation
- **Psychosoziale Beratung und Psychoedukation**
- **Krisenintervention**
- **Psychotherapie**
- **Qualifizierte Stellungnahmen zur Vorlage in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren**
- Beratung, Diagnostik und Therapie erfolgen, wenn erforderlich, mit Hilfe geschulter Sprachmittler\*innen oder durch muttersprachliche Mitarbeitende
- Alle Angebote sind traumasensibel gestaltet, psychologische/psychotherapeutische/psychosoziale Unterstützung und Diagnostik wird bei Bedarf mit Traumafokus angeboten

## Erweiterte Angebote

Die folgenden Angebote werden teilweise ergänzend vorgehalten:

- **Kreative Angebote**
- **Medizinische Beratung und Versorgung**
- **Medizinische Diagnostik und Dokumentation**
- **Unterstützung beim Spracherwerb, (Vermittlung zu) z. B. Deutschkurse(n)**
- **Unterstützung beim Umgang mit Behörden und Gesundheitsvorsorge, z. B. Begleitung durch ehrenamtliche Mentor\*innen**
- **Unterstützung beim Zugang zu sozialen Netzwerken und zur gesellschaftlichen Teilnahme**
- **Niedrigschwellige Unterstützung, z. B. Freizeitaktivitäten, Gruppen- und Projektarbeit**
- **Durchführung oder Vermittlung von qualifizierter Dokumentation oder Begutachtung körperlicher und psychischer Misshandlungsspuren nach den Standards des Istanbul-Protokoll<sup>24</sup> und den Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren) (SBPM)<sup>25</sup>**

24 Das *Istanbul-Protokoll* ist der Standard der Vereinten Nationen für die wirksame Untersuchung und Dokumentation von Folter und anderer grausamer, unmenschlicher oder entwürdigender Behandlung oder Strafe. Das Handbuch ist unter folgendem Link abrufbar <https://www.ohchr.org/Documents/Publications/training-8Rev1en.pdf>

25 Die Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren) finden sich unter: <https://www.sbp.de>.

In Zusammenarbeit mit den ärztlichen und psychologisch-psychotherapeutischen Berufskammern werden zertifizierte Fortbildungsveranstaltungen durchgeführt. Für die Zertifizierung sind zugelassen: Approbierte ärztliche, psychologische Psychotherapeut\*innen oder Kinder- und Jugendpsychotherapeut\*innen mit Nachweis von mindestens 5 Jahren klinischer Tätigkeit im Bereich Psychiatrie, Psychotherapie in Praxis, Beratungsstelle oder Klinik.

Über die direkte Klient\*innenarbeit hinaus leisten die PSZ Gremienarbeit und Öffentlichkeitsarbeit, machen Fortbildungsangebote und betreiben Forschung, **Multiplikator\*innenarbeit und Vernetzung. Angebote und Aufgaben der Zentren, von denen Klient\*innen indirekt profitieren sind:**

- **Information, Fort- und Weiterbildungen – für in der Flüchtlingsarbeit Tätige und die Fachöffentlichkeit**
- **Begleitung, Stärkung und Qualifizierung des ehren- und hauptamtlichen Engagements in der Arbeit mit Geflüchteten**
- **Öffentlichkeits-, Gremien- und Lobbyarbeit**
- **Dokumentation, Evaluation, Forschung, Publikationen**
- **Qualitätsmanagement, kontinuierliche Weiter- und Neuentwicklung von Angeboten und der zugrundeliegenden Konzepte**
- **Kooperation und Vernetzung mit anderen Akteur\*innen in der gesundheitlichen oder psychosozialen Versorgung Geflüchteter**
- **Schulung von Professionellen im Gesundheits- und Sozialwesen**
- **Unterstützung und Supervision von ehrenamtlich Tätigen sowie Aufbau von zivilgesellschaft Engagement**

© Martin Péchy // pexels.com



## ANGEBOTSSCHWERPUNKTE DER PSYCHOSOZIALEN ZENTREN 2017

Zu den wichtigsten Angeboten der Psychosozialen Zentren zählten 2017 vor allem die psychosoziale bzw. psychologische Beratung, die Diagnostik und das Clearing, Kriseninterventionen und Stabilisierungsarbeit, Einzelpsychotherapien, die Sozialberatung sowie das Verfassen von Stellungnahmen z. B. im aufenthaltsrechtlichen Verfahren. Die (asyl-)rechtliche Beratung, spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche, Verfahren zur Feststellung besonderer Schutzbedürftigkeit, weitere Therapien (kreative Therapien, Bewegungstherapien etc.) sowie gruppenpsychotherapeutische Angebote waren in der Regel ebenfalls Bestandteil des Leistungsspektrums in den Zentren. Telefonsprechstunden, Versorgungsangebote außerhalb des Zentrums (z. B. in Aufnahmeeinrichtungen/ Unterkünften), Gruppenangebote mit aktivitäts- oder bildungsorientiertem Fokus (Freizeitangebote, Näh-/ Schreibgruppen, Deutschkurse etc.) wurden nur von einigen Einrichtungen angeboten bzw. haben einen weniger zentralen Stellenwert.

### Versorgungsangebote der PSZ

n = 35

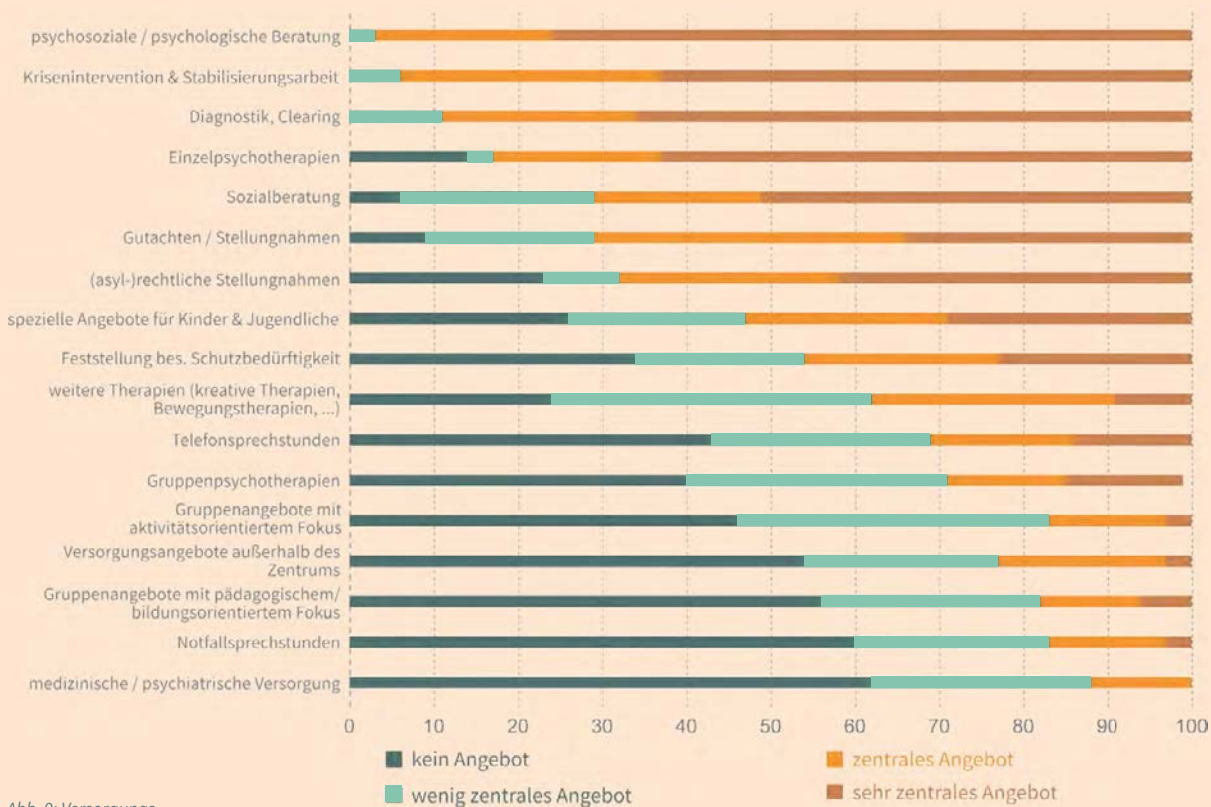


Abb. 9: Versorgungsangebote der PSZ 2017.

Über die direkte Klient\*innen-Arbeit hinaus liegt ein zentraler oder sehr zentraler Fokus der Aktivitäten in den PSZ bei fast allen Einrichtungen auf Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit (89 %). Für über dreiviertel der PSZ (77 %) gelten Beratungsleistungen anderer Einrichtungen bzw. externer Fachkräfte als ein sehr zentrales oder zentrales Angebot. Bei 70 % der PSZ ist die Fortbildungsarbeit ein sehr zentrales oder zentrales Angebot der Einrichtung.

Auch die Presse- und Öffentlichkeitsarbeit ist für etwa ein Drittel (31 %) aller Zentren ein zentrales und für weitere 14 % ein sehr zentrales Angebot ihres Zentrums. Für über ein Drittel der PSZ steht außerdem die Zusammenarbeit mit Ehrenamtlichen zentral (34 %) oder sehr zentral (11 %) im Fokus der Zentrumsaktivitäten.

## Angebote der PSZ für die Klient\*innen hinaus

n = 35

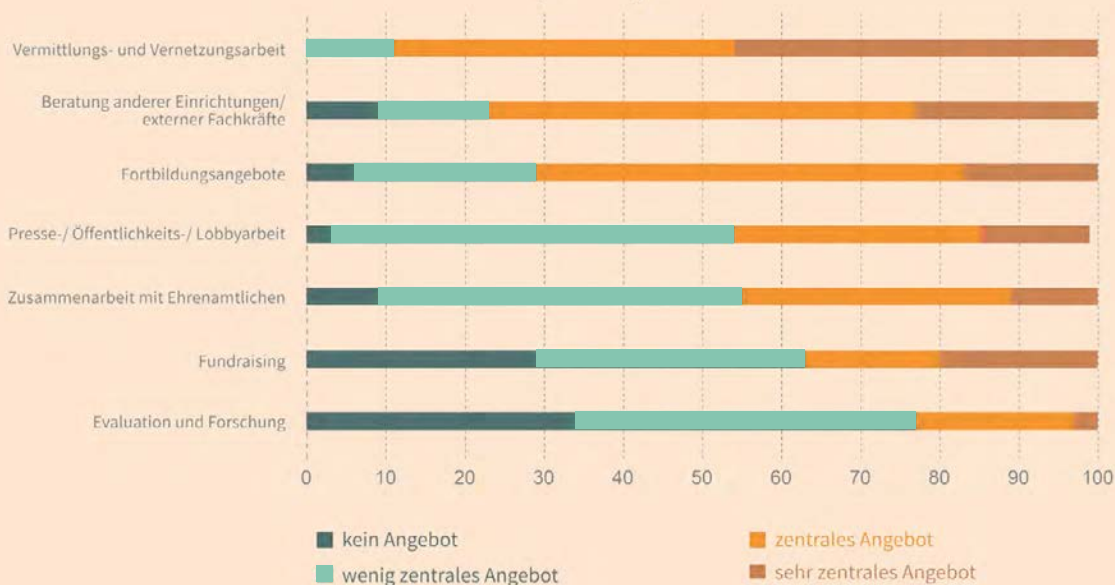


Abb. 10: Angebote der PSZ über die Versorgung von Klient\*innen hinaus.

## Qualitätssicherung der Arbeit der Psychosozialen Zentren

### Räumliche, sachliche und finanzielle Ausstattung

Die Arbeitsbedingungen in den Zentren sollen so gestaltet sein, dass eine kontinuierliche Klient\*innenarbeit gewährleistet werden kann. Dies beinhaltet angemessene und funktionale Räumlichkeiten und Ausstattung, die die Sicherstellung der Angebote ebenso wie Austausch, Reflexion und Fortbildung der Mitarbeiter\*innen ermöglichen. Die regelmäßige telefonische und persönliche Erreichbarkeit in den eigenen Räumlichkeiten muss gewährleistet werden.

### Grundanforderungen und Personalmanagement

Sowohl die Komplexität der Arbeit als auch die Belastung durch Einzelfallarbeit lassen ein arbeits teiliges Betätigungsfeld in der Regel notwendig erscheinen. In jedem Zentrum sind daher mindestens zwei Mitarbeiter\*innen mit mindestens 19,25 Wochenstunden pro Person fest angestellt. Eine der beiden Fachleute ist Psychotherapeut\*in mit abgeschlossener therapeutischer Weiterbildung in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren. Die andere Person ist ausgebildete Sozialarbeiter\*in oder verfügt über eine vergleichbare berufliche Qualifikation.

Die inhaltliche Arbeit des multidisziplinär besetzten Teams ist schulenübergreifend. Die Versorgung erfolgt bedarfsgerecht, kontextspezifisch und in

Kooperation aller Berufsgruppen des PSZ. Sie hat die Verbesserung der Lebensqualität der Klient\*innen zum Ziel. Zudem sind meist Kooperationen mit Personen außerhalb der Einrichtung (Rechtsanwält\*innen, Ärzt\*innen) und anderen Institutionen (Kliniken, Schulen, Wohneinrichtungen) notwendig, um eine adäquate Versorgung sicherzustellen.

Die Mitarbeiter\*innen sehen sich verpflichtet, das Angebot der psychosozialen Versorgung besonders vulnerabler Geflüchteter zu erhalten, auszubauen und die Qualität zu sichern.

### Qualifikationen der Mitarbeiter\*innen

Neben einer heilberuflichen, sozialen, juristischen oder pädagogischen Grundausbildung (Sozialarbeit, Psychologie, Pädagogik, Soziologie, Jura, Medizin usw. mit entsprechendem FHS- oder Universitätsabschluss) sind aufgrund der spezifischen Bedürfnisse der Zielgruppe und der Komplexität der Problemstellungen zusätzlich praktische Erfahrungen und spezielle Zusatzqualifikationen erforderlich. Grundkenntnisse in ausländer- und flüchtlingsrelevanten Rechtsgebieten und transkulturelle Kompetenz, bzw. die Bereitschaft sich diese anzueignen, sind erforderlich.

Im psychotherapeutischen Bereich ist eine Qualifikation in einem wissenschaftlich anerkannten therapeutischen Verfahren erforderlich<sup>26</sup>, es sollten auch nur solche Ansätze in Beratungs- und Therapiearbeit einfließen. Kulturell verankerte Heilmethoden sowie kunst- und körpertherapeutische Angebote werden dabei mit einbezogen. Die Therapeut\*innen sind in der Lage, die erlernten (westlichen) Methoden bezüglich ihrer Begrenzung kritisch zu hinterfragen und klient\*innen- sowie kultursensibel angepasste Wege zu finden. Psychotraumatologische Kenntnisse sind für alle Mitarbeiter\*innen, die im Beratungs- und therapeutischen Bereich tätig sind, notwendig. Eine Reduzierung auf Traumafolgesymptome wird jedoch vermieden und der weitere Kontext bei jeder Beratung und Behandlung berücksichtigt.

Wir unterstützen zivilgesellschaftliches Engagement durch ehrenamtlich Tätige, setzen uns für die Aufrechterhaltung von professionellen Standards ein und grenzen beides klar voneinander ab.

#### Hospitation, interne Ausbildung, Einarbeitung und Fortbildung von Mitarbeiter\*innen

Vor einer eigenständigen Mitarbeit neuer Mitarbeiter\*innen beziehungsweise einer Hospitationsphase wird eine Einarbeitungszeit vorgeschaltet, für die besondere Regeln gelten; z. B. ist es sinnvoll, die ersten Beratungsgespräche oder Kriseninterventionen gemeinsam mit erfahrenen Mitarbeiter\*innen durchzuführen.

Allen Mitarbeitenden stehen Fortbildungen (speziell die Fachtagungen der BAfF) zu. Die Fort- und Weiterbildungen in den o. g. Bereichen werden durch die Einrichtungen gefördert.

Da es keine spezialisierte Ausbildung in vielen Arbeitsbereichen der PSZ gibt, stehen sich alle in der BAfF zusammengeschlossenen Zentren zur gegenseitigen Hospitation zur Verfügung.

#### Information, Betreuung und Weiterbildung ehrenamtlicher Mitarbeiter\*innen und Praktikant\*innen

Ehrenamtliche Mitarbeiter\*innen und Praktikant\*innen werden kontinuierlich betreut und begleitet, ihrer möglichen Belastung gilt die besondere Aufmerksamkeit der erfahrenen Mitarbeiter\*innen. Dies geschieht in Form von regelmäßigen Gesprächs-, Informations- und Schulungsangeboten sowie Unterstützung in Problem- und Krisensituationen.

#### Supervision und Intervision

Zur Qualitätssicherung ist eine regelmäßige Reflexion der beraterischen und therapeutischen Tätigkeit notwendig. Diese findet in Form von externer fallbezogener Supervision im Einzel- oder Gruppensetting statt. Die Teilnahme an Supervision ist für alle Mitarbeitenden verbindlich und gehört zu den Arbeitspflichten. Die Häufigkeit der Supervision ist abhängig von der Arbeitszeit der einzelnen Mitarbeitenden.

Der Schutz der Mitarbeitenden ist dem Schutz der Klient\*innen gleichrangig. Die Supervision(sgruppe) sollte ein Ort des Vertrauens sein, an dem ohne Vorbehalte über Fälle, aber auch über den eigenen Umgang, die Reaktion auf Klient\*innen und die Rolle in der Einrichtung gesprochen werden kann. Die Supervision erfüllt also verschiedene Aufgaben: die übergreifende Fallarbeit, die Erhaltung der Motivation, Burn-Out-Prophylaxe sowie Austausch und Feedback.

Da sich die extremen Belastungen der Klient\*innen auch auf die Mitarbeitenden und das Team auswirken, sind Räume zur regelmäßigen Reflexion (z. B. Teamsupervision, Intervision oder Qualitätszirkel) sehr wichtig. Bei Veränderungsprozessen oder Krisen innerhalb einer Einrichtung sollte eine zusätzliche (Team-) Supervision/bzw. Organisationsentwicklung möglich sein.

Die\*der Supervisor\*in sollte vom Team bestimmt werden. Supervisor\*innen sollten über Erfahrungen in kultursensibler Therapie/Beratung und im Diversitätsmanagement verfügen, nach Möglichkeit auch über psychotraumatologische Kenntnisse und Wissen über die Lebensrealität von Geflüchteten.

#### Arbeit mit Sprachmittler\*innen

In Therapie und Beratung ist die sprachliche Verständigung elementar. Die Angebote der PSZs erfolgen nach Möglichkeit in unterschiedlichen Sprachen durch muttersprachliche Mitarbeiter\*innen. Diese stehen jedoch meist nicht in ausreichender Anzahl zur Verfügung, so dass viele Gespräche mit Hilfe von Sprachmittler\*innen durchgeführt werden müssen. Kompetente Sprachmittelnde werden benötigt, um die Verständigung professionell zu gewährleisten und Klient\*innen so den Zugang zu allen Leistungen der Zentren zu ermöglichen.

Beratung und Psychotherapie mit Sprachmittlung sind genauso wirksam wie muttersprachliche Angebote. Dies ist jedoch nur dann der Fall, wenn sie mithilfe qualifizierter Sprachmittler\*innen stattfindet, Aspekte der Kulturvermittlung umfasst und wenn bedeutungsadäquat übersetzt wird. Dabei erfordert das triadische Setting die Einhaltung von Regeln, nicht nur um die Qualität der Kommunikation sicherzustellen, sondern auch zum Schutz der Sprachmittler\*innen, beispielsweise vor sekundärer Traumatisierung.

26 Der wissenschaftliche Beirat Psychotherapie hat folgende psychotherapeutische Verfahren nach § 11 PsychThG als wissenschaftlich anerkannt: Verhaltenstherapie, analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie und systemische Therapie. Die Gutachten des Beirats finden sich unter: <https://www.wbpsychotherapie.de/wissenschaftliche-beurteilungen-gutachten/>



Ein Pool von speziell geschulten Sprachmittler\*innen für alle benötigten Sprachen ist daher notwendiger Bestandteil des Teams eines PSZ. Hilfreich und zum Teil zwingend notwendig ist es, wenn neben verschiedenen Sprachen auch die Vielfalt hinsichtlich Geschlecht, Nationalität, Alter, sozialer Herkunft, Religion, politischer und ethischer Zugehörigkeit, etc. beachtet wird. Sprachmittler\*innen können in vielen Fällen durch ihre vorhandenen transkulturellen Kompetenzen und eigenen Migrationserfahrungen wichtige Anregungen in der Begegnung mit Klient\*innen geben.

Um die Qualität von Therapie und Beratung zu gewährleisten, bringen Sprachmittler\*innen in den PSZ nicht nur häufig entsprechende sprachliche und transkulturelle Qualifikationen mit, sondern bilden sich auch bedarfsgerecht weiter. Hier halten die Zentren entsprechende Angebote vor oder vermitteln zu diesen. Zudem sollten für Sprachmittler\*innen Angebote der begleitenden Supervision und Intervention existieren.

#### **Dokumentation, Datenschutz, Schweigepflicht**

Die Erfassung und Speicherung aller klient\*innenbezogenen Daten unterliegt den Vorgaben der bestehenden datenschutzrechtlichen Bestimmungen. Alle erhobenen Daten (Aufnahmebögen, Anamnesebögen, Fragebögen, Psychodiagnostik, etc.) sollen zeitnah in eine Datenbank überführt werden, die eine sichere Erfassung und Haltung der Daten gewährleistet. Die Originalunterlagen werden entsprechend den Vorgaben der Dokumentationspflicht für Heilberufe aufbewahrt.

Bei der Betreuung der Klient\*innen wird auf die Einhaltung der geltenden Datenschutzvorschriften zum Schutz der informationellen Selbstbestimmung geachtet. Alle Mitarbeitenden eines Zentrums (ob angestellt, als Honorarkraft oder ehrenamtlich Tätige) sind verpflichtet, die Regeln des Datenschutzes und der Schweigepflicht gem. § 203 StGB einzuhalten. Alle Personen, die Umgang mit personenbezogenen Daten haben, werden durch eine\*n Datenschutzbeauftragte\*n über die Bestimmungen des Datenschutzes aufgeklärt. Sie müssen sich im Rahmen ihres Arbeitsvertrags oder durch eine gesonderte Vereinbarung schriftlich verpflichten, diese einzuhalten.

Klient\*innen werden zu Beginn ihrer Beratung/Behandlung über Inhalte, Reichweite und Möglichkeiten der Datenschutzbestimmungen und der Schweigepflicht der Mitarbeiter\*innen informiert. Die Weitergabe oder Veröffentlichung von personenbezogenen Daten darf nur mit der schriftlichen Einverständniserklärung der Klient\*innen (Entbindung von der Schweigepflicht) erfolgen.





## 5. Klient\*innen in den Psychosozialen Zentren

Zur Beschreibung der Versorgungssituation in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer führt die BAfF jedes Jahr eine Datenerhebung in allen Einrichtungen durch, die ihr als Dachverband angeschlossen sind. Die Datenerhebungen werden seit 2010 durchgeführt und seitdem kontinuierlich weiterentwickelt, um den aktuellen asyl- und gesundheitspolitischen Entwicklungen sowie den Veränderungen in Struktur, Größe und Arbeitsweise der PSZ Rechnung zu tragen.

In den Datenerhebungen erhebt die BAfF jedes Jahr jeweils für das vorangegangene abgeschlossene Kalenderjahr Kennzahlen, unter anderem zur Anzahl der versorgten Klient\*innen und zum Leistungsspektrum, das für Geflüchtete in den Bereichen Psychotherapie, (psycho)soziale Beratung sowie weiteren multimodalen Unterstützungsangeboten zur Verfügung gestellt werden kann. Erfragt werden außerdem Aspekte, über die der Grad der Zugänglichkeit und der Verfügbarkeit dieser Leistungen für Geflüchtete abgebildet werden kann: u.a. die Anzahl der Personen auf den Wartelisten der Einrichtungen, die durchschnittliche Wartezeit, die Anzahl der Menschen, die abgewiesen werden müssen oder die Vermittlungszahlen in das Regelsystem. Auch die Personalausstattung und die Finanzierungsstruktur, einschließlich der Möglichkeiten zur Kostenübernahme für Psychotherapien werden jedes Jahr erfragt.

Die Erhebung für den aktuellen Bericht erfolgte Mitte des Jahres 2018 und bezieht sich auf die Daten des Kalenderjahres 2017. Sie umfasst die Daten der 37 Psychosozialen Zentren, die zum Erhebungszeitraum Mitglied der BAfF waren<sup>27</sup>. Die Daten wurden durch die BAfF einer umfassenden Datenprüfung unterzogen. In der Mehrheit der Fälle wurde die Erhebung in ergänzenden Telefonaten nachbesprochen, um Fragen zu potentiell inkonsistenten oder unvollständigen Angaben zu klären und um weiterführende Informationen zu Detailspekten der Versorgung zu gewinnen.

Die Auswertung erfolgte vordergründig deskriptiv. Veranschaulicht werden in der Regel der Mittelwert und der Median (siehe Kasten auf Seite 57). Aufgrund der großen regionalen Unterschiede und den Variationen in Größe, Leistungsspektrum und Schwerpunkten der Einrichtungen werden für einzelne Aspekte explorativ auch Vergleiche der Mittelwerte zum Beispiel zwischen verschiedenen Regionen dargestellt.

<sup>27</sup> Zum Erhebungszeitraum im Jahr 2018 waren 37 Psychosoziale Zentren in der BAfF vernetzt, davon 7 im Aufbau. Seit November 2018 sind es 41 PSZ, davon 12 im Aufbau. Eine Auflistung der Psychosozialen Zentren in den einzelnen Bundesländern einschließlich ihrer Kontaktdaten findet sich im Anhang dieser Publikation sowie unter <http://www.baff-zentren.org/mitgliedszentren-und-foerdermitglieder/>



## „DURCHSCHNITTLICHES“ VS. „TYPISCHES“ PSYCHOSOZIALES ZENTRUM

In diesem Bericht wird häufig ein „durchschnittliches“ Psychosoziales Zentrum einem „typischen“ psychosozialen Zentrum gegenübergestellt. Es zeigen sich dabei oft deutliche Unterschiede in den Kennwerten für die Anzahl der betreuten Klient\*innen, der beschäftigten Mitarbeiter\*innen oder auch der finanziellen Ressourcen.

Von einem „Durchschnittszentrum“ wird gesprochen, wenn Aussagen aufgrund der Mittelwerte ( $\bar{x}$ ) über alle befragten Zentren gemacht werden, von einem „typischen“ Zentrum, wenn der Median ( $\tilde{x}$ ) zugrunde gelegt wurde.

Beim **Mittelwert** ( $\bar{x}$ ) werden alle Werte addiert und die Summe durch die Anzahl ( $n$ ) der Beobachtungen (hier: oftmals Anzahl der Zentren) geteilt. Durchschnittswerte wie diese sind allerdings sehr empfindlich für Verzerrungen durch Extremwerte, wie es hier z.B. die sehr großen Zentren mit z.T. über 1.000 Klient\*innen pro Jahr sind. Deshalb wirkt das „Durchschnittszentrum“ an sich größer als ein typisches Zentrum – die Daten sehr großer Zentren fallen stärker ins Gewicht – zu Lasten der zahlreicheren kleineren Einrichtungen. In diesem Bericht wurde daher für viele Kennzahlen, die stark durch die Größe eines Zentrums beeinflusst werden, zusätzlich zum oder statt des Mittelwerts ( $\bar{x}$ ) der Median ( $\tilde{x}$ ) angegeben.

Der **Median** ( $\tilde{x}$ ) ist der Wert, der in einer Auflistung von Werten, die nach Größe sortiert wurden, genau in der Mitte steht – es befindet sich also genau die Hälfte aller Zentren unter dem Medianwert und genau die Hälfte darüber. Im Unterschied zum Mittelwert ist der Median dadurch robust gegenüber nur einzelnen, aber extrem abweichenden Werten bzw. Ausreißern. Er ist daher in vielen Bereichen aufschlussreicher, um die Situation in einem „typischen Psychosozialen Zentrum“ ( $\tilde{x}$ ) darzustellen und unterscheidet sich oft deutlich von den Werten für ein „durchschnittliches Psychosoziales Zentrum“ ( $\bar{x}$ ).

## 5.1 Anzahl der Klient\*innen in den PSZ

Vom komplexen Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer haben im Jahr 2017 insgesamt 21.418 Klient\*innen profitiert. Je nach Größe des Zentrums und damit verbunden der Mitarbeiter\*innenstärke, den Angebotsstrukturen und den zur Verfügung stehenden Mitteln variiert die Klient\*innenzahl zwischen den Psychosozialen Zentren sehr deutlich. Es gibt Zentren, die zum Erhebungszeitraum neu in die psychosoziale Arbeit mit Geflüchteten eingestiegen

sind und im Jahresverlauf nur etwa 68 Klient\*innen beraten und behandelt haben. Andere sehr große Zentren begleiteten über 2.000 Klient\*innen. In einem „durchschnittlichen Psychosozialen Zentrum“, repräsentiert durch die Mittelwerte aller 37 Einrichtungen, wurden 579 Geflüchtete behandelt und beraten, in einem „typischen Zentrum“, also einem Zentrum, das dem Median aller Zentren entsprechen würde, etwa 350 Klient\*innen.

### Anzahl der Klient\*innen

	Summe (N=37)	Ø pro Zentrum (Mittelwert)	Typisches Zentrum (Median)	Min	1. Quartil	2. Quartil (Median)	3. Quartil	Max
Klient*innen Insgesamt 2017	21.418	579	350	68	199	350	716	2.440

Tabella 1: Anzahl der Klient\*innen, die 2017 von den 37 PSZ versorgt wurden.

## VERTEILUNG DER KLIENT\*INNEN-ZAHLEN: MEHR „KLEINE“ ALS „GROSSE“ ZENTREN

In der grafischen Darstellung sieht man, wie ungleich die Anzahl der Klient\*innen über die verschiedenen Einrichtungen hinweg verteilt ist. Im *Histogramm* (siehe Abb. 11 I) ist zu sehen, dass die Verteilung der Klient\*innen-Zahlen deutlich linkssteil ist. Fast zwei Drittel der PSZ (n = 24) betreuen deutlich weniger Klient\*innen, als es dem Mittelwert von jährlich 579 Klient\*innen entspräche. Das „durchschnittliche Zentrum“ mit jährlich 579 Klient\*innen wird also stark von einigen PSZ mit sehr vielen Klient\*innen „vergrößert“. Im *Boxplot* (siehe Abb. 11 II) wird jedes der 37 Psychosozialen Zentren durch einen der 37 Datenpunkte visualisiert. Dabei wird sichtbar, dass die Hälfte der Zentren zwischen 199 Klient\*innen (unteres Quartil, Q1 = Beginn der „Box“) und 716 Klient\*innen (oberes Quartil, Q3 = Ende der Box) versorgen. Der Median (Strich durch die Box), in diesem Bericht als Richtwert für ein „typisches Zentrum“ beschrieben, liegt bei 350 Klient\*innen jährlich und damit auch hier sehr weit links: Die Hälfte der Zentren versorgt weniger als 350 Klient\*innen pro Jahr, die andere Hälfte mehr. Sichtbar werden in dieser Darstellung auch die extremen Werte: Die 5 Psychosozialen Zentren mit einer Klient\*innen-Zahl von ca. 1.400 Klient\*innen oder mehr werden im Diagramm sehr weit außerhalb visualisiert.

### Anzahl der Klient\*innen in den Psychosozialen Zentren

Mittelwert = 578,86 | Std.-Abw. = 569,398 | N = 37

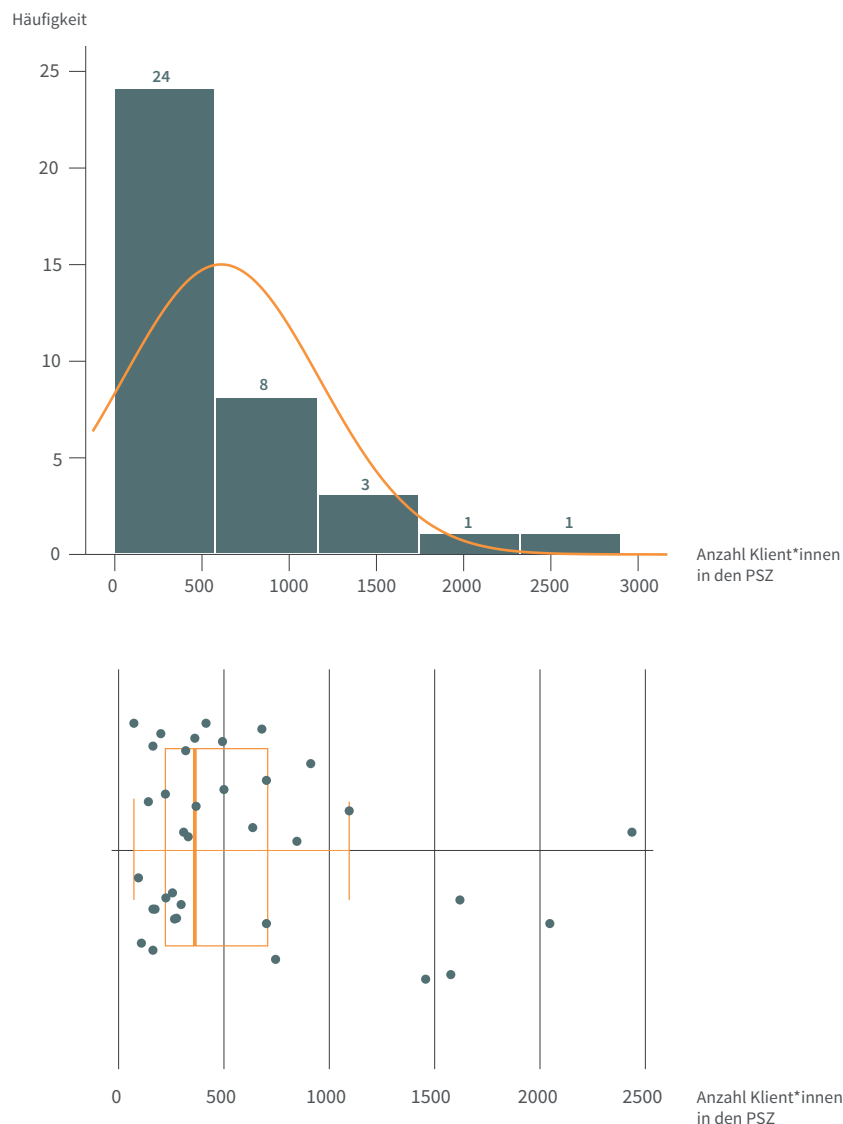


Abb. 11: Verteilung der Klient\*innen-Zahlen in den Psychosozialen Zentren 2017.

Unterschiede in der Anzahl der Klient\*innen, die von den Zentren betreut werden, zeigen sich zum Beispiel im Blick auf regionale Faktoren. Am meisten Klient\*innen versorgen die Psychosozialen Zentren in den Großstädten: hier sind die Klient\*innen-Zahlen im Mittel doppelt so hoch wie im ländlichen Raum<sup>28</sup> (Abbildung 12).

28 Für die Analyse regionaler Unterschiede wurde auf die Regionalstatistische Raumtypologie (RegioStaR) des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) zurückgegriffen. Neben der groben Unterscheidung in Stadtregionen und ländliche Regionen wurden die PSZ vier differenzierteren Regionstypen (RegioStaR 4) zugeordnet: Metropolitanen Stadtregionen, gekennzeichnet durch eine starke Konzentration von Infrastruktur; Regiopolitane Stadtregionen, die aufgrund ihrer geringeren Größe nicht den Status einer Metropole erreichen, aber sog. Oberzentren sind und u. a. durch Versorgungs- und Ausgleichsaspekte eine hohe regionale Rolle haben; sowie stadtreionsnahe ländliche Regionen und periphere ländliche Regionen. Details zur Raumtypologie unter: <https://www.bmvi.de/SharedDocs/DE/Artikel/G/regionalstatistische-raumtypologie.html>

Auch, wie lange ein PSZ bereits etabliert ist, spiegelt sich in der Anzahl der versorgten Klient\*innen wider. Die BAfF gibt es seit 1996, 13 Psychosoziale Zentren sind sogar noch älter. Das älteste Zentrum wurde 1979 gegründet. Doch gerade in den letzten Jahren ist das Netzwerk der Psychosozialen Zentren stark gewachsen: allein seit 2015 sind 9 neue PSZ entstanden. Im Durchschnitt existiert ein PSZ seit bereits 15,5 Jahren. Teilt man alle 37 PSZ anhand des Medians in zwei Gruppen, dann wird deutlich, dass die „älteren PSZ“ (> 15 Jahre; n = 18) mehr als doppelt so viele Klient\*innen versorgen wie die „jüngeren PSZ“ (< 15 Jahre; n = 19) (Abb. 13).

### Anzahl der Klient\*innen, differenziert nach 4 Regionstypen im Jahr 2017

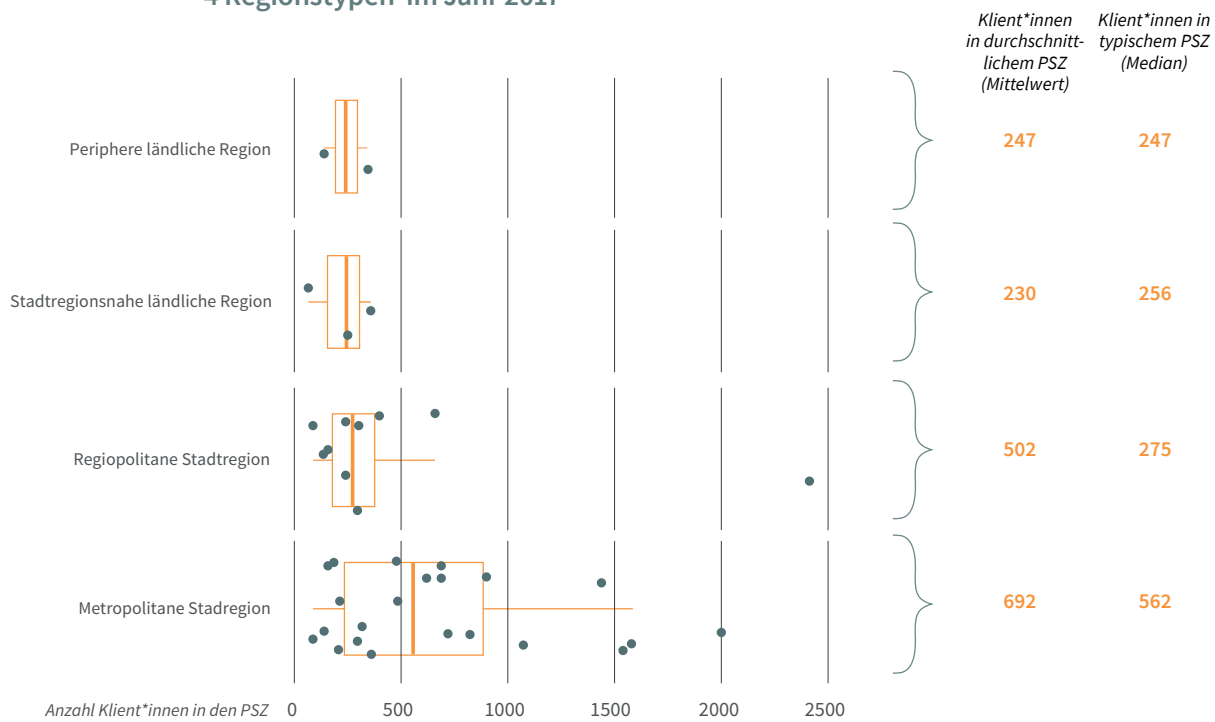


Abb. 12: Anzahl der Klient\*innen, differenziert nach 4 Regionstypen im Jahr 2017

### Anzahl der Klient\*innen im Jahr 2017 in „älteren“ und „jüngeren“ PSZ

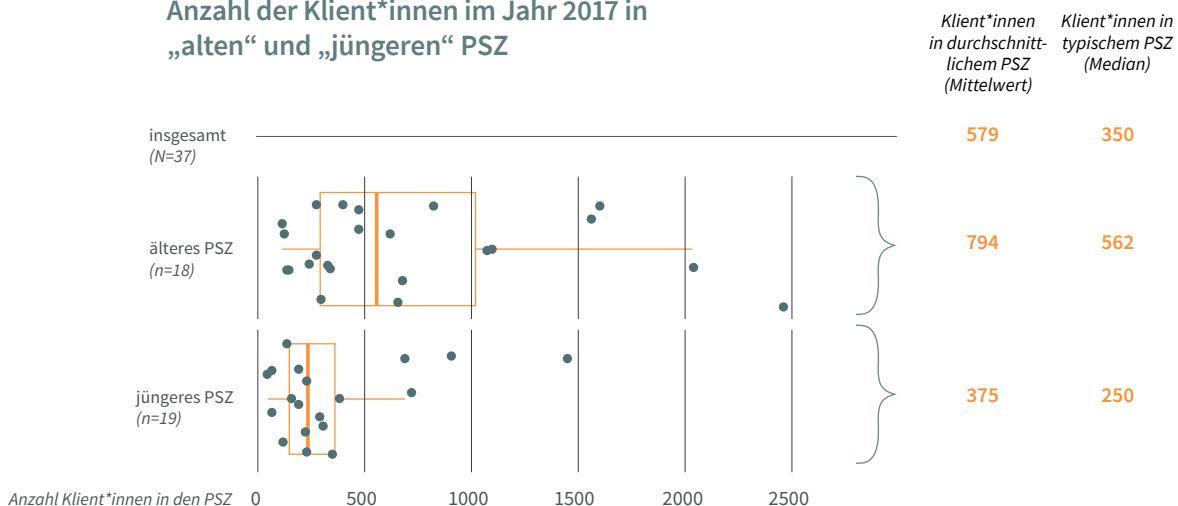


Abb. 13: Anzahl der Klient\*innen im Jahr 2017 in „älteren“ und „jüngeren“ PSZ

## 5.2 Klient\*innen in den einzelnen Versorgungsbereichen

Geflüchtete werden in den Psychosozialen Zentren von multiprofessionell organisierten Teams begleitet. Das Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren umfasst mehr als nur Psychotherapie: Psychosoziale Beratung und therapeutische Behandlung werden eng miteinander verzahnt und in der Regel durch weitere niedrigschwellige Unterstützungsangebote wie Kunst-, Musik- oder Bewegungstherapien sowie bildungs- und integrative Angebote ergänzt (siehe Tabelle 2). So versorgte ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum mit etwa 579 Klient\*innen im Jahr 2017 502 Klient\*innen durch psychosoziale und asylrechtliche Beratung, 213 Klient\*innen in Psychotherapie und 107 über weitere multimodale Angebote. Nur rund 72 Klient\*innen wurden ausschließlich psychotherapeutisch betreut.

Das Kernangebot der Psychosozialen Zentren ist in fast allen Einrichtungen die (psycho-)soziale und asylrechtliche Beratung. Der Großteil der Klient\*innen ist an die Beratungsangebote der Zentren angebunden (M = 84,4 %, Md = 100 %), nur in wenigen Einrichtungen nehmen weniger als ¼ der Klient\*innen die Beratungsangebote der Einrichtung wahr.

Der Anteil der Klient\*innen in psychotherapeutischer Behandlung hingegen variiert von Einrichtung zu Einrichtung (siehe Abbildung 14 zur Verteilung des Anteils von Beratungs- und Therapie-Klient\*innen in den 37 PSZ). Im Durchschnitt wird fast die Hälfte der Klient\*innen in einem Psychosozialen Zentrum psychotherapeutisch begleitet (M = 46,9 %, Md = 38,6 %). In der Regel arbeiten die Beratungs- und die therapeutischen Teams der PSZ eng zusammen, d. h., Klient\*innen sind eher selten nur Beratungs- oder nur Therapie-Klientinnen. Im Durchschnitt ist nur knapp 1/5 der Klient\*innen ausschließlich therapeutisch angebunden (M = 19,4 %, Md = 9,4 %). Alle weiteren Klient\*innen werden in einem Komplettleistungsangebot aus mehreren Behandlungs- und Betreuungsformaten versorgt, ausgerichtet an ihren je individuellen Bedarfen. So nehmen etwa 14 % der Klient\*innen eines Zentrums zusätzlich zu Beratung und/oder Therapie weitere multimodale Angebote wie kreative oder bewegungsorientierte therapeutische Angebote, bildungs-, community- und freizeitorientierte Gruppenformate oder die Unterstützungsangebote ehrenamtlicher Mentor\*innen wahr (M = 14 %; Md = 8,4 %).

### Anzahl der Klient\*innen in den Versorgungsangeboten der PSZ

	Klient*innen Insgesamt 2017	(psycho-)so- ziale Beratung	Psychotherapie	ausschließlich Psychotherapie	psychiatrische Versorgung	kreativ-/kör- pertherapeutische o.ä. Angebote
Summe (N=37)	21.418	18.563	7.867	2.451	452	3.222
Ø pro Zentrum (Mittelwert)	579	502	213	72	12	107
typisches Zen- trum (Median)	350	300	122	33	–	49
Anteil (M)		84,4%	46,9%	19,4%	4%	14%
Anteil (Md)		100%	38,6%	9,4%	0%	8,4%
Minimum	68	13	0	0	0	0
1. Quartil	199	194	76	0	0	0
2. Quartil (Md)	350	300	122	33	0	49
3. Quartil	716	699	260	113	1	103
Maximum	2.440	1.973	1.305	443	120	718

Tabelle 2: Klient\*innen in den Versorgungsangeboten der PSZ im Jahr 2017. Die meisten Klient\*innen sind in mehreren Angeboten angebunden, daher ergeben die prozentualen Anteile nicht 100%.



## Anteil der Klient\*innen, die in (psycho)sozialer Beratung angebunden sind

Angabe in Prozent | Mittelwert = 84% | Std.-Abw. = 25% | N = 37

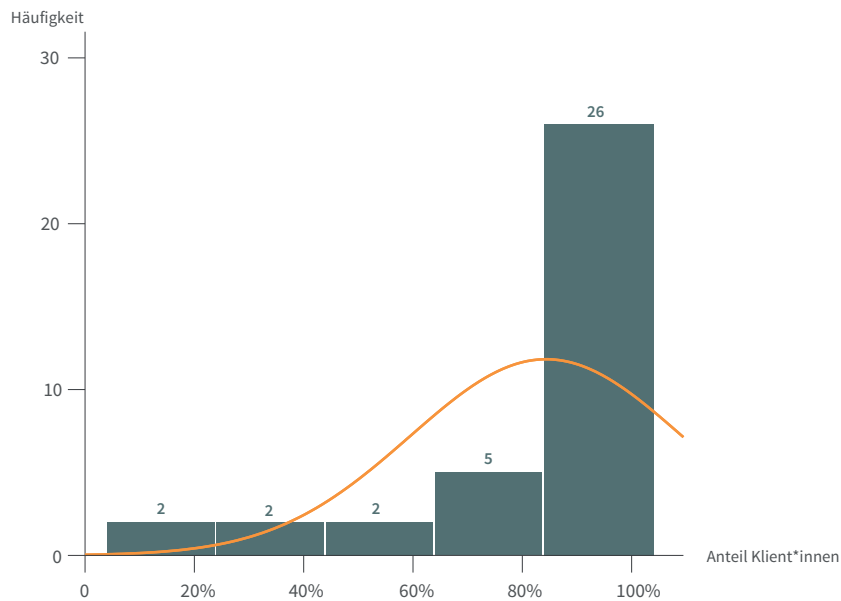
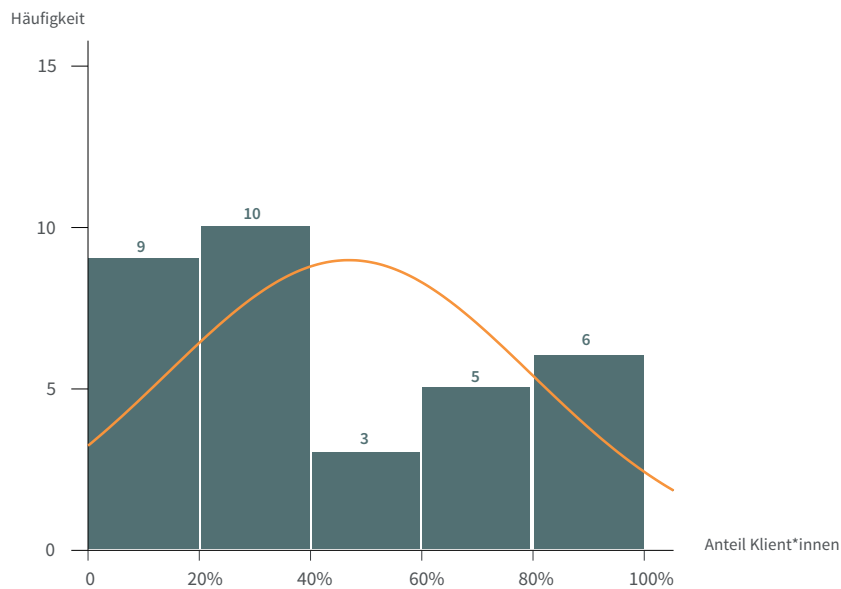


Abb. 14: Verteilung des Anteils von Beratungs- bzw. Therapieclient\*innen an allen Klient\*innen in den 37 PSZ.

## Anteil der Klient\*innen, die in Psychotherapie angebunden sind

Angabe in Prozent | Mittelwert = 47% | Std.-Abw. = 32,8% | N = 37



**(psycho)soziale Beratung:** Die Relevanz der Beratungsangebote zu asyl- und sozialrechtlichen Fragen und (psycho)sozialen Schwierigkeiten ist in allen 37 Zentren sehr hoch. Hier unterscheiden sich die Einrichtungen kaum. In der Abbildung zur Verteilung sieht man, dass in fast allen Zentren fast alle Klient\*innen an die Beratung angebunden sind. Bei der großen Mehrheit der Zentren (n=26) liegt der Anteil der Klient\*innen im Beratungssetting über dem Mittelwert von 84,4 %. In nur 6 Zentren sind weniger als 60% an die Beratung angebunden.

**Psychotherapie:** Beim Anteil der Therapie-Klient\*innen an allen Klient\*innen sind die Zentren hingegen sehr heterogen. In der Mehrheit der Zentren sind weniger als 40% der Klient\*innen therapeutisch angebunden. Man sieht aber auch, dass in einem Teil der Zentren der Anteil der Therapieclient\*innen bei über 60% (n=5) oder sogar zwischen 80 und 100% (n=6) liegt.

## 5.3 Herkunftsländer der Klient\*innen

Die Klient\*innen in den Psychosozialen Zentren kommen aus 85 verschiedenen Herkunftsstaaten. Die meisten Klient\*innen kommen aus Afghanistan, Syrien und der Russischen Föderation, gefolgt von Klient\*innen aus dem Irak, Iran und Guinea.

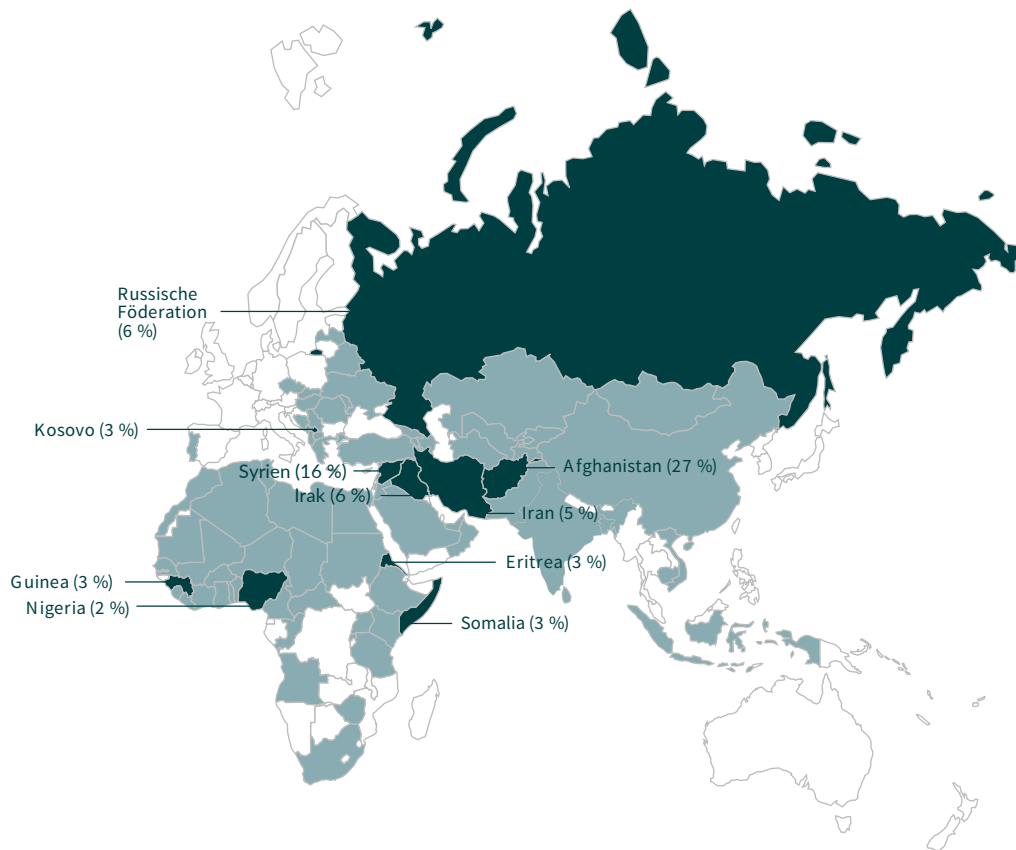


Abb. 15: Die 10 Hauptherkunftsländer der Klient\*innen in den PSZ im Jahr 2017.

### Klient\*innen aus „sicheren Herkunftsländern“

Sichtbar wird in den Daten zu den Herkunftsländern der Klient\*innen auch, dass im Durchschnitt 12 % der Geflüchteten in den Psychosozialen Zentren im Jahr 2017 aus sogenannten „sicheren Herkunftsländern“ kamen. In Deutschland gelten neben den Mitgliedsstaaten der Europäischen Union aktuell folgende Länder als „sichere Herkunftsstaaten“:

- Ghana und Senegal (seit 1993)
- Bosnien-Herzegowina, Mazedonien und Serbien (seit 2014)
- Albanien, Kosovo und Montenegro (seit 2015)

Seit 2016 wird versucht, auch Algerien, Marokko, Tunesien und inzwischen auch Georgien zu sicheren Herkunftsländern zu erklären. Bislang scheiterte dieses Vorhaben allerdings an der Zustimmung des Bundesrates.

Das Konzept der „sicheren Herkunftsländer“ wurde im Zuge des „Asylkompromisses“ 1993, eine der umstrittensten politischen Entscheidungen in der Geschichte der BRD, in das Grundgesetz aufgenommen. Seitdem können durch Gesetze Staaten bestimmt werden, bei denen „*gewährleistet erscheint, daß dort weder politische Verfolgung noch unmenschliche oder erniedrigende Bestrafung oder Behandlung stattfindet. Es wird vermutet, daß ein Ausländer aus einem solchen Staat nicht verfolgt wird, solange er nicht Tatsachen vorträgt, die die Annahme begründen, daß er entgegen dieser Vermutung politisch verfolgt wird.*“ (Art. 16a Abs. 3 GG). Das Asylverfahren von Geflüchteten, die aus diesen Ländern geflohen sind, wird beschleunigt durchgeführt und führt in der Regel zu einer Ablehnung als „*offensichtlich unbegründet*“.

Geflüchtete, die aus sogenannten „sicheren Herkunftsländern“ kommen, unterliegen einer verschärften Residenzpflicht und Arbeits- sowie Ausbildungsverböten. Sie werden nach dem

„Sachleistungsprinzip“ versorgt und dauerhaft in großen, isolierenden Lagern untergebracht. Möglichkeiten zur Integration und Aufenthaltsverfestigung werden so verhindert. Im Asylverfahren müssen die Betroffenen den Generalverdacht des Asylmissbrauchs widerlegen – obwohl die Lage in ihren Herkunftsländern oft nicht so stabil ist, wie vom Konzept der sicheren Herkunftsländer angenommen. So sind Asylsuchende aus Mazedonien, Serbien und dem Kosovo oft Rom\*nja, die europaweit

systematischer Diskriminierung, Marginalisierung und Verfolgung ausgesetzt sind (Christoph et al., 2016). Nach einer Ablehnung droht diesen Geflüchteten ein EU-weites Wiedereinreiseverbot, die Rechtsmittel sind eingeschränkt. All diese Ausgrenzungsmechanismen erzeugen und verstärken systematisch die Ohnmacht und die Perspektivlosigkeit, die viele Schutzsuchende angesichts des erlebten Leids ohnehin empfinden.

## 5.4 Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient\*innen

Die Lebenssituation der meisten Klient\*innen ist von hoher Unsicherheit geprägt, u. a. bedingt durch ihre aufenthaltsrechtliche Situation. Der Anteil der Asylsuchenden in den Zentren ist im Vergleich zum Anteil anerkannter Geflüchteter sehr hoch (siehe Tabelle 3/Abbildung 16). Zwischen 10 und 90 % der Klient\*innen in den Psychosozialen Zentren befinden sich noch im Asylverfahren – im Durchschnitt macht diese Klient\*innen-Gruppe fast die Hälfte der Gesamtzahl aus (M = 49,9 %). Dies spiegelt zum einen die Dauer der Asylverfahren in den letzten Jahren wider. Es verdeutlicht zugleich, wie hoch die Relevanz des Themas „Unsicherheit“ für das Beratungs- und Behandlungssetting ist.

Die Bearbeitungsdauer für Asylanträge beim BAMF ist von 2016 auf 2017 von durchschnittlich 7,1 Monaten auf 10,7 Monate gestiegen (migazin, 2018). Die Gesamtverfahrensdauer, die das BAMF für alle bei Behörden und Gerichten innerhalb eines Jahres als abgeschlossene Fälle ausweist, betrug im Jahr 2017 durchschnittlich 13,2 Monate. Auch der Median-Wert lag bei 11 Monaten, d. h., die Hälfte der Fälle war bis zu diesem Zeitpunkt abgeschlossen (Bundesamt für Migration und Flüchtlinge, 2018). Viele Klient\*innen in den Psychosozialen Zentren kommen jedoch aus Ländern, in denen die Verfahren 2017 noch länger dauerten. So warteten Geflüchtete aus der Russischen Föderation z. B. 15,5 Monate und aus Nigeria 14,5 Monate bis zum Abschluss ihres Verfahrens (migazin, 2018).

Die Gesamtschutzquote ging 2017 zurück, sie lag bei etwa 43 %. Wirft man jedoch einen Blick auf die bereinigte Schutzquote, d. h. sieht man sich alle Fälle an, die wirklich inhaltlich geprüft und nicht nur rein formal entschieden wurden, so zeigt sich, dass 53 % aller geprüften Fälle anerkannt werden (Vorjahr: ca. 71 %). Vor allem für afghanische Geflüchtete ist 2017 die Ablehnungsquote stark gestiegen: mehr als die Hälfte aller Schutzsuchenden aus Afghanistan wurde abgelehnt (2015: ca. 22 %; 2016: ca. 39 %; Pro Asyl, 2019).

Während der Beratung und Behandlung im PSZ verändert sich der Aufenthalt von Klient\*innen häufig. Die meisten Klient\*innen werden als Asylsuchende aufgenommen und das Asylverfahren wird oft während der Zeit als Klient\*in im PSZ abgeschlossen. Einige Klient\*innen werden als Flüchtlinge anerkannt

oder erhalten aus anderen Gründen eine Aufenthaltserlaubnis (M = 20 %). Hierbei bestehen jedoch große Unterschiede: einige Zentren behandeln nur zu 3 % Personen mit einer Anerkennung oder Aufenthaltserlaubnis, in anderen PSZ beträgt dieser Anteil bis zu 50 %. Für ein Viertel der Klient\*innen (M = 25,5 %), in einigen Zentren bis zu 60 %, löst sich der Zustand der Unsicherheit jedoch auch nach Abschluss des Asylverfahrens nicht auf, da sie nur eine Duldung bekommen und damit in andauernder Sorge um ihre Zukunft bleiben. Auch die Ankündigung des BAMF, anerkannte Asylanträge im Rahmen des Widerrufsverfahrens noch einmal zu überprüfen, löst bei den meisten Klient\*innen große Unsicherheit und Ängste aus.

Die große Mehrheit der Klient\*innen in den PSZ befindet sich mit 77 % aller Klient\*innen in aufenthaltsrechtlicher Unsicherheit. Nur 23 % der Klient\*innen haben einen relativ gesicherten Aufenthaltsstatus. Im Vergleich zur Gesamtheit aller Geflüchteten, die im letzten Jahr in Deutschland lebten, unterscheidet sich die Situation der Klient\*innen in den Psychosozialen Zentren also deutlich: Während sich laut der Daten des Ausländerzentralregisters (AZR) am Ende des Jahres 2017 67 % der Geflüchteten in Deutschland (zumindest für einige Zeit) in relativer Sicherheit befanden<sup>29</sup>, beträgt dieser Anteil bei den Klient\*innen der PSZ lediglich 23 %.

Die geringe Anzahl von Klient\*innen mit relativ gesichertem Aufenthaltsstatus rührt auch daher, dass die PSZ sich in Anbetracht der geringen Kapazitäten entscheiden müssen, wen sie aufnehmen, wen sie auf dem Weg in die Regelversorgung unterstützen und wem sie ggf. gar nicht helfen können. Viele Zentren treffen die Entscheidung – ob eine Behandlung im PSZ stattfindet oder nicht – zugunsten derjenigen Geflüchteten, die die schlechtesten Chancen auf eine Behandlung außerhalb der PSZ haben. Menschen, die aufgrund ihres Aufenthalts- oder Beschäftigungsstatus gesetzlich krankenversichert sind, werden von vielen PSZ nicht aufgenommen, weil ihre Möglichkeiten bei niedergelassenen Psychotherapeut\*innen ein wenig besser sind als die derjenigen mit unsicherem Aufenthalt und fehlendem Versicherungsstatus. Zwar fällt es auch

<sup>29</sup> (BT-Drs. 16/8321, 16/12029, 17/642, 17/4791, 17/8547, 17/12457, 18/1033, 18/3987, 18/5862, 18/7800, 18/9556, 18/11388, 18/13537, 18/136, 19/633, zitiert nach Hohlfeld, 2017)

anerkannten Geflüchteten aufgrund der Sprachbarriere oder der Vorbehalte, die ihnen aufgrund ihrer Herkunft oder Religion entgegengebracht werden, häufig schwer einen Therapieplatz innerhalb der Regelversorgung zu finden. Die strukturell-rechtlichen Hürden (vgl. Kapitel 8) und die Berührungspunkte vieler Therapeut\*innen gegenüber dem Asylverfahren und der Arbeit in dieser Situation der existenziellen Unsicherheit treffen jedoch Menschen ohne festen Aufenthalt noch einmal deutlich

härter. Hier spiegelt sich ein zentrales Alleinstellungsmerkmal der Psychosozialen Zentren wieder: Sie behandeln unabhängig vom Aufenthaltsstatus, dem Herkunftsland oder der Muttersprache und versuchen denjenigen einen sicheren Ort zu bieten, die einen solchen sonst mit geringerer Wahrscheinlichkeit woanders finden würden.

”

*Ich habe dann mit der Ärztin darüber gesprochen, wie ich mit der Frau arbeite (...). Sie sagte, dass sie es klasse fände, was ich alles tun würde. Aber dann fragte sie: ‚Warum verschwenden Sie denn Ihre wertvollen Ressourcen an Menschen, die sowieso wieder gehen? Die gewöhnen sich nur an unser Gesundheitssystem und stehen im Kosovo dann wieder ohne Unterstützung da.‘ Ich solle doch besser mit jemand anderem arbeiten.*

### Dublin-Fälle

Etwa ein Fünftel der Klient\*innen in den Zentren sind Dublin-Fälle (M = 20,6 %; Md = 17,5 %) – in einigen Regionen sogar bis zu 86 % der Klient\*innen. Nach der Dublin-Regelung ist der EU-Staat für die Durchführung des Asylverfahrens verantwortlich, über den die Einreise in die EU stattgefunden hat. Geflüchtete werden zwischen den EU-Staaten hin- und hergeschoben, um eine vermeintlich fairere Verteilung zwischen den EU-Mitgliedstaaten zu erreichen. Häufig kommt es aber auch gar nicht zu Überstellungen von Deutschland in einen anderen EU-Staat. Im Jahr 2017 wurde in 64.267 Fällen ein Übernahmearbeit gestellt, d. h. Deutschland sah sich in den Fällen nicht für die Durchführung des Asylverfahrens zuständig und leitete ein Dublin-Verfahren ein. Die Zahl der Dublin-Überstellungen lag bei 7.102 Fällen (Bundesregierung, 2018), das ist eine Steigerung zum Vorjahr um 79 %. Die Ungewissheit und Unsicherheit, ob die betroffene Person nun in Deutschland bleiben kann, hat große Auswirkungen auf die psychische Gesundheit.

© Markus Spiske/unsplash.com

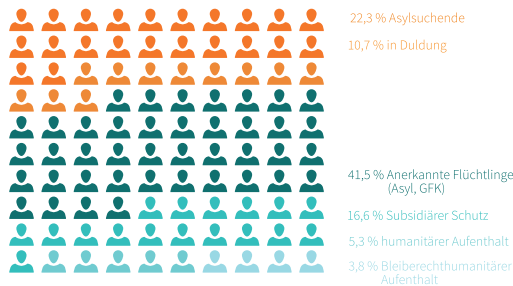


## Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient\*innen in den PSZ 2017

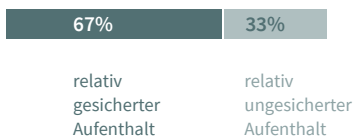
	Aufenthaltsge- stattung	Duldung	Menschen ohne Papiere	Anerkennung/ Aufenthaltser- laubnis	Niederlassungs- erlaubnis
Ø pro Zentrum (Mittelwert)	49,9%	25,5%	1,8%	20%	2,8%
typisches Zen- trum (Median)	49%	23%	0%	20%	0%
Minimum	10%	1%	0%	3%	0%
Maximum	90%	60%	11%	50%	22%
	77% relativ unsicherer Aufenthalt			23% relativ gesicherter Aufenthalt	

Tabelle 3: Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient\*innen in den PSZ 2017.

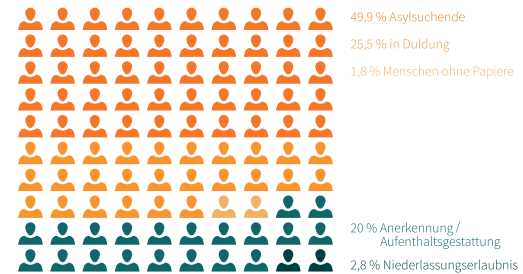
### Geflüchtete in Deutsch- land insgesamt



#### Aufenthalt | Geflüchtete in Deutschland



### Geflüchtete in den PSZ



#### Aufenthalt | Geflüchtete in den PSZ

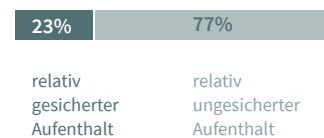


Abb. 16: Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient\*innen in den PSZ 2017.

Quelle: BT-Drs. 16/8321, 16/12029, 17/642, 17/4791, 17/8547, 17/12457, 18/1033, 18/3987, 18/5862, 18/7800, 18/9556, 18/11388, 18/13537, 18/136, 19/633, zitiert nach Hohlfeld, 2017

## 5.5 Kinder und Jugendliche in den PSZ

Nahezu alle 37 PSZ bieten auch speziell auf die Bedarfe von Kindern und Jugendlichen zugeschnittene Angebote an. Kinder und Jugendliche mit Fluchtbiografie haben oft schon sehr früh Gewalterfahrungen erlebt und/oder enge Bezugspersonen verloren. Diese Erlebnisse können vielfältige und oft schlecht zuzuordnende Folgen für die psychische Gesundheit, die Entwicklung und das soziale Verhalten der Heranwachsenden haben. Traumatisierte Kinder und Jugendliche berichten oft über immer wiederkehrende, lebhaftige Bilder und Geräusche des traumatischen Ereignisses, sie leiden häufig unter starken Angst- und Schlafstörungen, haben Alpträume, zeigen Störungen des Appetits, psychosomatische Symptome und oft starke Ängste (Fazel, Reed, Panter-Brick, & Stein, 2012). Es gibt aber Besonderheiten, in denen sie sich von Erwachsenen unterscheiden. Sie zeigen vermehrt sogenannte „regressive Verhaltensweisen“, also Handlungen, die für deutlich jüngere Kinder typisch sind und über die das Kind sich eigentlich bereits hinausentwickelt hatte: Kinder sprechen vielleicht wieder eine eher kleinkindliche Sprache, nassen wieder ein, beherrschen plötzlich Fähigkeiten nicht mehr, die sie schon gut erlernt hatten. Ebenso kann es aber auch vorkommen, dass sich ein Kind ungewöhnlich „erwachsen“ zeigt. Studien zeigen, dass bei mehr als der Hälfte der geflüchteten Kindern in Deutschland psychologische Belastungssymptome vorliegen und 40 Prozent der Kinder durch die Erlebnisse vor, während und nach der Flucht u. a. in der Schule, aber auch in zwischenmenschlichen Interaktionen deutlich eingeschränkt sind (Gavranidou, Niemiec, Magg, & Rosner, 2008).

In oder nach Belastungssituationen suchen Kinder und Jugendliche in der Regel ihre direkten Bezugspersonen auf. Doch oft haben auch diese Bezugspersonen, ihre Eltern, Verwandte oder Freund\*innen, mit der prekären Lebenssituation, der Isolation und

Unsicherheit und der damit einhergehenden Destabilisierung zu kämpfen. Manchmal sind sie auch im Herkunftsland verblieben oder es besteht aus bestimmten Gründen, die auch die Flucht bedingt haben können, kein Kontakt mehr. Neben dem Bedürfnis nach sozialen Kontakten und familiärer Unterstützung treten selbstverständlich auch die für das Kindes- und Jugendalter typischen Konflikte, Entwicklungsaufgaben und Ablöseprozesse auf. Bei Jugendlichen mit Fluchterfahrungen kommt hinzu, dass es in der Vergangenheit oft zu einem plötzlichen und radikalen Zwang zur Autonomie kam, der individuell unterschiedlich bewältigt wurde und wird. Hinsichtlich der Betreuung besteht daher häufig einerseits der große Wunsch nach Selbstständigkeit, andererseits aber auch der Wunsch nach Verantwortungsabnahme, Unterstützung und Begleitung bei z. B. Behördenterminen.

In den Psychosozialen Zentren wird diesen besonderen Bedarfen einzelfallorientiert Rechnung getragen: in der Therapie bei Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut\*innen, durch die Begleitung bei behördlichen und schulischen Angelegenheiten, bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz und in der Bewältigung des aufenthaltsrechtlichen Verfahrens. Dabei ist auch die Kooperation mit Jugendhilfeeinrichtungen, Schulen, Jugendämtern und den Eltern (bzw. bei unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen den Vormündern) ein essentieller Bestandteil des Unterstützungsangebots.

Insgesamt sind etwa 16 % aller Klient\*innen in den 37 Psychosozialen Zentren minderjährig. Von den insgesamt etwa 3.368 minderjährigen Geflüchteten in allen Psychosozialen Zentren ist etwa die Hälfte (53 %) gemeinsam mit ihren Familien geflohen, die andere Hälfte (47 %) als unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF) nach Deutschland gekommen.

### Kinder und Jugendliche in den PSZ 2017

	Klient*innen insgesamt	erwachsene Klient*innen	minderjährige Klient*innen	Kinder & Jugendliche in Familien	umF
Summe (N=37)	21.418	18.050 (84,3%)	3.368 (15,7%)	1.800 (8,4%)	1.568 (7,3%)
Ø pro Zentrum (Mittelwert)	579	487,9	91,0	48,7	42,4
typisches Zentrum (Median)	350	309	41	18	3

Tabelle 4: Kinder und Jugendliche in den PSZ 2017.

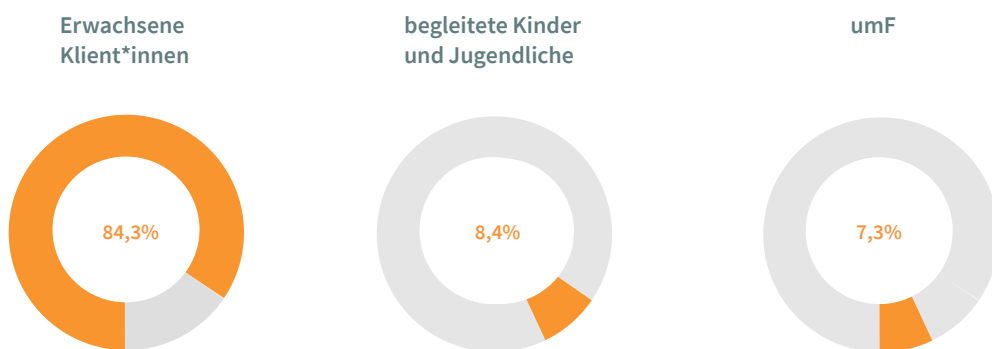


Abb. 17: Kinder und Jugendliche in den PSZ 2017.

Betrachtet man die Anzahl minderjähriger Klient\*innen im Jahresvergleich, dann zeigt sich für ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum, dass die Anzahl der Kinder und Jugendlichen etwa 14 % gestiegen ist – deutlich stärker als die Zahl der erwachsenen Klient\*innen (+3 %). Vor allem bei Kindern und Jugendlichen, die gemeinsam mit

ihren Eltern oder einer anderen sorgeberechtigten Person nach Deutschland geflohen sind, gab es 2017 einen bedeutsamen Anstieg von etwa einem Viertel (+26 %). Die Anzahl der unbegleiteten minderjährigen Geflüchteten ist hingegen nur um etwa 5 % angestiegen.

### Minderjährige Klient\*innen in einem PSZ im Jahresvergleich

	Klient*innen insgesamt	erwachsene Klient*innen	Kinder und Jugendliche	begleitete Minderjährige	umF
2013	438	334	104	58	46
2014	428	330	98	46	52
2015	441	345	96	62	34
2016	552	472	80	39	41
2017	579	488 (+3%)	91 (+14%)	49 (+26%)	42 (+5%)

Tabelle 5: Durchschnittliche Anzahl der minderjährigen Klient\*innen in einem PSZ 2013 bis 2017.

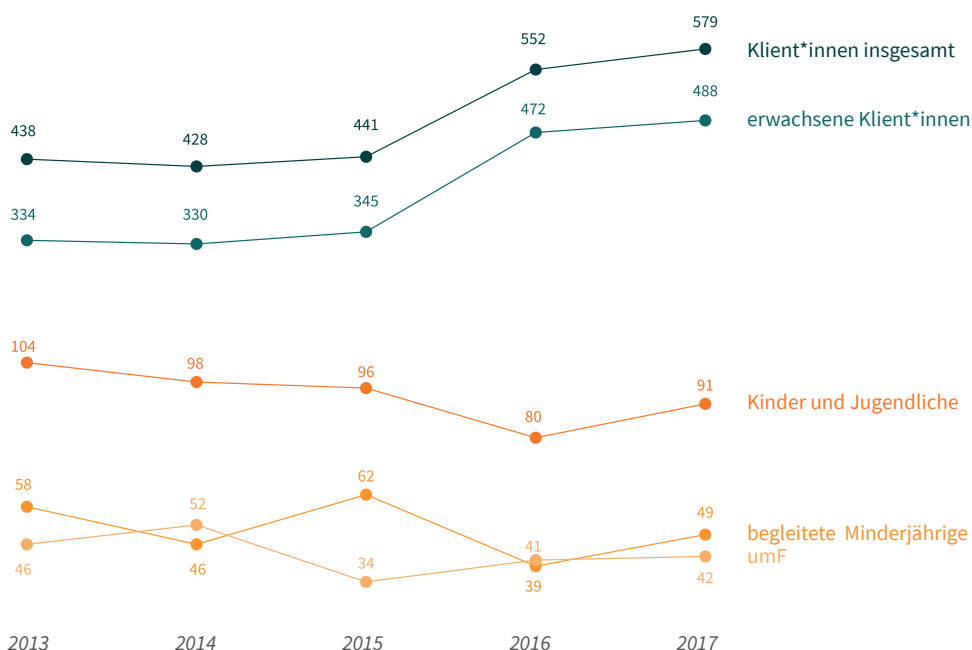


Abb. 18: Durchschnittliche Anzahl der minderjährigen Klient\*innen in einem PSZ 2013 bis 2017.

Auch die Gesamtzahl aller Kinder und Jugendlichen in den 37 Psychosozialen Zentren ist 2017 deutlich gestiegen, insgesamt um 32 %.

### Minderjährige Klient\*innen in allen PSZ im Jahresvergleich

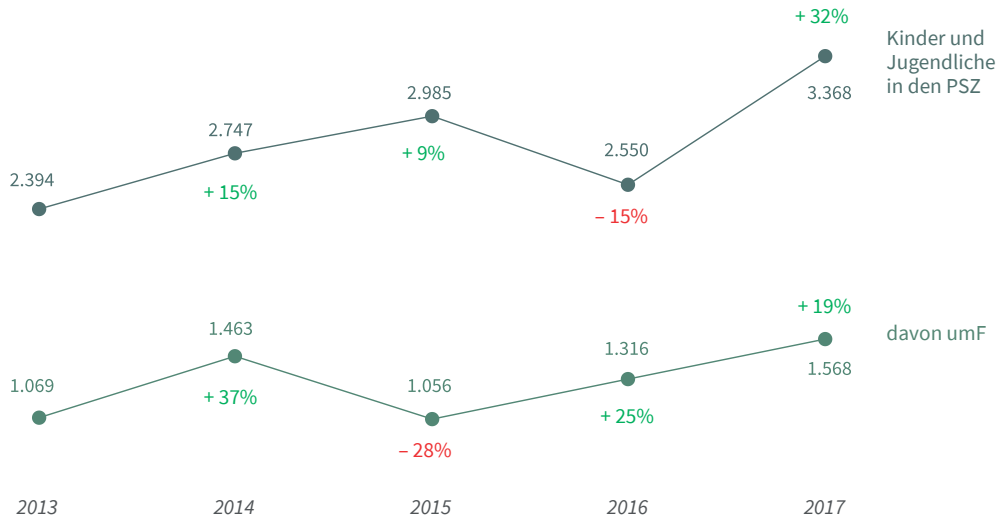


Abb. 19: Gesamtanzahl der minderjährigen Klient\*innen in allen PSZ von 2013 bis 2017.





---

## WIE FACHKRÄFTE DER KINDER- UND JUGENDHILFE DIE PSYCHOSOZIALE VERSORGUNG BEWERTEN – AKTUELLE DATEN EINER BEFRAGUNG DURCH DEN BUNDESFACHVERBAND UMF

Außerhalb der wenigen Behandlungs- und Beratungsplätze, die die Psychosozialen Zentren zur Verfügung stellen, finden psychisch belastete geflüchtete Kinder und Jugendliche nur selten professionelle Unterstützung. In einer Befragung von Fachkräften der Kinder- und Jugendhilfe durch den Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (Karpstein & Klaus, 2019) schätzt knapp die Hälfte der Fachkräfte die Versorgung psychisch erkrankter Jugendlicher als (sehr) schlecht ein. Die Zugangsbarrieren seien hoch und die Wartezeiten extrem lang. Hilfe gebe es vielerorts erst im Krisenfall, Sprachmittlungskosten würden oft nicht übernommen. Oft werde nur Krankenhilfe – angepasst an das AsylbLG – erbracht, obwohl gerade unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen eine umfängliche Gesundheitsversorgung zusteht. Der Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF) bewertet die Situation als besorgniserregend und sieht erheblichen Handlungsbedarf – u. a. beim Ausbau der Psychosozialen Zentren durch Bundes- und Landesmittel.



### Gesundheitsversorgung

” *Ärzte sprechen bei uns selten mit den Jugendlichen selbst, sondern immer mit den Begleitpersonen. In der vorläufigen Inobhutnahme und der Inobhutnahme, bevor es eine Krankenversicherungskarte gibt, ist die ärztliche Versorgung sehr schwierig. Häufig kommen Jugendliche mit diffusen Schmerzen bei uns an, wir können jedoch anfangs nicht zum Arzt. Bei der psychischen Versorgung gibt es große Probleme. Wartelisten bei Refugio und Co sind viel zu lang, und bei Therapeuten Plätze zu bekommen, ist sehr schwer. Zudem haben wir häufig traumatisierte und auch manchmal höchst (auto-)aggressive Jugendliche. Die Kinderpsychiatrie nimmt akute Notfälle nur unzureichend auf oder schickt sie viel zu schnell an uns zurück, wegen zu hoher Aggression oder fehlender Sprachkenntnisse. Die Jugendämter, mit denen wir zusammenarbeiten, haben unterschiedliche Regelungen zum Verfahren der Behandlungsscheine (BHS). Die nicht einheitliche Handhabung erschwert den Kontakt zu den Ärzten. Das eine Jugendamt erstellt den BHS für den Hausarzt, der wiederum Überweisungen zum Facharzt erstellt. Diese wird daraufhin gestempelt und dient als BHS für den Facharzt. Andere Jugendämter erstellen einen weiteren BHS für den Facharzt. Bei den Ärzten löst die unterschiedliche Handhabung Unsicherheit aus, und sie lassen daraufhin Termine verstreichen, wenn die Bezahlung aus ihrer Sicht nicht klar geregelt ist.*

Antwort einer/eines Teilnehmenden aus Thüringen auf die Frage „Welche Besonderheiten/Schwierigkeiten bestehen bei Ihnen vor Ort im Bereich der Gesundheitsversorgung?“

Bei der Bewertung der Gesundheitsversorgung zeichnet sich ein ähnliches Bild wie im Jahr 2017. Während die Versorgungslage bei physischen Erkrankungen überwiegend positiv bewertet wird, wird die Versorgung bei psychischen Erkrankungen überwiegend als schlecht oder sehr schlecht eingestuft.

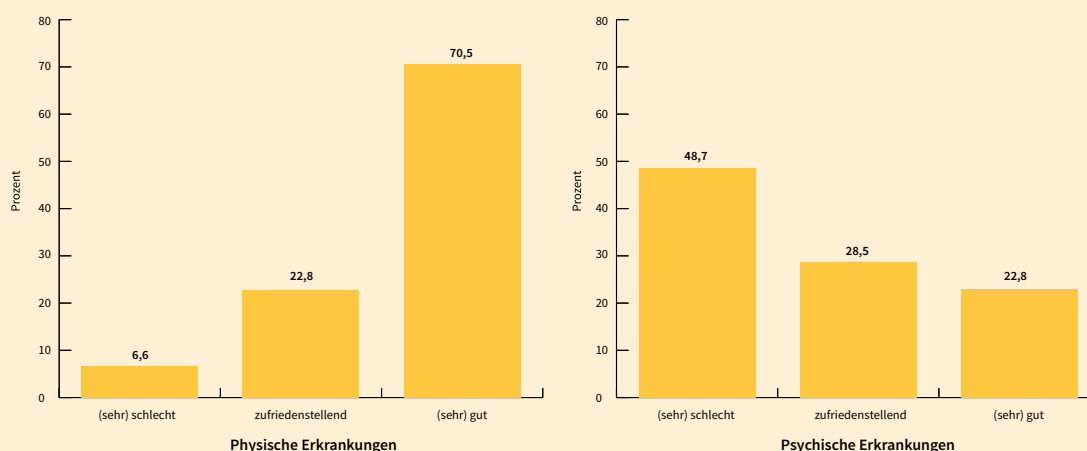


Abb. 56-57: Wie schätzen Sie die Situation in Bezug auf die Gesundheitsversorgung bei physischen bzw. psychischen Erkrankungen und Problemen bei Ihnen vor Ort ein?

Die Umfrageteilnehmenden wurden gefragt, wie sie die Situation in Bezug auf die Gesundheitsversorgung bei physischen bzw. psychischen Erkrankungen und Problemen bei sich vor Ort einschätzen. 70,5 Prozent der Befragten geben an, dass die Versorgung bei ihnen vor Ort im Fall von körperlichen Erkrankungen gut bzw. sehr gut ist (2017: 71,2 %), während diese Einschätzung sich bei psychischen Erkrankungen lediglich auf 22,8 Prozent beläuft (2017: 20,5 %). Die Gesundheitsversorgung bei psychischen Erkrankungen wird demnach von 48,7 % der Befragten als schlecht bzw. sehr schlecht bezeichnet (2017: 53,7 %). (Abb. 56-57)

Auch im Rahmen der offenen Antwortoption wird sehr häufig von schlechter und unzureichender psychologischer, psychiatrischer und psychotherapeutischer Versorgung junger Geflüchteter berichtet. Begründet wird dies mit mangelnden Kapazitäten und erschwertem Zugang einerseits sowie mangelnder Qualität hinsichtlich der Versorgung junger Geflüchteter andererseits. Bemängelt werden extrem lange Wartezeiten. Professionelle Hilfe gebe es vielerorts erst im Krisenfall. Besondere Schwierigkeiten bereite es insbesondere, für junge Volljährige und Geflüchtete mit schlechter Bleibperspektive therapeutische Angebote zu finden. Teilweise seien die Anfahrtswege nicht zu bewältigen. Therapeut\*innen seien zudem zum Teil nicht durch die Kassen anerkannt.

Zu wenige Therapeut\*innen arbeiteten nach Angaben der Teilnehmenden routiniert mit Dolmetscher\*innen. Häufig seien die Dolmetscher\*innen für den Umgang mit jungen Geflüchteten in psychisch labilen Situationen nicht geschult. Die Kostenübernahme für Sprachmittlung sei häufig nicht gesichert, bereite daher immer wieder Probleme und schaffe Zugangsbarrieren. Zudem seien muttersprachliche Ärzt\*innen schwer zu finden.

Darüber hinaus wird im Kontext der Gesundheitsversorgung insgesamt sehr häufig von vorurteilsbehaftetem Umgang mit jungen Geflüchteten berichtet. Dies Schilderungen beziehen sich einerseits auf den Umgang mit den jungen Menschen während medizinischer Untersuchungen und Therapien, gleichzeitig wird von ablehnenden Haltungen im Vorfeld berichtet, wie etwa der Weigerung, die Kinder und Jugendlichen als Patient\*innen anzunehmen, da die Abrechnung über Krankenscheine nicht akzeptiert werde.

Die Bewertung bei der Versorgung psychischer Erkrankungen bleibt damit weiterhin besorgniserregend negativ, und es besteht in diesem Zusammenhang erheblicher Handlungsbedarf: Hierzu gehören u.a. der Ausbau der Strukturen der psychosozialen Zentren durch Bundes- und Landesmittel sowie eine gesetzliche Sicherstellung der Erstattung von Sprachmittlungskosten.

Die Gesundheitsversorgung von unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen erfolgt im Rahmen des SGB VIII. Ihnen steht damit, anders als Familien und Erwachsenen im Asylverfahren, eine umfangreiche Gesundheitsversorgung zu (§40 SGB VIII).<sup>1</sup> Dieser Anspruch wird jedoch in der Praxis weiterhin nicht überall umgesetzt. Die Umfrage-Teilnehmenden wurden gefragt, welche Leistungen bei ihnen vor Ort im Gesundheitsbereich während der einzelnen Hilfearten vorwiegend erbracht werden. Für die vorläufige Inobhutnahme gaben 57,7 Prozent an, es werde vorwiegend Krankenhilfe erbracht, die dem Asylbewerberleistungsgesetz angepasst ist (2017: 58,6 %). Bei der regulären Inobhutnahme gaben dies 39,1 Prozent an (2017: 39,0 %), bei den Hilfen zur Erziehung 16,6 Prozent (2017: 16,6 %) und bei den Hilfen für junge Volljährige 19,5 Prozent (2017: 20,4 %). Dabei erstaunt, dass sich die Werte gegenüber 2017 kaum veränderten. Dieser Umstand wirft die Frage auf, ob sich in bestimmten Regionen besonders häufig eine lokale Praxis etablierte, den Anspruch auf umfassende Versorgung nicht voll umzusetzen.

Hinweise hierauf finden sich in einer Auswertung nach Bundesländern. Die Teilnehmenden aus Nordrhein-Westfalen, Bayern, Hessen und Baden-Württemberg geben besonders häufig an, es werde keine vollumfängliche Gesundheitsversorgung geleistet, wobei hier insbesondere die Werte aus Bayern und Nordrhein-Westfalen auffällig sind.

Jeweils mehr als zehn Prozent der Teilnehmenden aus Nordrhein-Westfalen (20 %), Bayern (15,7 %), Hessen (14,1 %) und Baden-Württemberg (11,6 %) geben an, dass im Rahmen der vorläufigen Inobhutnahme Krankenhilfe geleistet wird, die dem Asylbewerberleistungsgesetz angepasst ist. Bei der Inobhutnahme sind es ebenfalls die Länder Nordrhein-Westfalen (20 %), Bayern (17,4 %), Hessen (12,9 %) und Baden-Württemberg (11,6 %) in denen dies mehr als 10 Prozent angeben. Für die Hilfen zur Erziehung sind es Nordrhein-Westfalen (20 %), Bayern (17,4 %) und Hessen (12,9 %) und bei den Hilfen für junge Volljährige Nordrhein-Westfalen (25,0 %) und Bayern (20,0 %).

Im Rahmen der offenen Antwortoption zu Herausforderungen und Schwierigkeiten im Bereich Gesundheitsversorgung schildern viele Fachkräfte erhebliche Probleme. Diese basieren oft auf der langen Wartedauer bzgl. der Ausgabe von Krankenscheinen und dem Erhalten einer Krankenkassenkarte (in Einzelfällen dauere dies bis zu 10 Monaten) - die Bereitschaft der Ärzte, Behandlungsprozesse einzuleiten, werde dadurch minimiert und der bürokratische Aufwand - auch im Notfall - enorm erhöht. Kostenübernahmen müssten zum Teil aufwendig. Ohnehin mangelhafte gesundheitliche Selbstfürsorge einiger Jugendlichen werde an Orten mit Krankenscheinsystemen durch die Notwendigkeit, jeden Arztbesuch genehmigen lassen zu müssen, zusätzlich gefördert. Notwendige Gesundheitsversorgung würde somit verzögert oder sogar verhindert. Zudem sei die Praxis unterschiedlicher Jugendämter an dieser Stelle uneinheitlich und es fehle vielerorts Transparenz. Die Informationslage von Ärzt\*innen und Fachpersonal zum Krankenschutz von Geflüchteten wird teilweise als unzureichend beschrieben.

Da es die Aufgabe eines jeden Jugendamtes ist, eine umfassende Krankenhilfe zu leisten für Kinder und Jugendlichen, die im Rahmen des SGB VIII versorgt werden, geben diese Angaben Anlass zur Sorge. Die zuständigen Landesministerien sollten daher u.a. für eine Aufklärung über die Rechtslage bei den Jugendämtern sorgen.

<sup>1</sup> BAfF/BumF (2017): Arbeitshilfe zur "Beantragung der Kostenübernahmen von Therapie: [http://www.bafl-zentren.org/wp-content/uploads/2017/02/BumF\\_BAfF-Arbeitshilfe-Therapie-Jugend.pdf](http://www.bafl-zentren.org/wp-content/uploads/2017/02/BumF_BAfF-Arbeitshilfe-Therapie-Jugend.pdf)

## 5.6 LSBTIQ\* Geflüchtete in den Psychosozialen Zentren

---

### LSBTIQ\*

LSBTIQ\* steht für lesbisch/schwul/bisexuell/trans/inter/queer

Viele Menschen fühlen sich dem ihnen bei der Geburt zugewiesenen Geschlecht nicht zugehörig. Einige dieser Menschen fühlen sich vom binären Geschlechtssystem (Mann und Frau) grundsätzlich nicht angesprochen bzw. repräsentiert. Genau diese Vielfalt an Geschlechtsidentitäten soll mit dem Begriff „trans“ ausgedrückt werden. Somit haben wir einen Dachbegriff für Menschen, die sich außerhalb des gesellschaftlich etablierten Geschlechtssystems sehen. Eine Transperson hat also auch nicht automatisch den Wunsch, Hormone einzunehmen und/oder (alle) sogenannte(n) geschlechtsangleichenden Operationen durchzuführen.

Genauso komplex sind auch die intergeschlechtlichen Identitäten von Menschen, die bei der Geburt im physiologischen oder anatomischen Sinne nicht eindeutig zum männlichen oder weiblichen Geschlecht zugeordnet werden „konnten“. Durch eine Fremdbestimmung der Geschlechtsidentität durch die Entscheidung von Ärzt\*innen und Eltern und anschließende Operationen findet die eigene Auseinandersetzung mit Gender (und den gemachten Gewalterfahrungen) in der Regel sehr viel später statt.

Während lesbisch, schwul und bisexuell die wohl bekanntesten sexuellen Identitäten sind, existieren eine Vielzahl weiterer Selbstbezeichnungen. Als queer bezeichnen sich Menschen, die von der heterosexuellen und/oder zweigeschlechtlichen Norm abweichen. Der Begriff ist bewusst so vage, weil das erlaubt, auf Abgrenzungen und Definitionen weitgehend zu verzichten. Häufig wird durch das Anhängen des Sternchens \* die Diversität der jeweiligen Identitätskategorie betont.

---

” *Letzte Woche hatte ich mein Interview. Es war schrecklich. Ich konnte nicht viel erzählen, den Übersetzer habe ich nicht gekannt...so viele Fragen. Über mich und meine Sexualität mit fremden Menschen zu sprechen, das war schwierig, ich habe geweint und musste abbrechen...Jetzt werde ich bestimmt abgeschoben, zwei Mitbewohner hier wurden schon zurückgeschickt... Ich habe drei Nächte nicht geschlafen. Nur rauchen hilft mir, etwas ruhiger zu werden...*

LSBTIQ\* nehmen häufig schon sehr früh eine Ablehnung durch Gesellschaft und Familie wahr. Oftmals ist das Gefühl des „Nichtdazugehörens“ bereits vor der aktiven Auseinandersetzung mit der eigenen sexuellen und Genderidentität vorhanden. In der Regel werden dann später Ängste vor Zurückweisung und Gewalt in einer mehr oder weniger starken Form bestätigt. Neben der resultierenden sozialen Ausgrenzung finden in vielen Ländern Kriminalisierung, Inhaftierung oder auch Folter statt. Geflüchtete LSBTIQ\* sind damit vor, während und nach der Flucht einer Vielzahl von Gewalt- und Risikofaktoren ausgesetzt. Dazu gehören geringe soziale Unterstützung, wiederholte Bedrohungen und Gewalt, Angst vor Täter\*innen, mangelnde Anerkennung des Traumas und Demütigungen (z.B. im Rahmen von Interviewsituationen im Asylverfahren). Die

Prolongierung der komplexen Belastungen und Begleiterkrankungen ist damit in der Regel gegeben.

Obwohl die Verfolgung aufgrund von sexueller und Genderidentität einen wichtigen Fluchtgrund darstellt, werden die Lebensumstände und die psychische Gesundheit von lesbischen, schwulen, bisexuellen, trans, intersexuellen und queeren Geflüchteten bislang wenig thematisiert. Sowohl auf aufenthaltsrechtlicher, als auch auf sozialer und therapeutischer Ebene bedarf es einer stärkeren Auseinandersetzung mit den Lebenswelten von LSBTIQ\* Geflüchteten, vorgefundenen Barrieren und Diskriminierungen sowie Identitätsprozessen und Überlebensstrategien.

Bundesweit beschäftigen sich spezialisierte Beratungsstellen, Selbstorganisations- und Ehrenamtlichen-Projekte sowie die Psychosozialen Zentren der BAfF in unterschiedlichem Maße mit den komplexen Bedarfen von psychisch belasteten LSBTIQ\* Geflüchteten. Um einen Einblick in die bundesweite Versorgungssituation dieser besonders vulnerablen Gruppe zu erreichen und die Vernetzung der einzelnen Akteur\*innen zu fördern, führte die BAfF über 20 Interviews mit Mitarbeitenden ihrer Mitgliedszentren durch und steht in engem Austausch über weitere Erhebungen mit der Schwulenberatung Berlin<sup>30</sup>. Im Folgenden soll ein Einblick in die ersten Ergebnisse der Befragung zusammengefasst werden.

*die Betroffenen sind gezwungen, sich im Rahmen des Asylverfahrens zu outen und ihre jeweilige Identität „glaubhaft“ zu machen. Bei anderen Klient\*innen werden LSBTIQ\* Themen eher beiläufig, erst später oder auch nie in der Beratung oder Therapie angesprochen.*

Dies ist nicht nur von bisherigen Erfahrungen und den persönlichen Fluchtgründen abhängig, sondern auch vom Vertrauen zur Berater\*in/Therapeut\*in oder Sprachmittler\*innen, dem Stand der eigenen Identitätsfindung und dem gegebenen Raum für das Thema, wenn unter Umständen viele andere Probleme die Auseinandersetzung aktuell verhindern.

### Wie viele LSBTIQ\* Klient\*innen werden durch die psychosozialen Zentren unterstützt?

Die meisten Mitarbeitenden haben im Rahmen der Interviews Schätzungen zu Klient\*innen-Zahlen angegeben. In der Regel wird in den Zentren bislang nicht erfasst, welche sexuelle oder Genderidentität die Klient\*innen haben. In nur wenigen Fällen wird diese Information unter der Rubrik „Vulnerabilität“ in der jeweiligen Klient\*innen-Datenbank festgehalten.

Die von den Mitarbeiter\*innen geschätzten Zahlen variieren von 0 bis 20 LSBTIQ\* Klient\*innen, die pro Jahr Beratung und/oder Therapie in einem Psychosozialen Zentrum in Anspruch nehmen. Wie von den Interviewten mehrfach angesprochen, liegt *die tatsächliche Zahl mit großer Wahrscheinlichkeit weit höher.*

Für viele Klient\*innen ist die sexuelle und/oder Genderidentität ein vordergründiger Fluchtgrund und direkt mit Gewalterfahrungen im Herkunftsland, auf der Flucht und in Deutschland verknüpft. Das heißt

<sup>30</sup> Dieser Text entstand in Zusammenarbeit mit Jakob Prousalis von der Schwulenberatung in Berlin.

---

## WAS IST LSBTIQ\*-FEINDLICHKEIT?

LSBTIQ\*-Feindlichkeit ist die irrationale Angst bzw. die negative Einstellung gegenüber Menschen, die man als lesbisch/schwul/bisexuell/trans/inter/queer wahrnimmt. LSBTIQ\*-Feindlichkeit drückt sich durch psychische und körperliche Gewalt aus. Diese kann spezifische Formen annehmen, wie z.B. das Infragestellen oder Aberkennen der sexuellen oder Genderidentität durch sprachliche Unsichtbarmachung von Personen (z.B. absichtliche Benutzung von falschen Personalpronomen), die Behauptung jemand sähe nicht lesbisch/schwul/bisexuell/trans/inter/queer genug aus und/oder könnte im Herkunftsland ohne Probleme ihre\*seine Identität verstecken.

---

## Wie gestaltet sich die Vernetzung mit spezialisierten Beratungsstellen?

Viele Zentren haben *bereits eine gut funktionierende Kooperation mit lokalen spezialisierten Beratungsstellen für LSBTIQ\**. Häufig verweisen diese bei Bedarf nach Therapie in das PSZ und bieten weiterhin parallel psychosoziale Beratung und Unterstützung im Asylverfahren an. Die Beratungsstellen haben, vergleichbar mit den PSZ, unterschiedliche Ressourcen und Angebote zur Verfügung und müssen in einigen Fällen große Flächen mit wenig Personal versorgen.

Gerade in Regionen, in denen LSBTIQ\* Geflüchtete durch Behörden, andere Bewohner\*innen der Unterkünfte, die deutsche Mehrheitsgesellschaft oder die „Community“ aus dem Herkunftsland verstärkt Gewalt ausgesetzt sind, bedarf es einer sehr guten Vernetzung der unterstützenden Stellen. Erfahrungen mit Anträgen auf Umverteilung – damit Klient\*innen sich bedrohlichen Wohnsituationen entziehen oder in einer Stadt mit erreichbarer LSBTIQ\* Community leben können – fallen

sehr unterschiedlich aus oder wurden bislang nicht gemacht.

Die Erfahrungen mit *geschulten Anhörer\*innen* sind bislang sehr überschaubar und es überwiegen *negative Erfahrungen* mit grenzüberschreitenden, diskriminierenden Anhörer\*innen. Eine systematische Dokumentation dieser Fälle wäre sehr hilfreich für die Arbeit an der Umsetzung der EU-Aufnahmerichtlinie für besonders Schutzbedürftige.

In einigen Fällen werden zwischen PSZ und Beratungsstellen bereits *gegenseitige Besuche und Schulungen* veranstaltet um das jeweils spezialisierte Wissen und die Sensibilität für LSBTIQ\* bzw. Flucht-Themen zu vermitteln und die oft gemeinsame Unterstützung von Klient\*innen zu verbessern. Häufig wurden PSZ durch den Kontakt mit spezialisierten Beratungsstellen motiviert, in ihrem Wartebereich Regenbogen-Fahnen aufzuhängen sowie Sticker und Flyer der lokalen Anlaufstellen auszuliegen um Klient\*innen zu signalisieren, dass sie im PSZ über ihre sexuelle und/oder Genderidentität sprechen können.

” *Alles hatte keine Bedeutung mehr, ich musste jeden Tag draußen in der Wüste bleiben. Sie hatten mich gezwungen, mein Grab auszuheben und jeden Tag dort, unter der heißen Sonne, auszuharren. Manchmal wurde ich geschlagen, öfters vergewaltigt. Nach einer Weile habe ich nichts mehr gespürt... Nach sechsmonatiger Gefangenschaft wurde ich freigelassen. Ich musste lange durch die Wüste laufen... und kann mich nicht genau erinnern wie ich in den Libanon kam. Danach bin ich mehrere Monate zu Fuß über die Türkei und Griechenland nach Deutschland geflüchtet. Auf der Flucht habe ich mir einen Bart wachsen lassen, müsste ständig mein Gesicht verstecken, hatte Angst... Jetzt wohne ich in einer LSBT\*I\*Q Unterkunft. Es sind so viele schwule Männer, lesbische Frauen und Trans\* Menschen hier, ich kann mich jetzt anziehen wie ich will, ich probiere ständig Neues. Aber nach draußen mag ich noch nicht gehen, ich habe Angst... Und schlafen kann ich nicht so gut. Es dauert, bis ich einschlafen kann, so viele Gedanken im Kopf und dann die Alpträume. Meistens bleibe ich wach bis ich sehr müde bin... In der Früh ist es sehr schwierig aufzustehen, in der Schule kann ich mich nicht konzentrieren und kann mir recht wenig davon merken was der Lehrer sagt... Später nachmittags trinke ich gerne ein Bier, es beruhigt mich. Appetit habe ich nicht wirklich... Abends kiffe ich gerne, es tut mir gut und dann kann ich etwas schlafen, aber nicht viel... ich bin ständig so müde.*

### Kontakt und weitere Informationen

**Ansprechperson bei der BAfF:**

*Leonie Teigler*

*leonie.teigler@baff-zentren.org*

*030/820 973 54*

Für weitere Informationen und Rückfragen ist die **Schwulenberatung** (Ansprechperson *Jakob Prousalis*) unter folgender Webseite zu erreichen:

<https://www.schwulenberatungberlin.de/refugees-deutsch>

Für bundesweite Informationen und Vernetzung kann die Ehrenamtlichen-Organisation **Rainbow Refugees** kontaktiert werden:

<http://www.rainbow-refugees.de/index.php?id=contact>

Projekt des LSVD (Lesben- und Schwulenverband) „**Queer Refugees Deutschland**“:

<https://www.queer-refugees.de/language/de/>

© SatyaPrem // pixabay.com



## 5.7 Sprachmittlung in den Psychosozialen Zentren

Zur Beratung und Behandlung von geflüchteten Menschen gehört ganz grundlegend die gemeinsame Verständigung und damit in der Regel der Einsatz von Sprachmittler\*innen. Die Psychosozialen Zentren arbeiten seit Beginn an mit Sprachmittler\*innen zusammen und führen auch Schulungen für Sprachmittelnde zu den Spezifika der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten durch. In einem durchschnittlichen Zentrum benötigen 73 % der Klient\*innen-Kontakte eine Sprachmittlung (M = 73 %; Md = 80 %). In einigen Zentren sind in den Teams der Einrichtungen so viele Sprachen vertreten, dass nur ein Fünftel der Klient\*innen eine\*n Dolmetscher\*in braucht, in anderen wiederum finden fast alle Klient\*innen-Kontakte mit Sprachmittlung statt (Min = 20 %; Max = 98 %).

Sprachmittler\*innen können über ihre sprachmittelnde Tätigkeit hinaus hilfreich bei der Entwicklung eines stabilen Rahmens für interkulturelle Verstehensprozesse sein. Häufig tragen sie gemeinsam mit dem\*der Therapeut\*in dazu bei, dass Klient\*innen wieder Vertrauen entwickeln können. Sie sind Teil des therapeutischen oder beraterischen Prozesses und damit des sicheren Ortes für die Klient\*innen. Wenn die Gespräche über einen längeren Zeitraum stattfinden, werden sie in ähnlicher Weise Bezugspersonen wie die behandelnden oder beratenden Personen – mit einer eigenen Beziehung, die das Leid der Klient\*innen mittragen kann (Schriefers & Hadzic, 2018). Doch damit sich diese Potentiale in der Zusammenarbeit mit Sprachmittler\*innen entfalten können, braucht es fundierte fachliche und ethische Grundlagen, für die zu schulen und die es kontinuierlich gemeinsam zu reflektieren gilt. Die Arbeit mit nicht ausreichend geschulten Sprachmittler\*innen kann die Beratungs- oder Behandlungsqualität beeinträchtigen – durch Verzerrungen, Filtern oder Harmonisieren des Gesagten – aus Betroffenheit oder durch ein „Befangen-Sein“, manchmal auch aus ideologischen, gesellschaftlichen oder persönlichen Überzeugungen (Mucker, Bautz, & Hadzic, 2018). Deshalb gilt es, für die Rollengestaltung, die Beziehung, den Übersetzungsprozess und seine Rahmenbedingungen eine Orientierung und klare Regeln festzulegen.

### Regeln für die Arbeit mit Dolmetscher\*innen und Sprachmittler\*innen in therapeutischen Settings<sup>31</sup>

#### Die wichtigsten Regeln für Dolmetscher\*innen bzw. Sprachmittler\*innen:

- Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit bei Terminvereinbarungen
- Einhaltung der Schweigepflicht, Neutralität oder Allparteilichkeit
- Einhaltung der Abstinenz-/Distanzregel
- Verantwortung für die Qualität und Präzision der Übersetzung
- Verantwortung für Übersetzung in der ersten Person, „Ich-Form“
- Bereitschaft, in Absprache mit Therapeut\*in/Berater\*in kulturspezifisches Wissen in den Prozess einzubringen
- Bereitschaft zur Auseinandersetzung mit spezifischen Gesprächsformen
- Achtsamkeit für die Reaktionen der Therapeut\*in
- Bereitschaft, die Arbeit der Therapeut\*innen/Berater\*innen zu unterstützen
- Bereitschaft, eigene Rolle zu reflektieren

#### Die wichtigsten Regeln für Therapeut\*innen bzw. Berater\*innen

- Zuverlässigkeit und Verbindlichkeit bei Terminvereinbarungen
- Einhaltung der Schweigepflicht, Neutralität oder Allparteilichkeit
- Einhaltung der Abstinenz-/Distanzregel
- Verantwortung für die Qualität des Beratungs-/Behandlungsprozesses
- Verantwortung für das Setting der Beratung/Behandlung
- Verantwortung für Übersetzung in der ersten Person, „Ich-Form“
- Verantwortung für die Struktur des Gesprächs
- Fähigkeit, methodisches und fachspezifisches Wissen auf das Setting „zu Dritt“ zu übertragen und der Dolmetscher\*in nötige Spezifika der Gesprächsgestaltung zu vermitteln
- Bereitschaft zur kritischen Selbstreflexion unter Einbeziehung der Rolle der Dolmetscher\*in
- Fähigkeit, Dolmetscher\*in in ihrer Arbeit zu unterstützen bzw. in schwierigen Situationen zu entlasten
- Achtsamkeit für die emotionalen Reaktionen auch der Dolmetsche

31 nach Bittenbinder, 2018. In: Schriefers, S., & Hadzic, E. (Hrsg.). (2018). Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen. Wege zur transkulturellen Verständigung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Die Arbeitshilfe zur Sprachmittlung in Therapie und Beratung kann unter folgendem Link heruntergeladen werden: [http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2018/08/Arbeitshilfen\\_-\\_Sprachmittlung-in-Psychotherapie-und-Beratung.pdf](http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2018/08/Arbeitshilfen_-_Sprachmittlung-in-Psychotherapie-und-Beratung.pdf)



## 5.8 Klient\*innen in Psychotherapie

Insgesamt wurden im Jahr 2017 durch die 37 Psychosozialen Zentren 7.867 Klient\*innen psychotherapeutisch behandelt, d. h. etwa 37 % aller Klient\*innen. Im Durchschnitt behandelte ein Psychosoziales Zentrum etwa 213 Therapie-Klient\*innen. Die Mehrheit der Psychotherapie-Klient\*innen ist auch an die asyl- und sozialrechtliche Beratung angebunden und/oder wird zusätzlich durch

multimodale Angebote unterstützt. Der Anteil der Klient\*innen, die ausschließlich therapeutisch angebunden sind, ist in fast allen Zentren eher gering (siehe Abb. 20). Er liegt im Mittel bei 19,4 % der von den Zentren versorgten Klient\*innen, bei der Hälfte der Zentren allerdings deutlich unter 10 % (Md = 9,4 %)

	Klient*innen insgesamt	davon Psychotherapie	ausschließlich Psychotherapie	Anteil der Therapie-Klient*innen pro Zentrum	Anteil der Klient*innen ausschließlich in Therapie
Summe (N=37)	21.418	7.867 (37%)	2.451 (11%)	Mittelwert 46,9%	19,4%
Ø pro Zentrum (Mittelwert)	579	213	72	Median 38,6%	9,4%
typisches Zentrum (Median)	350	122	33		

Tabelle 6: Klient\*innen in Psychotherapie 2017.

### Klient\*innen ausschließlich in Psychotherapie

Mittelwert = 19,4% | Std.-Abw. = 24,6% | N = 34

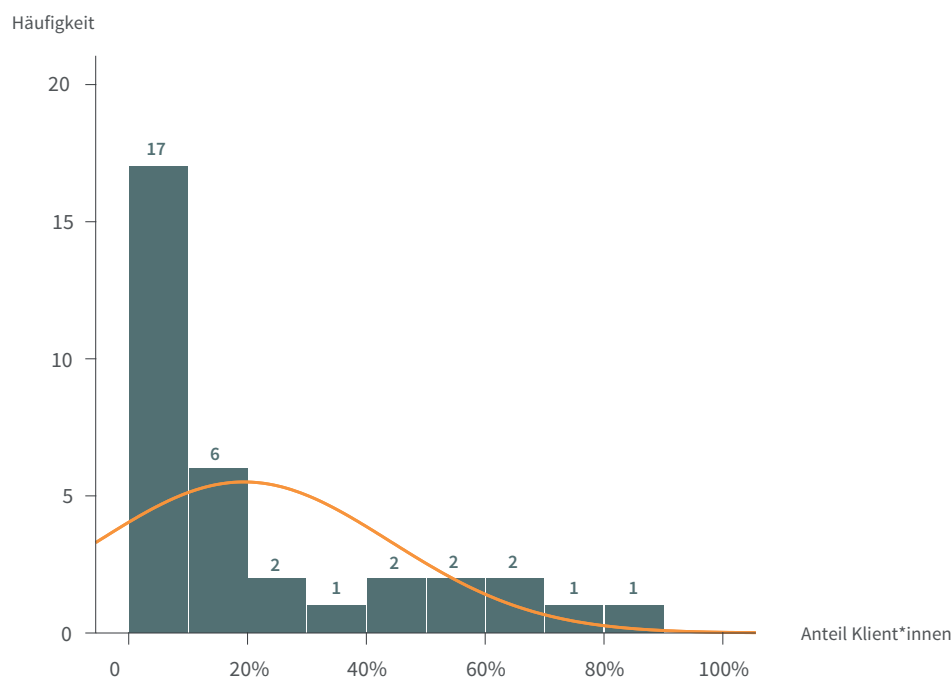


Abb. 20: Verteilung der Klient\*innen, die ausschließlich therapeutisch angebunden sind.

In der großen Mehrheit der PSZ (n=25) liegt der Anteil der Klient\*innen, die nur an das therapeutische Setting angebunden sind, bei maximal 20%. Die Hälfte der Zentren, die therapeutisch arbeiten (17 von 34 Zentren) betreut sogar nur bis zu 10% der Klient\*innen ausschließlich psychotherapeutisch – fast alle ihrer Klient\*innen nehmen zusätzlich auch andere Angebote, z.B. in der Beratung, wahr.

## Therapeutisches Setting

Fast alle Psychotherapie-Klient\*innen der Zentren werden im einzeltherapeutischen Setting betreut (M = 88,4 %; Md = 96 %), die meisten von ihnen nutzen nur das Einzelsetting (M = 82,6 %). Durchschnittlich 8,6 % sind zusätzlich zu ihren Einzelsitzungen auch Teilnehmende eines gruppenpsychotherapeutischen Angebots. Etwa 8,8 % der Geflüchteten in Psychotherapie nehmen ausschließlich gruppenpsychotherapeutische Angebote wahr.

### Psychotherapie-Setting

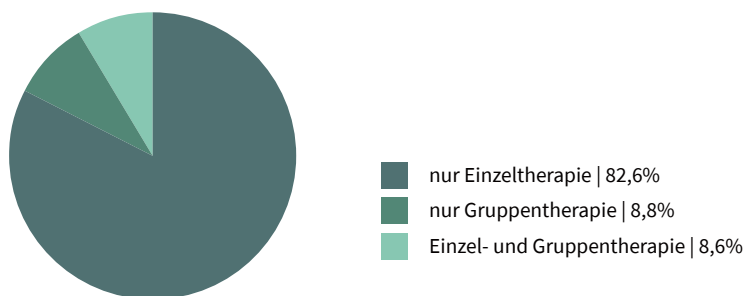


Abb. 21: Psychotherapie-Settings in den PSZ 2017.

Ob in den Psychosozialen Zentren gruppentherapeutische Formate angeboten werden können und in welchem Umfang sie von Klient\*innen auch angenommen werden, ist u. a. auch vom regionalen Kontext abhängig, in dem die Zentren arbeiten. Im (groß)städtischen Raum gelingt es eher, Gruppenangebote zum Beispiel für bestimmte Sprachen anzubieten als im ländlicheren Raum. Hier sind die einzelnen Communities kleiner und es ist deutlich voraussetzungsvoller, eine bestimmte Anzahl an Klient\*innen und die geeigneten Sprachmittler\*innen gemeinsam zur richtigen Zeit an den richtigen Ort zu koordinieren. Dies wird auch im Gespräch mit einer Therapeutin aus einem PSZ in der peripheren ländlichen Region deutlich:

„*Es hat sich tatsächlich niemand gemeldet, selbst nach wiederholter Ansprache, auch Klient\*innen, die wir im Einzelsetting hatten, kamen nicht zu dieser Gruppe. Es geht nicht – wegen der Wege. Es ist zu weit. Für einzelpsychotherapeutische Settings nehmen die Klient\*innen den Weg auf sich. Dann wissen sie, sie sind im Einzelkontakt und haben dann wirklich ihren Raum.*

Hinzu kommen Schwierigkeiten in der Zusammensetzung von Therapiegruppen im ländlichen Raum:

”

*Es gibt keine Möglichkeiten, Klient\*innen ganz gezielt nach Belastung und Krankheitsbild für Gruppen zusammenzusetzen und dann daraus homogenere Gruppen bezüglich Sprache, Geschlecht oder Symptomatik zu bilden [...]. Wir haben gar nicht die Möglichkeit, eine Gruppe aus Dari-sprechenden oder Dari-Farsi-sprechenden Frauen mit ähnlichen Anliegen zu bilden. Es sind gar nicht genug Frauen oder Männer aus einer Region da, um überhaupt eine homogene Gruppe zu bilden.*

Psychotherapeutin in einem PSZ

Vor diesem Hintergrund nehmen in metropolitenen Stadtregionen durchschnittlich ein Viertel der Therapie-Klient\*innen (auch) an gruppenpsychotherapeutischen Angeboten teil (M = 25,4 %), in stadtreionsnahen ländlichen Regionen nur 10,3 % und in peripher ländlichen Regionen nur noch 3,5 % (siehe Abbildung 22).

## Psychotherapie im Gruppensetting

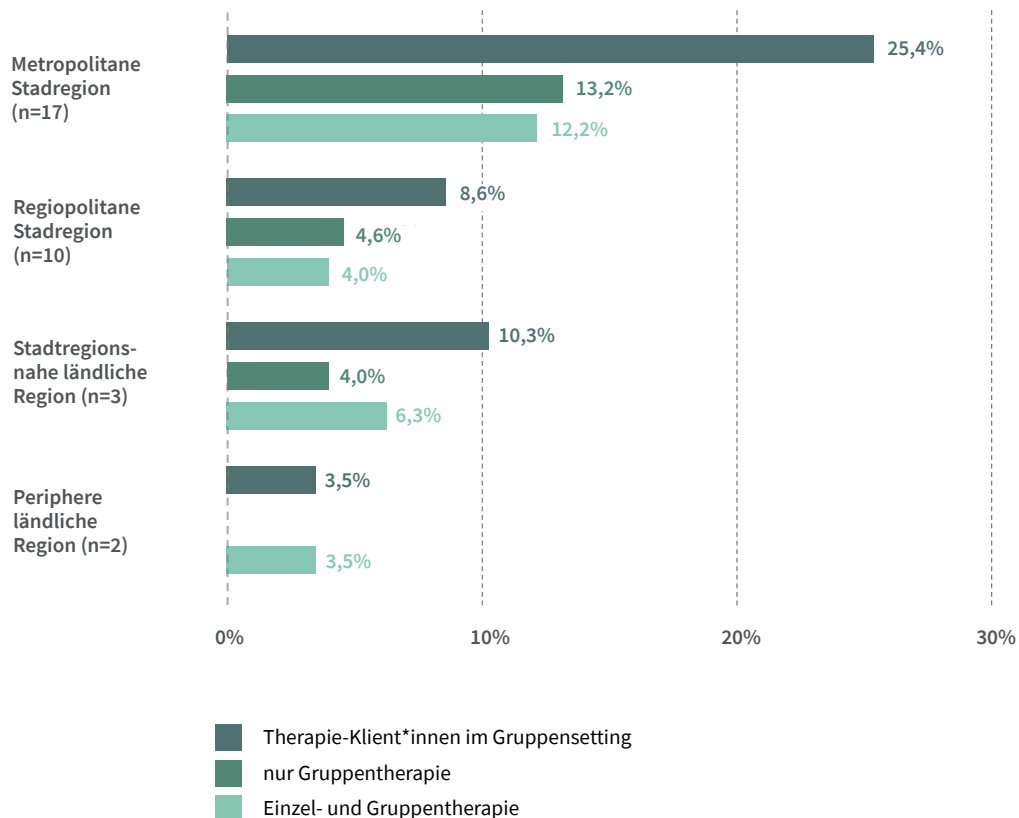


Abb. 22: Durchschnittlicher Anteil der Therapie-Klient\*innen im Gruppensetting 2017, differenziert nach Regionstypen.

## Behandlungsdauer

Eine Psychotherapie in den Zentren dauert durchschnittlich 23 Sitzungen ( $M = 23$ ;  $Md = 18$ ). Die Dauer der Psychotherapien in den Zentren unterscheidet sich jedoch stark von Einrichtung zu Einrichtung (siehe Abbildung 23). Einige Zentren halten für alle Klient\*innen nur zeitlich begrenzte Therapie-Kontingente vor und müssen an weitere Anlaufstellen vermitteln, sobald eine erste Stabilisierung erlangt wurde. Andere Einrichtungen hingegen begleiten bei Bedarf alle Klient\*innen, die sie aufnehmen auch im Rahmen von Langzeittherapien.

Im Durchschnitt befanden sich 2017 64,4 % der Psychotherapie-Klient\*innen eines Zentrums in Kurzzeittherapie, die Behandlung wird also in weniger als 25 Sitzungen beendet. Mehr als ein Viertel (28,9 %) erhält eine Langzeittherapie (< 50 Sitzungen) und etwa 6,7 % werden länger als 50 Sitzungen betreut. Damit entspricht die Dauer der Psychotherapien in den Psychosozialen Zentren in etwa dem Verhältnis von 70 % Kurzzeit- und 30 % Langzeittherapien, das auch für ambulante Psychotherapien mit Erwachsenen in der Regelversorgung berichtet wird (Multmeier & Tenckhoff, 2014). Beachtet werden muss hier allerdings, dass sowohl bei der Erhebung der Therapiedauer in den Zentren als auch bei den Daten, die von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Regelversorgung dazu erhoben wurden, auch

Therapieabbrecher\*innen, die in der Regel nur sehr wenige Sitzungen in Anspruch genommen haben, in die Analyse eingingen (Tossmann, Eiling, & Brehm, 2015). In den wenigen Studien, die es zur Abbruchquote von Psychotherapien in der Regelversorgung gibt, werden Abbruchquoten zwischen 19,2% (Jacobi, Uhmann, & Hoyer, 2011) und 24,6% (Cinkaya, Schindler, & Hiller, 2011) berichtet. Der tatsächliche Anteil der Kurzzeittherapien dürfte also ohne den Anteil der Abbrüche deutlich geringer sein.

In der Therapie mit geflüchteten Klient\*innen wird die Dauer der Behandlung maßgeblich auch durch Kontextfaktoren im Bereich der Lebens- und aufenthaltsrechtlichen Situation bestimmt. Kolleg\*innen in den Psychosozialen Zentren berichten, dass Psychotherapien häufig nicht allein auf Grundlage einer fachlichen Indikation beendet werden, sondern weil sich der Aufenthaltsstatus oder der Wohnort der Klient\*innen verändert hat. So verlassen Klient\*innen z. B. ihren bisherigen Wohnort, wenn ihr Aufenthalt gesichert ist und sie sich frei in der Bundesrepublik bewegen dürfen: Sie ziehen dorthin, wo ihre Communities sind oder sie andere für sie wichtige Strukturen vorfinden. Aber auch aufgrund von nicht selbst gewählten Umverteilungen oder auch Abschiebungen müssen Psychotherapien unterbrochen oder abgebrochen werden.

Der Erhalt eines sicheren Aufenthaltsstatus kann ebenfalls Auswirkungen auf den Therapieverlauf haben. Manche Klient\*innen können sich über das Erreichen äußerer Sicherheit deutlich stabilisieren und seelische Belastungen treten zunächst in den Hintergrund.

Insbesondere im ländlichen Raum, wenn Klient\*innen lange Fahrtwege bis zum Psychosozialen Zentrum zurücklegen müssen, werden die

durchschnittlich 23 Therapiestunden in den Psychosozialen Zentren auch über einen längeren Zeitraum „gestreckt“, das heißt nicht in wöchentlicher, sondern mit niedrigerer (z. B. nur 14-tägiger) Frequenz durchgeführt, sodass Klient\*innen über einen längeren Zeitraum behandelt werden können.

### Behandlungsdauer

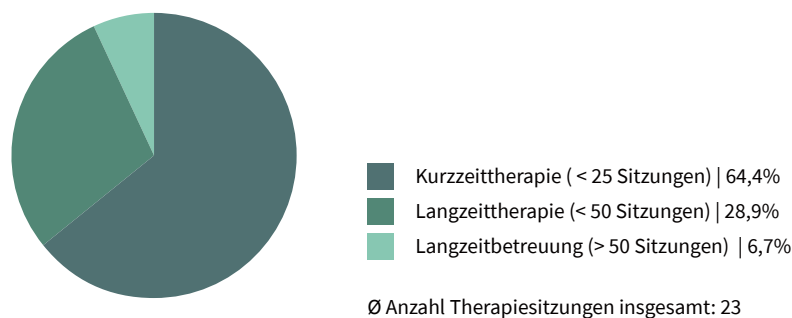


Abb. 23: Klient\*innen in Kurz- oder Langzeittherapien in den PSZ im Jahr 2017

” Was Psychotherapeut\*innen aus der Lebenssituation ihrer geflüchteten Klient\*innen aber lernen können, ist: dauerhaft provisorisch zu arbeiten, nicht immer nach Manual zu planen und zu therapieren; die Balance zwischen Stagnation und Entwicklung im Auge zu behalten, zwischen Anpassung an asylrechtliche Vorgaben und geduldigem Widerstand für den Schutz des therapeutischen Raums zu pendeln, sich berufsgruppenübergreifend zu vernetzen und klinische Atteste und Stellungnahmen zu schreiben – und vor allem bei all dem die reale Lebenssituation von Flüchtlingen außerhalb des Therapieraumes nicht zu vergessen.“

Ghaderi & Keuk, 2017, S. 260

## 5.9 Klient\*innen in psychiatrischer Versorgung

In 10 der 37 Psychosozialen Zentren (27 %) werden Klient\*innen auch psychiatrisch versorgt. An den\*die Psychiater\*in einer dieser Einrichtungen waren 2017 etwa 45 Klient\*innen angebunden (M = 45,2; Md = 30,00). Im Durchschnitt werden in den Zentren, die Psychiater\*innen beschäftigen, etwa 15 % aller Klient\*innen auch psychiatrisch versorgt

(M = 15 %; Md = 11 %). Klient\*innen konsultieren die Psychiater\*innen in den Zentren zwischen 1- und 4-mal pro Quartal für im Schnitt 20 bis 60 Minuten. Die durchschnittliche Frequenz psychiatrischer Termine beträgt 2,7 Konsultationen pro Quartal, eine Konsultation dauert knapp über 30 Minuten.

### Psychiatrische Versorgung in PSZ

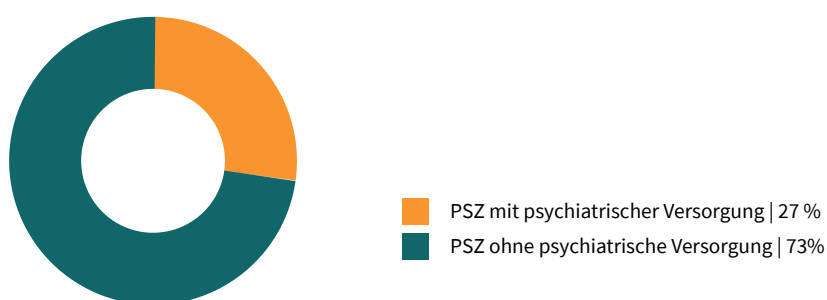


Abb. 24: Anteil der PSZ mit psychiatrischer Versorgung im Jahr 2017.

### Psychiatrische Versorgung: Anzahl, Frequenz, Dauer

	Klient*innen in psychiatrischer Versorgung	Anteil der psychiatrisch versorgten Klient*innen	ausschließlich psychiatrisch versorgte Klient*innen	Frequenz psychiatrischer Termine pro Quartal	Ø Dauer einer psychiatrischen Konsultation pro Termin
Summe (n=10)	425	-	38		
Ø pro Zentrum (Mittelwert)	45,2	15%	3,8	2,7 Termine	33,6 Minuten
typisches Zentrum (Median)	30	11%	0	3 Termine	25 Minuten
Minimum	0	1%	0		
Maximum	120	42%	31		

Tabelle 7: Anzahl, Frequenz und Dauer der psychiatrischen Versorgung der PSZ im Jahr 2017.

Auf das gesamte Bundesgebiet bezogen ist der Anteil psychiatrisch versorgter Klient\*innen nur sehr gering. Nur 452 aller 21.418 von den PSZ versorgten Klient\*innen wurden auch durch Psychiater\*innen behandelt – also gerade einmal 2,1 %.

## 5.10 Entwicklung der Klient\*innen-Zahlen in den Psychosozialen Zentren

### Neuaufnahmen

Im Jahr 2017 wurden fast 11.000 Klient\*innen neu in die Angebotsstrukturen der PSZ aufgenommen, also etwa die Hälfte aller Klient\*innen, die von den 37 Zentren in diesem Jahr insgesamt versorgt wurden. Im Durchschnitt nimmt jedes Zentrum pro Jahr etwa 293 Klient\*innen neu auf, der Median liegt bei 184 Klient\*innen. In einigen Zentren beträgt der Anteil der Neuaufnahmen weniger als ein Fünftel aller Klient\*innen (Min=14%), in anderen wiederum wurden alle Klient\*innen, die 2017 behandelt und/oder beraten wurden, neu in die Einrichtung aufgenommen (Max= 100%). Der durchschnittliche Anteil der Neuaufnahmen an allen jährlich versorgten Klient\*innen liegt bei 56%.

### Anteil der Neuaufnahmen

	Klient*innen insgesamt (N=37)
Mittelwert	56%
Median	53,1%
Minimum	14%
Maximum	100%
1. Quartil	45,1%
2. Quartil	53,1%
3. Quartil	70,2%

	Klient*innen insgesamt	davon Neuaufnahmen 2017	davon Psychotherapie	davon Neuaufnahmen unter 18	davon umF
Summe (N=37)	21.418	<u>10.857</u> <i>51% aller Klient*innen</i>	4.031 <i>37% der Neuaufnahmen</i>	1.424 <i>13% der Neuaufnahmen</i>	740 <i>7% der Neuaufnahmen</i>
Ø pro Zentrum (Mittelwert)	578,9	<u>293,4</u>	112,0	38,5	20,0
typisches Zentrum (Median)	350	<u>184</u>	68	26	12
Minimum	68	<u>41</u>	0	0	0
1. Quartil	198,5	<u>103,5</u>	40	11	6
2. Quartil (Md)	350	<u>184</u>	68	26	12
3. Quartil	716	<u>317</u>	168	52	29
Maximum	2.440	<u>2.315</u>	388	171	116

Tabelle 8: Neuaufnahmen insgesamt und in den Versorgungsangeboten im Jahr 2017.

## Neuaufnahmen in einem durchschnittlichen Zentrum im Jahresvergleich

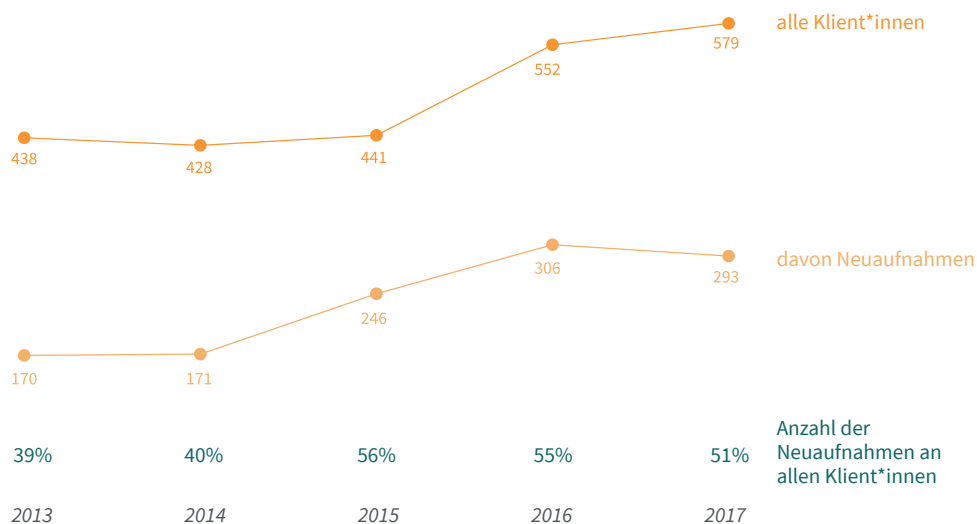


Abb. 25: Neuaufnahmen in einem durchschnittlichen Zentrum von 2013 bis 2017.

Im Jahresverlauf zeigt sich, dass der Anteil der Neuaufnahmen an allen Klient\*innen der Zentren von 2013/14 (damals 39 bzw. 40 %) zu 2015/16 sehr stark angestiegen ist (auf 56 bzw. 55 %) und seitdem in etwa auf dieser Höhe verbleibt. 2017 ist dieser Anteil zum ersten Mal wieder leicht auf 51 % gesunken.

## Klient\*innenzahlen im Vergleich zu den Vorjahren

Die Anzahl der Klient\*innen, die ein Psychosoziales Zentrum im Durchschnitt versorgen kann, ist 2017 nur geringfügig gestiegen. Während die Psychosozialen Zentren im Jahr 2016, einem Jahr in dem die Spendenbereitschaft hoch war und zahlreiche neue Fördertöpfe aufgelegt wurden, stark gewachsen sind, neue Mitarbeitende einstellen und vor diesem Hintergrund deutlich mehr Klient\*innen versorgen konnten als in den Vorjahren (+25 %), blieb dieses Niveau zum Jahreswechsel 2016/2017 erhalten. Es gab lediglich einen leichten Anstieg der Klient\*innen-Zahlen von 5 % – im Durchschnitt konnten also pro Zentrum etwa 27 Klient\*innen mehr versorgt werden als im Vorjahr.

Auch auf Ebene der einzelnen Versorgungsangebote gab es im Verlauf der letzten Jahre immer wieder Veränderungen. So gab es im Jahr 2016 z. B. einen deutlichen Anstieg der psychotherapeutisch

angebundenen Klient\*innen und auch die Anzahl derjenigen Klient\*innen, die ausschließlich psychotherapeutisch versorgt wurden, war enorm gestiegen. Im vergangenen Jahr hat sich dies wieder hin zu einem Anstieg vor allem in der (psycho-)sozialen Beratung verschoben: Die Anzahl der Klient\*innen in der Beratung ist um fast ein Fünftel (19 %) gestiegen, wohingegen die Anzahl der Therapie-Klient\*innen stabil auf dem Niveau des Vorjahres verblieb (+1 %). Deutlich wird auch, dass die Zahl der Klient\*innen, die ausschließlich Psychotherapie wahrgenommen haben, wieder um 10 % abgesunken ist. Einen deutlichen Anstieg gab es hingegen im Bereich der multimodalen Angebote (+29 %).

## Klient\*innen in den Angeboten eines „durchschnittlichen Zentrums“ im Jahresvergleich.

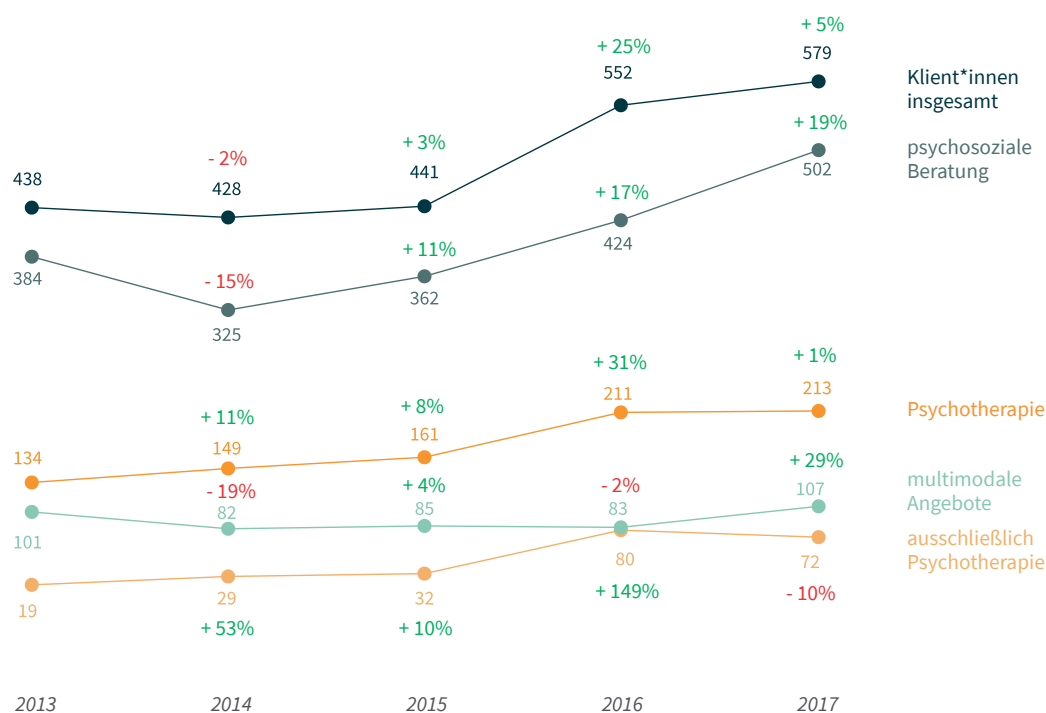


Abb. 26: Anzahl der Klient\*innen in den Angeboten eines „durchschnittlichen Zentrums“ im Jahresvergleich.

Die Zahl der Geflüchteten, die bundesweit insgesamt von allen Psychosozialen Zentren versorgt werden kann, steigt inzwischen jedes Jahr um etwa 20 %. Im Vergleich zum Beginn der Datenerhebungen, die die BAfF in den Psychosozialen Zentren durchführt, hat sich diese Zahl von rund 10.000 Klient\*innen bundesweit im Jahr 2013 auf über

21.000 Klient\*innen im Jahr 2017 verdoppelt. Zum großen Teil geht dieser Anstieg auf die Erhöhung der Anzahl der Einrichtungen, die Mitglied in der BAfF sind, zurück. Die Anzahl der PSZ, deren Daten in die Erhebung einfließen, ist von 26 Einrichtungen im Jahr 2013 auf 37 Einrichtungen im Jahr 2017 gestiegen.

## Anzahl der Klient\*innen in den Versorgungsangeboten der PSZ

	Anzahl PSZ	Klient*innen insgesamt	psychosoziale Beratung	Psychotherapie	ausschließlich Psychotherapie	multimodale Angebote
2013	26	10.079	8.838	3.092	440	2.323
2014	28 (+8%)	11.972 (+19%)	9.097 (+3%)	4.180 (+35%)	818 (+86%)	2.283 (-2%)
2015	32 (+14%)	14.109 (+18%)	11.571 (+27%)	5.147 (+23%)	917 (+12%)	2.725 (+19%)
2016	32	17.674 (+25%)	13.553 (+17%)	6.752 (+31%)	2.554 (+179%)	2.663 (-2%)
2017	37 (+15%)	21.418 (+21%)	18.563 (+37%)	7.867 (+17%)	2.451 (-4%)	3.222 (+21%)

Tabelle 9: Gesamtanzahl aller Klient\*innen in den 37 PSZ von 2013 bis 2017.



## Klient\*innen in den Angeboten der Psychosozialen Zentren im Jahresvergleich

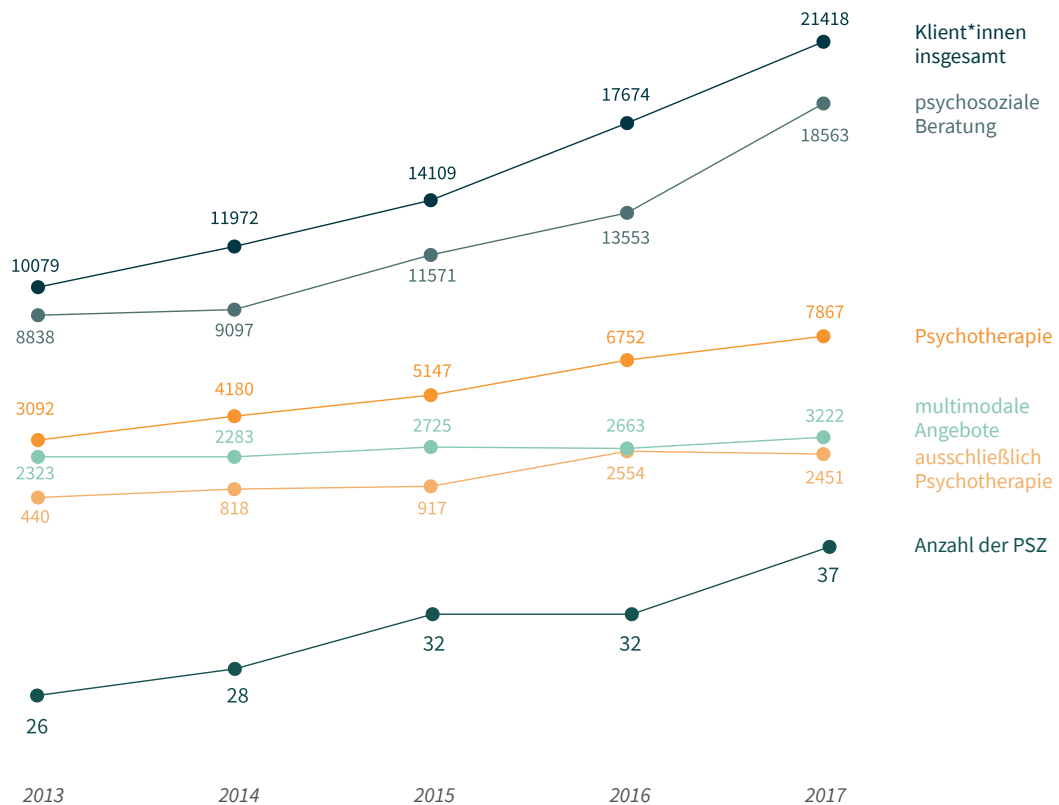


Abb. 27: Gesamtanzahl aller Klient\*innen in den 37 PSZ von 2013 bis 2017.

Aus diesem Anstieg in der Anzahl der durch die Psychosozialen Zentren versorgten Klient\*innen kann noch nicht geschlossen werden, dass in den letzten Jahren tatsächlich ein größerer Anteil derjenigen Geflüchteten versorgt werden konnte, der ausgehend von der aktuellen Studienlage zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen bei Geflüchteten potentiell einen Versorgungsbedarf haben könnte. Die Anzahl der in Deutschland lebenden Geflüchteten hat sich von 2013 bis 2017 verdreifacht (+211%),

die Anzahl der von den PSZ versorgten Klient\*innen lediglich verdoppelt (+113 %). Das Wachstum der Psychosozialen Zentren verlief also nicht proportional zum Anstieg der potentiell behandlungsbedürftigen Geflüchteten (siehe Tabelle 10). Inwieweit sich der Anteil der von den Zentren versorgten Klient\*innen an der geschätzten Zahl der Geflüchteten mit Behandlungsbedarf durch das Wachstum der Zentren verändert hat, wird im Fazit zur Abschätzung des Versorgungsgrades thematisiert.

## Flüchtlings- und Klient\*innen-Zahlen

	Geflüchtete in Deutschland	Klient*innen in den PSZ
Ende 2013	499.000,00	10.079
Ende 2014	629.000,00 (+ 26%)	11.972 (+ 19%)
Ende 2015	1.250.000,00 (+ 99%)	14.109 (+ 18%)
Ende 2016	1.473.000,00 (+ 18%)	17.674 (+ 25%)
Ende 2017	1.552.000,00 (+ 5%)	21.418 (+ 21%)
Anstieg 2013 –2017	+ 211%	+ 113%

Tabelle 10: Entwicklung der Flüchtlingszahlen und der Klient\*innen-Zahlen in den PSZ von 2013 bis 2017.





## 6. Personelle Ressourcen der Psychosozialen Zentren

### 6.1 Anzahl der Mitarbeitenden

Insgesamt wurden die 21.418 Klient\*innen der 37 Psychosozialen Zentren im Jahr 2017 durch etwa 489 fest angestellte Mitarbeiter\*innen versorgt. Die Bandbreite der personellen Ressourcen über das Bundesgebiet hinweg reicht von sehr kleinen Zentren, die sich noch im Aufbau befinden und lediglich eine\*n hauptamtliche\*n Mitarbeiter\*in in Teilzeit beschäftigen können, bis hin zu sehr großen Zentren mit bis zu 71 hauptamtlichen Mitarbeiter\*innen.

In einem *durchschnittlichen Zentrum* mit etwa 579 Klient\*innen arbeiten insgesamt 13 Mitarbeiter\*innen,

die sich ungefähr 9 *Vollzeitstellen* „teilen“. Die Mitarbeiter\*innen in den Psychosozialen Zentren sind in der Regel auf Teilzeit-Stellen angestellt, im Durchschnitt mit etwa 64 % der wöchentlichen Arbeitszeit, d. h., mit *rund 25 Stunden pro Woche*.

In einem typischen Zentrum mit etwa 350 Klient\*innen arbeiten insgesamt 9 *hauptamtliche Mitarbeitende*. Üblicherweise teilt sich dieses 9-köpfige Psychosoziale Zentrum 6 „*volle Stellen*“, die Mitarbeitenden arbeiten auch hier mit etwa 25 *Wochenarbeitsstunden*.

#### Mitarbeiter\*innen in den PSZ

	hauptamtliche Mitarbeiter*innen	Stellenanteile (VZÄ) insgesamt	Ø Wochenarbeitszeit pro Mitarbeiter*in
Summe	489	334,8	
Ø pro Zentrum (Mittelwert)	13,2	9	25,0 h/ Woche (64%)
typisches Zen- trum (Median)	9,0	5,9	25,4 h/Woche (65%)
Minimum	0,5	0,5	14,6 h/Woche (38%)
1. Quartil	6	3,8	22,8 h/Woche (58%)
2. Quartil (Md)	9	5,9	25,4 h/Woche (65%)
3. Quartil	16	11,6	27,8 h/Woche (71%)
Maximum	71	54,0	31,1 h/ Woche (80%)

Tabelle 11: Mitarbeitende in den PSZ 2017.

Die Psychosozialen Zentren, die sich zurzeit noch im Aufbau befinden, verfügen dabei über deutlich geringere personelle Ressourcen als die bereits länger etablierten Zentren, die bereits alle Kriterien der BAfF für eine Fachmitgliedschaft als Psychosoziales Zentrum erfüllen (siehe Kapitel 4, Das Leitbild der Psychosozialen Zentren). So arbeiten in einem PSZ im Aufbau (insgesamt 7 PSZ) durchschnittlich nur 4,7 Mitarbeitende, die sich etwa 2,9 Vollzeitstellen teilen, in einem etablierten PSZ (insgesamt 30 PSZ)

stehen dem durchschnittlich 15 Mitarbeitende auf 10,5 Vollzeitstellen gegenüber.

Auch im Stadt-Land-Vergleich zeigen sich deutliche Unterschiede in der personellen Ausstattung der Zentren: Während die Psychosozialen Zentren in Stadtregionen im Durchschnitt 14 Mitarbeitende auf 9,8 Vollzeitstellen beschäftigen, arbeiten die Einrichtungen in ländlichen Regionen mit nur 6 Mitarbeitenden auf 4,4 Vollzeitstellen.

## Mitarbeiter\*innen in den PSZ, differenziert nach Etablierung und Region



Abb. 28: Mitarbeitende in den PSZ 2017, differenziert nach Etablierung und Region.

## 6.2 Berufsgruppen im multiprofessionellen Team

Den größten Teil der multiprofessionell arbeitenden Teams bilden Mitarbeitende aus den Bereichen Psychotherapie (39 %) und (psycho-)soziale Beratung (34 %). Sie werden unterstützt durch Kolleg\*innen aus (Projekt-)Verwaltung und -administration (14 %), durch Kreativ- und Bewegungstherapeut\*innen (2 %), medizinisches Personal (2 %), Mitarbeiter\*innen im Fundraising und der Öffentlichkeitsarbeit

(2 %) sowie weiteren Mitarbeiter\*innen in sonstigen Berufsfeldern (5 %). Sprachmittler\*innen sind sehr selten hauptamtlich für die Psychosozialen Zentren tätig – sie arbeiten in der Regel auf Honorarbasis als freie Mitarbeiter\*innen (siehe „Freie Mitarbeiter\*innen“).

### Mitarbeiter\*innen in einem „Durchschnitts-PSZ“



Abb. 29: Mitarbeiter\*innen in einem „Durchschnitts-PSZ“.

## Mitarbeiter\*innen in den PSZ nach Arbeitsfeldern

	Summe (N=37)	Ø pro Zentrum	typisches Zentrum (Median)	Ø Anteil der Berufsgruppe an allen Mitarbeitenden im PSZ
<b>Mitarbeitende insgesamt 2017</b>	489	13,2	9	
<b>Stellenanteile (VZÄ) insgesamt</b>	334,8	9	6	
<b>Mitarbeiter*innen in der Psychotherapie</b>	191	5,2	5	39%
Psychologische Psychotherapeut*innen	70	1,9	1	14%
Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA)	51	1,4	1	10%
Ärztliche Psychotherapeut*innen	11	0,3	0	2%
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen	17	0,5	0	3%
Systemische Therapeut*innen	24	0,6	0	5%
Sonstige Psychotherapeut*innen (z. B. Gestalttherapeut*innen)	18	0,5	0	4%
<b>Mitarbeiter*innen in der psychosozialen Beratung</b>	166	4,5	3	34%
Sozialarbeiter*innen und (Sozial-)Pädagog*innen	110	3	2	22%
Psycholog*innen	30	0,8	0	6%
Jurist*innen	7	0,2	0	1%
weitere Mitarbeiter*innen in der Beratung	19	0,5	0	4%
<b>Mitarbeiter*innen in Administration &amp; Verwaltung</b>	68	1,8	1	14%
<b>Mitarbeiter*innen in weiteren Arbeitsbereichen</b>	23	0,6	0	5%
<b>Mitarbeiter*innen in kreativ-/bewegungs- und weiteren therapeutischen Bereichen</b>	11	0,3	0	2%
<b>Mitarbeiter*innen in der medizinischen Versorgung</b>	11	0,3	0	2%
<b>Mitarbeiter*innen in Fundraising/ Öffentlichkeitsarbeit u.ä.</b>	11	0,3	0	2%

Tabelle 12: Anzahl der angestellten Mitarbeiter\*innen in allen Zentren, dem durchschnittlichen und typischen Zentrum in den verschiedenen Arbeitsfeldern im Jahr 2017.

## Psychotherapeut\*innen in den PSZ

In den Psychosozialen Zentren arbeiteten 2017 insgesamt 191 Psychotherapeut\*innen. Jedes Zentrum beschäftigt im Durchschnitt 5 Psychotherapeut\*innen. Anteilig bilden Psychologische Psychotherapeut\*innen (37 %) sowie Psychologische Psychotherapeut\*innen in Ausbildung (PiA, 27 %) die größte Gruppe der therapeutischen Teams. Aber auch Systemische Therapeut\*innen (13 %) sowie

Gesprächspsychotherapeut\*innen, Gestalttherapeut\*innen und in weiteren Verfahren ausgebildete Kolleg\*innen (9 %) spielen in den Psychosozialen Zentren eine wichtige Rolle. Der Anteil der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut\*innen in den PSZ beträgt 9 %, ärztliche Psychotherapeut\*innen sind in den Teams mit einem Anteil von 6 % eher seltener vertreten.

	Summe (N=37)	Ø pro Zentrum (Mittelwert)	typisches Zentrum (Median)	Ø Anteil an allen
<b>Mitarbeiter*innen im Bereich Psychotherapie</b>	<b>191</b>	<b>5,2</b>	<b>5</b>	
Psychologische Psychotherapeut*innen	70	1,9	1	37%
Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA)	51	1,4	1	27%
Systemische Therapeut*innen	24	0,6	0	13%
Sonstige Psychotherapeut*innen (z. B. Gestalttherapeut*innen)	18	0,5	0	9%
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen	17	0,5	0	9%
Ärztliche Psychotherapeut*innen	11	0,3	0	6%

Tabelle 13: Psychotherapeut\*innen in den PSZ 2017.

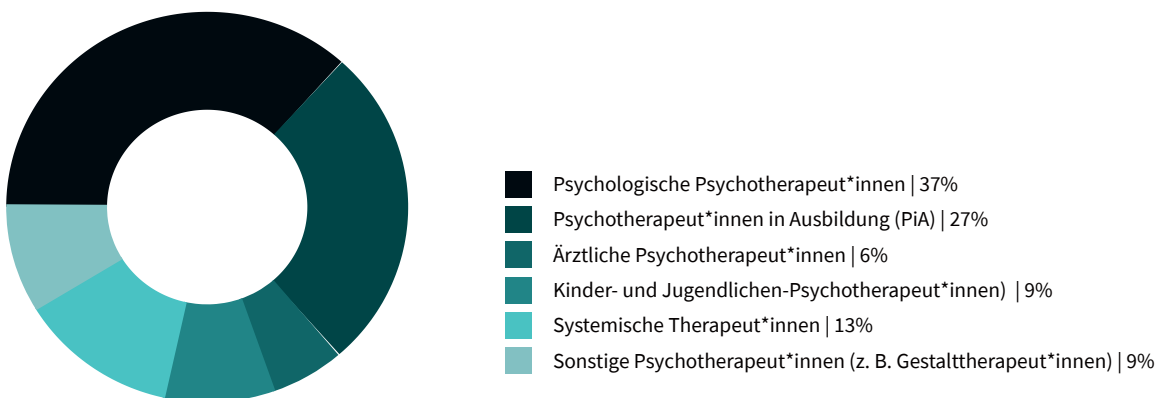


Abb. 30: Psychotherapeut\*innen in den PSZ 2017.

46 % der Psychotherapeut\*innen in den Psychosozialen Zentren sind approbiert, davon 59 % als Verhaltenstherapeut\*innen, 30 % als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeut\*innen, 6 % als Psychoanalytiker\*innen und weitere 6 % in einem anderen Verfahren.

### Approbation der Therapeut\*innen in den einzelnen Verfahren

	Summe (N=37)	Ø pro Zentrum (Mittelwert)	typisches Zentrum (Median)
<b>Psychotherapeut*innen insgesamt</b>	<b>191</b>	<b>5,2</b>	<b>5</b>
<b>approbierte Psychotherapeut*innen</b>	<b>87</b>	<b>2,4</b>	<b>2</b>
Verhaltenstherapeut*innen	51	1,8	1,5
Tiefenpsycholog*innen	26	0,9	1
Psychoanalytiker*innen	5	0,2	0
Sonstige approbierte Psychotherapeut*innen/ Übergangsregelung	5	0,2	0

Tabelle 14: Approbation der Therapeut\*innen in den einzelnen Verfahren 2017.

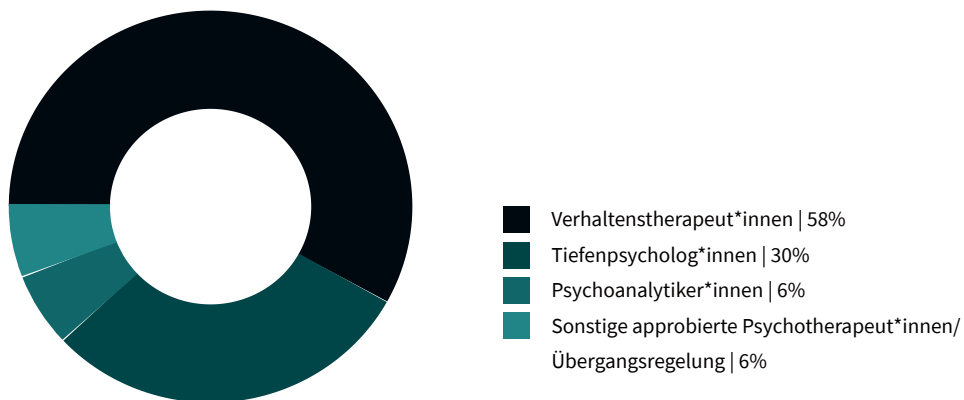


Abb. 31: Approbation der Therapeut\*innen in den einzelnen Verfahren 2017.



## Freie Mitarbeiter\*innen

Zusätzlich zu den Teams der fest angestellten Mitarbeitenden arbeiten in den PSZ in der Regel 37 freie Mitarbeiter\*innen, zum größten Teil im Bereich der Sprachmittlung (76 %), aber auch im Bereich der Psychotherapie (8 %), in der psychosozialen Beratung (6 %) oder im kreativ- oder bewegungstherapeutischen Bereich (5 %). Freie Mitarbeiter\*innen sind im Durchschnitt mit 5 Stunden pro Woche für das Zentrum tätig.

	Summe (N=37)	Ø pro Zentrum	typisches Zentrum (Median)	Ø Anteil der Berufsgruppe an allen Mitarbeitenden im PSZ
<b>Mitarbeitende insgesamt 2017</b>	1.361	36,9	30	
<i>Mitarbeiter*innen in der Sprachmittlung</i>	1.031	27,9	20	76%
<i>Mitarbeiter*innen in der Psychotherapie</i>	111	3	1	8%
<i>Mitarbeiter*innen in der psychosozialen Beratung</i>	81	2,2	0	6%
<i>Mitarbeiter*innen in kreativ-/bewegungs- und weiteren therapeutischen Bereichen</i>	74	2,0	1	5%
<i>Mitarbeiter*innen in weiteren Arbeitsbereichen</i>	45	1,2	0	3%
<i>Mitarbeiter*innen in der medizinischen Versorgung</i>	14	0,4	0	1%
<i>Mitarbeiter*innen in Administration &amp; Verwaltung</i>	3	0,1	0	0%
<i>Mitarbeiter*innen in Fundraising/ Öffentlichkeitsarbeit u.ä.</i>	2	0,1	0	0%

Tabelle 15: Anzahl der freien Mitarbeiter\*innen in den PSZ 2017.



## Praktikant\*innen, Ehrenamtliche und Minijobs

Neben den festen und freien Mitarbeiter\*innen wird ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum von etwa 15 Ehrenamtlichen mit rund 2,7 Wochenstunden und einer\*inem Praktikant\*in unterstützt. Die meisten Ehrenamtlichen unterstützen die Zentren als Mentor\*innen und begleiten Geflüchtete in ihrem Alltag, bei der

Wohnungssuche oder auch bei Behördengängen. Darüber hinaus ist in einem durchschnittlichen Psychosozialen Zentrum noch eine Person auf Minijob-Basis angestellt – in der Regel im Bereich der Verwaltung – mit im Durchschnitt 7 Stunden pro Woche.

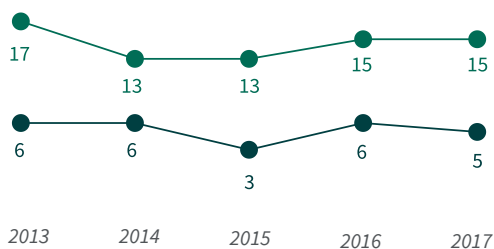
	Minijob	Praktikant*innen	Ehrenamtliche
Summe (N=37)	35	42	557
Ø pro Zentrum (Mittelwert)	0,9 Mitarbeitende mit 7,1h/Woche	1,2 Praktikant*innen mit 28,7h/Woche	15,1 Ehrenamtliche mit 2,7h/Woche
typisches Zentrum (Median)	-	1 Praktikant*in mit 30h/Woche	5 Ehrenamtliche mit 2h/Woche

Tabelle 16: Anzahl der Minijobs, Praktikant\*innen und Ehrenamtlichen im Jahr 2017.

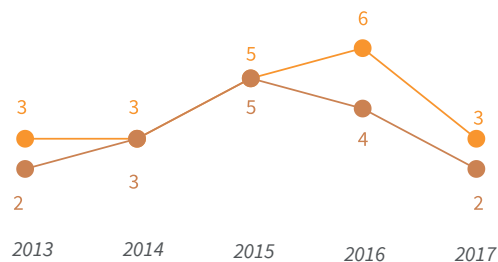
Im Vergleich zu den Vorjahren ist zu sehen, dass das ehrenamtliche Engagement für die Psychosozialen Zentren, das bis zum Jahr 2016 eher zugenommen hat, im letzten Jahr wieder zurückgegangen ist. So

hat sich das zeitliche Engagement der Ehrenamtlichen für das PSZ im Durchschnitt von rund 6 Stunden auf etwa 3 Stunden pro Woche halbiert.

### Anzahl der Ehrenamtlichen



### Zeitaufwand der Ehrenamtlichen



■ Ehrenamtliche in einem durchschnittlichen PSZ  
 ■ Ehrenamtliche in einem typischen PSZ

■ Zeitaufwand der Ehrenamtlichen (h/Woche) in einem durchschnittlichen PSZ  
 ■ Zeitaufwand der Ehrenamtlichen (h/Woche) in einem typischen PSZ

Abb. 32: Ehrenamtliches Engagement für die PSZ von 2013 bis 2017.

## 6.3 Entwicklung der personellen Ressourcen in den PSZ

Im Jahresvergleich zeigt sich, dass sich die personellen Ressourcen der Psychosozialen Zentren über die Zeit erhöht haben. Während ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum im Jahr 2013 noch aus etwa 9 Mitarbeitenden bestand, die sich nur 5,3 Vollzeitstellen teilten, sind es heute im Durchschnitt 13 Mitarbeitende auf 9 Vollzeitäquivalenten. Im

letzten Jahr ist ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum um etwa 1,3 Mitarbeitende gewachsen (+11 %). Auch die einzelnen Mitarbeitenden konnten ihre Stellenanteile erhöhen: Die Vollzeitäquivalente, d.h., die Arbeitszeit, die das gesamte Team eines Zentrums zur Verfügung hat, sind um 25 % gestiegen.

### Anzahl der Mitarbeiter\*innen und Stellenanteile in einem durchschnittlichen Zentrum

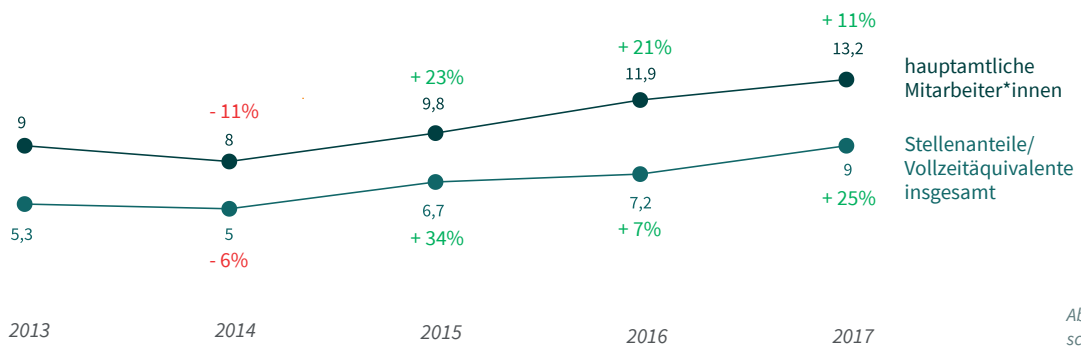


Abb. 33: Durchschnittliche Anzahl der festen Mitarbeiter\*innen in den PSZ von 2013 bis 2017.





## 7. Kapazität der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

Die Entwicklung der Klient\*innen-Zahlen in den letzten Jahren zeigt, dass die Kapazitäten der Psychosozialen Zentren vielerorts ausgebaut werden konnten. Auch die Netzwerke der Psychosozialen Zentren mit der Regelversorgung sind zum Teil stabiler geworden. Da jedoch auch die Flüchtlingszahlen in dieser Zeit deutlich angestiegen sind, soll im Folgenden in den Blick genommen werden, in

welchem Verhältnis das Wachstum der Zentren zur Entwicklung des Bedarfs bzw. der Nachfrage Hilfesuchender Geflüchteter nach den Angeboten in den PSZ steht. Als Indikatoren werden die Aufnahme- bzw. Anmeldepraxis der Einrichtungen betrachtet – einschließlich des Wartelistenmanagements sowie der Anzahl derjenigen Klient\*innen, die von den PSZ nicht aufgenommen werden können.

### 7.1 Aufnahmepraxis der Psychosozialen Zentren

In fast allen Psychosozialen Zentren erfolgt die Aufnahme von Klient\*innen in die Behandlungs- und Betreuungsprogramme der Einrichtungen nicht zeitnah, sondern über ein Wartelistensystem. Doch auch diejenigen Zentren, die freie Behandlungs- und/oder Beratungsplätze nicht sukzessive über eine Warteliste vergeben, nehmen Klient\*innen in der Regel nicht unmittelbar auf, sondern zum Beispiel nur zu bestimmten Zeitpunkten im Jahr (z. B. zwei Mal jährlich). Sie entscheiden dann für alle Personen, die zu diesem Zeitpunkt angemeldet werden, ob sie aufgenommen werden können oder nicht – unabhängig vom Zeitpunkt der Anmeldung der Person. In über einem Viertel der Psychosozialen Zentren muss das Wartelisten- bzw. Anmeldeprozedere der Einrichtung regelmäßig ausgesetzt werden. Im Falle dieser Anmeldestopps kann es beispielsweise passieren, dass auch für die Warteliste niemand mehr angenommen werden kann, da es nicht mehr realisierbar ist, alle Wartenden in einem absehbaren Zeitrahmen aufzunehmen. Fast die

Hälfte der Zentren muss außerdem zahlreiche Klient\*innen, die sich für einen Beratungs- und/oder Behandlungsplatz anmelden wollen, ganz abweisen (siehe Kapitel 7.3 Ablehnungen). Diese Personen können weder versorgt, noch auf die Warteliste gesetzt oder an Kooperationspartner\*innen in der Regelversorgung vermittelt werden.

Angemerkt sei hier jedoch, dass die meisten Zentren in besonderen Krisenfällen immer wieder auch außerhalb ihres etablierten Aufnahmesystems Klient\*innen aufnehmen. Inzwischen arbeitet ein Viertel der Einrichtungen auch mit offenen Sprechstunden. Zum Teil sind diese Sprechstunden als Format organisiert, über das nach einem Clearing eine Aufnahme in das Behandlungsprogramm der Zentren erfolgen kann, z. T. sind diese Termine lediglich als Notfall-/bzw. Krisensprechstunden organisiert, die (auch) für Geflüchtete offen sind, die nicht als Bestandsklient\*innen des Zentrums aufgenommen werden können.

#### Angaben zur Aufnahmepraxis

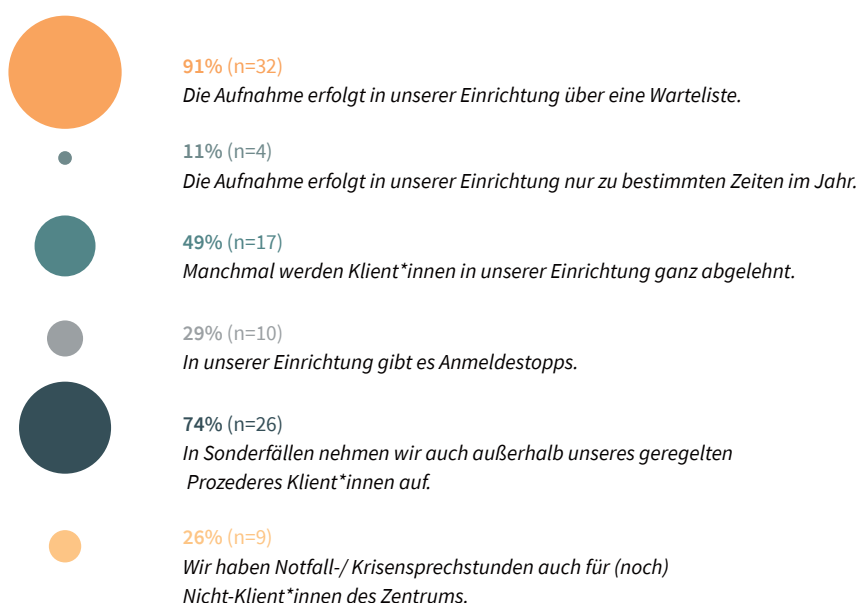


Abb. 34: Angaben zur Aufnahmepraxis für neue Klient\*innen in den PSZ.

## Anmeldung von Klient\*innen in den PSZ

Die Mehrheit der Geflüchteten, die Unterstützung in den Psychosozialen Zentren suchen, meldet sich nicht selbst als Klient\*in bei den Einrichtungen an. Die meisten Klient\*innen werden durch Mitarbeiter\*innen aus den Unterkünften, durch ehrenamtliche Unterstützer\*innen oder Angehörige bzw. Bekannte in den Zentren angemeldet. Auch die

Rechtsanwält\*innen der Klient\*innen übernehmen in einigen Fällen die Behandlungsanfrage an das Psychosoziale Zentrum. Bei eher wenigen Klient\*innen trifft zu, dass sie durch Kliniken, Psychiater\*innen, Haus- oder andere Fachärzt\*innen oder gar niedergelassene Psychotherapeut\*innen angemeldet werden.

### Anmeldungen von Klient\*innen

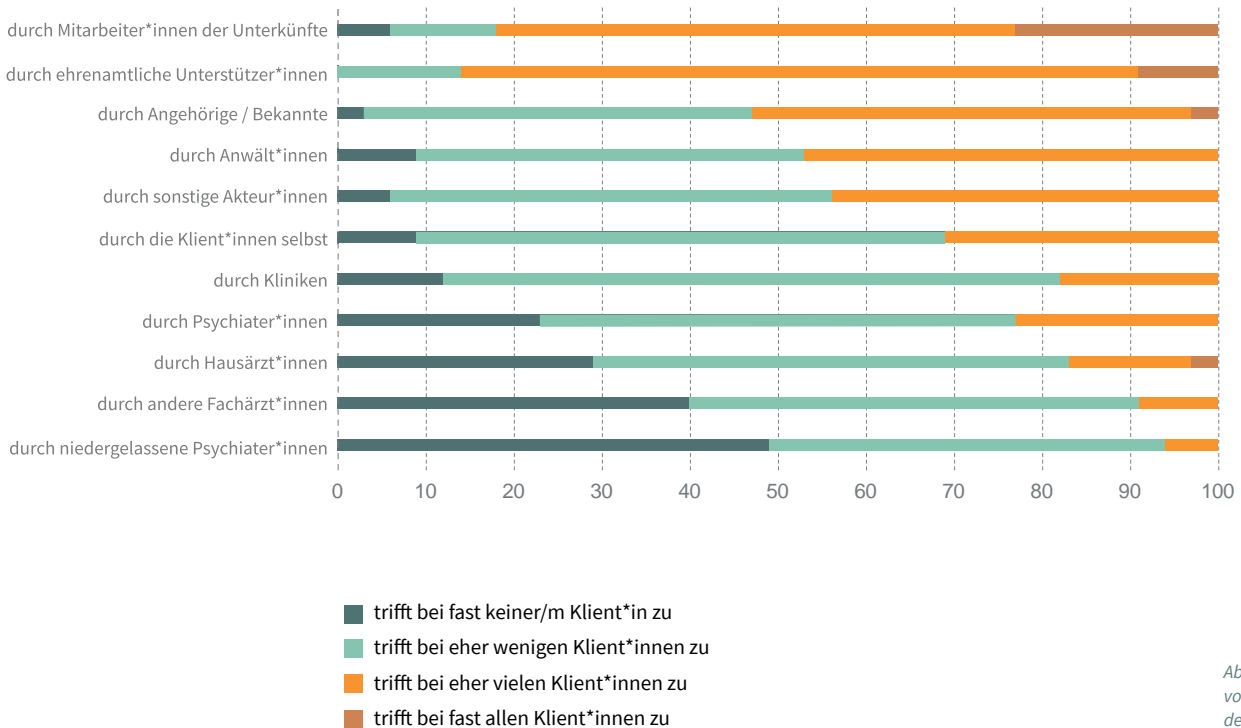


Abb. 35: Anmeldung von Klient\*innen in den PSZ 2017.

### Kriterien für die Aufnahme von Klient\*innen

Aufgrund der mangelnden Kapazitäten in den Psychosozialen Zentren sind die Mitarbeitenden kontinuierlich in einer Situation, in der sie entscheiden müssen, welche Klient\*innen nun eher aufgenommen werden können und welche nicht. Dabei sind häufig nicht allein in der Belastung oder der Symptomatik begründete Faktoren entscheidend, sondern vielmehr die Rahmenbedingungen und die rechtliche Situation der Anfragenden. Zur Ablehnung von Behandlungsanfragen kommt es vor allem bei Personen, die bereits einen sicheren Aufenthaltsstatus oder eine Versicherungskarte (eGK) besitzen. In der Regel wird für diesen Personenkreis davon ausgegangen, dass sie im Vergleich bessere Chancen haben, andernorts Unterstützung zu finden. Nicht alle Psychosozialen Zentren haben darüber hinaus spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche, weshalb es in manchen Zentren auch zu Ablehnungen von Menschen unter 18 Jahren kommen

kann. Personen, bei denen bereits bekannt ist, dass sie Opfer von Folter geworden sind, werden von den Zentren in der Regel aufgenommen. Ein wichtiges Kriterium ist außerdem die Verfügbarkeit von passenden Sprachmittler\*innen. Auch Personen mit dringenden aufenthaltsrechtlichen Anliegen werden häufig bevorzugt aufgenommen.

” *Wir nehmen nur noch die schlimmsten Fälle auf. Dadurch haben wir jetzt viel mehr psychiatrische Fälle, die nirgendwo sonst angebunden werden können.*

Mitarbeiterin aus einem PSZ

Differenzierter zeigt sich die Situation bei weiteren Kriterien: So gibt zwar die Mehrheit der Zentren an, dass sie Personen, die Leistungen nach §2 AsylbLG erhalten, für die also theoretisch eine Abrechnungsmöglichkeit über das Instrument der Ermächtigung (siehe „Kostenübernahmen über die Ermächtigung“) bestehen würde, aufnehmen würden. Es gibt aber auch Zentren, die genau diese Klient\*innen-Gruppe ablehnt, weil sie davon ausgehen, dass diese auch von ermächtigten Psychotherapeut\*innen im Regelsystem behandelt werden können. Ähnlich wirkt das Bild für Personen mit bestimmten Sprachkompetenzen, z.B. Geflüchtete, die Englisch oder Französisch sprechen: Sie werden mehrheitlich aufgenommen. Fast ein Fünftel der Zentren gibt jedoch auch hier an, dass dies eher ein Kriterium darstellt, Behandlungsanfragen abzulehnen, weil diese

Personen auch im regulären Gesundheitssystem bessere Möglichkeiten haben, sich zu verständigen.

In 80 % der Zentren werden vor allem auch Personen, die sich in akuten Krisen befinden, aufgenommen – häufig im Wissen, dass das psychosoziale ambulante Setting hier nicht immer das richtige Angebot darstellt. In vielen Fällen können diese Klient\*innen jedoch erst durch die Anbindung an das PSZ in einer Form unterstützt werden, die ihnen auch Zugang etwa zur psychiatrischen Versorgung verschafft. Manchmal kann hier durch das PSZ im Rahmen der Krisenintervention ein Klinikaufenthalt ermöglicht und koordiniert werden, häufig werden Klient\*innen aber auch so weit stabilisiert, dass sie im Setting des Psychosozialen Zentrums weiter versorgt werden können.

### Aufnahmekriterien der PSZ

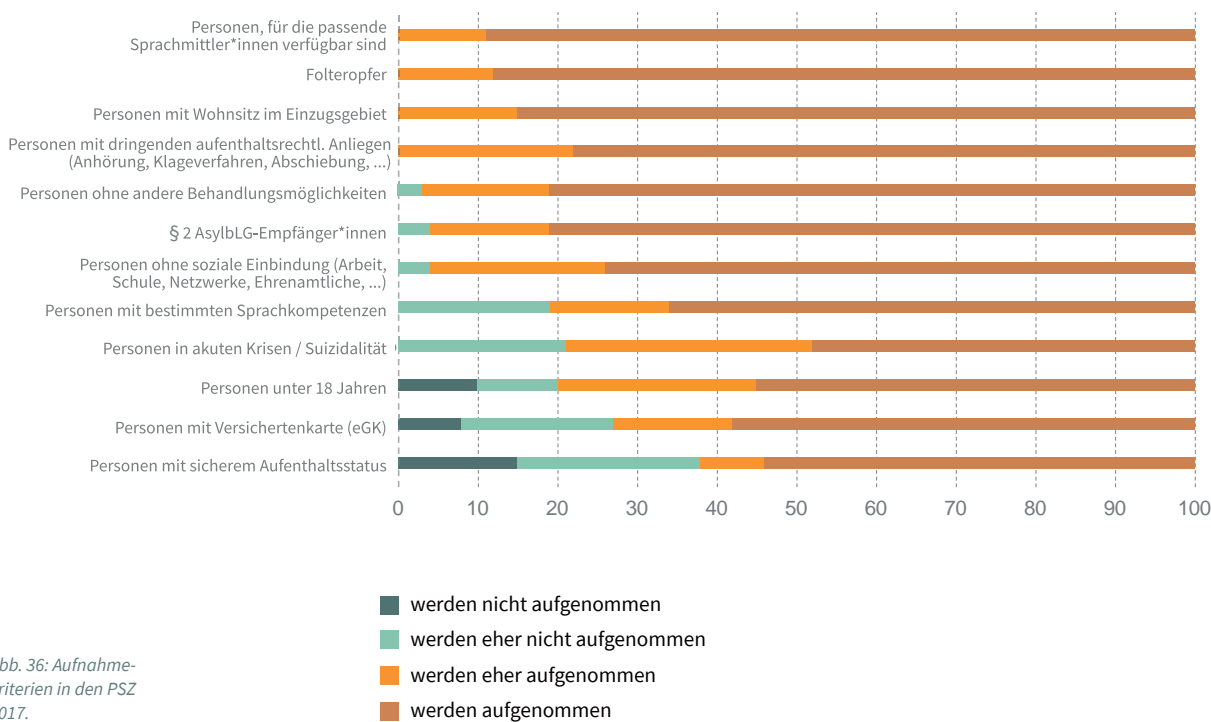


Abb. 36: Aufnahmekriterien in den PSZ 2017.



## 7.2 Wartelisten in den Psychosozialen Zentren

Wartezeiten auf Gesundheitsleistungen entstehen, wenn diese Leistungen begrenzt sind und das Versorgungssystem den aktuellen Versorgungsbedarf der Menschen, die diese Leistungen nachfragen, nicht in ausreichendem Maß bedienen kann. Für Patient\*innen bzw. Klient\*innen stellen Wartezeiten die zeitliche Dimension der Zugänglichkeit einer Versorgungsleistung dar. Nach Bewertung des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) sind Wartezeiten dann „zu lang“ bzw. nicht bedarfsgerecht, wenn der Gesundheitszustand der betroffenen Person sich nicht verbessert oder gar verschlechtert, obwohl dies durch eine rechtzeitige diagnostische oder therapeutische Intervention vermeidbar gewesen wäre (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018). Außerdem sei es ein zentrales versorgungspolitisches Ziel, Menschen mit gleichem Versorgungsbedarf auch den gleichen Zugang zur Versorgung zu gewähren – ungleiche Wartezeiten für unterschiedliche Personen(gruppen) seien also dann nicht angemessen, wenn sie nicht durch ungleiche Bedarfe bedingt sind (ebd.). Im Folgenden wird beschrieben, wie sich die Anzahl der vorhandenen Versorgungsangebote in den PSZ zur Nachfrage von Klient\*innen auf den Wartelisten verhält und in welchem Verhältnis die Wartezeiten für Geflüchtete hier im Vergleich zur Regelversorgung stehen.

### Klient\*innen auf den Wartelisten der Psychosozialen Zentren

Während eines durchschnittlichen Monats im Jahr 2017 standen bundesweit 2.675 Geflüchtete auf den Wartelisten der 37 Psychosozialen Zentren, im Mittel also etwa 72 Personen pro Zentrum. Wie viele Personen auf die Aufnahme in einem Psychosozialen Zentrum warten, unterscheidet sich von Einrichtung zu Einrichtung. Während in einigen Zentren in einem durchschnittlichen Monat bis zu 400 Geflüchtete auf den Wartelisten standen, haben andere das Wartelistensystem als solches vollständig abgeschafft. Diese Einrichtungen steuern die Aufnahme (bzw. Ablehnung) von Klient\*innen über andere Systeme.

Geflüchtete, die sich für eine Beratung und/oder Therapie in einem Psychosozialen Zentrum anmelden möchten, müssen in der Regel mehrere Monate warten, bis sie einen Termin erhalten. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz beträgt im Durchschnitt 7,3 Monate. Auf einen Termin in der (psycho-)sozialen Beratung müssen Geflüchtete durchschnittlich 3,8 Monate warten. In etwa 25% der Psychosozialen Zentren warten Geflüchtete inzwischen 9 bis 24 Monate, bevor sie eine Psychotherapie beginnen können.

**Geflüchtete warten im Durchschnitt 7,3 Monate auf einen Therapieplatz – wenn sie es auf die Warteliste schaffen.**

### Wartezeiten in den PSZ

	Klient*innen auf der Warteliste pro Monat	Ø Wartezeit auf Therapieplatz	Ø Wartezeit auf Beratungsplatz
Summe (N=37)	2.675		
Mittelwert	72	7,3 Monate	3,8 Monate
Median	45	6 Monate	3 Monate
Minimum	10	1 Monate	0 Monate
1. Quartil	20	3 Monate	1 Monate
2. Quartil (Md)	45	6 Monate	3 Monate
3. Quartil	88	9 Monate	5 Monate
Maximum	400	24 Monate	16 Monate

Tabelle 17: Wartezeiten in den PSZ 2017.

Die längsten Wartelisten und auch die längsten Wartezeiten haben die Psychosozialen Zentren in den Großstädten. Bezüglich der Wartezeiten zeigen sich zum Teil erhebliche regionale Unterschiede zwischen Zentren in verschiedenen Regionstypen: Während Klient\*innen in den Zentren, die sich im

ländlichen Raum befinden (n=5), durchschnittlich 4,8 Monate auf einen Therapieplatz warten, sind die Wartezeiten in Stadtregionen (n = 26) mit 7,8 Monaten im Durchschnitt drei Monate länger (siehe Tabelle 18 für Unterschiede in den Mittelwerten und Abbildung 37 in den Medianwerten).

### Wartezeiten in städtischen/ländlichen Regionen

	Warteliste	Wartezeit Therapie	Wartezeit Beratung	
Ø pro Zentrum (Mittelwert)	80,13	7,81	4,08	} Stadtregion
N	32	26	26	
Ø pro Zentrum (Mittelwert)	22,20	4,80	2,25	} Ländliche Region
N	5	5	4	
Ø pro Zentrum (Mittelwert)	72,30	7,32	3,83	} insgesamt
N	37	31	30	

Tabelle 18: Unterschiede in den mittleren Wartezeiten (M) in städtischen/ländlichen Regionen.

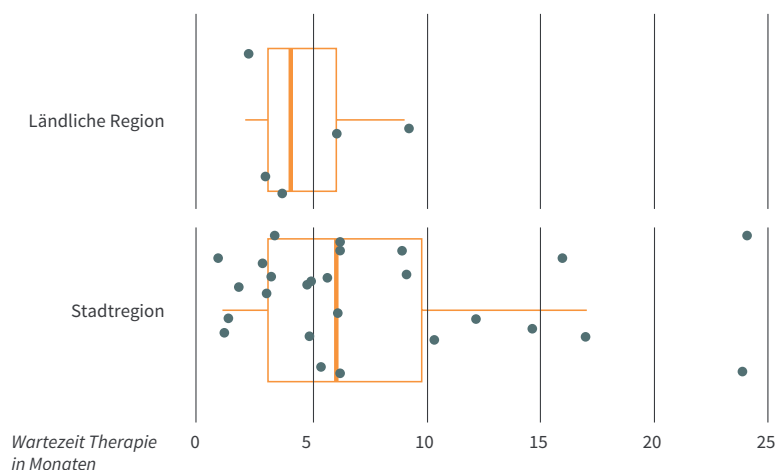


Abb. 37: Unterschiede in den typischen Wartezeiten (Md) in städtischen/ländlichen Regionen.

In *metropolitanen Stadtregionen*<sup>32</sup>, in denen die meisten Psychosozialen Zentren angesiedelt sind, sind die Wartezeiten mit im Durchschnitt 9,1 Monaten mit deutlichem Abstand am längsten (siehe Tabelle 19/ Abbildung 38). In *regiopolitanen Stadtregionen* (Wartezeit: 5,4 Monate), *stadtregionsnahen ländlichen Regionen* (Wartezeit: 4,33 Monate) und in

*peripher ländlichen Regionen* (Wartezeit: 5,5 Monate) sind sie zwar kürzer, aber immer noch deutlich über einer Wartezeit, die für psychisch erkrankte Menschen ohne enorme Belastungen und das Risiko einer Verschlechterung der Erkrankung verbunden wäre.

32 Für die Analyse regionaler Unterschiede wurde auf die Regionalstatistische Raumtypologie (RegioStaR) des Bundesministeriums für Verkehr und digitale Infrastruktur (BMVI) zurückgegriffen. Neben der groben Unterscheidung in Stadtregionen und ländliche Regionen (RegioStaR2) wurden die PSZ vier differenzierteren Regionstypen (RegioStaR 4) zugeordnet: *Metropolitane Stadtregionen*, gekennzeichnet durch eine starke Konzentration von Infrastruktur; *Regiopolitane Stadtregionen*, die aufgrund ihrer geringeren Größe nicht den Status einer Metropole erreichen, aber sog. Oberzentren sind und u. a. durch Versorgungs- und Ausgleichsaspekte eine hohe regionale Rolle haben; sowie *stadtregionsnahe ländliche Regionen* und *peripher ländliche Regionen*. Details zur Raumtypologie unter: <https://www.bmvi.de/Shared-Docs/DE/Artikel/G/regionalstatistische-raumtypologie.html>.

## Wartezeiten differenziert nach Regionstypen

	Personen auf der Warteliste	Wartezeit Therapie (in Monaten)	Wartezeit Beratung (in Monaten)	
$\emptyset$ pro Zentrum (Mittelwert)	84,59	9,06	3,94	} Metropolitan Stadregion
N	22	17	18	
$\emptyset$ pro Zentrum (Mittelwert)	70,30	5,44	4,38	} Regiopolitane Stadregion
N	10	9	8	
$\emptyset$ pro Zentrum (Mittelwert)	16,67	4,33	3,00	} Stadregionsnahe ländliche Region
N	3	3	2	
$\emptyset$ pro Zentrum (Mittelwert)	30,50	5,50	1,50	} Periphere ländliche Region
N	2	2	2	
$\emptyset$ pro Zentrum (Mittelwert)	72,30	7,32	3,83	} insgesamt
N	37	31	30	

Tabelle 19: Unterschiede in den mittleren Wartezeiten (M) Wartezeiten, differenziert nach Regionstypen.

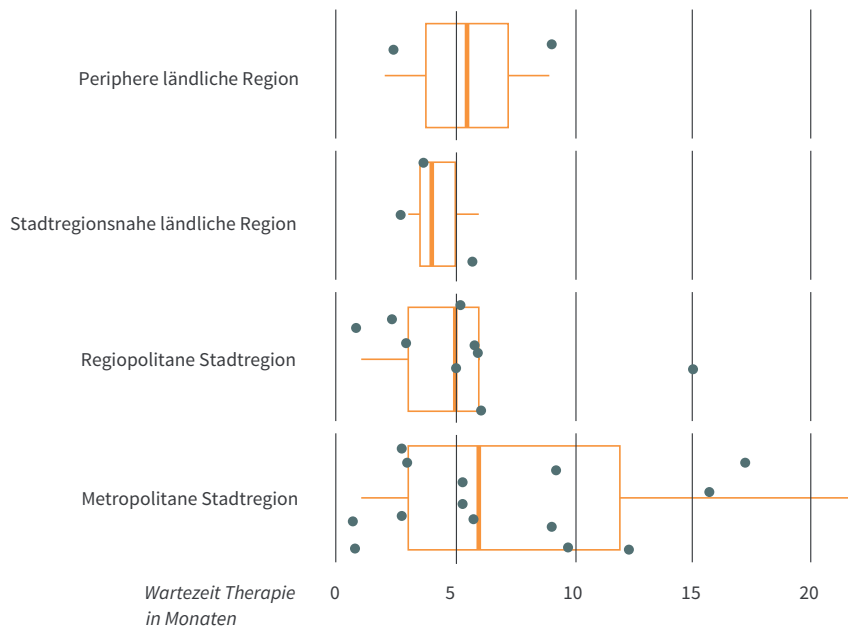


Abb. 38: Unterschiede in den typischen Wartezeiten (M), differenziert nach Regionstypen.

Im Vergleich zu der Zeit, die Patient\*innen in der Regelversorgung durchschnittlich bis zum Beginn einer Psychotherapie warten müssen, sind die Wartezeiten auf einen Therapieplatz in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge im Durchschnitt deutlich höher. Eine Richtlinienpsychotherapie bei niedergelassenen Psychotherapeut\*innen beginnt

durchschnittlich nach 4,58 Monaten (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018b). Die durchschnittlichen Wartezeiten liegen zwischen ca. drei Monaten in Berlin und fünfeinhalb Monaten in Thüringen (siehe Abbildung 39). In den Psychosozialen Zentren vergehen im Durchschnitt 7,32 Monate bis zum Beginn einer Therapie.

## Ø Wartezeit auf Therapieplätze in der Regelversorgung im Vergleich zur Ø Wartezeit in den PSZ

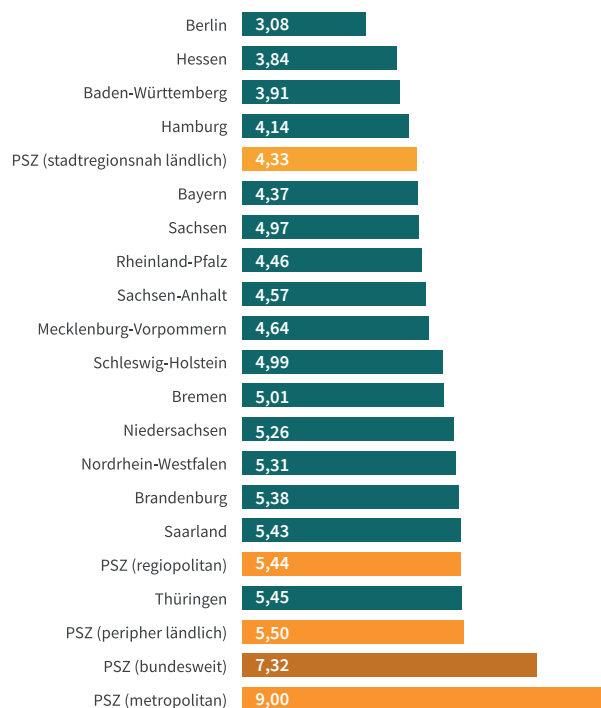


Abb. 39: Durchschnittliche Wartezeit (in Monaten) auf Richtlinienpsychotherapie im Vergleich zur Wartezeit in PSZ.  
Quelle: BPTK, 2018. Eigene Bearbeitung. Die in Wochen angegebene Wartezeit wurde mit dem Faktor 4,35 in Monate umgerechnet.

Angemerkt sei hier, dass weder die erhobenen Daten, noch die Anbietenden oder die Patient\*innen-gruppen miteinander vergleichbar sind. Zugleich finden Geflüchtete jedoch nur begrenzt auch Zugang zur Regelversorgung und es ist davon auszugehen, dass die Psychosozialen Zentren in vielen Regionen die Hauptanlaufstellen für psychisch erkrankte Geflüchtete sind. In der Tendenz zeichnet sich also ab, dass Geflüchtete im Vergleich zu anderen Psychotherapie-Patient\*innen noch einmal deutlich mehr Zeit überbrücken müssen, bevor sie eine Behandlung in Anspruch nehmen können.

Im Kontext der Forschungsergebnisse bieten die langen Wartezeiten für Geflüchtete Anlass zur Sorge. Wartezeiten sind für Personen, die psychisch erkrankt sind, eine enorme zusätzliche Belastung (Helbig-Lang, 2009; Püschner, Fleischmann, & Die-wald, 2010 zitiert nach BPTK, 2018). Auch das Risiko, dass sich psychische Erkrankungen verschlechtern, steigt mit der Länge der Wartezeit. Aus Langzeitstudien ist seit langem bekannt, dass insbesondere die Posttraumatische Belastungsstörung ein hohes Chronifizierungsrisiko birgt, wenn sie nicht behandelt wird (Kessler, Sonnega, Bromet, Hughes, & Nelson, 1995).

## Entwicklung der Wartelisten über die Zeit

Betrachtet man die Anzahl der Personen, die in den Psychosozialen Zentren auf einen Behandlungs- und/oder Beratungsplatz warten über den Verlauf der letzten Jahre, dann wird deutlich, dass es im letzten Jahr zu einem deutlichen Anstieg der Anzahl wartender Personen kam – nach einer relativen Stabilisierung in den Jahren 2015 und 2016. In einem durchschnittlichen Zentrum hat sich die Anzahl der Wartenden um etwa ein Drittel erhöht (+33 %). Noch deutlicher fällt dieser Anstieg aus, wenn die bundesweite Anzahl der Wartenden betrachtet wird. Sie ist von rund 1.600 Wartenden auf nun über 2.600 Wartende angestiegen (+66 %) – u. a. dadurch bedingt, dass in dieser Erhebung im Vergleich zum Vorjahr fünf Zentren mehr in die Datenerhebung eingegangen sind.

Auch die Zeit, die verstreicht, bis eine Person eine Therapie beginnen kann, ist 2017 um über einen Monat gestiegen (+22 %) und erreicht damit erstmals wieder das Niveau von 2014 – also einer Zeit, in der es für Geflüchtete noch deutlich schwieriger war, andere Anlaufstellen als die Psychosozialen Zentren aufzusuchen. Auffällig ist hier auch, dass

sich die Extremwerte in den Zentren immer mehr zugespitzt haben: So ist im letzten Jahr die maximale Wartezeit, die von den Zentren als durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz in ihrer Einrichtung angegeben wird, von schon damals 18 Monaten um ein halbes Jahr auf inzwischen 24 Monate gestiegen.

### Klient\*innen auf der Warteliste (bundesweit/Monat)

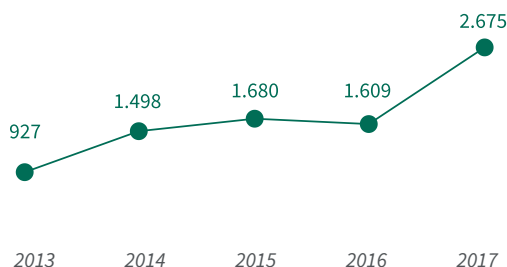


Abb. 40: Klient\*innen auf der Warteliste pro Monat, bundesweit.

### Klient\*innen auf der Warteliste (Ø pro Zentrum/Monat)

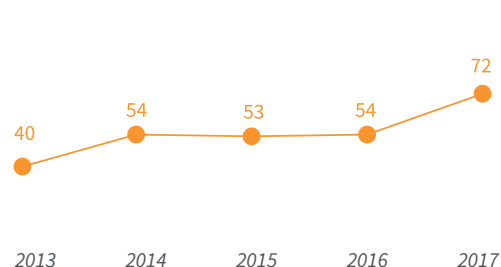


Abb. 41: Durchschnittliche Anzahl der Klient\*innen auf der Warteliste pro Monat in einem Zentrum.

### Wartezeit auf einen Therapieplatz in Monaten

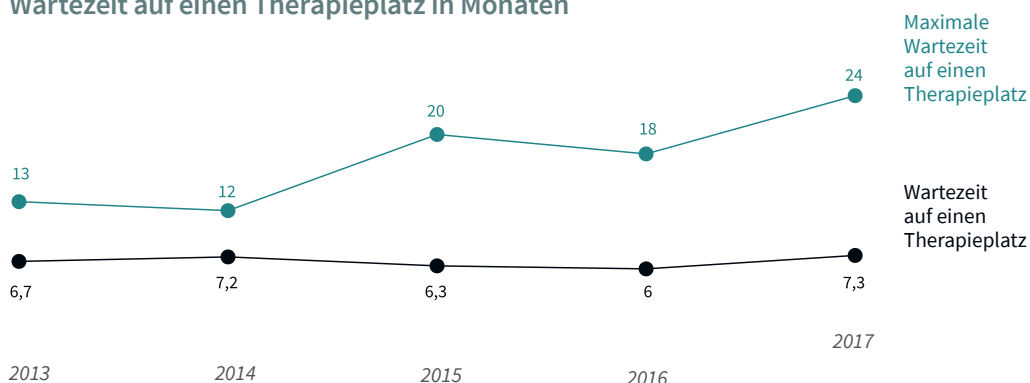


Abb. 42: Entwicklung der Wartezeit auf einen Therapieplatz in Monaten von 2013 bis 2017.

Der Umgang mit den Wartelisten in den Psychosozialen Zentren bzw. die Kriterien und die Rangfolge, nach denen Klient\*innen bevorzugt aufgenommen werden, ist nach wie vor schwierig und über die Zentren hinweg sehr unterschiedlich. Viele Zentren begrenzen inzwischen die Zahl der Menschen, die auf die Warteliste gesetzt werden können, weil die Wartezeit andernfalls noch stärker ansteigen würde. In einigen Zentren werden Menschen, die so stark belastet sind, dass sie nicht warten können, zunächst für 5-6 Krisensitzungen aufgenommen und erst danach auf die Warteliste gesetzt. Für diese

Fälle wurden sogenannte „Notfall-Kontingente“ für jede\*n Therapeut\*in freigehalten. Grundsätzlich führt die Tatsache, dass Personen in einigen Regionen weit über ein Jahr auf einen Behandlungsplatz warten müssen, jedoch immer wieder auch zur Überlegung, die Aufnahmekriterien noch stärker einzugrenzen. Diese weitere Eingrenzung hat jedoch in einigen Einrichtungen bereits jetzt die Konsequenz, dass fast ausschließlich extreme Fälle mit starken – auch psychiatrischen – Auffälligkeiten versorgt werden, die nirgendwo sonst angebunden werden könnten.

## 7.3 Ablehnungen

Aufgrund der begrenzten Kapazitäten musste jedes der 37 Psychosozialen Zentren im Jahr 2017 im Durchschnitt mindestens 213 Geflüchtete, die eine Behandlungs- oder Beratungsanfrage an die Einrichtung gestellt hatten, abweisen. Diese Personen konnten weder an andere Unterstützungsangebote außerhalb des Zentrums weiterverwiesen werden, noch war es möglich, sie auf die Warteliste des Zentrums zu setzen. Pro Zentrum befanden sich unter diesen Personen insgesamt 95 Geflüchtete, die sich für einen Therapieplatz anmelden wollten. Bundesweit konnten damit im Jahr 2017 mindestens 7.200 Geflüchtete, die Hilfe in einem Psychosozialen Zentrum suchten, nicht versorgt werden. Die Dunkelziffer ist hoch, weil nicht alle Anfragen dokumentiert werden und z.B. in Zeiten von Aufnahmestopps gar keine Anfragen aufgenommen werden. In Regionen, in denen die angespannte Aufnahmesituation der Zentren bereits bekannt ist, führt dies häufig dazu, dass entsprechende „Schlüsselpersonen“ wissen, dass nur noch diejenigen Klient\*innen aufgenommen werden, die einen sehr hohen Leidensdruck haben. Alle Personen, die in irgendeiner Form durch andere Interventionen stabilisiert werden können, oder die als anerkannte Flüchtlinge bereits eine Versicherungskarte und damit theoretisch auch Zugang zum Regelsystem haben, werden häufig gar nicht mehr angemeldet, weil eine Aufnahme aussichtslos erscheint. Es ist also davon auszugehen, dass die Anzahl der Personen auf den Wartelisten der Psychosozialen Zentren ohne die beschriebenen Selektionseffekte noch deutlich höher wäre.

Betrachtet man die Ablehnungszahlen in den PSZ in ihrer zeitlichen Entwicklung, dann zeigen sich hier deutliche Unterschiede zwischen den einzelnen Jahren – nicht allein durch die Veränderungen in der Anzahl der Schutzsuchenden, sondern auch durch die Anpassung der Aufnahme- und Wartelistensysteme an die aktuelle Situation. Auch in den Daten zur Aufnahmepaxis im Jahr 2017 wird wieder eine bedeutsame Veränderung im Vergleich zum Vorjahr deutlich. Während die Ablehnungszahlen 2016 massiv von etwa 5.500 auf 10.000 angestiegen waren und damit erstmals die Anzahl der Neuaufnahmen in die Zentren überstiegen hatten, sind sie 2017 wieder um etwa 30 % zurückgegangen. Zeitgleich ist aber die Anzahl der Personen auf den Wartelisten und auch die Wartezeit wieder deutlich angestiegen. Generell verlaufen die Entwicklungen der Ablehnungszahlen und die Anzahl der Personen, die auf den Wartelisten stehen in den Psychosozialen Zentren gegenläufig: Geringere Ablehnungszahlen zeigen sich in der Regel zeitgleich zu einer höheren Anzahl an Wartenden (und meist längerer Wartezeit) und eine Reduktion der Wartezeiten geht eher mit einer Erhöhung der Ablehnungszahlen einher (siehe Abbildung 44). Das heißt, in Zeiten, in denen die Zentren mehr Menschen abweisen, nehmen sie zugleich weniger Anfragende auf die Warteliste auf und die Wartezeit verkürzt sich. Versuchen die Einrichtungen, mehr Anfragen gerecht zu werden und weniger Menschen direkt abzulehnen, stehen letztlich mehr Anfragende auf den Wartelisten und der\*die Einzelne muss länger warten, bis er\*sie aufgenommen wird.



### Ablehnungen pro Jahr (bundesweit)

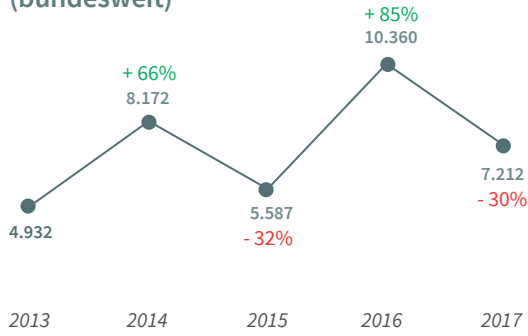
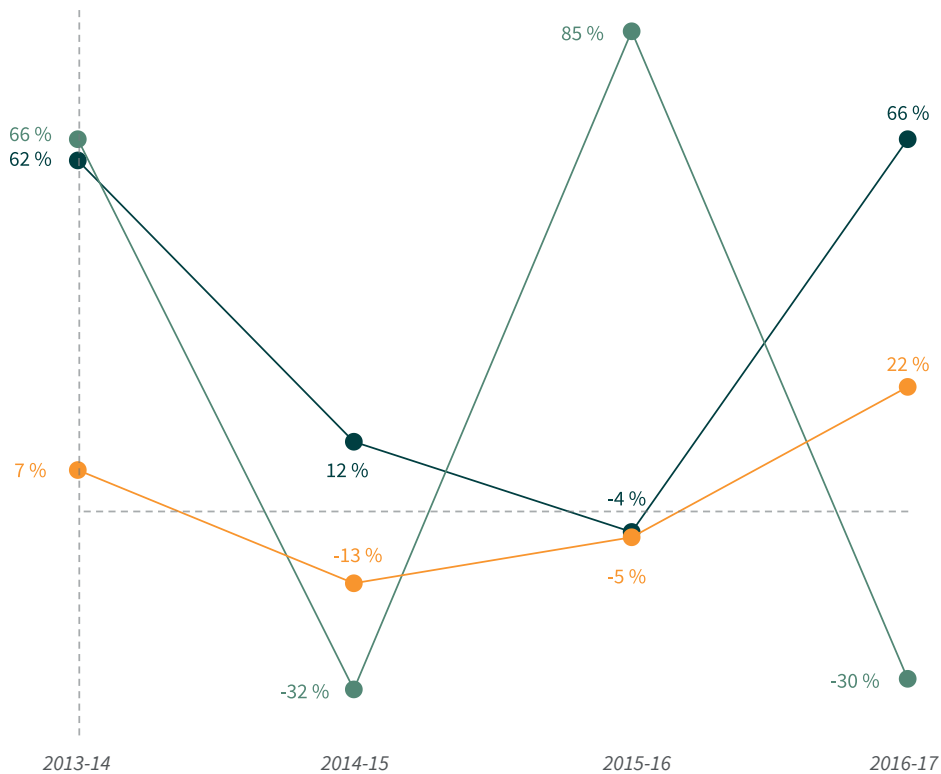


Abb. 43: Ablehnungen pro Jahr (bundesweit) von 2013 bis 2017.

**Pro Jahr müssen bundesweit mindestens 7.212 Geflüchtete, die Unterstützung in den PSZ anfragen, abgewiesen werden. Die Dunkelziffer ist hoch, weil nicht alle Anfragen dokumentiert werden.**

### Zusammenhang von Ablehnungen und Wartezeiten im Jahresvergleich



Anstiege/Rückgänge in %

- Entwicklung der Personen auf den Wartelisten
- Entwicklung der Ablehnungen
- Entwicklung der Wartezeit

Abb. 44: Entwicklung von Ablehnungen, Personen auf der Warteliste und Wartezeit in Relation zueinander.

## 7.4 Erreichbarkeit der psychosozialen Versorgung

Die Zugänglichkeit von Versorgungsangeboten hat mit der Erreichbarkeit der entsprechenden Angebote auch eine räumliche Dimension. Versorgungsangebote müssen für die Betroffenen physisch und geografisch zugänglich sein, d. h. auch schwer erkrankte Personen müssen sie in sicherer physischer und geografischer Reichweite in Anspruch nehmen können. Dem Konzept der Erreichbarkeit werden sehr unterschiedliche Bedeutungen zugeschrieben und es gibt zahlreiche verschiedene

Operationalisierungen für Indikatoren, die die Erreichbarkeit von Angeboten abbilden sollen. Sie reichen von einfachen Kennziffern, die z. B. abbilden, wie viele Ärzt\*innen oder Therapeut\*innen, Bahnhöfe oder Autobahnen es in einem Gebiet gibt, bis hin zu sehr komplexen Indikatoren, die zusätzlich zur räumlichen Verteilung der entsprechenden Angebote auch Distanzen, Reisezeiten oder -kosten mit einbeziehen (Neumeier, 2017).

### PSYCHOSZIALE VERSORGUNGSSTRUKTUREN IN DEUTSCHLAND

Die Angebotsdichte von Versorgungsstrukturen in Deutschland ist regional sehr unterschiedlich. Im Durchschnitt stehen für 100.000 Einwohner\*innen rund 27 Psychotherapeut\*innen zur Verfügung. Doch die Anzahl der Psychotherapeut\*innen schwankt zwischen nur 1,7 Therapeut\*innen für 100.000 Einwohner\*innen im Kreis Landshut und 129,7 Therapeut\*innen für 100.000 Einwohner in Heidelberg (Schulz, Schulz, Bätzing-Feigenbaum, & Von Stillfried, 2015). Für Nervenärzt\*innen (einschließlich Psychiater\*innen und Neurolog\*innen) liegt der Durchschnitt bei 5,8 Ärzt\*innen auf 100.000 Einwohner\*innen. Hier gibt es in einigen Kreisen auf 100.000 Einwohner\*innen keinen einzigen Arzt/keine\* Ärzt\*in aus dieser Facharztgruppe, in anderen hingegen 17,9 Ärzt\*innen auf 100.000 Einwohner\*innen (ebd).

### Vertragsärzt\*innen und -psychotherapeut\*innen je 100.000 Einwohner nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen, 2013

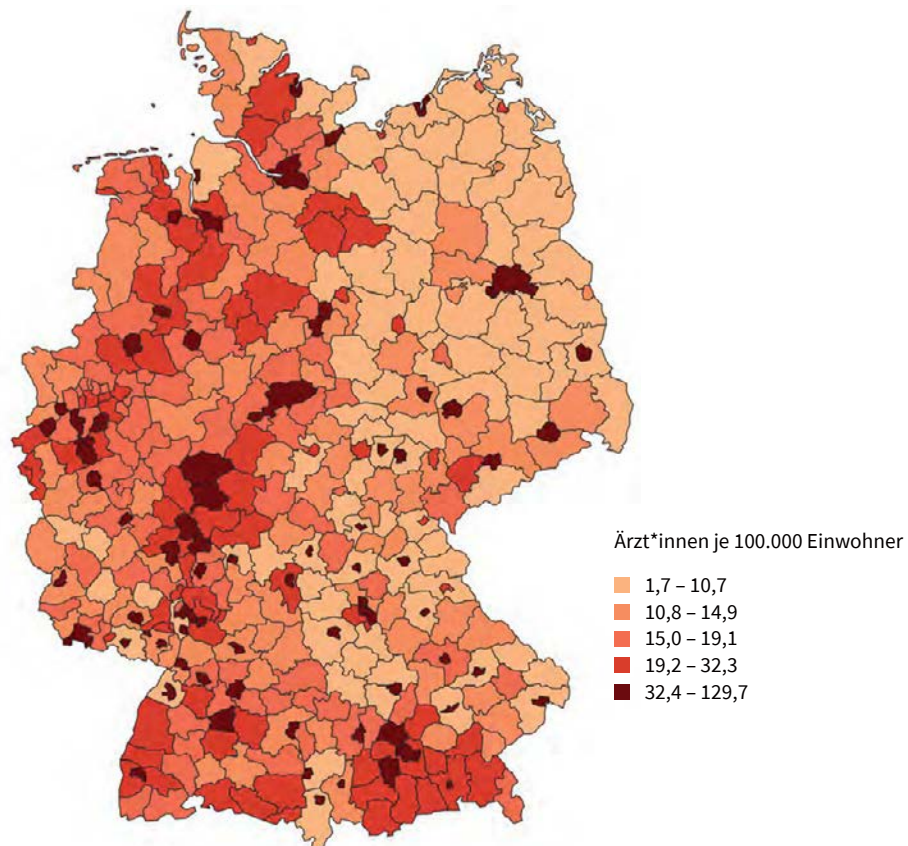


Abb. 45: Vertragsärzt\*innen und -psychotherapeut\*innen je 100.000 Einwohner nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen, 2013

Quelle: Schulz, M., Schulz M., Bätzing-Feigenbaum J., v Stillfried D. Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen im Jahr 2013. Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in Deutschland. Versorgungsatlas-Bericht Nr. 15/02. Eigene Bearbeitung.



Trotz dieser enormen Unterschiede in der Angebotsdichte gibt es kaum deutschlandweite arztgruppenspezifische Untersuchungen zur Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten. Auch rechtliche bzw. allgemein verbindliche Mindeststandards dahingehend, welcher Erreichbarkeitsaufwand für Patient\*innen im Allgemeinen als zumutbar gilt, existieren nicht (Voigtländer & Deiters, 2015). Entsprechende Analysen für psychosoziale Angebote fehlen vollständig.

### Erreichbarkeit psychotherapeutisch-psychiatrischer Versorgung in Deutschland

Häufig verwendete Indikatoren zur Beschreibung der Erreichbarkeit von Gesundheitsleistungen sind Entfernungsintervalle sowie die zurückgelegte Anfahrtszeit von Patient\*innen. Ein Gutachten, das der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) zur

Weiterentwicklung der Bedarfsplanung in Auftrag gegeben hat, kommt zu dem Schluss, dass fast alle Facharztgruppen (zu denen auch Psychotherapeut\*innen zählen) von 90 % der Patient\*innen innerhalb einer Pkw-Fahrtzeit von 30 Minuten erreicht werden können (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018). Aus den Angaben zur Erreichbarkeit von Psychotherapeut\*innen ist abzulesen, dass ungefähr zwei Drittel der Patient\*innen Pkw-Wegzeiten von unter 15 Minuten zurücklegen, etwa ein Fünftel Wegzeiten von unter 30 Minuten und knapp unter 10 % mehr als 45 Minuten. Dabei unterscheiden sich die durchschnittlichen Pkw-Wegzeiten zu Psychotherapeut\*innen deutlich je nach Siedlungsstruktur. Sie reichen von im Durchschnitt etwa 11 Minuten in der Großstadt bis zu durchschnittlich etwa 19 Minuten in dünn besiedelten ländlichen Kreisen. Im Bundesdurchschnitt betragen sie etwa 14 Minuten.

	kreisfreie Großstadt	städtischer Kreis	ländlicher Kreis mit Verdichtungsansätzen	dünn besiedelter ländlicher Kreis	Bund
Hausärzt*innen	11,54	11,67	13,31	13,51	12,22
Psychotherapeut*innen	10,88	14,16	16,71	18,81	14,31
Nervenärzt*innen (inkl. Neurolog*innen & Psychiater*innen)	10,02	15,24	18,21	20,75	15,06

Tabelle 20: Wegzeiten zu Hausärzt\*innen, Psychotherapeut\*innen & Nervenärzt\*innen in PKW-Fahrtzeitminuten.

Die meisten Erhebungen zu Wegzeiten in der Gesundheitsversorgung beziehen sich auf die Zeit, die mit dem Pkw zurückgelegt wird. Dieser Ansatz ist allerdings für ein Drittel aller Patient\*innen unrealistisch, weil sie nicht mit dem Auto zur Arztpraxis fahren können (KBV, 2013; zitiert nach Schang u. a., 2017). Geflüchtete Patient\*innen gehören zu denjenigen Bevölkerungsgruppen, denen gesundheitliche Versorgung meist nur über den Öffentlichen Personennahverkehr (ÖPNV) zugänglich ist. Hier unterschätzen Pkw-Fahrtzeiten – insbesondere in Regionen mit ÖPNV-Infrastruktur – die tatsächliche Wegzeit oft enorm. So ist zum Beispiel im ländlichen Landkreis Vorpommern-Greifswald allein der\*die nächstgelegene Hausärzt\*in zwar mit dem Pkw in durchschnittlich 6 Minuten erreichbar – mit dem ÖPNV benötigen Patient\*innen aber 1 Stunde und 39 Minuten (Stentzel, Piegsa, Friedrich et al., 2016; zitiert nach Schang u. a., 2017).

Eine Annäherung an die Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten für Menschen ohne Zugang zum Pkw müsste also zumindest auch Entfernungsintervalle und die Infrastruktur sowie die Kosten für den ÖPNV berücksichtigen. Für die psychotherapeutisch-psychosoziale Versorgung sind in Deutschland zu keinem dieser Indikatoren Erhebungen bekannt. Lediglich über die durchschnittliche Entfernung, die Patient\*innen zu den nächstgelegenen Psychiater\*innen zurücklegen müssen, kann sich hier einer Tendenz angenähert werden. Im Durchschnitt müssen Patient\*innen in Deutschland eine Distanz von etwa 9,6 Kilometern zu Psychiater\*innen überwinden – in städtischen Regionen etwa 3,4 km, in ländlichen Gebieten etwa 10,9 km (Neumeier, 2017). Besonders schlecht erreichbar ist die ambulante psychiatrische Versorgung in Ostdeutschland: In Mecklenburg-Vorpommern und in Sachsen müssen Patient\*innen 15 km, in Brandenburg 19,5 km und in Sachsen-Anhalt sogar 24 km bis zu nächstgelegenen Psychiater\*innen zurücklegen.

## Durchschnittliche Entfernung zum\*zur nächsten Psychiater\*in (in km)

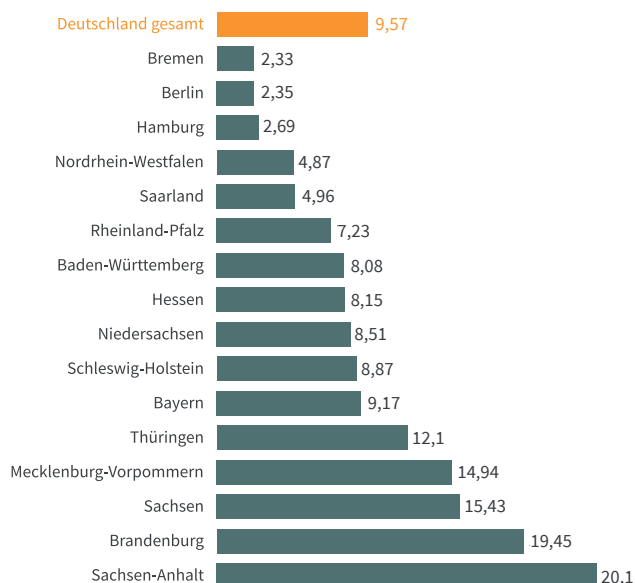


Abb. 46: Durchschnittliche Entfernung zum\*zur nächsten Psychiater\*in.

## Erreichbarkeit der Psychosozialen Zentren

Für die Einschätzung der Erreichbarkeit von Versorgungsangeboten ist neben der Distanz zum nächstgelegenen Angebot zusätzlich zu beachten, dass sie auch von anderen Dimensionen der Zugänglichkeit beeinflusst wird. Dies gilt ganz besonders für sehr vulnerable oder spezifisch benachteiligte Gruppen, wie etwa die Klient\*innen der Psychosozialen Zentren. Ein psychiatrisches oder therapeutisches Angebot kann zwar theoretisch erreichbar sein, ist für die konkrete Person aber vielleicht nicht verfügbar, zum Beispiel, weil sehr lange Wartezeiten auf Termine bestehen. Sowohl die Erreichbarkeit als auch die Wartezeit sind Konzepte, die für Menschen mit unterschiedlichen Versorgungsbedarfen in ihrer je individuellen Lebenssituation unterschiedliche Bedeutung haben. Für Geflüchtete, die aufgrund der Schwere ihrer Erkrankung eingeschränkt mobil sind, sind z. B. nicht nur die reinen Wegzeiten (im Sinne der potentiellen Erreichbarkeit) relevant, sondern auch, wie die Fahrt organisiert ist, was sie kostet, ob sie anstrengend oder angstbesetzt ist und ob sie ggf. begleitet werden kann. Zugleich kann es sein, dass Patient\*innen aufgrund einer schon vorhandenen Vertrauensbasis oder aufgrund eines Vertrauensvorschlusses durch Empfehlungen der Community längere Wegzeiten in Kauf nehmen.

Vor diesem Hintergrund wenden sich Geflüchtete in vielen Regionen vordergründig an die Psychosozialen Zentren, wenn sie psychosoziale und/oder psychotherapeutische Unterstützung brauchen. In

Deutschland gibt es mittlerweile 41 Psychosoziale Zentren mit oft mehreren Standorten (siehe Abb. 8 in Kapitel 4), auch hier gibt es regionale Unterschiede. Oft reisen Klient\*innen aus allen Teilen der jeweiligen Bundesländer an und nehmen vor allem in Flächenländern häufig mehrstündige Anfahrtswege in Kauf. Das Einzugsgebiet eines Psychosozialen Zentrums ist im Durchschnitt 156 Kilometer groß.

## Einzugsgebiet der Psychosozialen Zentren in km, 2017

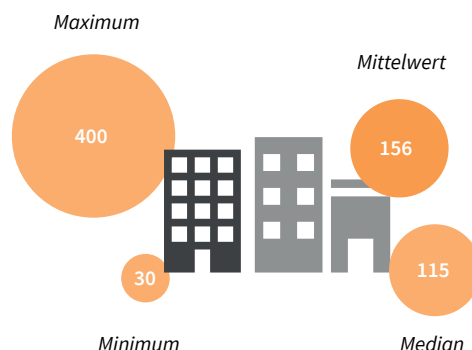


Abb. 47: Einzugsgebiet der Psychosozialen Zentren im Jahr 2017.

---

## FALLBEISPIEL: HERR B. AUS TSCHETSCHENIEN

Herr B. kommt in ein Psychosoziales Zentrum, weil er nicht ein- und durchschlafen kann und immer wieder von Alpträumen heimgesucht wird. Durch den Schlafmangel ist er sehr gestresst und gereizt. Hinzu kommen starke Kopfschmerzen und große Probleme sich zu orientieren und konzentrieren. So fällt es Herrn B. schwer, sich Worte einzuprägen und einfache Dinge zu merken. Er hat das Gefühl, dass er nichts mehr hinbekomme, nicht mal die einfachsten Aufgaben im Alltag.

Herr B. ist in einer großen Erstaufnahmeeinrichtung untergebracht, 124 km vom Psychosozialen Zentrum entfernt. Er fährt für die Beratung fast 3,5 Stunden mit den öffentlichen Verkehrsmitteln. Die medizinische Versorgung ist eingeschränkt. In seiner Unterkunft ist es schwierig, Überweisungen zu Fachärzt\*innen zu erhalten. Da er als Dublin-Fall zählt, wird sein Asylantrag im beschleunigten Verfahren durchgeführt. Herr B. kommt aus Tschetschenien. Dort wurde sein Schwager mehrmals verhaftet, weil er die tschetschenischen Rebellen unterstützt habe. Herr B. hat selbst nie etwas mit Politik zu tun haben wollen, doch kurz nach der Festnahme seines Schwagers wurde auch er mitgenommen, vermutlich weil sein Schwager unter Folter den Namen von Herrn B. genannt habe. So erklärt es sich Herr B. zumindest, denn sonst habe er sich nichts zu Schulden kommen lassen. Seine Festnahme wurde legitimiert mit der Anklage zum Widerstand gegen die Staatsgewalt. Während der Haft wurde Herr B. brutal gefoltert, weshalb er alles unterschrieben habe, was man ihm vorgelegt hat. Das Unterschriebene war dann die Grundlage für seine dreijährige Haft. Nach diesen drei Jahren kam er für eine kurze Zeit wieder frei. Doch schon kurz darauf geschah ein Anschlag auf eine Polizeistation, für die er mitverantwortlich gemacht wurde. Seitdem steht er auf der Liste der terrorunterstützenden Organisationen und Personen und wurde erneut verhaftet. Dieses Mal konnte er freigekauft werden und hat sich sofort auf die Flucht begeben.

An der weißrussisch-polnischen Grenzen wurde er aufgegriffen und musste sich registrieren lassen, konnte aber weiter nach Deutschland fliehen. Herr B. hat nun panische Angst vor einer Rücküberstellung nach Polen, weil er dort keine Sicherheit für sich sieht. In Polen würden Anhänger des Kadyrow-Regimes aus Tschetschenien mit Autos vor bestimmten Heimen auftauchen und Befragungen bei den Heimbewohner\*innen durchführen. Er könne nicht zurück nach Polen.

Bei niedergelassenen Psychotherapeut\*innen in der Nähe seiner Unterkunft würde die Bearbeitung des Antrags für die Kostenübernahme der Psychotherapie bei der zuständigen Leistungsbehörde zu lange dauern. Da sich Herr B. im Dublin-Verfahren befindet, hat er diese Zeit nicht mehr.

Das Psychosoziale Zentrum ist in seinem Fall die einzige Anlaufstelle.

---



## Durchschnittliche Anfahrtswege der Klient\*innen in den PSZ in km, 2017

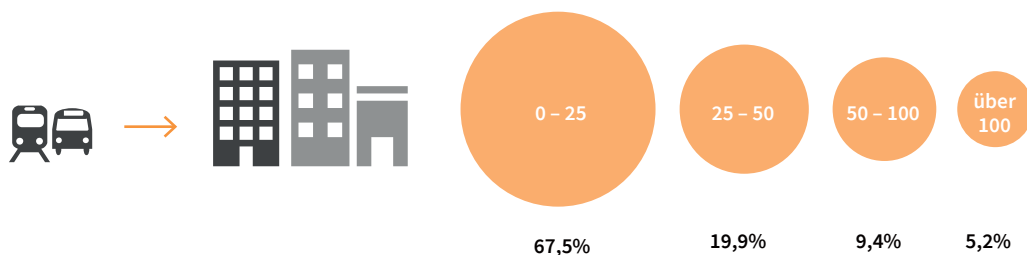


Abb. 48: Durchschnittliche Anfahrtswege der Klient\*innen in den PSZ im Jahr 2017.

Zwar erreicht die Mehrheit der Klient\*innen (67,5 %) ein Psychosoziales Zentrum innerhalb einer Entfernung von im Durchschnitt bis zu 25 Kilometern – etwa 20% der Klient\*innen legen jedoch bereits einen Weg zwischen 25 und 50 Kilometern, durchschnittlich 9,4 % sogar eine Strecke zwischen 50 und 100 Kilometern für Beratung und Therapie zurück. Für etwa 5,2 % der Klient\*innen in den Zentren beträgt der regelmäßige Anfahrtsweg über 100 Kilometer

Es ist davon auszugehen, dass mindestens die rund 15 % der Klient\*innen, d.h. etwa 3.200 Personen, die mehr als 50 km bis ins Psychosoziale Zentrum zurücklegen müssen, dafür über eine Stunde mit öffentlichen Verkehrsmitteln unterwegs sind. Die

große Mehrheit dieser Klient\*innen muss die Kosten für die Anfahrt zum Zentrum selbst aufbringen. Kostenübernahmen für die Fahrtkosten nach §6 AsylbLG oder bei minderjährigen Klient\*innen im Rahmen der Jugendhilfe sind zwar theoretisch möglich, in der Praxis aber selten. Von den Sozialbehörden werden durchschnittlich 41 % der Anträge auf Fahrtkosten abgelehnt. Insgesamt wurden im letzten Jahr lediglich 165 Fahrtkostenanträge durch die Sozialbehörden und die Jugendämter bewilligt. Geht man davon aus, dass etwa 3.200 Personen Anfahrtswege über 50 km zurücklegen müssen, dann müssen etwa 95 % dieser Klient\*innen die Fahrtkosten selbst aufbringen. Nur 5 % konnten über die Kostenträger abgerechnet werden.

**Von den rund 3.200 Klient\*innen mit einem Anfahrtsweg von über 50km, erhalten nur 165 Personen eine Kostenerstattung für die Fahrtkosten. 95% müssen selbst für ihre Fahrtkosten aufkommen.**

## 7.5 Vermittlungen in die Regelversorgung: Möglichkeiten und Grenzen

Seit ihrer Gründung verstehen die Psychosozialen Zentren es als ihre Aufgabe, auch die Strukturen des Regelsystems für die Versorgung von Geflüchteten in die Verantwortung zu nehmen. Fast alle Psychosozialen Zentren engagieren sich deshalb neben der direkten Klient\*innen-Arbeit auch in Projekten, in denen sie versuchen, die Öffnung des Gesundheitssystems für Geflüchtete voranzutreiben. Sie sensibilisieren für den besonderen Versorgungsbedarf und die speziellen Zugangsbarrieren, organisieren Fortbildungs- und Informationsveranstaltungen und stehen neuen Kolleg\*innen beim Aufbau eines Versorgungsangebots mit Rat und Tat zur Seite. Ihr Ziel ist es, so viele Geflüchtete wie möglich, die eigentlich um einen Behandlungsplatz in den Psychosozialen Zentren anfragen, an Akteur\*innen des Regelsystems, insbesondere im Bereich der ambulanten Psychotherapie weiterzuvermitteln. Unter

welchen Bedingungen das gelingen kann und in welchem Ausmaß Vermittlungen quantitativ zur Entlastung der Kapazitäten in den Psychosozialen Zentren beitragen, ist Teil der folgenden Analysen.

Ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum kann pro Monat etwa 16 Geflüchtete an weitere Akteur\*innen vermitteln, davon 3 an niedergelassene Psychotherapeut\*innen, 5 an weitere Sozialberatungsstellen, 2 an Kliniken und 4 an (Fach-)Ärzt\*innen. Die Möglichkeiten, Klient\*innen an die Regelversorgung weiterzuvermitteln, sind von Region zu Region sehr unterschiedlich. Während in einigen Regionen über das gesamte Jahr hinweg kein\*e einzige\*r Klient\*in an niedergelassene Psychotherapeut\*innen vermittelt werden kann, bildet die Vermittlungs- und Netzwerkarbeit in anderen Zentren einen ihrer Arbeitsschwerpunkte.

## Vermittlungen in die Regelversorgung

Anzahl der Klient\*innen die ein PSZ pro Monat durchschnittlich vermitteln kann

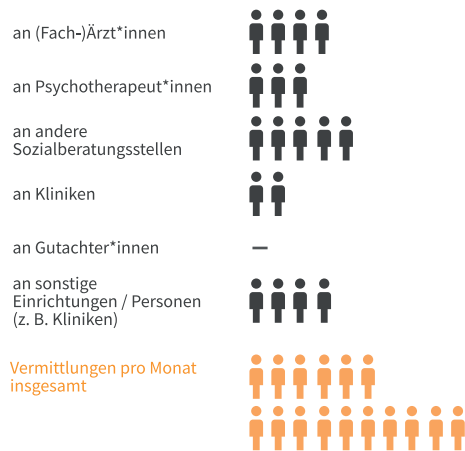


Abb. 49: Vermittlungen in die Regelversorgung in einem durchschnittlichen PSZ (pro Monat)

In einem gesamten Jahr vermittelt ein *durchschnittliches Psychosoziales Zentrum* rund 190 Geflüchtete an andere Akteur\*innen weiter, davon durchschnittlich 29 % andere Sozialberatungsstellen, 24 % an Ärzt\*innen und je 17 % an niedergelassene Psychotherapeut\*innen sowie sonstige Einrichtungen. Der Anteil der Klient\*innen, die in eine stationäre Behandlung vermittelt werden können, liegt bei rund 11 %. Wirft man einen Blick auf die Vermittlungszahlen für ein *typisches Psychosoziales Zentrum*, also die Median-Werte, dann fällt auf, dass vor allem an niedergelassene Psychotherapeut\*innen deutlich weniger Klient\*innen – nur 8 Personen pro Jahr – vermittelt werden können als im Durchschnitt.

## Jährliche Vermittlungszahlen eines durchschnittlichen PSZ

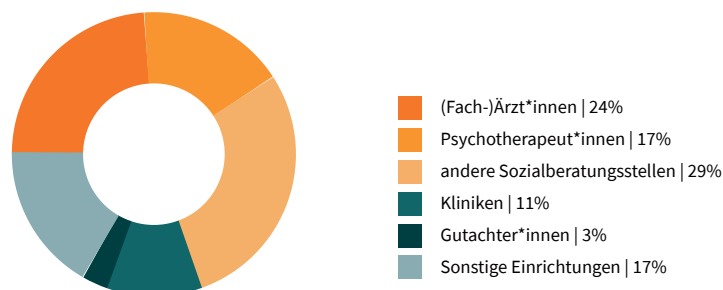


Abb. 50: Jährliche Vermittlungszahlen eines durchschnittlichen PSZ 2017.

## Jährliche Vermittlungszahlen

	(Fach-) Ärzt*innen	Psychotherapeut*innen	andere Sozialberatungsstellen	Kliniken	Gutachter*innen	sonstige Einrichtungen	Vermittlungen pro Jahr insgesamt
Summe (N=37)	1.686	1.227	2.011	739	191	1.159	7.013
Ø pro Zentrum (Mittelwert)	46	33	54	20	5	32	190
typisches Zentrum (Median)	29	8	28	11	1	12	124
Minimum	0	0	0	0	0	0	25
Maximum	200	500	300	100	44	428	1.000
prozentualer Anteil der Vermittlungen an einzelne Akteur*innen	24%	17%	29%	11%	3%	17%	

Tabelle 21: Jährliche Vermittlungszahlen aus den PSZ 2017.

### Regionale Unterschiede in den Vermittlungsmöglichkeiten

Die Vermittlungszahlen unterscheiden sich dabei zum Teil deutlich, etwa hinsichtlich der Regionen, in denen sich die Psychosozialen Zentren befinden. In ländlichen Regionen ist es nahezu unmöglich, Therapieplätze für Geflüchtete in der Regelversorgung zu finden: Der Medianwert der jährlichen Vermittlungen an Psychotherapeut\*innen liegt im ländlichen Raum bei 0. In Städten können pro Jahr typischerweise 10 Personen, die Hilfe im PSZ suchen, an niedergelassene Psychotherapeut\*innen vermittelt werden (Md = 10, M = 38).

Auch in Ostdeutschland (ohne Berlin) unterscheidet sich die Vermittlungssituation von den übrigen Bundesländern: Hier zeigen die Medianwerte, dass pro Zentrum im Jahr lediglich 4 Personen an niedergelassene Psychotherapeut\*innen vermittelt werden konnten. Im übrigen Bundesgebiet sind es 11. Die Versorgungssituation in den Bundesländern auf dem Gebiet der ehemaligen DDR unterscheidet sich in einigen Aspekten grundsätzlich von westdeutschen Bundesländern. Die Psychosozialen Zentren haben sich dort erst Mitte der 90er Jahre oder später gegründet. Auch im Gesundheitssystem gibt es durch die historisch bedingt vergleichsweise geringe Anzahl von Menschen mit Migrationserfahrungen wenige Fachkräfte, die umfassende Erfahrungen in der Behandlung von Geflüchteten haben (vgl.

Baron u. a., 2014; Flory u. a., 2016<sup>33</sup>). In der Praxis der Psychosozialen Zentren in Ostdeutschland zeigt sich, dass Vermittlungen in Psychotherapie fast ausschließlich an Kolleg\*innen gelingen, die früher in einem Psychosozialen Zentrum gearbeitet und sich nun in freier Praxis niedergelassen haben.

Aber auch bundesweit spielt es eine Rolle, wie lange ein Zentrum bereits etabliert ist, sich mit weiteren Akteur\*innen vor Ort vernetzen und die (Fach-) Öffentlichkeit für die Bedarfe traumatisierter Geflüchteter sensibilisieren konnte. Ein typisches Psychosoziales Zentrum ist genau 15 Jahre alt. Allerdings sind seit 2015 auch sehr viele neue Einrichtungen gegründet worden. Teilt man die Zentren in zwei Gruppen von „jungen“ (unter 15 Jahre) und „alten“ Zentren (über 15 Jahre), dann zeigen sich auch hier deutliche Unterschiede. Während ein typisch „altes“ PSZ 12 Personen an niedergelassene Psychotherapeut\*innen vermittelt, gelingt das in „neuen“ PSZ bislang nur bei 4 Klient\*innen.

33 Ein ausführlicher Überblick findet sich in den beiden Versorgungsberichten zur Versorgungssituation von Flüchtlingen und Folteropfern in den ostdeutschen Bundesländern: Baron, J., Drehsen, T., Tahirovic, A., Siami, H., Mohammed, L., Cordes, T. (2014), online unter: <http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2014/04/Traumatisiert-Ausgegrenzt-Unterversorgt-Versorgungsbericht-zur-Situation-in-Ostdeutschland.pdf>; Flory, L., Schriefers, S., Baron, J., Drehsen, T., Sandring, N., Hannemann, M., Kriese, B., Klinger, C., Steinfurth, E., Deutscher, C., Karagöl, J. (2016): „Versorgungsbericht zur Situation von Geflüchteten in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. (online unter: <http://www.baff-zentren.org/news/abgewiesen-weitergeschick-vertroestet/>)

## Anzahl der jährlichen Vermittlungen an Psychotherapeut\*innen, 2017

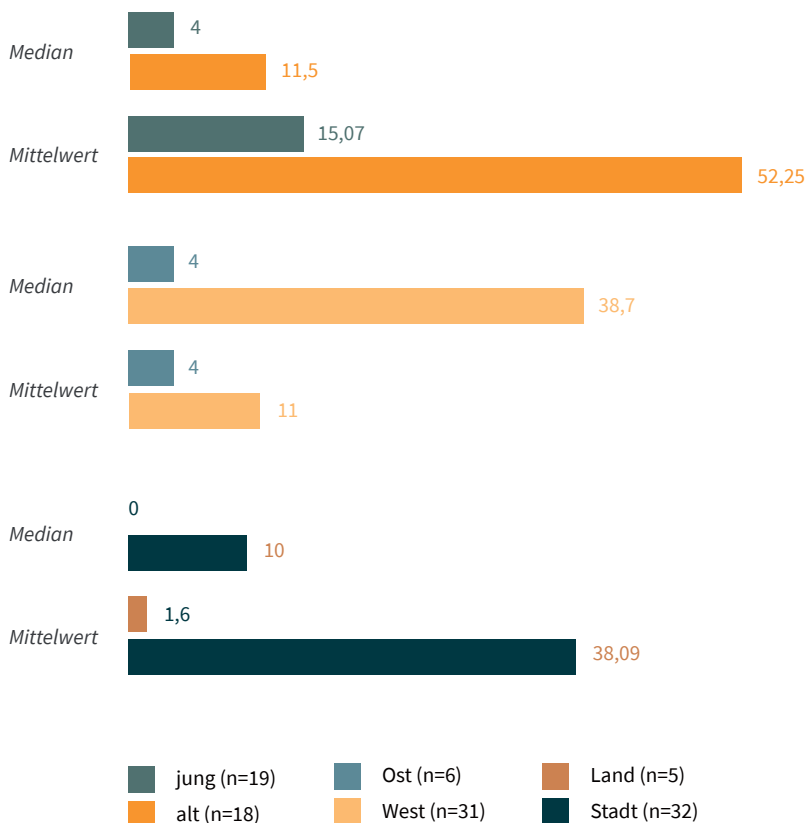


Abb. 51: Durchschnittliche Anzahl der jährlichen Vermittlungen an Psychotherapeut\*innen 2017 im Vergleich.

## Entwicklung der Vermittlungszahlen über die Zeit

Die Vermittlungssituation unterlag in den letzten Jahren einer starken, regional sehr unterschiedlichen Dynamik. Das Interesse an der psychosozialen Situation von Geflüchteten hat sich 2015 stark erhöht und die Psychosozialen Zentren erhielten zahlreiche Beratungs- und Fortbildungsanfragen, z. T. auch aus dem Gesundheitssystem. Auch die Bereitschaft, Geflüchtete zu behandeln, ggf. in Kooperation mit einem PSZ, ist vielerorts zunächst gestiegen. Nicht immer haben diese Kooperationsanfragen am Ende tatsächlich dazu geführt, dass Klient\*innen nicht (mehr) im PSZ versorgt werden mussten, weil sie z. B. bei niedergelassenen Kolleg\*innen eine Therapie beginnen konnten. Zum Teil brauchte es mehrere Jahre intensiver Vermittlungsarbeit, bis ein kleines, aber verlässliches Vermittlungsnetzwerk etabliert war, das ohne die Unterstützung des PSZ Geflüchtete behandelt.

Zurzeit sind die Kooperationen mit Akteur\*innen des Regelsystems auf einem sehr unterschiedlichen Stand. In einigen Regionen gibt es sowohl niedergelassene Kolleg\*innen als auch Kliniken, die inzwischen auf die PSZ zukommen, sehr wertschätzend gegenüber der Arbeit der Zentren sind und Kooperationen trotz bürokratischer Hürden mit viel

Engagement voranbringen. In anderen Regionen ist die Kooperationsbereitschaft vor allem im stationären Bereich aber wieder zurückgegangen und zahlreiche vielversprechende Projekte, die in den letzten Jahren aufgebaut wurden, wurden wieder eingestampft:

”

*Der Höhepunkt der Unterstützung durch Psychotherapeut\*innen in freier Praxis ist überschritten. Der große Aufbruch ist vorbei. 2015 und 2016 wurden oft übereilt viele Projekte ins Leben gerufen, weil alle helfen wollten. Jetzt macht sich unter den Helfenden Ermüdung und „Empathieerschöpfung“ breit. Die Luft ist raus. Das spüren auch unsere Klient\*innen. Ablehnungserfahrungen werden wieder häufiger.*

Psychotherapeutin in einem PSZ

Diese Erfahrung spiegelt sich auch in der Entwicklung der Vermittlungszahlen. Bis zum Jahr 2015 stagnierten die Vermittlungszahlen jahrelang auf einem ähnlichen Niveau. Jedes Zentrum vermittelte pro Jahr in etwa 170 Geflüchtete an weitere Akteur\*innen, davon im Durchschnitt nur 25 Personen jährlich an niedergelassene Psychotherapeut\*innen, d. h. nur rund 2 pro Monat. Ab dem Jahr 2016 wirkte sich das Interesse an der Unterstützung von Geflüchteten schließlich auch auf die Vermittlungszahlen aus. Es zeigte sich ein Anstieg der Gesamtvermittlungen pro Zentrum um 27 %

auf durchschnittlich 214 Personen pro Jahr. In der aktuellen Erhebung zum Jahr 2017 wird jedoch deutlich, dass Vermittlungen wieder schwieriger geworden sind: Durchschnittlich sind sie wieder um 11 % zurückgegangen. Lediglich im Bereich der Psychotherapie setzt sich ein leichter Anstieg von durchschnittlich 26 auf 33 Vermittlungen pro Jahr fort. Die Netzwerk- und Sensibilisierungsarbeit der letzten Jahre scheint sich zumindest in diesem Bereich, wenn auch weiterhin nur mit geringen Anstiegen, auszuzahlen.

## Entwicklung der Vermittlungszahlen pro PSZ

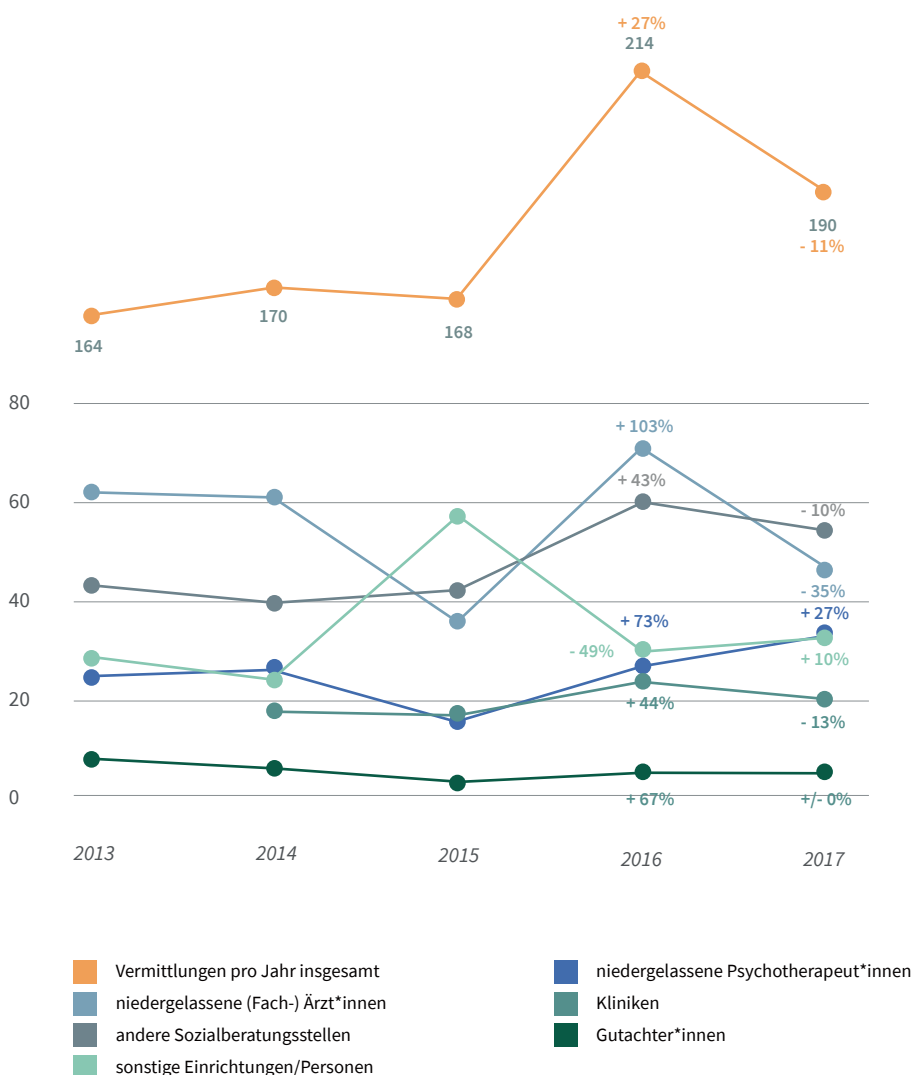


Abb. 52: Entwicklung der Vermittlungszahlen in einem durchschnittlichen PSZ von 2013 bis 2017.

Die Gesamtzahl der Geflüchteten, die alle Psychosozialen Zentren bundesweit an die Regelversorgung weitervermitteln konnten, hat sich im Vergleich von 2016 auf 2017 kaum verändert (+2 %), obwohl die Anzahl der Zentren, die Mitglied der BAfF und damit Grundlage der Datenerhebung sind, sich von 32 auf

37 Zentren (+16 %) erhöht hat. Auch hier spiegelt sich also wider, dass Vermittlungen wieder schwieriger werden. Obwohl mehr Akteur\*innen versuchen, zu vermitteln, bleiben die Vermittlungszahlen am Ende auf dem Niveau des Vorjahres.



## Entwicklung der Vermittlungszahlen aller PSZ

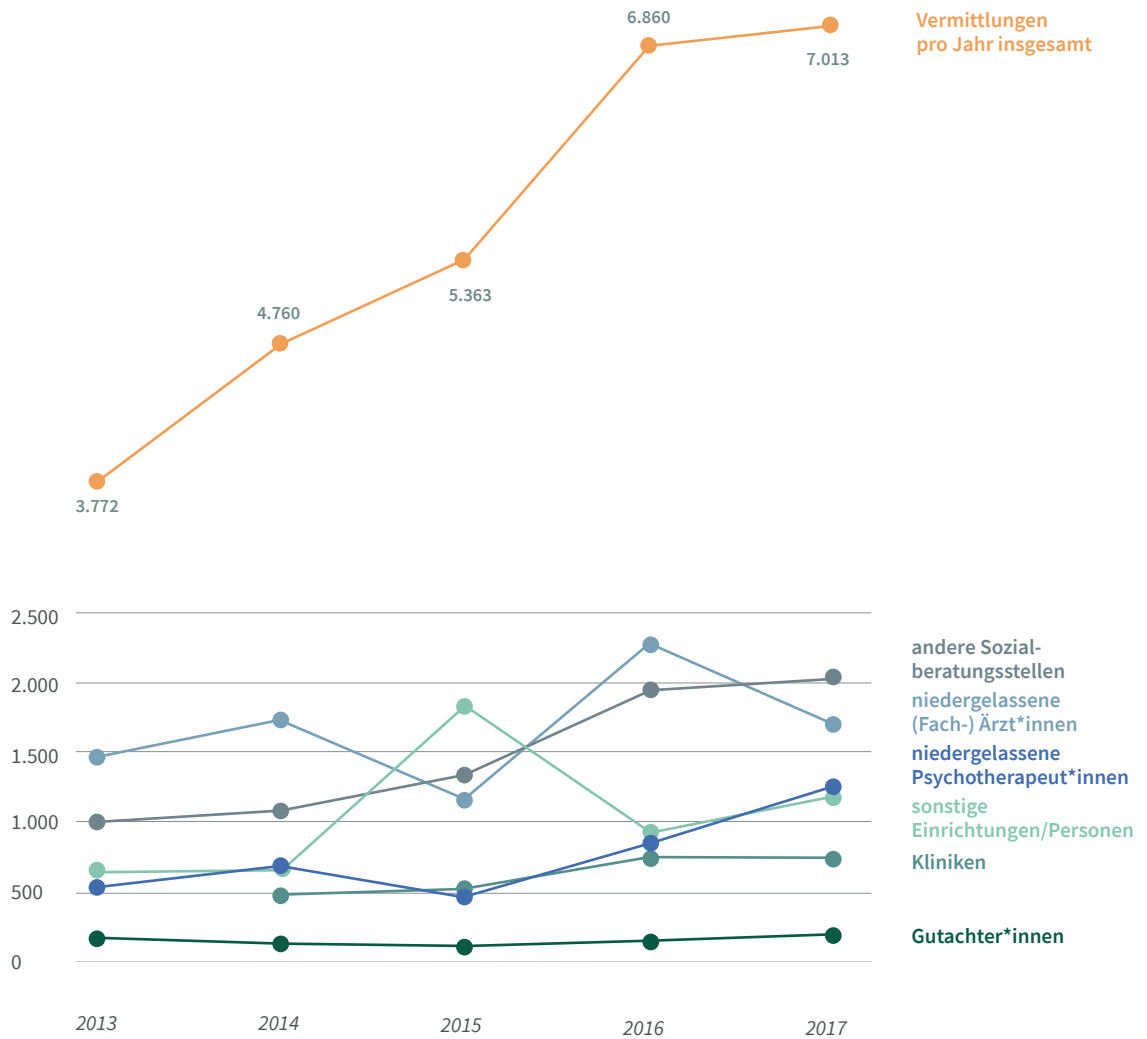


Abb. 53: Entwicklung der Vermittlungszahlen aller 37 PSZ von 2013 bis 2017

### Vermittlungssicherheit: Vom Kontakt zur Kooperation?

Nicht für alle Personen, die von den Psychosozialen Zentren weiter vermittelt werden, ist am Ende sicher, ob sie auch tatsächlich von den jeweiligen Akteur\*innen versorgt werden. In einigen Fällen fehlt die Zeit, um über eine reine Weitergabe von Kontaktdaten hinaus sicherzustellen, dass die Person auch wirklich von anderen Akteur\*innen aufgenommen wird. In anderen Fällen können Klient\*innen zwar z. B. an niedergelassene Psychiater\*innen oder Psychotherapeut\*innen angebunden werden, das Psychosoziale Zentrum ist aber zusätzlich weiterhin im Bereich der sozial- oder asylverfahrensbezogenen Beratung, durch gruppentherapeutische Angebote oder Kreativtherapien involviert. In diesen Fällen

entstehen wertvolle multiprofessionelle Kooperationsnetzwerke aus den Psychosozialen Zentren einerseits und dem Gesundheitssystem andererseits. Für die Vermittlungszahlen heißt das aber, dass das

Zentrum selbst durch die Vermittlung an weitere Akteur\*innen nur teilweise entlastet wird. Nur für einen Teil des multiprofessionellen Versorgungsangebotes werden durch die Vermittlung Kapazitäten frei – einige Angebote muss nach wie vor das Zentrum leisten. Auch die Netzwerk-, Vermittlungs- und Beratungstätigkeiten an sich brauchen zusätzliche Ressourcen.

” *Beispielsweise wünschen sich Psychotherapeut\_innen, die erstmals mit Geflüchteten arbeiten möchten, Patient\_innen „mit abgeschlossenen Asylverfahren und festen Papieren“. Derzeit erhält aber ein syrischer Kriegsflüchtling mit hoher Wahrscheinlichkeit einen subsidären Schutz, was bedeutet, dass der Aufenthalt regelhaft überprüft werden wird und der Familiennachzug erst nach zwei Jahren erfolgen darf. Eine psychisch kranke albanische Geflüchtete hingegen kann mit baldiger Abschiebung rechnen, da ihr Herkunftsland als sicher gilt – auch wenn es durchaus individuelle Schutzgründe gibt. Erhalten syrische Flüchtlinge also leichtere Zugänge, weil die Psychotherapeut\_innen irrtümlicherweise von einem sicheren Aufenthalt ausgehen? Oder werden albanische Geflüchtete von vorn herein nicht als Klient\_innen angenommen, da eine baldige Abschiebung erwartet wird? An den Fragestellungen wird deutlich: was nicht funktioniert, ist eine entkontextualisierte Pathologisierung von Menschen. Der rechtlich-politische Rahmen beeinflusst als gesellschaftliche Realität die Wahrnehmung auf spezifische Weise und somit auch schulübergreifend die Basis jeder Psychotherapie – nämlich die therapeutische Beziehung.*

Eva van Keuck & Cinur Ghaderi (Multiperspektiven, S.259 ff.)

In der Praxis sind fast die Hälfte aller Vermittlungen „Teilvermittlungen“, bei denen das Zentrum weiter mitversorgt (M = 44 %; Md = 50 %). Nur durchschnittlich ein Viertel der Vermittlungen in den Psychosozialen Zentren sind „erfolgreiche Weitervermittlungen“, die nach einem Erstgespräch stattfinden und bei denen die Sicherheit relativ hoch ist, dass die Person am Ende auch andernorts versorgt wird (M = 24 %; Md = 15 %). Grundsätzlich unterscheiden sich die Psychosozialen Zentren auch in diesem Aspekt deutlich je nach Leistungsspektrum und regionalen Besonderheiten: Es gibt Zentren, deren Hauptschwerpunkt auch die Anbindung ihrer Klient\*innen an die Regelversorgung ist. In diesen Einrichtungen sind 100 % der Vermittlungen aktive und in der Regel erfolgreiche Weitervermittlungen nach einem ausführlichen Erstgespräch.

Durchschnittlich 13 % der Vermittlungen erfolgen erst, nachdem innerhalb des Psychosozialen Zentrums eine relative Stabilisierung stattgefunden hat und im Sinne der „Nachsorge“ etwa niedergelassene Therapeut\*innen mit einer Psychotherapie anschließen können (M = 13 %; Md = 10 %). Das ist häufig der Fall, wenn Klient\*innen während der Anbindung an das Psychosoziale Zentrum z. B. einen besseren Aufenthaltsstatus erhalten und deshalb leichter ins Regelsystem vermittelt werden können.

Fast ein Fünftel der Vermittlungen (M = 19 %; Md = 10 %) sind im Grunde keine Vermittlungen im engeren Sinne, weil in diesen Fällen „nur Kontaktdaten“ entsprechender Anlaufstellen weitergegeben werden können, ohne dass das Zentrum letztlich sicherstellen kann, dass die Person tatsächlich von der empfohlenen Stelle versorgt werden kann.

### Anteile verschiedener Vermittlungsarten

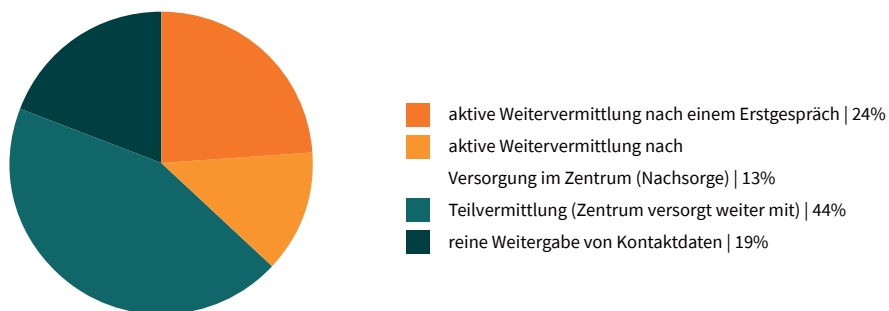


Abb. 54: Anteile verschiedener Vermittlungsarten im Jahr 2017.

Auch für die Vermittlungssicherheit spielen regionale Spezifika eine bedeutende Rolle: Der Anteil der Teilvermittlungen ist umso höher, je ländlicher die Region ist. In Metropolen machen Vermittlungen,

bei denen auch das PSZ weiter an der Versorgung beteiligt bleibt, im Schnitt nur ein Drittel aller Vermittlungen aus, außerhalb der Metropolen liegt dieser Anteil bei bis zu 70 %.

### Unterschiede in der Vermittlungssicherheit

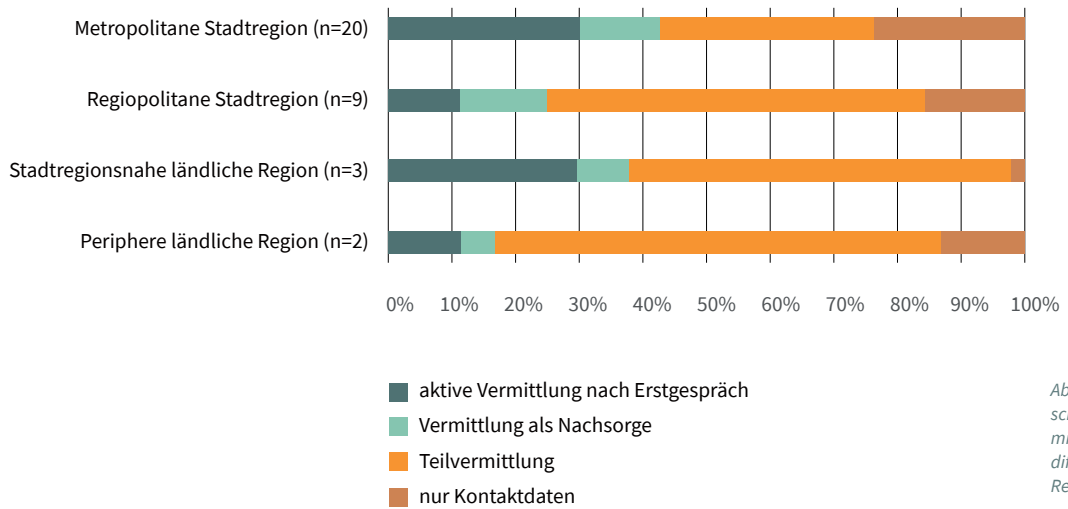


Abb. 55: Unterschiede in der Vermittlungssicherheit, differenziert nach Regionstyp 2017.

Bundesweit zeigt sich für die Vermittlungssicherheit im Vergleich zum Vorjahr eine positive Entwicklung. Der Anteil aktiver Vermittlungen nach einem Erstgespräch ist von durchschnittlich 20 auf 24 % gestiegen, der Anteil der Teilvermittlungen leicht von 51 auf 44 % zurückgegangen. Zwar hat sich auch der

Anteil der Fälle, in denen lediglich Kontaktdaten weitergegeben werden konnten, wieder leicht von 15 auf 19 % erhöht; er bleibt dennoch weit unter den Werten von etwa einem Drittel, wie es noch 2013 und 2014 der Fall war.

### Entwicklung der Vermittlungssicherheit

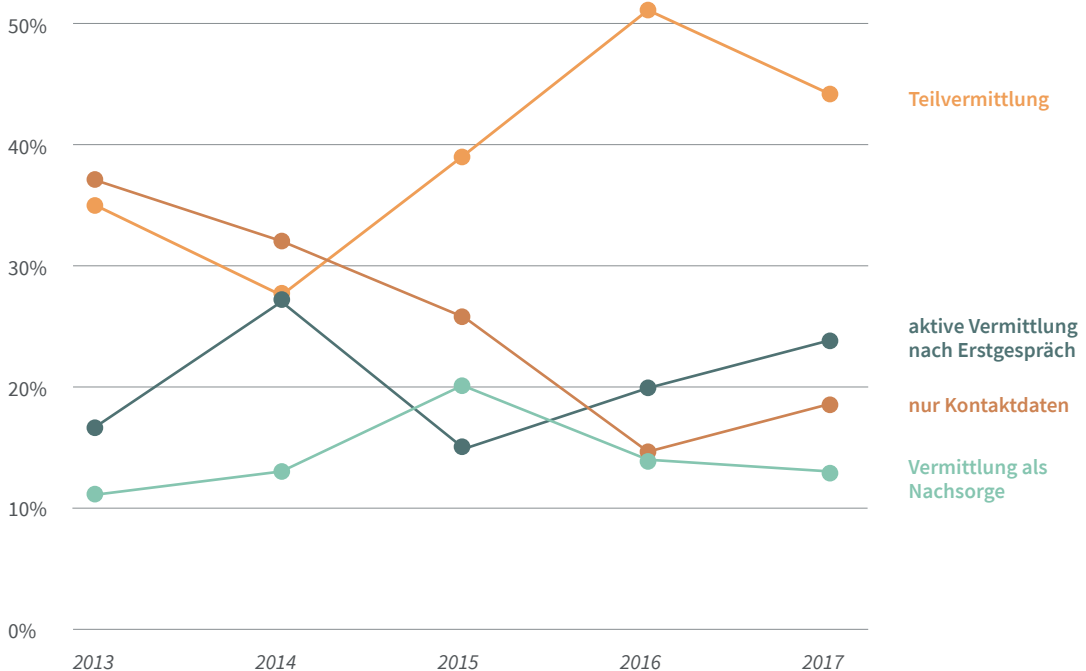


Abb. 56: Entwicklung der Vermittlungssicherheit von 2013 bis 2017.

Für die vielerorts noch immer schwierige Vermittlungssituation spielt ein komplexes Geflecht an strukturellen und interaktionellen Barrieren eine Rolle. Einen Therapieplatz bei niedergelassenen Psychotherapeut\*innen zu bekommen, ist auch für deutsche Patient\*innen nicht immer leicht und erfordert in der Regel einen langen Atem. Für Geflüchtete mit ihren komplexen psychosozialen Bedarfen und dem z. T. eingeschränkten Leistungsanspruch je nach Aufenthaltsstatus und -dauer vervielfachen sich diese Barrieren. Insbesondere die rechtlichen und bürokratischen Barrieren im Zusammenhang sowohl mit dem Asylverfahren als auch mit der Kostenübernahme für Psychotherapie und Sprachmittlungskosten stehen der Bereitschaft vieler niedergelassener Kolleg\*innen im Weg. Nicht zu wissen, ob und wann eine Therapie vom Kostenträger bewilligt wird, nehmen nur wenige in freier Praxis tätige Kolleg\*innen aus humanitären Gründen in Kauf. Der Zugänglichkeit des Versorgungssystems auf rechtlicher und bürokratischer Ebene – insbesondere im Hinblick auf die Möglichkeiten zur Abrechnung von Psychotherapien – widmet sich Kapitel 8.



## 7.6 Regionale Besonderheiten in Ostdeutschland

Im Herbst 2019 sind in Sachsen, Brandenburg und Thüringen Landtagswahlen. Obwohl der Anteil der Menschen ohne deutschen Pass hier noch immer vergleichsweise niedrig ist, wird der Wahlkampf stark von Flucht und Asyl bestimmt. Geflüchtete treibt die Angst um, dass die AfD in die Regierung kommt. Einige von ihnen überlegen, dann weg zu

ziehen. Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer haben sich zu einer Arbeitsgruppe zusammengeschlossen, um sich zu den besonderen strukturellen, historischen und aktuellen Bedingungen auszutauschen, mit denen sie und ihre Klient\*innen täglich konfrontiert sind.



*Hilfe für geflüchtete Menschen ist ein politisches Thema, das bundesweit kontrovers diskutiert und z.T. mit restriktiven Maßnahmen untersetzt wird. So wie an allen PSZ Standorten sind wir auch an den ostdeutschen Standorten tagtäglich mit schwersten existenziellen und seelischen Notlagen von Menschen konfrontiert, die Schlimmstes erfahren haben. Die anspruchsvolle und komplexe Beratung unserer Klient\*innen wird in einigen ostdeutschen Regionen zudem durch spezifische Herausforderungen erschwert. Ein Klima der Angst und mangelnde Fähigkeiten im Umgang mit Vielfalt und Andersartigkeit in Teilen der Bevölkerung erschweren das Leben von Menschen mit Migrations- und Fluchtbiografie - und auch die Arbeit der ostdeutschen PSZ. Die Bearbeitung dieser Herausforderungen bleibt für uns eine zusätzliche Aufgabe. Ein großer Lichtblick sind für uns und unsere Arbeit engagierte Fachkräfte, Akteur\*innen und Unterstützer\*innen aus Politik und Gesellschaft, die mit großer Anstrengung und Beharrlichkeit zusammen mit uns für eine Verbesserung der Versorgungssituation in Ostdeutschland eintreten.*

Arbeitsgruppe ostdeutsche PSZ

*PSZ Leipzig, PSZ Dresden, PSZ Chemnitz, PSZ Sachsen-Anhalt, refugio thüringen, KommMit Brandenburg, PSZ Greifswald*

### Alter

Die ostdeutschen Zentren sind im Durchschnitt deutlich jünger (9,8 vs. 17 Jahre alt). Die westdeutschen Zentren hatten fast doppelt so lange Zeit, Netzwerke mit der Regelversorgung, politischen und Verwaltungsstrukturen sowie der Zivilgesellschaft aufzubauen.

### Größe

Die westdeutschen Zentren sind im Durchschnitt größer. Psychosoziale Zentren in Ostdeutschland betreuen jährlich durchschnittlich 377 Klient\*innen, westdeutsche Zentren 618 Klient\*innen.

### Wartesituation

In Ostdeutschland stehen im Median fast doppelt so viele Personen auf der Warteliste eines Zentrums (Md = 79 vs. 41; M = 100 vs. 67).

### Vermittlungen

Die Vermittlungszahlen an niedergelassene Psychotherapeut\*innen sind in den westdeutschen Zentren im Durchschnitt fast 10mal so hoch wie in

den ostdeutschen Zentren (M = 4 vs. 39). Der Anteil der „Teilvermittlungen“, d.h. der Klient\*innen, die zum Teil im Zentrum verbleiben, ist in Ostdeutschland 10% höher.

### Finanzierung

Die Finanzierungsstruktur der ostdeutschen Zentren unterscheidet sich deutlich. Im Durchschnitt haben westdeutsche Zentren das 4fache an Stiftungsmitteln und das 17fache an Spenden zur Verfügung. Auch die Mittel aus Kostenübernahmen für Psychotherapien sind in westdeutschen Zentren 5mal so hoch.

### Erreichbarkeit

Der Anteil der Klient\*innen mit langen bzw. sehr langen Anfahrtswegen ist im Durchschnitt doppelt so hoch. In Ostdeutschland haben 13,5% der Klient\*innen einen langen (50 - 100km) und 10% einen sehr langen (über 100 km) Anfahrtsweg, in westdeutschen Bundesländern sind es 7,6 (lang) bzw. 3% (sehr lang).





## 8. Finanzierung der psychosozialen Versorgung

Damit theoretisch verfügbare Versorgungsangebote von psychisch belasteten Personen auch tatsächlich in Anspruch genommen werden können, müssen die Strukturen und Institutionen des Systems für die jeweilige Betroffenengruppe auch strukturell zugänglich sein. Für Geflüchtete gelten für Kostenübernahmen in der Gesundheitsversorgung besondere rechtliche Voraussetzungen – insbesondere die Vorgaben des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Wie zugänglich das Gesundheitssystem

für Geflüchtete ist, hängt dabei unter anderem vom Aufenthaltsstatus und der Aufenthaltsdauer der betroffenen Person ab, aber auch davon, ob er\* oder sie einer Ausbildung oder einer Beschäftigung nachgeht. Wer in Deutschland Asyl sucht, ist in den ersten 15 Monaten seines Aufenthalts zunächst nicht krankenversichert. Welche Gesundheitsleistungen in Anspruch genommen werden können, regelt das AsylbLG.

### 8.1 Gesundheitsleistungen im AsylbLG

Innerhalb der ersten 15 Monate des Aufenthaltes in Deutschland gelten für Geflüchtete die Leistungen nach den §§ 4 und 6 AsylbLG. Abhängig von den Regelungen der einzelnen Bundesländer oder auch Kommunen erhalten die betroffenen Personen entweder einen Krankenschein, der meist drei Monate Gültigkeit besitzt, oder eine elektronische Gesundheitskarte. Nach § 4 AsylbLG haben Asylsuchende in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts nur einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Sie haben nur dann einen Kostenübernahmeanspruch bei den Sozialämtern, wenn es sich um eine „erforderliche“ Behandlung „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“ handelt. Eingeschlossen sind dabei die Versorgung mit Arznei- und Verbandmitteln und die Kostenübernahme für übliche Leistungen bei Schwangerschaft und Entbindung, empfohlene Vorsorgeuntersuchungen (Zahnvorsorge, Kinderuntersuchungen, Krebsvorsorge, Gesundheitsuntersuchung) und Schutzimpfungen. Über die Öffnungsklausel im § 6 AsylbLG können darüber hinaus Leistungen abgerechnet werden, wenn sie „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich“ sind. Dies kann beispielsweise medizinische Heil- und Hilfsmittel wie Brillen, Rollstühle, Hörgeräte aber auch die Gewährung von Psychotherapie einschließen. Diese „Kann“-Formulierung bedeutet, dass

Asylsuchenden diese Leistungen nicht wie jedem anderen Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) zustehen, sondern dass die Bewilligung der Leistungen im Ermessen der zuständigen Sozialbehörde liegt.

Nach 15 Monaten ihres Aufenthaltes besteht auch für Asylbewerber\*innen ein Anspruch auf einen Leistungsumfang entsprechend dem der Versicherten<sup>34</sup> der gesetzlichen Krankenversicherung, über die auch die Abrechnung erfolgt. Die Abrechnung der Behandlung erfolgt dann nicht mehr über Krankenscheine, sondern über eine elektronische Gesundheitskarte<sup>35</sup>. Die Kosten werden weiterhin vom Sozialamt getragen<sup>36</sup>.

Menschen mit einem Aufenthaltstitel haben Anspruch auf Versorgungsleistungen der gesetzlichen Krankenkassen. Ein Problem ist hier neben der Schwierigkeit, eine\*n Psychotherapeut\*in mit Kassenzulassung zu finden, die Übernahme der Kosten für Sprachmittler\*innen, die für eine Behandlung oft unabdingbar sind. Sprachmittlungskosten sind jedoch kein Leistungsanspruch für GKV-Versicherte.

34 § 264 Abs. 2, 4 iVm § 11 Abs. 1 SGB V.

35 § 264 Abs. 4 S. 2 iVm § 291 SGB V.

36 § 264 Abs. 7 SGB V.

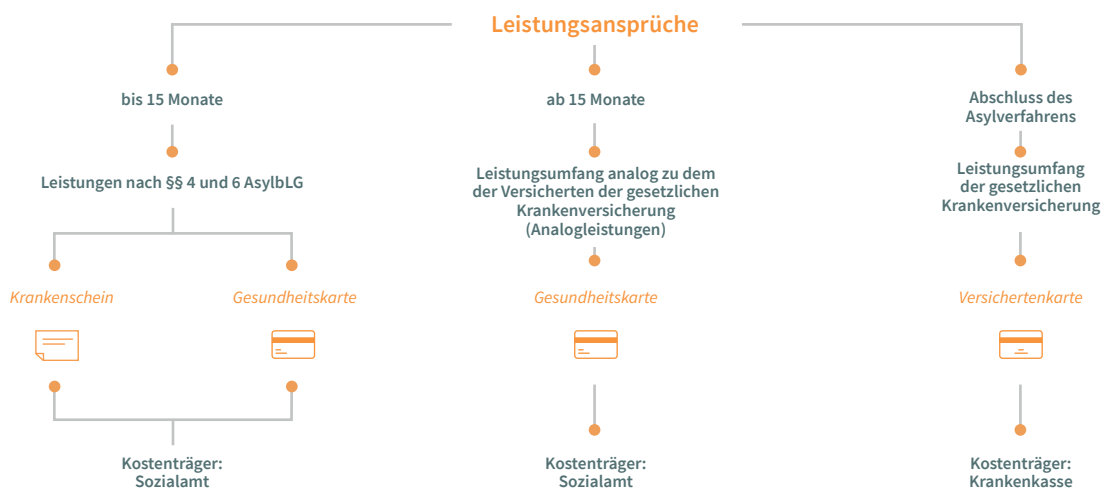


Abb. 57: Leistungsansprüche Geflüchteter im Bereich der Gesundheitsversorgung.



## Ermessensreduzierung für psychisch erkrankte Asylsuchende

Für Asylsuchende, die unter einer psychischen Erkrankung leiden, gelten für die Einschränkungen im AsylbLG ergänzende Bestimmungen. Gemäß der EU-Aufnahmerichtlinie gehören psychisch erkrankte Asylsuchende zur Gruppe der besonders schutzbedürftigen Asylsuchenden<sup>37</sup>. Dieser Gruppe muss „die erforderliche medizinische oder sonstige Hilfe, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung“<sup>38</sup> gewährt werden. Weil die EU-Aufnahmerichtlinie von der Bundesregierung nicht in nationales Recht umgesetzt wurde, hat sie seit Ablauf der Umsetzungsfrist am 20. Juli 2015 eine unmittelbare Rechtswirkung. Das heißt auch, dass der §6 Abs. 1 AsylbLG im Sinne der Richtlinie *europarechtskonform ausgelegt werden muss*. Für besonders schutzbedürftige Asylsuchende reduziert sich dadurch das behördliche Ermessen, das eigentlich für die Bewilligung von „sonstigen Leistungen“ vorgesehen ist, auf null. Im Wege der *Ermessensreduzierung* wird also für alle besonders schutzbedürftigen Gruppen ein *Anspruch* auf die

Gewährung der erforderlichen medizinischen oder sonstigen Hilfen, einschließlich erforderlichenfalls einer geeigneten psychologischen Betreuung, vermittelt<sup>39</sup>. Für Anträge auf Kostenübernahmen für Psychotherapien nach AsylbLG gilt daher: Wurde bei Asylsuchenden eine psychische Störung diagnostiziert, dann gilt die besondere Schutzbedürftigkeit durch diese Diagnose als „festgestellt“ und die besonderen Bedarfe, die sich für die Person aus dieser Diagnose begründen, *müssen* gewährt werden. Für die Behörde besteht in diesem Fall kein Ermessensspielraum. Anträge auf Kostenübernahme für eine Psychotherapie, die die in dieser Vorschrift dargelegten Kriterien erfüllen, müssen bewilligt werden. Inwieweit diese Klarstellung in der Praxis bereits Anwendung findet, ist jedoch nicht bekannt. Aus den Psychosozialen Zentren wird nach wie vor eine uneinheitliche, oft restriktive Handhabung von Anträgen auf Kostenübernahmen für Psychotherapien berichtet.

37 Art. 21 Richtlinie 2013/33/EU

38 Art. 19 Abs. 2 Richtlinie 2013/33/EU

39 Diese Verpflichtung zur europarechtskonformen Auslegung hat die Bundesregierung 2016 in der Bundestags-Drucksache 18/9009 bestätigt.

## 8.2 Kostenübernahmen für Psychotherapien in den PSZ

Fast alle Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer bieten im Rahmen ihres komplexen Leistungsspektrums auch Psychotherapien an. Die drei Einrichtungen, die selbst kein therapeutisches Angebot vorhalten, arbeiten eng mit der Regelversorgung zusammen. In der Regel unterstützen sie ihr Netzwerk aus niedergelassenen Therapeut\*innen sehr engmaschig dabei, Kostenübernahmen bei den zuständigen Leistungsträgern zu erwirken. Eine Kostenübernahme für Psychotherapien mit geflüchteten Klient\*innen zu erhalten, ist jedoch mit hohen bürokratischen Hürden verbunden und gelingt in vielen Fällen nicht bzw. erst nach sehr langer Bearbeitungszeit. Vor diesem Hintergrund beantragen auch nicht alle Psychosozialen Zentren

Kostenübernahmen bei den gesetzlich verantwortlichen Leistungsträgern. Ein großer Teil der Zentren finanziert das therapeutische Angebot fast ausschließlich über Fördermittel aus Projekten, aus Bundes- oder Landesmitteln, über Stiftungsgelder und Spenden (Siehe Kapitel 8.3 – Finanzierung psychosozialer Versorgung außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems).

Knapp über die Hälfte der Zentren, die selbst Psychotherapien für Geflüchtete anbieten, versuchen, für einige ihrer Therapieklient\*innen, Kostenübernahmen bei den Sozialbehörden, den Krankenkassen oder den Jugendämtern zu beantragen.

### Antragspraxis in den PSZ

	Anzahl der PSZ	prozentualer Anteil
Zentren, die Psychotherapie anbieten	34 von 37	92%
Zentren, die Psychotherapien beantragen	18 von 34	53%
Zentren, die Anträge bei den Sozialbehörden stellen	10 von 34	29%
Zentren, die über eine Ermächtigung verfügen	9 von 34	27%
Zentren, die Therapieanträge bei den Krankenkassen stellen	7 von 34	21%
Zentren, die Therapieanträge bei den Jugendämtern stellen	9 von 34	26%

Tabelle 22: Antragspraxis in den PSZ 2017.

## Kostenübernahmen durch die Sozialbehörden: Psychotherapien über das AsylbLG

Zehn der Psychosozialen Zentren, die Geflüchtete therapeutisch begleiten (29 %), versuchen Psychotherapien über das AsylbLG bei den Sozialbehörden abzurechnen. Im Schnitt stellt eines dieser Zentren etwa 27 Therapieanträge, von denen etwa 15 – also nur knapp über die Hälfte – bewilligt werden. Die durchschnittliche Ablehnungsquote für AsylbLG-Therapien beträgt 49,2 % und ist damit sehr

hoch. Zum Vergleich: Bei gesetzlich krankenversicherten Patient\*innen beträgt die durchschnittliche Ablehnungsquote 5,9 % (Sander et al., 2017)<sup>40</sup>.

<sup>40</sup> In dieser Studie zu Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen, beauftragt vom Patient\*innen-Beauftragten der Bundesregierung, gingen 536.137 Anträge für Psychotherapien bei insgesamt 21 Krankenkassen ein. Die anhand der Anzahl der Anträge gewichtete durchschnittliche Ablehnungsquote betrug 5,9 %. Der Median für die Ablehnungsquote lag bei etwa 2 %. Bei einer Krankenkasse lag die Ablehnungsquote lediglich bei 0,6 %, die höchste Ablehnungsquote lag bei 14,7 %.

	Anzahl der Therapieanträge bei Sozialbehörden	Anzahl der Bewilligungen bei Sozialbehörden	Bearbeitungsdauer bei Sozialbehörden
Summe (n=10)	266	147	
Mittelwert	26,6	14,7	4,7 Monate
Median	19,5	11	5,5 Monate
Minimum	2	0	2 Monate
Maximum	92	45	7 Monate
Ø Ablehnungsquote:		49,2%	

Tabelle 23: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Sozialbehörden im Jahr 2017.

## Ablehnungen von Psychotherapien

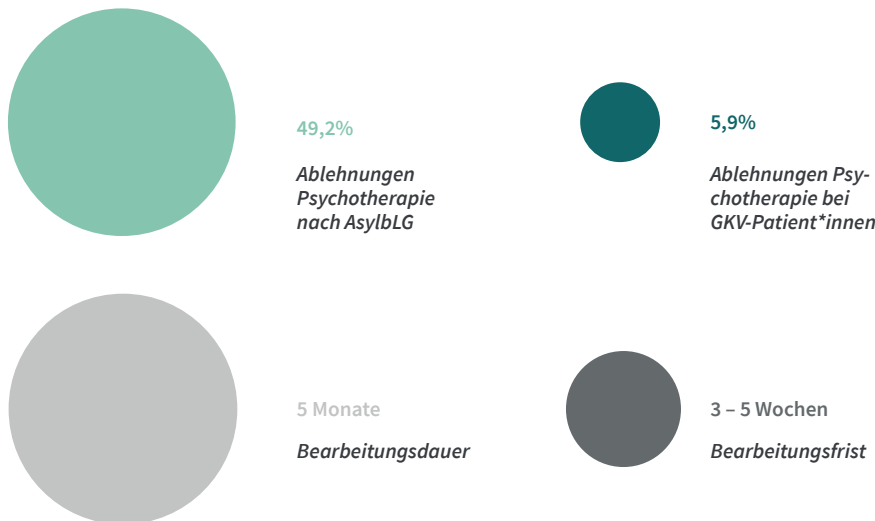


Abb. 58: Ablehnung von Psychotherapien: AsylbLG vs. GKV. Bearbeitungsdauer vs. Bearbeitungsfrist.

Auch die Zeitspanne bis zur Entscheidung über einen Antrag ist mit einer durchschnittlichen Bearbeitungsdauer von durchschnittlich 5 Monaten sehr lang. Sie übersteigt die Fristen für die Bewilligungszeiten, die das Patientenrechtegesetz vorschreibt, um ein Vielfaches. Patient\*innen haben das Recht,

innerhalb von 3 bis 5 Wochen eine Antwort auf einen Leistungsantrag, z. B. für eine Psychotherapie, zu erhalten. Bleibt eine Antwort aus, ohne dass es dafür einen hinreichenden Grund gibt, dann gilt eine Leistung danach als bewilligt.

## BEGUTACHTUNGSFRISTEN NACH DEM PATIENTENRECHTEGESETZ

Durch das Patientenrechtegesetz hat die Bundesregierung die Rechte von Patient\*innen u. a. im Umgang mit langen Bewilligungszeiten für beantragte Leistungen gestärkt. So heißt es in § 13 Abs. 3a SGB V:

*„Die Krankenkasse hat über einen Antrag auf Leistungen zügig, spätestens bis zum Ablauf von drei Wochen nach Antragseingang oder in Fällen, in denen eine gutachtliche Stellungnahme, insbesondere des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (Medizinischer Dienst), eingeholt wird, innerhalb von fünf Wochen nach Antragseingang zu entscheiden. [...] Erfolgt keine Mitteilung eines hinreichenden Grundes, gilt die Leistung nach Ablauf der Frist als genehmigt. Beschaffen sich Leistungsberechtigte nach Ablauf der Frist eine erforderliche Leistung selbst, ist die Krankenkasse zur Erstattung der hierdurch entstandenen Kosten verpflichtet.“*

Als Begründung für die Ablehnungen von Therapien verweisen die Behörden häufig darauf, für die jeweilige Leistung oder den\*die Klient\*in nicht zuständig zu sein. Auch, dass die Diagnose keine akute Erkrankung und daher die Behandlung nicht nach AsylbLG erstattungsfähig sei, kommt noch immer vor – trotz der Klarstellung der Bundesregierung zur Ermessensreduzierung im Falle besonders schutzbedürftiger Asylsuchender nach der EU-Aufnahmerichtlinie (s. o.). Zum Teil wird nach wie vor angezweifelt, dass bei den Antragstellenden ein Bedarf an psychotherapeutischer Behandlung besteht. Manchmal wird auch darauf verwiesen, dass Therapien bei unsicherem Aufenthalt nicht zielführend seien oder dass die bereits stattfindende psychiatrische Behandlung ausreiche. Gegen eine negative Entscheidung der Behörde vorzugehen, kann weitere 6 Monate dauern und bedarf in der Regel einer juristischen Beratung.

Einige Zentren beantragen bei den Sozialbehörden auch die Kosten, die durch die Zusammenarbeit mit Sprachmittler\*innen entstehen. Der Anteil

derjenigen Einrichtungen, der versucht, Sprachmittlungskosten über das AsylbLG abzurechnen, ist höher als der Anteil der Zentren, die auch Psychotherapien nach AsylbLG beantragen. Fast die Hälfte der Psychosozialen Zentren (44 %) stellt für einige Klient\*innen Anträge auf die Übernahme von Sprachmittlungskosten. Das heißt, einige Psychosoziale Zentren beantragen die Sprachmittlungskosten zusätzlich zu den beantragten Psychotherapien, wohingegen andere Einrichtungen ausschließlich die Sprachmittlungskosten beantragen und die Psychotherapie selbst über Projekt-, Stiftungs- oder weitere Fördermittel finanzieren.

Wenn Klient\*innen durch die Anfahrt zum Zentrum Fahrtkosten entstehen, wird auch hier in einigen Fällen versucht, eine Kostenübernahme zu erwirken. 47 % der Psychosozialen Zentren beantragen Fahrtkosten zur Psychotherapie bei den Sozialbehörden. Auch im Falle der Sprachmittlungs- und der Fahrtkosten wird fast die Hälfte der Anträge nicht bewilligt.

### Zusammenfassung

Zentren, die...	Anzahl der PSZ	Ø Anzahl vom PSZ gestellter Anträge	Ø Anzahl bewilligter Anträge	Ø Ablehnungsquote
Psychotherapie anbieten	34 von 37 (92%)			
Psychotherapien bei den Sozialbehörden beantragen	10 von 34 (29%)	27	15	49%
Sprachmittlungskosten bei den Sozialbehörden beantragen	15 von 34 (44%)	23	13	46%
Fahrtkosten bei den Sozialbehörden beantragen	16 von 34 (47%)	13	8	43%

Tabelle 24: Zusammenfassung: Kostenübernahmen für Psychotherapien, Sprach- und Fahrtmittelkosten durch die Sozialbehörden im Jahr 2017.

## Kostenübernahmen über die Ermächtigung

Um mehr Therapieplätze für Geflüchtete zu schaffen, hat die Bundesregierung Ende 2015 die Ärzte-Zulassungsverordnung erweitert. Psychotherapeut\*innen, die bislang keinen Kassensitz haben, können sich seitdem zur Behandlung von Asylsuchenden, die Leistungen nach §2 des Asylbewerberleistungsgesetzes empfangen, ermächtigen lassen. Dies ist möglich für psychologische und ärztliche Psychotherapeut\*innen und Kinder- und Jugendtherapeut\*innen sowie psychosoziale Einrichtungen, die unter ärztlicher oder therapeutischer Leitung stehen.

Knapp ein Viertel der therapeutisch arbeitenden Psychosozialen Zentren (9 von 34; 26,5 %) verfügten im Jahr 2017 über eine Ermächtigung zur Behandlung von Geflüchteten. Vier dieser Einrichtungen hatten eine „institutionelle Ermächtigung“, über die zwischen 2 und 8 Psychotherapeut\*innen zur Abrechnung von Therapien berechtigt waren. In den anderen fünf Einrichtungen waren ein oder mehrere einzelne Psychotherapeut\*innen im Rahmen einer „persönlichen Ermächtigung“ zur Abrechnung berechtigt.

### Anteile der PSZ mit und ohne Ermächtigung

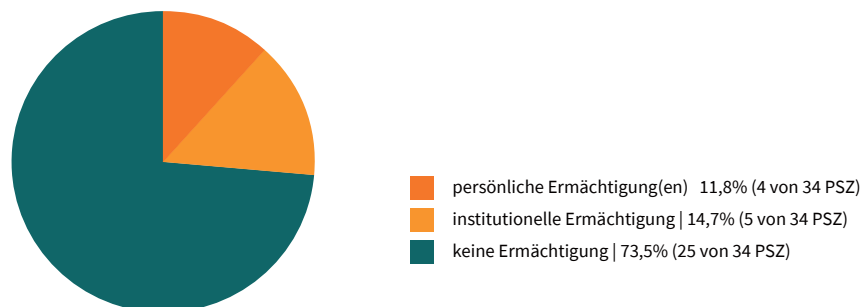


Abb. 59: Anteile der PSZ mit und ohne Ermächtigung (persönliche u. institutionelle) im Jahr 2017.

Insgesamt gab es damit in den Psychosozialen Zentren 30 ermächtigte Psychotherapeut\*innen, die 2017 insgesamt 124 Therapien abgerechnet haben. Im Durchschnitt wurden pro Zentrum 18 Psychotherapien über die Ermächtigung beantragt ( $\Sigma$ : 146;

$M = 18,3$ ;  $Md = 15$ ). Bewilligt wurden durchschnittlich 16 der 18 beantragten Therapien ( $\Sigma$ : 124;  $M = 15,5$ ;  $Md = 6,5$ ). Die durchschnittliche Ablehnungsquote für Therapien über die Ermächtigung lag bei 12,7 %.

## Kostenübernahmen über Ermächtigung

	Anzahl der ermächtigten Therapeut*innen	Anzahl der Therapieanträge über die Ermächtigung	Anzahl der Bewilligungen über die Ermächtigung
Summe (n=9)	30	146	124
Mittelwert	3,3	18,3	15,5
Median	3	15	6,5
Minimum	1	1	1
Maximum	8	60	60
Ø Ablehnungsquote:		12,7%	

Tabelle 25: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Ermächtigung im Jahr 2017

Der verhältnismäßig geringe Anteil der Psychosozialen Zentren, die eine Ermächtigung beantragt haben, und auch die bislang eher niedrigen Zahlen an beantragten Kostenübernahmen über die Ermächtigung hängen mit den formalen Voraussetzungen zusammen, die an Psychotherapien über die Ermächtigung geknüpft sind.

#### Voraussetzungen für die Versorgung von Geflüchteten mit einer Ermächtigung:

Es darf nur eine ganz bestimmte Patient\*innengruppe behandelt werden:

- Asylsuchende, die bereits 15 Monate in Deutschland sind, aber noch keine Flüchtlingsanerkennung haben und keine Arbeit oder Ausbildungsstelle gefunden haben, d.h. noch nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind.
- In vielen Bundesländern zusätzlich lediglich Personen, die in den ersten 15 Monaten des Aufenthalts bereits eine Therapie begonnen haben (Einschränkung auf eine „Weiterbehandlung“).

Durch diese engen Vorgaben wird das Ziel, die Versorgungskapazitäten für Geflüchtete auszuweiten, konterkariert. Vielerorts passen nur sehr wenige Geflüchtete in das Raster, das für die Behandlung vorgegeben wird. Es besteht immer auch das Risiko, dass Therapien abgebrochen werden müssen, wenn Klient\*innen im Verlauf der Behandlung einen sicheren Aufenthalt erhalten oder eine Arbeit oder eine Ausbildung aufnehmen. Das Kriterium der „Weiterbehandlung“ kann nur sehr selten erfüllt werden, da es für Asylsuchende sehr schwierig ist, bereits in den ersten 15 Monaten ihres Aufenthalts einen Behandlungsplatz zu finden<sup>41</sup>.

In den Psychosozialen Zentren gab es 2017 zahlreiche Klient\*innen, die probatorische Sitzungen mit ermächtigten Psychotherapeut\*innen geführt haben, für die am Ende jedoch gar keine Therapie-Anträge mehr gestellt werden konnten, weil absehbar erschien, dass sich in Kürze die Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses oder ein Statuswechsel ergeben würde. In den Psychosozialen Zentren werden diese Klient\*innen letztlich trotzdem – allerdings ohne Kostenübernahme, sondern finanziert durch Projekt- und Spendengelder – behandelt. Für die ermächtigten Psychotherapeut\*innen, die in freier Praxis arbeiten, ergibt sich hier eine untragbare Situation. Die Nachfrage nach Behandlungsplätzen ist ungebrochen hoch, aber nur wenige Patient\*innen können tatsächlich abgerechnet werden. Inzwischen haben viele ermächtigte Therapeut\*innen ihre Ermächtigung wieder zurückgegeben und sich aus der Behandlung von Geflüchteten zurückgezogen.

41 „Eine ausführliche Analyse und Bewertung der Ermächtigungsregelung findet sich unter: <http://www.baiff-zentren.org/wp-content/uploads/2008/05/Die-Erm%C3%A4chtigung-zur-psychotherapeutischen-Behandlung-von-Gefl%C3%BChteten-Ein-Instrument-droht-zu-scheitern.pdf>

## Kostenübernahmen über die Krankenkassen

Die meisten Klient\*innen der Psychosozialen Zentren sind nicht gesetzlich krankenversichert. Zumindest zu Beginn einer Psychotherapie haben Klient\*innen in der Regel einen ungesicherten Aufenthalt: Etwa die Hälfte der Klient\*innen befindet sich noch im Asylverfahren, ein Viertel wird hier nur geduldet (siehe Kapitel 5.4: Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient\*innen). Viele dieser Personen gehen noch keinem sozialversicherungspflichtigen Beschäftigungsverhältnis nach, so dass sie den Versicherungsstatus auch nicht über Arbeit erhalten können. Kostenübernahmen für Psychotherapien mit Geflüchteten in den PSZ fallen deshalb in der Regel nicht in die Zuständigkeit der GKV. Suchen bereits gesetzlich krankenversicherte Geflüchtete Hilfe in den Zentren, dann wird häufig zuerst versucht, diese Personen an die Netzwerke der Zentren in der Regelversorgung zu vermitteln. Die große Mehrheit der Therapie-Klient\*innen, für die Kostenübernahmen bei den Krankenkassen beantragt werden, sind deshalb Personen, deren Aufenthaltsstatus sich im Verlauf der Behandlung geändert hat.

Verbunden mit der speziellen Zielgruppe, auf die sich die Angebote der Psychosozialen Zentren richten, haben die Psychotherapeut\*innen der Einrichtungen auch keine Kassensitze, sind also keine Vertragspsychotherapeut\*innen der Krankenkassen und können deshalb zunächst nicht regulär mit den Kassen abrechnen. Dennoch konnten in den Zentren bisher einige approbierte Psychotherapeut\*innen über den Weg des „Kostenerstattungsverfahrens“ Therapien abrechnen.

#### Psychotherapie über das Kostenerstattungsverfahren

Patient\*innen, die dringend eine Psychotherapie benötigen, aber keinen Behandlungsplatz bei kassenzugelassenen Therapeut\*innen finden, haben unter bestimmten Umständen das Recht, diese Therapie auch bei Therapeut\*innen wahrzunehmen, die zwar approbiert sind, aber keinen Kassensitz haben. Nach § 13 Absatz 3 SGB V haben sie unter bestimmten Bedingungen einen Anspruch auf Kostenerstattung durch ihre Krankenkasse: Diesem Anspruch liegt zugrunde, dass eigentlich alle Krankenkassen dafür sorgen müssen, dass ihre Versicherten rechtzeitig die notwendige Behandlung erhalten. Wenn eine Krankenkasse das nicht leisten kann – etwa weil es trotz formal niedrigen Bedarfs in der Realität nicht genug freie Behandlungsplätze gibt – dann muss sie einem/einer\* Versicherten, der\*die sich diese Leistung „selbst beschafft“, die Kosten für diese Leistung nach §13 Absatz 3 SGB V erstatten. In der Praxis ist es inzwischen jedoch sehr schwierig geworden, Psychotherapien über das Kostenerstattungsverfahren bewilligt zu bekommen. Seit Inkrafttreten der neuen Psychotherapie-Richtlinie 2017 lehnen viele Krankenkassen Anträge auf Psychotherapien im Erstattungsverfahren ab – sehr häufig mit der Begründung, dass

Kostenerstattungen durch die Einführung der Terminservicestellen nun unnötig seien oder sogar mit einem Verweis darauf, dass das Kostenerstattungsverfahren gar nicht mehr existiere (DPTV, 2018). Die Auskünfte der Krankenkassen entsprechen nicht immer der geltenden Rechtslage.

Die Anzahl der Psychosozialen Zentren, die mit den Krankenkassen abrechnet, ist bedingt durch die oben beschriebenen strukturellen Voraussetzungen zur Behandlung ihrer Zielgruppe traditionell

sehr niedrig – und durch den Umgang der Kassen mit Kostenerstatter\*innen weiter gesunken. Im Jahr 2017 haben nur 7 von 34 Psychosozialen Zentren, die Therapien anbieten, Anträge bei den Kassen gestellt – insgesamt 5 Einrichtungen weniger als im Vorjahr. Die Ablehnungsquoten sind auch hier sehr hoch: Im Durchschnitt wurden 41 % der Therapieanträge von den Kassen abgelehnt. Damit hat die Ablehnungsquote bei den Krankenkassen sich im Vergleich zum Vorjahr, als sie noch bei durchschnittlich 27 % lag, um über 50 % erhöht.

## Kostenübernahmen über Krankenkasse

	Anzahl der Therapieanträge an die Krankenkassen	Anzahl der Bewilligungen durch die Krankenkassen
Summe (n=7)	293	165
Mittelwert	41,9	23,6
Median	17	4
Minimum		
Maximum	2	1
Ø Ablehnungsquote:		41%

Tabelle 26: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Krankenkassen im Jahr 2017.

## Kostenübernahmen über die Jugendämter

Für Kostenübernahmen bei Therapien mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen gelten gegenüber der Beantragung von Therapien für erwachsene Geflüchtete einige Besonderheiten. Zu beachten ist auch, ob Kinder und Jugendliche als unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF) oder gemeinsam mit ihren Eltern oder einer anderen sorgeberechtigten Person eingereist sind.<sup>42</sup> Bei der Behandlung

von umF muss eine Psychotherapie je nach Fallkonstellation beim Jugendamt oder bei der Krankenkasse beantragt werden (siehe Tabelle 27). Wenn die Problematik des\*der Klient\*in in einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung liegt, dann muss eine Psychotherapie als Heilbehandlung nach dem SGB V, d.h. bei der Krankenkasse, beantragt werden. Besteht die psychische Belastung der\*des Klienten eher im Zusammenhang mit einer Störung des Erziehungsprozesses, dann sollte die Beantragung von Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII beim Jugendamt erfolgen. Droht bei psychisch belasteten Minderjährigen oder jungen Volljährigen eine seelische Behinderung, dann kommt auch das Jugendamt in Betracht, hier allerdings im Rahmen der Eingliederungshilfe.

42 Hinweise zur Beantragung einer Therapie mit minderjährigen Geflüchteten und jungen Volljährigen finden sich in einer Arbeitshilfe, die die BAF gemeinsam mit dem Bundesfachverband unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF) erstellt hat: <http://www.baff-zentren.org/news/kostenuebernahmen-von-therapie-mit-jungen-gefluechteten/>

	Heilbehandlung (SGB V)	Hilfe zur Erziehung (SGB VIII)	Eingliederungshilfe (SGB VIII)
Voraussetzung	Behandlungsbedürftige psychische Störung	Störung des Erziehungsprozesses	Seelisch behinderte Kinder und Jugendliche
Versorgungsanspruch	Heilbehandlung (Psychotherapie)	Unterstützung oder Ergänzung des Erziehungsprozesses	Hilfen in Bezug auf psychische Belastung und Besonderheiten der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
Zuständigkeit	Krankenkasse	Jugendamt	Jugendamt

Tabelle 27: Kostenträger für Psychotherapien bei minderjährigen & jungen volljährigen Klient\*innen.

Unter den Psychosozialen Zentren hat 2017 ein Anteil von rund 38 % therapeutische Behandlungen beim Jugendamt beantragt. Pro Zentrum wurden für durchschnittlich 9 Klient\*innen Therapieanträge gestellt, knapp 8 davon wurden im Schnitt auch bewilligt. Die durchschnittliche Ablehnungsquote für Therapien über die Jugendämter ist mit 24 % deutlich geringer als dies bei den Sozialbehörden über das AsylbLG (Ablehnungsquoten von 49 %) oder den Krankenkassen (Ablehnungsquoten von 41 %) der Fall ist. Auch Kostenübernahmen für den Einsatz

von Sprachmittler\*innen (Bewilligungsquote: 83 %) oder für die Fahrtkosten zum Psychosozialen Zentrum (Bewilligungsquote: 89 %) werden von den Jugendämtern deutlich häufiger bewilligt. Auffällig ist jedoch auch hier die sehr lange Bearbeitungsdauer von im Durchschnitt fast 5 Monaten ( $M = 4,5$  Monate;  $Md = 3$  Monate).

## Antrags- und Bewilligungszahlen, Jugendamt

	Anzahl der Therapieanträge bei den Jugendämtern	Anzahl der Bewilligungen durch die Jugendämter	Bearbeitungsdauer bei Sozialbehörden
Summe (n=9)	83	68	
Mittelwert	9,2	7,6	4,5 Monate
Median	5	5	3 Monate
Minimum	2	0	1 Monate
Maximum	30	28	13 Monate
Ø Ablehnungsquote:	24,1%		

	Anträge auf Sprachmittlungskosten (n=8)	Bewilligungen für Sprachmittlungskosten (n=8)	Anträge für Fahrtkosten (n=4)	Bewilligungen für Fahrtkosten (n=4)
Summe	69	57	45	40
Mittelwert	8,6	7,1	11,3	10
Median	5,5	4	7	6
Minimum	2	0	1	0
Maximum	30	28	30	28
Ø Ablehnungsquote:	32,4%		26,7%	

Tabelle 28: Antrags- und Bewilligungszahlen für Psychotherapien, Sprach- und Fahrtmittelkosten durch die Jugendämter im Jahr 2017.

## Entwicklung der Kostenübernahmen in den PSZ

Betrachtet man die Zugänglichkeit des Regelsystems über alle Kostenträger hinweg, dann zeigt sich, dass die durchschnittlichen Ablehnungsquoten über die Jahre hinweg bei allen Kostenträgern angestiegen sind – im Falle der AsylbLG-Therapien über die Sozialbehörden allein im letzten Jahr von 35 % auf 49 %, bei den Gesetzlichen Krankenkassen von 27 % auf 41 % und bei den Jugendämtern von 22 auf 24 %. Angemerkt sei hier jedoch, dass

theoretisch auch die Psychotherapien über die Ermächtigung (siehe Kapitel Kostenübernahmen über die Ermächtigung) zu den AsylbLG-Therapien gezählt werden könnten, auch wenn die Abrechnung dieser sog. Analogleistungen über die Krankenkassen läuft. Würde man alle AsylbLG-Therapien, d. h. auch diejenigen für §2-Leistungsempfänger\*innen bei ermächtigten Psychotherapeut\*innen, in den Blick nehmen, dann läge die durchschnittliche Ablehnungsquote bei 33 %, wäre also im Vergleich zum Vorjahr durch die Ermächtigung um etwa 6 % zurückgegangen.

## Ablehnungsquoten, 2017

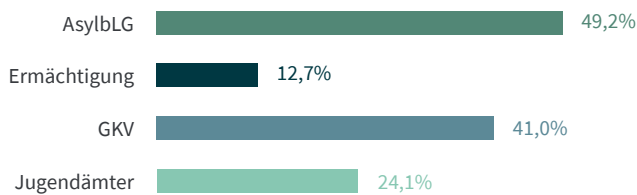


Abb. 60: Durchschnittliche Ablehnungsquoten für Therapieanträge 2017.

## Entwicklung der Ablehnungsquoten für Therapieanträge

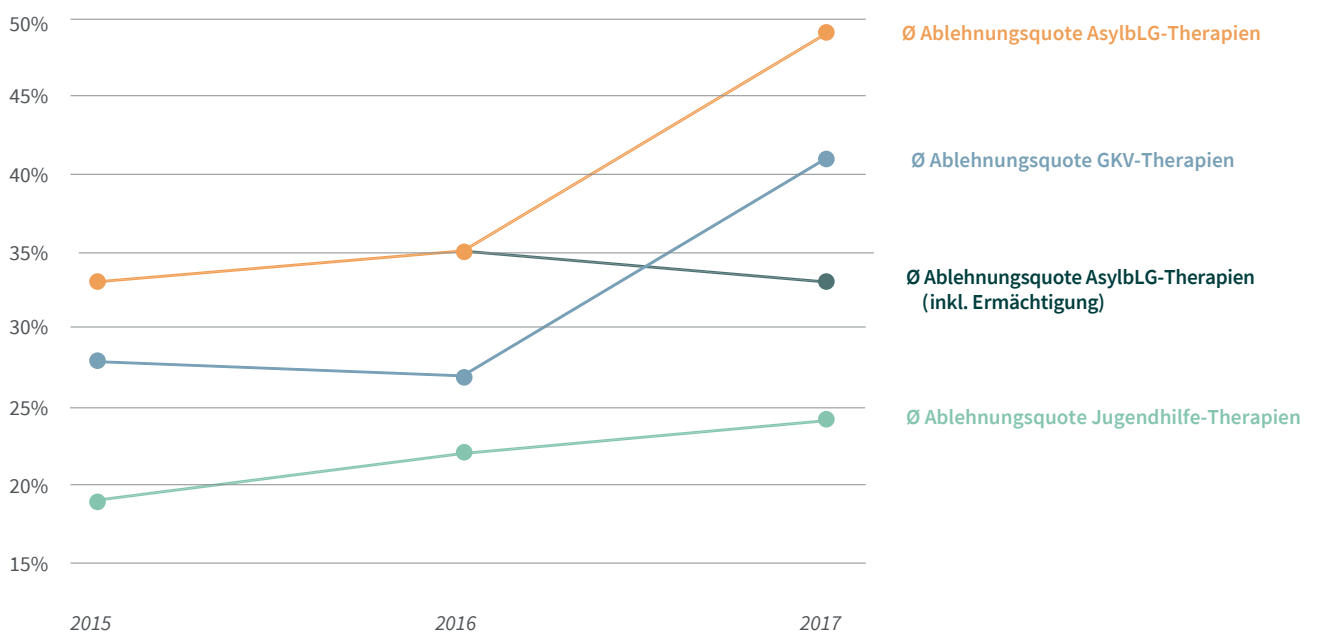


Abb. 61: Entwicklung der durchschnittlichen Ablehnungsquoten für Therapieanträge von 2015 bis 2017.



Grundsätzlich hat sich der Anteil der Kostenübernahmen in den Psychosozialen Zentren über die letzten Jahre hinweg nicht bedeutsam verändert. Die Anzahl der Therapie-Klient\*innen in den Zentren hat sich seit 2013 mehr als verdoppelt, so auch die Anzahl der Kostenübernahmen insgesamt. Prozentual, das heißt im Hinblick auf den Anteil der Therapien, die auch abgerechnet werden können, zeigt sich allerdings keine Veränderung. Seit vielen Jahren können lediglich 6 bis 8 % aller Psychotherapien in den Zentren letztlich auch über die Kostenträger refinanziert werden.

Im Jahr 2017 lag der Anteil der Kostenübernahmen für Therapie-Klient\*innen bei etwa 6,4 %. Bei insgesamt 7.867 Klient\*innen in Psychotherapie gab es nur 504 Kostenübernahmen. Der größte Anteil der Kostenübernahmen für Therapien in den Zentren fällt auf die Sozialbehörden (einschließlich der Therapien über die Ermächtigung) mit knapp 3,5 % der Therapie-Klient\*innen. Die Krankenkassen übernehmen 2,1 % und die Jugendämter 0,9 %. Der Großteil der Psychotherapien wird mit 93,6 % nach wie vor durch Projektgelder, Landes- oder Bundesmittel sowie Spenden finanziert.

### Kostenübernahmen im Jahresvergleich

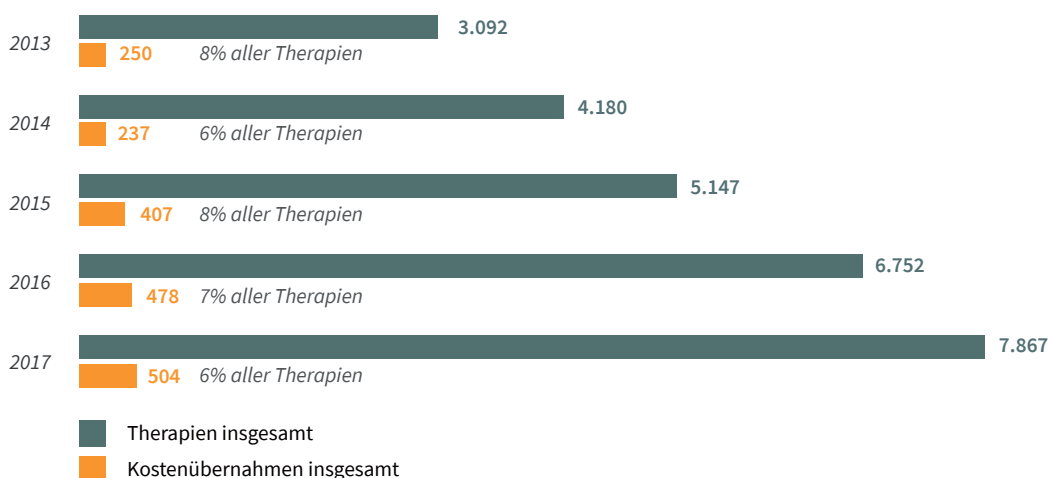


Abb. 62: Kostenübernahmen für Psychotherapien von 2013 bis 2017.

### Kostenübernahmen durch Leistungsträger im Jahresvergleich

	Therapien insgesamt	Kostenübernahmen insgesamt	Kostenübernahmen AsylBLG	Kostenübernahmen GKV	Kostenübernahmen Jugendämter	keine Kostenübernahme
2013	3.092	250 (8,1%)	153 (4,9%)	51 (1,6%)	46 (1,5%)	2.842 (91,9%)
2015	5.147	407 (7,9%)	309 (6,0%)	41 (0,8%)	57 (1,1%)	4.740 (92,1%)
2016	6.752	478 (7,1%)	325 (4,8%)	69 (1,02%)	84 (1,24%)	6.274 (93%)
2017	7.867	504 (6,4%)	271 (3,5%)	165 (2,1%)	68 (0,9%)	7.363 (93,6%)

Tabelle 29: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Leistungsträger 2013 bis 2017.

Die Psychotherapien, die Geflüchtete in den Psychosozialen Zentren wahrgenommen haben, wurden also auch 2017 zum großen Teil außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems finanziert. Spenden-, Projekt- und verschiedenste Fördermittel wurden eingesetzt, um die Exklusion psychisch erkrankter Geflüchteter aus dem Regelsystem zu kompensieren. Berücksichtigt man an dieser Stelle, dass das Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren

multimodal konzipiert ist, Psychotherapie also nur einen Teil des Versorgungsangebotes abdeckt, dann ist der Anteil der Leistungen, für die es Refinanzierungsmöglichkeiten gab, noch deutlich geringer. Bei insgesamt 21.418 Klient\*innen beträgt der Anteil der Kostenübernahmen am Gesamtangebot lediglich 2,4 %. Über 97 % des Leistungsspektrums in den Zentren werden also außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems finanziert.

## Zusammenfassung: Anteil der Kostenübernahmen

	Anzahl Kostenübernahmen	Anteil der Kostenübernahmen an allen Psychotherapien (=7.867 Klient*innen)	Anteil der Kostenübernahmen bezogen auf alle Klient*innen 2017 (=21.418 Klient*innen)
Kostenübernahmen durch die Sozialbehörden (für Asylb-LG-Empfänger*innen in den ersten 15 Monaten)	147	1,9%	0,7%
Kostenübernahmen über die Ermächtigung (für Asylb-LG-Empfänger*innen nach den ersten 15 Monaten)	124	1,6%	0,6%
Kostenübernahmen durch die GKV	165	2,1%	0,8%
Kostenübernahmen durch die Jugendämter	68	0,9%	0,3%
Kostenübernahmen für Psychotherapien insgesamt	504	6,4%	2,4%
keine Kostenübernahme	7.363	93,6%	97,6%

Tabelle 30: Zusammenfassung: Anteil der Kostenübernahmen 2017.

## 8.3 Finanzierung psychosozialer Versorgung außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems

Die multiprofessionellen Angebote der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer werden nur zu einem Bruchteil von den Kostenträgern des Gesundheits- und Sozialsystems refinanziert. Alle Psychosozialen Zentren müssen deshalb kontinuierlich aus einem breiten Spektrum von Förderquellen Projektmittel, Stiftungs- und Spendengelder einwerben, um ihre Angebote abzusichern. Sowohl in der Höhe des jährlichen Budgets, das den Zentren zur Verfügung steht, als auch im Hinblick auf die Anzahl und die Art der Förderer unterscheiden sich die Einrichtungen sehr stark.

### Finanzielle Ausstattung der Psychosozialen Zentren

Der jährliche Haushalt eines Psychosozialen Zentrums reicht von noch sehr kleinen Einrichtungen, in denen lediglich eine Teilzeitkraft mit 35.000 € jährlich begonnen hat, den Aufbau des Zentrums zu koordinieren, bis hin zu sehr großen Zentren, die mit einem Haushalt von jährlich über 3 Millionen Euro mehr als 2.000 Klient\*innen versorgen. Die Anzahl der Einrichtungen mit einem so großen Etat ist jedoch überschaubar: Nur 6 Psychosoziale Zentren haushalten mit einem Budget von über einer Million Euro. Etwa der Hälfte der Psychosozialen Zentren

steht pro Jahr ein Budget von bis zu 500.000 ( $n = 17$ ; 46 %) zur Verfügung, bei 38 % der Zentren ( $n = 14$ ) liegt das Budget zwischen 500.000 € und 1 Million Euro.

### Jährlicher Haushalt PSZ

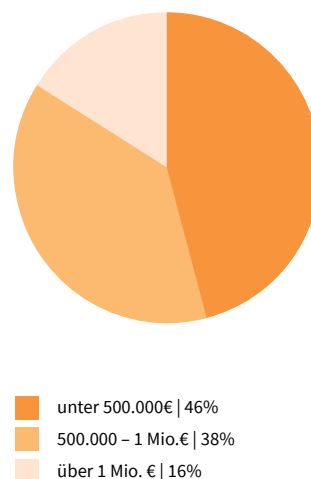


Abb. 63: Finanzielle Ausstattung der Psychosozialen Zentren 2017.

---

## UNTERSCHIEDE IN DER HÖHE DER BUDGETS

Der Median des jährlichen Budgets liegt bei etwa 530.000 €, d. h. die Hälfte der Psychosozialen Zentren hat ein Budget unter dieser Summe, die andere Hälfte ein Budget darüber. Einem durchschnittlichen Psychosozialen Zentrum steht für die Versorgung seiner 579 Klient\*innen und die zahlreichen Netzwerk-, Community- und Sensibilisierungstätigkeiten ein Budget von jährlich rund 739.000 Euro zur Verfügung. Hier sei jedoch angemerkt, dass dieser Mittelwert nur begrenzt geeignet ist, um die Ausstattung der Zentren abzubilden, weil er stark durch die 3 größten Zentren mit mehr als 2 Millionen Euro jährlichem Budget beeinflusst wird. Die Abbildung 64 verdeutlicht, dass über zwei Drittel der Zentren ( $n = 26$ ) unter dem Mittelwert über alle Einrichtungen liegen und nur wenige darüber ( $n = 11$ ). Die Haushaltsgröße ist also deutlich „linkssteil“, d. h. mit einer höheren Zahl an Einrichtungen im Bereich niedrigerer Budgets, verteilt.

### Verteilung des jährlichen Budgets in PSZ

Mittelwert = 739389,50 | Std.-Abw. = 801081,69 |  $N = 37$

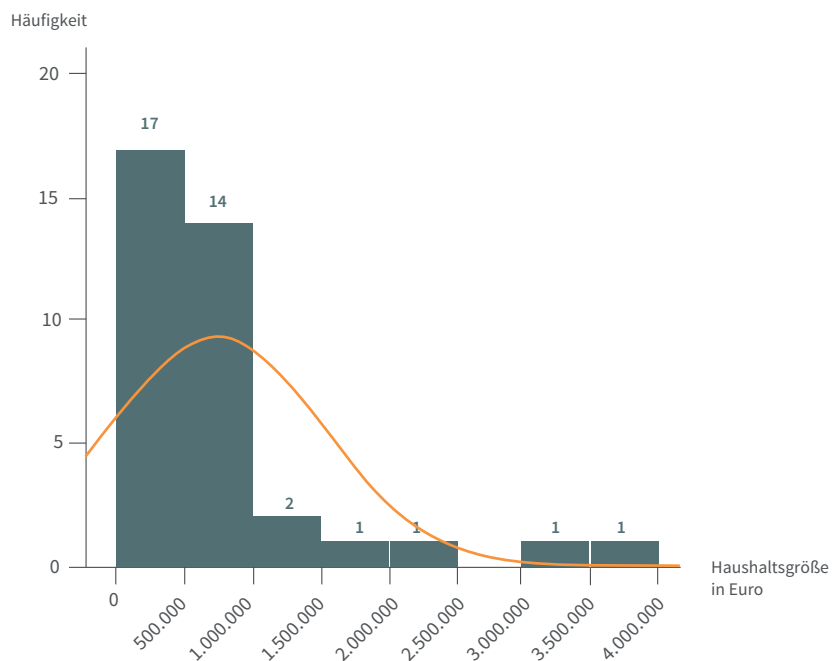


Abb. 64: Finanzielle Ausstattung der Psychosozialen Zentren 2017: Verteilung des jährlichen Budgets in den Zentren.

## Finanzierungsstruktur und Förderanteile

Das Förderspektrum der Psychosozialen Zentren ist in allen Einrichtungen sehr vielfältig. In der Regel haben die Einrichtungen keine Hauptförderer, die zumindest die Hälfte des jährlichen Budgets abdecken, sondern werben bei 10 bis zu über 20 unterschiedlichen Förderquellen Finanzierungsanteile in unterschiedlicher Höhe und mit unterschiedlicher Förderdauer ein.

Den größten Finanzierungsanteil bilden inzwischen die Mittel, die die Landesregierungen für die Psychosozialen Zentren zur Verfügung stellen: Der Anteil der Landesmittel am Gesamtbudget beträgt im Mittel 35,5 %. Es folgen die Mittel aus dem Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) mit einer durchschnittlichen Förderhöhe von 88.500 € und einem Finanzierungsanteil von im

Schnitt 12,5 % sowie die Projektmittel aus dem Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) der Europäischen Union mit durchschnittlich knapp 10 % des Gesamthaushaltes. Die Länder-, die Bundesmittel und der europäische Fonds sind die Hauptförderquellen, aus denen die Psychosozialen Zentren ihre Arbeit finanzieren – gemeinsam werden 58 % des jährlichen Budgets aus diesen Förderquellen beantragt. Alle weiteren Fördermittel, u. a. kommunale Förderungen, Spendengelder, Unterstützung durch die Träger der Einrichtungen, die Wohlfahrtsverbände oder verschiedenste Stiftungen (etwa auch die UNO-Flüchtlingshilfe oder Amnesty International) betragen pro Förderer jeweils (meist deutlich) unter 10 %. Zusammen bilden sie im Schnitt 42 % des restlichen Budgets ab. Der Anteil der Kostenübernahmen durch Sozialbehörden, Krankenkassen und Jugendämter liegt nach wie vor bei unter 5 % des Gesamtbudgets.

	Ø Finanzierungsanteil	Mittelwert	Median	Minimum	Maximum
Landesmittel	35,5%	220.377,66 €	170.000 €	–	795.770 €
Bundesmittel	12,5%	88.525,81 €	67.240 €	–	1.026.432 €
Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds	9,7%	62.331,28 €	–	–	330.000 €
Kommunale Mittel	8,6%	91.262,84 €	25.000 €	–	1.798.188,80 €
Sonstiges	6,2%	60.252,45 €	2.000 €	–	725.275 €
Spenden, Bußgeldfundraising u.ä.	5,6%	55.935,22 €	9.748,50 €	–	626.878,47 €
Finanzierung durch Träger	5%	12.891,89 €	–	–	322.700 €
Kostenübernahmen für Psychotherapien (Sozialamt/ Krankenkassen/ Jugendämter)	4,7%	40.312,88 €	–	–	983.664 €
Stiftungen	4,1%	54.316,53 €	3.000 €	–	769.824 €
Wohlfahrtsverband	3,3%	19.566,94 €	–	–	231.000 €
Amnesty International	2,9%	16.611,14 €	–	–	84.973 €
UNO-Flüchtlingshilfe	1,4%	7.793,22 €	–	–	46.250 €
sonstige EU/internationale Mittel	0,5%	8.133,25 €	–	–	96.018 €
Mitgliedsbeiträge	0,1%	1.078,41 €	–	–	16.356 €

Tabelle 31: Finanzierungsstruktur der Psychosozialen Zentren im Jahr 2017.

## Finanzierungsstruktur PSZ

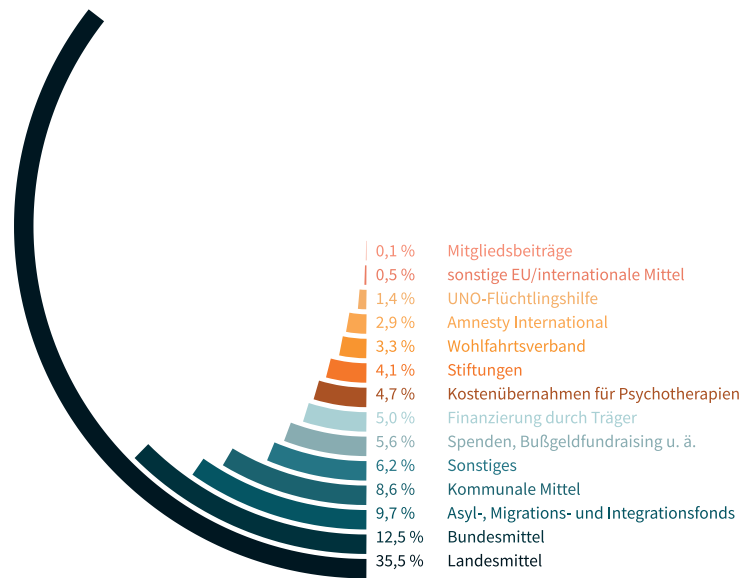


Abb. 65:  
Finanzierungsstruktur der Psychosozialen Zentren im Jahr 2017.

Mit Ausnahme von Kostenübernahmen und Spendengeldern erfolgen alle Förderungen projektbezogen, d. h. mit begrenztem Förderzeitraum (in der Regel über ein Jahr, im Falle der europäischen Fonds bis zu drei Jahre) und bezogen auf spezifische Projekteinhalte, die immer nur einen bestimmten Teil des Versorgungsangebots abdecken. Häufig dürfen über die jeweiligen Förderer auch nur bestimmte „Zielgruppen“ behandelt werden. Im Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF) beispielsweise können Projekte nur entweder zur Versorgung von Asylsuchenden oder aber von anerkannten Flüchtlingen beantragt werden. Ein Psychosoziales Zentrum, das plant, beispielsweise ein gruppentherapeutisches Angebot für geflüchtete Frauen über diese Projektförderung beantragen, kann am Ende nicht diejenigen Frauen in das Behandlungsprogramm aufnehmen, die aufgrund ihres Bedarfs, ihrer biografischen Erfahrungen oder z. B. ihren Sprachkenntnissen am besten in die Gruppe passen, sondern muss eine Vorauswahl über den Aufenthaltsstatus treffen. Geduldete Klient\*innen, die in den Psychosozialen Zentren ein Viertel aller Klient\*innen ausmachen, in einigen Zentren sogar einen Anteil von 60 %, dürfen in Versorgungsangebote, die durch den AMIF gefördert werden, gar nicht mehr (bzw. nur noch in der Förderlinie „Rückkehr“) aufgenommen werden. In vielen Bundesländern dürfen auch die Landesmittel nur für einen eng begrenzten Teil des Leistungsspektrums eingesetzt werden. Einige Länder stellen nur für Beratungsangebote Gelder zur Verfügung, mit der Begründung,

dass Psychotherapie eine Aufgabe des Regelsystems sei; andere Länder wiederum finanzieren im Gegenteil nur Psychotherapien, weil (psycho-)soziale und asylverfahrensbezogene Beratung als Teil der Flüchtlingssozialarbeit andernorts finanziert werde. Die Kriterien, nach denen Landesmittel an die Psychosozialen Zentren vergeben werden, sind sehr uneinheitlich und die Begründungen für die Begrenzung der Förderung auf Menschen mit einem bestimmten Aufenthalt oder auf ein bestimmtes Versorgungsangebot widersprechen sich z. T. über die einzelnen Bundesländer hinweg. Durch die hohe Diversifizierung in der Finanzierungsstruktur können Ausschlüsse durch bestimmte Geldgeber teils durch die Kombination mit anderen Projektgeldern weiterer Förderer ausgeglichen werden. Manche Förderer schließen jedoch bestimmte Arten der Kofinanzierung aus oder knüpfen auch an diese wieder Bedingungen, die nicht immer erfüllt werden können.

Aus den Angaben der Psychosozialen Zentren wurde deutlich, dass inzwischen immer mehr Förderer die Angebote, die sie bezuschussen, eingrenzen. Die Gestaltungsspielräume für bedarfsgerechte Aufnahme- und Versorgungsstrukturen werden enger, die Beantragung aufwändiger und die Indikatoren für das Berichtswesen komplexer. Diese Fragmentierung in der Finanzierungsstruktur der Einrichtungen konterkariert zunehmend den Anspruch, mit multiprofessionell aufgestellten Teams ein auf den individuellen Bedarf zugeschnittenes psychosoziales

Angebot unter einem Dach bereitzustellen. Auch die zeitliche Begrenzung der Projektmittel auf in der Regel ein Kalenderjahr führt in vielen Einrichtungen zu kritischen Situationen. In vielen Regionen mangelt es ohnehin an Fachkräften, die bereit sind, sich auf die herausfordernde Arbeit in einem Psychosozialen Zentrum einzulassen. Befristete Arbeitsverträge, bei denen zum Jahresende wiederholt unsicher bleibt,

ob sie tatsächlich verlängert werden können und ein Lohnniveau, das von einigen Förderern durch Personalkostenpauschalen deutlich unterhalb der tariflichen Bestimmungen z. B. für die Soziale Arbeit oder die Psychotherapie festgelegt wird, machen es schwierig, qualifizierte Fachkräfte zu finden und langfristig zu halten.

*Damit jede\*r Klient\*in das Angebot bekommt, das er\*sie braucht, vereinen die Zentren viele Professionen und Angebote unter einem Dach. So kann für jede\*n flexibel entschieden werden, ob gerade Psychotherapie oder im Moment eher ein aktivitätsorientiertes Angebot das Richtige ist.*

*In der Logik vieler Förderer werden die verschiedenen Angebote aber meistens strikt voneinander getrennt. So kann es passieren, dass für eine Klientin X die Therapie über amnesty international finanziert wird, die Sozialberatung aus Landesmitteln kommt, ein Elterntraining mithilfe eines EU-Projektes und die Begleitung durch Mentor\*innen in einem Aktion-Mensch-Projekt koordiniert wird.*

*Alle Förderer haben eigene Anforderungen und wollen zum Beispiel nur die Begleitung anerkannter oder aber asylsuchender Personen finanzieren, legen eigene Personalkostenpauschalen, Eigenmittelquoten und Abrechnungsstandards fest und wünschen sich eigene Öffentlichkeitsarbeit für ihr Projekt.*

## Entwicklung der Finanzierungssituation in den Psychosozialen Zentren

Das Budget, das die Psychosozialen Zentren für ihre Angebote zur Verfügung haben, ist in den meisten Einrichtungen seit 2015 gestiegen. Das stärkste Wachstum gab es im Vergleich von 2015 zu 2016, als der durchschnittliche Jahreshaushalt pro Zentrum von etwa 419.000 auf etwa 582.000 € angestiegen ist. Im Jahr 2016 lagen erstmalig auch Mittelwert und Median sehr nah beieinander – zuvor wurde das „durchschnittliche Zentrum“ immer stark durch

die größten Einrichtungen beeinflusst, wohingegen ein „typisches Zentrum“ mit einem sehr geringen Budget haushalten musste. Diese Angleichung hat sich jedoch zum aktuellen Erhebungszeitraum wieder relativiert. Der Etat eines „durchschnittlichen Zentrums“ ist zwar weiter gestiegen, um etwa 27 % auf inzwischen fast 740.000 €. Wirft man den Blick jedoch auf den Medianwert, dann zeigt sich keine Veränderung mehr. Das Budget eines „typischen Zentrums“ verbleibt auf dem Niveau des Vorjahres mit etwa 530.000 €.

### Gesamtbudget eines PSZ im Jahresvergleich

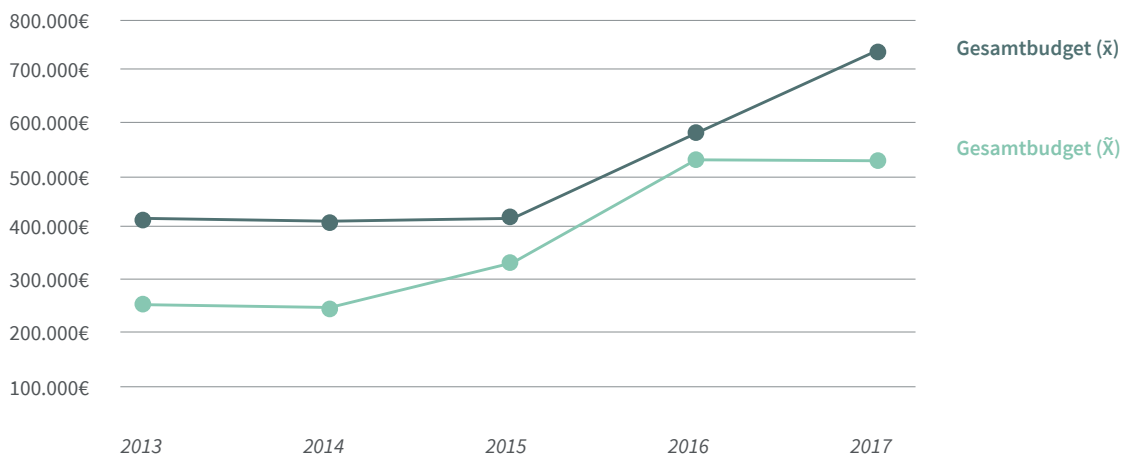


Abb. 66: Entwicklung der finanziellen Ausstattung in einem durchschnittlichen/typischen Zentrum von 2013 bis 2017.

Auch in der Finanzierungsstruktur bzw. den Anteilen der einzelnen Förderer gab es in den letzten Jahren viel Bewegung. Während bis 2015 die europäischen Förderfonds den größten Anteil an den Budgets der Psychosozialen Zentren hatten, sind dies nun die Länder. Die Höhe der Landesmittel ist im letzten Jahr noch einmal deutlich angestiegen (+67 %), wohingegen die europäische Förderung weiter um etwa ein Viertel zurückgegangen ist (-23 %). Einen bedeutsamen Anstieg gab es darüber hinaus bei Projekten, die durch Stiftungen finanziert werden (+154 %). Zum ersten Mal sind 2017 endlich auch die Gelder, die durch Refinanzierungen von Psychotherapien durch die Kostenträger (Sozialbehörden,

Krankenkassen und Jugendämter) in das Budget eingeflossen sind, deutlich angestiegen. Während diese Kostenübernahmen bislang immer bei durchschnittlich etwa 10.000 € jährlich lagen und etwa 2 % des Gesamthaushaltes abbildeten, konnten 2017 von einem durchschnittlichen Psychosozialen Zentrum das Vierfache, etwa 40.000 € pro Jahr, mit den Kostenträgern abgerechnet werden. Mit Blick auf die Veränderungen im Gesamtbudget relativiert sich diese Entwicklung ein wenig. Noch immer machen Kostenübernahmen durch das Gesundheits- und Sozialsystem im Durchschnitt lediglich 5,5 % des Jahreshaushalts aus.

### Anteile der einzelnen Förderer im Jahresvergleich

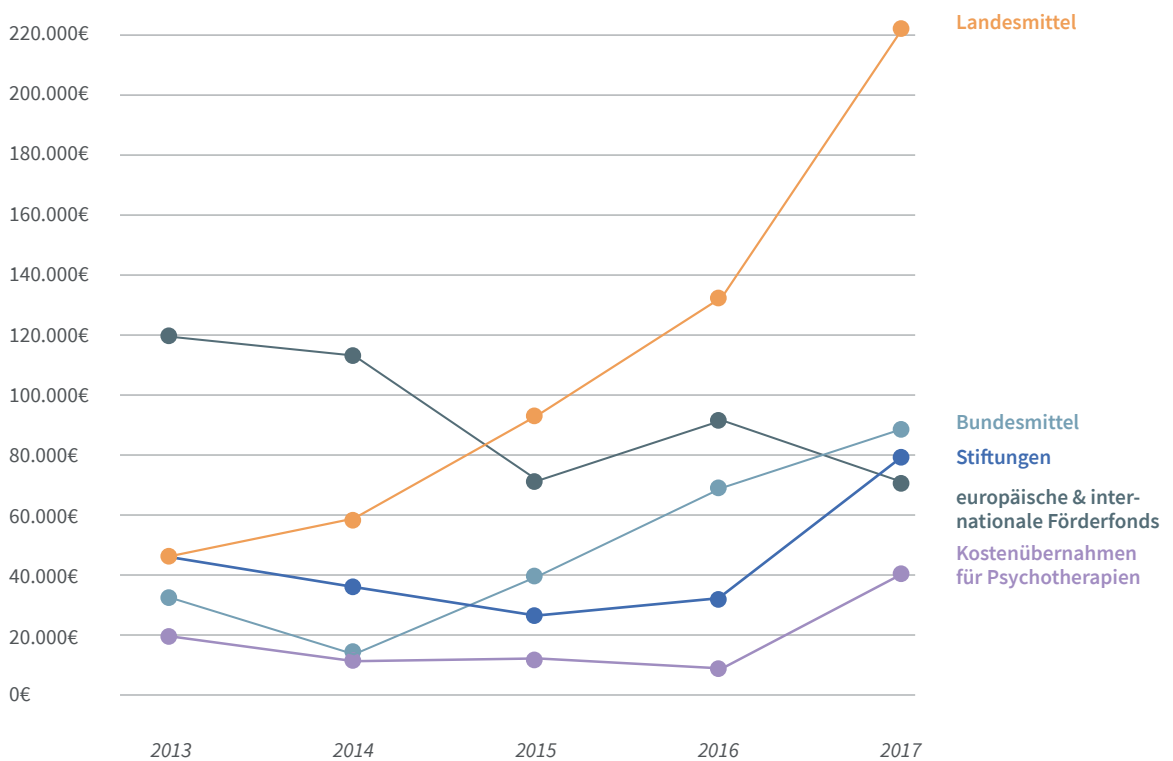


Abb. 67: Entwicklung der Finanzierungsstruktur in einem durchschnittlichen Zentrum von 2013 bis 2017 (ausgewählte Förderer).







## 9. Zusammenfassung und Fazit

Erfahrungen in Verbindung mit Flucht und Migration sind oft geprägt durch schwere Gewalterlebnisse. Dies betrifft Ereignisse sowohl im Herkunftsland, als auch während der Flucht, in Transitländern und nach der Ankunft. Einige Schutzsuchende holen ihre Erinnerungen auch dann noch ein, wenn die Gefahr „objektiv“ bereits vorüber scheint. Traumafolgestörungen wie die Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS), depressive Erkrankungen und Angststörungen kommen bei Geflüchteten häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung (*Kapitel 1 Aktuelles zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten*). Die aufenthaltsrechtliche Unsicherheit und die Unterbringung in Massenunterkünften wirken oft als zusätzliche Belastungs- und Risikofaktoren. Wissenschaftliche Befunde zeigen, dass Menschen, die unter restriktiven Aufnahmebedingungen leben müssen, ein deutlich höheres Erkrankungsrisiko haben als vergleichbare Personengruppen in inklusiven Kontexten (*Kapitel 2 Risiko- und Schutzfaktoren im Kontext der aktuellen Aufnahmebedingungen*). Die Hürden auf dem Weg in ein selbstbestimmtes Leben im Exil sind hoch und vor allem für traumatisierte Geflüchtete manchmal

nicht ohne psychosoziale Unterstützung zu bewältigen. Doch obwohl Asylsuchende häufiger unter psychischen Erkrankungen leiden, finden sie kaum Zugang zu ambulanter Psychotherapie. Zugleich droht mit Konzepten der „schnellen Hilfen“ speziell für die Gruppe der Geflüchteten ein neuer Markt für Gesundheitsversorgung zweiter Klasse zu entstehen (*Kapitel 3 Zugang zum Gesundheitssystem*).

In der Praxis der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer zeigt sich, dass strukturelle Exklusion und die Lebensrealität geflüchteter Klient\*innen einen maßgeblichen Einfluss auf die Behandlung und Beratung hat und auch deren Wirksamkeit mit bedingt. Denn auf die mit einer fehlenden Zukunftsperspektive verbundenen Belastungsfaktoren (Änderung des Aufenthaltsstatus, Abschiebungsandrohung, Veränderung der Wohnsituation, Verlust von Familienangehörigen, usw.) können die Betroffenen und auch die Therapeut\*innen im Rahmen der Therapie nur begrenzt Einfluss nehmen.

” *Seit ich auch Flüchtlinge behandle, weiß ich, was Exklusion bedeutet und was ihnen an Rechten, die ich als selbstverständlich voraussetze, verwehrt wird. Wenn ich einem depressiven Patienten ansonsten empfehlen würde, sich einer Gruppe anzuschließen, beispielsweise einer Schachgruppe, einem Chor, einer Laufgruppe, scheitert dies an der Sprachbarriere und an der sozialen Situation: Am Ortsrand gelegene Wohnheime ohne regelmäßige Busverbindung, mangelnde finanzielle Mittel, um Tickets zu finanzieren. Und einer meiner Patienten darf noch nicht einmal an einem Sprachkurs teilnehmen; er kommt aus dem falschen Land.*

Ghaderi & Keuk, 2017, S. 264

Daher ist die berufsgruppenübergreifende Arbeit von großer Bedeutung: Die Problemlagen von Geflüchteten können nicht von einer Berufsgruppe allein adressiert werden. Um die Anforderungen des Asylverfahrens zu bewältigen, bei der Wohnungssuche zu unterstützen, Behördengänge zu begleiten oder auch einen Sprachkurs zu finden, braucht es die Zusammenarbeit mit Rechtsanwält\*innen, Sozialarbeitenden, mit Ehrenamtlichen und den Kontakt zu anderen Beratungsstellen. Diese multiprofessionelle Herangehensweise hat sich in der Praxis der Psychosozialen Zentren seit zum Teil über vier Jahrzehnten bewährt. An den Bedarfen der Klient\*innen orientiert bieten sie ein diverses Angebotssetting: von Diagnostik und Clearing, Krisenintervention, Einzelpsychotherapien, Verfassen von Stellungnahmen, Sozialberatung wie auch Angeboten für Kinder

und Jugendliche, Gruppenpsychotherapien oder kreative Therapien (*Kapitel 4 Die Arbeit der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer*). Im Jahr 2017 konnten 85 % der Klient\*innen im Beratungssetting und die Hälfte der Klient\*innen zusätzlich durch eine psychotherapeutische Behandlung unterstützt werden. Klient\*innen wurden selten ausschließlich psychotherapeutisch versorgt. Psychotherapie allein ist selten ausreichend, um den komplexen Bedarf der Klient\*innen abzudecken.

## DAS PSYCHOSOZIALE ZENTRUM FÜR FLÜCHTLINGE

In einem „durchschnittlichen Psychosozialen Zentrum“ arbeiten insgesamt 13 Mitarbeiter\*innen, die sich ungefähr 9 Vollzeitstellen „teilen“. Die Mitarbeiter\*innen in den Psychosozialen Zentren sind in der Regel auf Teilzeit-Stellen angestellt. Mit diesem Team konnte ein Durchschnittszentrum etwa 579 Personen unterstützen. Auf der Warteliste eines durchschnittlichen PSZ standen monatlich etwa 72 Geflüchtete. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz im PSZ betrug durchschnittlich 7,3 Monate. Im Schnitt musste ein PSZ 213 Klient\*innen pro Jahr ganz ablehnen, konnte diese Personen also auch nicht auf die Warteliste aufnehmen.

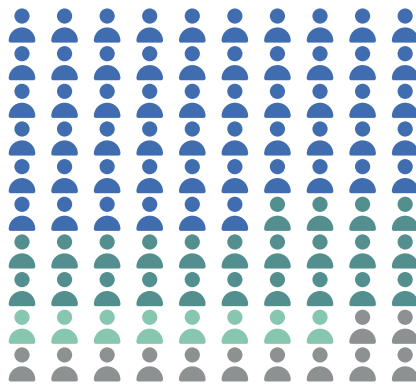
### Das PSZ

13 Mitarbeiter\*innen



9 Vollzeitstellen

579 Klient\*innen



502 in der Beratung

213 in Psychotherapie

72 ausschließlich Psychotherapie

107 in weiteren multimodalen Angeboten

488 erwachsene Klient\*innen
 49 begleitete Kinder und Jugendliche
 42 unbegleitete Minderjährige

72 Personen pro Monat auf der Warteliste

7,3 Monate Wartezeit

16 Geflüchtete pro Monat werden in die Regelversorgung vermittelt

213 Geflüchtete pro Jahr werden abgelehnt

Abb. 68: Das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge – eine Übersicht.

Das breitgefächerte Angebote der PSZ haben im Jahr 2017 insgesamt 21.418 Klient\*innen wahrgenommen (*Kapitel 5 Klient\*innen in den Psychosozialen Zentren*). Damit versorgten alle Psychosozialen Zentren bundesweit gemeinsam mehr als doppelt so viele Menschen wie noch 5 Jahre zuvor. Die Anzahl der Geflüchteten, die in Deutschland leben, hat sich jedoch im gleichen Zeitraum verdreifacht - das Wachstum der Psychosozialen Zentren verlief also nicht proportional zum Anstieg der Anzahl potentiell behandlungsbedürftiger Personen. Der Frage, ob die Angebote, die durch die PSZ und ihr Umfeld vorgehalten werden können, in ausreichender Zahl verfügbar sind, um den Bedarf psychisch belasteter Geflüchteter zu decken, kann sich zum aktuellen

Zeitpunkt nur angenähert werden. Ginge man gemäß der Studienlage davon aus, dass etwa 30 % der Geflüchteten eine Behandlung benötigen, dann wären das für 2017 bei etwa 1,55 Millionen Geflüchteten in Deutschland etwa 465.000 Personen, bei denen ein Behandlungsbedarf abgeklärt und bei Bedarf eine Versorgung erfolgen müsste. Die Psychosozialen Zentren haben über 21.400 Klient\*innen begleitet und außerdem etwa 7.000 Personen in die Regelversorgung vermittelt. Insgesamt werden im Umfeld der Psychosozialen Zentren demnach jedes Jahr etwa 28.400 Geflüchtete versorgt. Das entspräche etwa 6,1 % der potentiell behandlungsbedürftigen Personengruppe.

---

*Ginge man davon aus, dass bei etwa 30 % der in Deutschland lebenden Geflüchteten ein Behandlungsbedarf abgeklärt und ggf. adressiert werden müsste, dann beträgt der Anteil, der von den Psychosozialen Zentren und ihren Partnern in der Regelversorgung abgedeckt wird, lediglich 6,1 %*

---

<b>1.550.000</b>	<i>Geflüchtete in Deutschland 2017</i>
<b>465.000</b>	<i>30% Prävalenz Traumafolgestörung</i>
<b>21.418</b>	<i>Klient*innen in den PSZ</i>
<b>7.013</b>	<i>Vermittlungen in die Regelversorgung</i>
<b>28.431</b>	<i>im Umfeld der PSZ versorgte Klient*innen</i>
<b>6,1%</b>	<i>der potentiell behandlungsbedürftigen Geflüchteten</i>

Wie hoch der Anteil ist, der unabhängig von den Psychosozialen Zentren und den kooperierenden Einrichtungen und Personen ihres Umfeldes übernommen werden kann, ist nicht bekannt. Die Leistungsträger erheben dazu keine Daten und es gibt bislang keine repräsentativen, bundesweiten Erhebungen zur Versorgung von Geflüchteten in der Regelversorgung. Aufgrund der zahlreichen Barrieren, die Geflüchtete im Zugang zum Regelsystem überwinden müssen, ist jedoch davon auszugehen, dass auch dieser Anteil das Verhältnis nicht in relevantem Ausmaß verschieben kann. Die Analyse der Vermittlungszahlen an niedergelassene Kliniken, Fachärzt\*innen oder andere Beratungsstellen (*Kapitel 7 Kapazität der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer*) zeigt, dass es im Vergleich zum Vorjahr wieder schwieriger geworden ist, Personen, die in den Psychosozialen Zentren Unterstützung suchen, in die Regelversorgung zu vermitteln. Die Vermittlungszahlen sind um 11 % zurückgegangen, lediglich im Bereich der Psychotherapie setzt sich ein leichter Anstieg von durchschnittlich 26 auf 33 Vermittlungen pro Jahr und PSZ fort. Die Netzwerk- und Sensibilisierungsarbeit der letzten Jahre scheint sich in diesem Bereich auszuwirken. Auffällig sind hier jedoch die Unterschiede zwischen einzelnen Regionen: Im ländlichen Raum liegt der Medianwert für Vermittlungen an niedergelassene Psychotherapeut\*innen bei 0 Personen. Auch in Ostdeutschland zeigen die Medianwerte, dass pro Zentrum im Jahr lediglich 4 Geflüchtete in eine ambulante Psychotherapie vermittelt werden konnten – die Vermittlungen liegen im Median mehr als zwei Drittel unter denen in den westdeutschen

Bundesländern. Auch die Vermittlungssicherheit unterliegt enormen regionalen Schwankungen: Nicht für alle Personen, die von den Psychosozialen Zentren weiter vermittelt werden, ist gesichert, ob sie auch tatsächlich von den jeweiligen Akteur\*innen versorgt werden. Oft können Klient\*innen zwar z. B. an niedergelassene Psychiater\*innen oder Psychotherapeut\*innen angebunden werden, das Psychosoziale Zentrum ist aber weiterhin im Bereich der sozial- oder asylverfahrensbezogenen Beratung, durch gruppen- oder kreativtherapeutische Angebote involviert und wird durch die Vermittlung nur teilweise entlastet. Der Anteil der Teilvermittlungen ist dabei umso höher, je ländlicher die Region ist. Außerhalb der Metropolen liegt dieser Anteil bei bis zu 70 %.

Vor diesem Hintergrund ist das Verhältnis von Angebot und Nachfrage in den Psychosozialen Zentren nach wie vor sehr angespannt. Die Anzahl der Geflüchteten, die auf einen Platz im Psychosozialen Zentrum warten, hat sich im Vergleich zum Vorjahr um ein Drittel erhöht. Auch die Zeit, die verstreicht, bis eine Person eine Therapie beginnen kann, ist um über einen Monat auf im Durchschnitt 7,3 Monate gestiegen. In den Metropolen, in denen mit 22 Einrichtungen die Mehrzahl der Psychosozialen Zentren ihren Sitz haben, betragen die Wartezeiten im Durchschnitt 9,1 Monate. Damit liegen die Wartezeiten in den PSZ deutlich über der rund 4,6 Monaten, die versicherte Patient\*innen in der Regelversorgung auf eine Psychotherapie warten müssen (BPtK, 2018). Hinzu kommt, dass in Anbetracht der angespannten Versorgungssituation ein großer

Teil der Anfragen gar nicht mehr auf die Warteliste aufgenommen werden kann. 40 % der Anfragen an die Psychosozialen Zentren müssen direkt abgewiesen werden. Das betraf 2017 bundesweit insgesamt über 7.200 Personen. Die Dunkelziffer ist hoch, weil nicht alle Anfragen dokumentiert werden.

Die Kapazitätsdefizite der Psychosozialen Zentren weisen darauf hin, dass ein Ausbau ihrer Angebote notwendig ist. Bislang steht dem vor allem ihre unzureichende und instabile Finanzierungsstruktur im Weg (*Kapitel 8 Finanzierung psychosozialer Versorgung*). Im Gesundheits- und Sozialsystem sind die Leistungen der Psychosozialen Zentren nach wie vor nur mit großen Schwierigkeiten abzurechnen. Fast die Hälfte der Psychotherapien, die die Zentren nach dem Asylbewerberleistungsgesetz bei den Sozialbehörden beantragen, werden abgelehnt. Die Bearbeitungsdauer liegt bei durchschnittlich 5 Monaten. Die Anzahl der PSZ, die mit den Krankenkassen abrechnen, ist bedingt durch den eingeschränkten Leistungsanspruch ihrer Zielgruppe traditionell sehr niedrig – und durch den Umgang der Kassen mit Kostenerstatter\*innen weiter gesunken. Die Ablehnungsquoten sind auch hier sehr hoch: Im Durchschnitt wurden 41 % der Therapieanträge von den Kassen abgelehnt. Insgesamt hat sich hier in den letzten 5 Jahren kaum etwas bewegt. Der Anteil der Psychotherapien, die bundesweit über Sozialbehörden, Krankenkassen oder Jugendämter abgerechnet werden können, liegt seit vielen Jahren zwischen 6 und 8 %. Obwohl 2017 ein Viertel der therapeutisch arbeitenden Psychosozialen Zentren über eine Ermächtigung zur Behandlung von Geflüchteten verfügten, sich dadurch also neue Möglichkeiten zur Abrechnung von Therapien hätten ergeben können, lag auch in diesem Jahr der Anteil der Kostenübernahmen für Therapie-Klient\*innen bei nur 6,4 %. Die strukturellen Hürden und die restriktive Auslegung der Ermächtigungsregelung haben den Kreis der potentiell abrechenbaren Patient\*innen so klein werden lassen, dass das Instrument keinen relevanten Einfluss auf die Versorgungssituation nehmen konnte. Der Großteil der Psychotherapien wird vor diesem Hintergrund mit 93 % nach wie vor durch Projektgelder, Landes- oder Bundesmittel sowie Spenden finanziert. Die Projekte, aus denen die Psychosozialen Zentren ihr Versorgungsangebot finanzieren, sind zeitlich oft sehr eng begrenzt und beschränken sich i.d.R. jeweils nur auf einen kleinen Teil des Versorgungsangebots. Zum Teil können nur Menschen mit einem bestimmten Aufenthaltsstatus abgerechnet werden. In einigen Bundesländern darf die Landesfinanzierung nur für Psychotherapie, in anderen wiederum nur für die Beratung eingesetzt werden. Die Gestaltungsspielräume für bedarfsgerechte Aufnahme- und Versorgungsstrukturen werden enger und die fragmentierte Projektfinanzierung konterkariert den Anspruch, mit multiprofessionell aufgestellten Teams ein auf den je individuellen Bedarf zugeschnittenes psychosoziales Angebot unter einem Dach bereitzustellen.

Die Ergebnisse dieses Berichts zeigen deutlich, dass dem Großteil der Defizite in der Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern nur auf struktureller Ebene begegnet werden kann. Deutschland kommt seiner Leistungspflicht, die sich aus der UN- Antifolterkonvention (Convention against Torture, CAT) ergibt, nicht nach. Durch die Konvention sind die Regierungen aufgefordert, spezialisierte Leistungen für die medizinische, psychologische, rechtliche und soziale Rehabilitation für Opfer von Folter bereitzustellen. Diese Leistungen müssen verfügbar, angemessen und zugänglich sein. Sie können durch die Staaten selbst oder von durch die Staaten unterstützte Nichtregierungsorganisationen (NROs) erbracht werden. In Deutschland haben Geflüchtete, die in ihren Herkunftsländern Opfer von Folter geworden sind, weder Zugang zu den Leistungen des Sozialen Entschädigungsrechts noch einen gleichberechtigten Zugang zum Gesundheitssystem. Auch für die Psychosozialen Zentren gibt es staatlicherseits kein Finanzierungskonzept.

Die Psychosozialen Zentren sind stark von privatem Kapital abhängig. Ihre Partner in der Regelversorgung engagieren sich oft aus humanitären und moralischen Beweggründen. Beide erbringen Regelleistungen der Gesundheits- und psychosozialen Versorgung, deren Finanzierung eigentlich in staatlicher Verantwortung liegt. Deutschland ist völker- und europarechtlich zum Schutz des Rechts auf Gesundheit für jede\*n verpflichtet. Dieser Verpflichtung nachzukommen, hieße, Geflüchteten unabhängig vom Aufenthaltsstatus einen gleichberechtigten Zugang zu den Strukturen des Gesundheitssystems zu gewähren. Gleichberechtigt kann dieser Zugang nur dann sein, wenn er auch die besondere Vulnerabilität geflüchteter Klient\*innen berücksichtigt. Dafür müssten die Leistungsansprüche aus der EU-Aufnahmerichtlinie durch ein bedarfsgerechtes, einheitliches Rahmenkonzept zur Identifizierung und Versorgung vulnerabler Geflüchteter umgesetzt und die Benachteiligung von Geflüchteten durch eine gesetzliche Regelung zur Übernahme von Dolmetscherkosten reduziert werden. Ein solch regulärer, barrierearmer Zugang zur Gesundheitsversorgung würde traumatisierten Geflüchteten erlauben, die Behandlung in Anspruch zu nehmen, die für den Schaden, der ihnen durch Folter, Vergewaltigung oder andere schwere Gewalttaten zugefügt wurde, erforderlich ist. Er ist eine gesundheitspolitische Aufgabe, der sich nicht länger zugunsten migrationspolitischer Erwägungen entzogen werden kann.



# Literatur

- Anderson, M. B. (1999). *Do No Harm: How Aid Can Support Peace - Or War*. Boulder, Colo: Lynne Rienner Publishers.
- Ärzte der Welt, & Refugio München. (2019). *Zwischenevaluierung Versorgungsangebot AnKER Einrichtung Manching Ingolstadt*.
- Aumüller, J., Priska, D., & Biesenkamp, C. (2015). *Die Aufnahme von Flüchtlingen in den Bundesländern und Kommunen. Behördliche Praxis und zivilgesellschaftliches Engagement*. Abgerufen von [https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf\\_import/Studie\\_Aufnahme\\_Fluechtlinge\\_2015.pdf](https://www.bosch-stiftung.de/sites/default/files/publications/pdf_import/Studie_Aufnahme_Fluechtlinge_2015.pdf)
- Baron, J., Drehsen, T., Tahirovic, A., Siami, H., Mohammed, L., & Cordes, T. (2014). *Traumatisiert. Ausgegrenzt. Unterversorgt. Versorgungsbericht zur Situation von Flüchtlingen in Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen*. Abgerufen von <http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2014/04/Traumatisiert.-Ausgegrenzt.-Unterversorgt.-Versorgungsbericht-zur-Situation-in-Ostdeutschland.pdf>
- Belz, M., Belz, M., Özkan, I., & Graef-Calliess, I. T. (2017). *Posttraumatic stress disorder and comorbid depression among refugees: Assessment of a sample from a German refugee reception center*. *Transcultural Psychiatry*, 54(5–6), 595–610. <https://doi.org/10.1177/1363461517745473>
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). *Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review*. *BMC International Health and Human Rights*, 15, 29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Bozorgmehr, K., & Jahn, R. (2019). *Adverse health effects of restrictive migration policies: building the evidence base to change practice*. *The Lancet Global Health*, 7(4), e386–e387. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(19\)30042-7](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(19)30042-7)
- Brensell, A., & Weber, K. (Hrsg.). (2016). *Störungen* (3. Aufl.). Hamburg: Argument Verlag.
- Brücker, H., Croisier, J., Kosyakova, Y., Kröger, H., Pietrantuono, G., Rother, N., & Schupp, J. (2019). *Zweite Welle der IAB-BAMF-SOEP-Befragung. Geflüchtete machen Fortschritte bei Sprache und Beschäftigung*. (Nr. 01/2019). Abgerufen von [https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Kurzanalysen/kurzanalyse1-2019-fortschritte-sprache-beschaeftigung.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Kurzanalysen/kurzanalyse1-2019-fortschritte-sprache-beschaeftigung.pdf?__blob=publicationFile)
- Bundesamt für Migration und Flüchtlinge. (2018). *Bundesamt in Zahlen 2017. Asyl Migration und Integration*. Abgerufen von [http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2017.pdf?\\_\\_blob=publicationFile](http://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Publikationen/Broschueren/bundesamt-in-zahlen-2017.pdf?__blob=publicationFile)
- Bundesärztekammer. (2016). *Stellungnahme der Bundesärztekammer. Anhörung Deutscher Bundestag. 08.06.2016. Antrag der Fraktion DIE LINKE. Medizinische Versorgung für Geflüchtete und Asylsuchende diskriminierungsfrei sichern (BT-Drucksache 18/7413). Antrag der Fraktion BÜNDNIS 90/DIE GRÜNEN Psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen verbessern (BT-Drucksache 18/6067)*. Abgerufen von [https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Versorgung\\_Asylsuchende.pdf](https://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/Stellungnahmen/Versorgung_Asylsuchende.pdf)
- Bundesärztekammer. (2017). *120. Deutscher Ärztetag - Beschlussprotokoll*. Abgerufen von [http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user\\_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt\\_2017-05-26.pdf](http://www.bundesaeztekammer.de/fileadmin/user_upload/downloads/pdf-Ordner/120.DAET/120DaetBeschlussProt_2017-05-26.pdf)
- Bundesministerium des Inneren. (2015). *Referententwurf. Entwurf eines Gesetzes zur Umsetzung des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems*. Abgerufen von [http://fluechtlingsrat-berlin.de/wp-content/uploads/Entwurf\\_Richtlinienumsetzung\\_Asyl\\_011015.pdf](http://fluechtlingsrat-berlin.de/wp-content/uploads/Entwurf_Richtlinienumsetzung_Asyl_011015.pdf)
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2015). *BPTK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen*. Abgerufen von [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916\\_bptk\\_standpunkt\\_psychische\\_erkrankungen\\_fluechtlinge.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf)
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2016). *BPTK-Spezial – Reform der Bedarfsplanung*. Abgerufen von [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20161115\\_bptk-spezial\\_kurswechsel\\_in\\_der\\_bedarfsplanung\\_01-2016-1.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20161115_bptk-spezial_kurswechsel_in_der_bedarfsplanung_01-2016-1.pdf)
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018*. Abgerufen von Bundespsychotherapeutenkammer website: [https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411\\_bptk\\_studie\\_wartezeiten\\_2018.pdf](https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf)
- Bundesregierung. (2018). *Antwort der Bundesregierung: Ergänzende Informationen zur Asylstatistik für das Jahr 2017 – Schwerpunktfragen zu Dublin-Verfahren*. Abgerufen von <http://dipbt.bundestag.de/doc/btd/19/009/1900921.pdf>
- Christoph, W., Baković Jadžić, T., Jeremić, V., Paech, N., Vuković, J., Čaušević, J., ... Buzoli, D. (2016). *Von wegen sicher. Das Konzept der sicheren Herkunftsstaaten in der Kritik*. Abgerufen von [https://www.rosalux.de/fileadmin/rls\\_uploads/pdfs/sonst\\_publicationen/RLS-safe\\_for\\_new\\_2-FIN-295U-DE.pdf](https://www.rosalux.de/fileadmin/rls_uploads/pdfs/sonst_publicationen/RLS-safe_for_new_2-FIN-295U-DE.pdf)
- Cinkaya, F., Schindler, A., & Hiller, W. (2011). *Wenn Therapien vorzeitig scheitern: Merkmale und Risikofaktoren von Abbrüchen in der ambulanten Psychotherapie*. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 224–234. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000121>
- Deutsche Akademie der Naturforscher Leopoldina e. V. – Nationale Akademie der Wissenschaften. (2018). *Traumatisierte Flüchtlinge – schnelle Hilfe ist jetzt nötig*. Abgerufen von [https://www.leopoldina.org/uploads/tx\\_leopublication/2018\\_Stellungnahme\\_traumatisierte\\_Fluechtlinge.pdf](https://www.leopoldina.org/uploads/tx_leopublication/2018_Stellungnahme_traumatisierte_Fluechtlinge.pdf)
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung (2018). *DPTV-Umfrage „Kostenerstattung“ 2017/18*. Abgerufen von <https://www.deutschespsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?elD=dumpFile&t=f&f=6733&token=b35cb86e-b958e21743254658e81c039e67782a82>

- Fazel, M., Reed, R. V., Panter-Brick, C., & Stein, A. (2012). Mental health of displaced and refugee children resettled in high-income countries: risk and protective factors. *The Lancet*, 379(9812), 266–282. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(11\)60051-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)60051-2)
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., ... Wöller, W. (2011). S3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3, 202–210.
- Flory, L., Schriefers, S., Baron, J., Drehsen, T., Sandring, N., Hannemann, M., ... Karagöl, J. (2016). Abgewiesen. Weitergeschick. Vertröstet. Verloren im deutschen Gesundheitssystem. Versorgungsbericht zur Situation von Geflüchteten in den Bundesländern Brandenburg, Mecklenburg-Vorpommern, Sachsen, Sachsen-Anhalt und Thüringen. Abgerufen von <http://www.baff-zentren.org/news/abgewiesen-weitergeschick-vertroestet/>
- Frank, L., Yesil-Jürgens, R., Razum, O., Bozorgmehr, K., Schenk, L., Gilsdorf, A., ... Lampert, T. (2017). Gesundheit und gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden und Flüchtlingen in Deutschland. In *Journal of Health Monitoring* (Bd. 2). <https://doi.org/10.17886/RKI-GBE-2017-005>
- Gavranidou, M., Niemiec, B., Magg, B., & Rosner, R. (2008). Traumatische Erfahrungen, aktuelle Lebensbedingungen im Exil und psychische Belastung junger Flüchtlinge. *Kindheit und Entwicklung*, 17(4), 224–231. <https://doi.org/10.1026/0942-5403.17.4.224>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2018). Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“. Abgerufen von [https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20\\_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf](https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf)
- Georgiadou, E., Zbidat, A., Schmitt, G. M., & Erim, Y. (2018). Prevalence of Mental Distress Among Syrian Refugees With Residence Permission in Germany: A Registry-Based Study. *Frontiers in Psychiatry*, 9, 393. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00393>
- Göpfarth, D., & Bauhoff, S. (2017b). Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden - Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER [Health Care Services for Asylum-Seekers - Evidence from Claims Data of the BARMER Insurance Plan]. In U. Repschläger, C. Schulte, & N. Osterkamp (Hrsg.), *Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell* (S. 32–65). Abgerufen von <https://www.barmer.de/blob/133064/111932f27abc3b54594874d07a668a8a/data/dl-3-gesundheitliche-versorgung-von-asylsuchenden-untersuchungen-anhand-von-abrechnungsdaten-der-barmer.pdf>
- Groß, E., Zick, A., & Krause, D. (2012). Von der Ungleichwertigkeit zur Ungleichheit: Gruppenbezogene Menschenfeindlichkeit. *Aus Politik und Zeitgeschichte*, 16(17), 11–18.
- Habel, U., & Gutknecht, S. (2018). Evaluation des In2Balance Modellprojekts zur Unterstützung von traumabelasteten Flüchtlingen durch geschulte LaienhelferInnen für Düsseldorf. Aachen: Uniklinik RWTH Aachen.
- Hager, N., & Baron, J. (2017). Eine Frage von Glück und Zufall. Zu den Verfahrensgarantien für psychisch Kranke oder Traumatisierte im Asylverfahren. *Beilage zum Asylmagazin* 7-8/2017, 17–26.
- Helbig-Lang, S. (2009). Veränderungsrelevante Prozesse jenseits psychotherapeutischer Sitzungen: Konzeption, Beschreibung und Ansätze für ein optimiertes therapeutisches Vorgehen. (Universität Dresden). Abgerufen von <http://www.qucosa.de/fileadmin/data/qucosa/documents/372/1241957820917-6238.pdf>
- Hohlfeld, T. (2019). IST-Zahlen in Deutschland lebender Flüchtlinge. Angaben des AZR. Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen der LINKEN (Ulla Jelpke u.a.): BT-Drs. 16/8321, 16/12029, 17/642, 17/4791, 17/8547, 17/12457, 18/1033, 18/3987, 18/5862, 18/7800, 18/9556, 18/11388, 18/13537, 18/136, 19/633, 19/3860, 19/8258. Abgerufen von [https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user\\_upload/PDF\\_Dokumente/2019/190318\\_KA\\_Zahlen\\_in\\_Deutschland\\_lebender\\_Fluechtlinge.pdf](https://www.linksfraktion.de/fileadmin/user_upload/PDF_Dokumente/2019/190318_KA_Zahlen_in_Deutschland_lebender_Fluechtlinge.pdf)
- Ingenkamp, K. (2015). Zur Konstruktion psychischer Erkrankungen durch die Förderung seelischer Gesundheit am Beispiel der Selbsthilfegruppen. In R. Anhorn & M. Balzereit, *Handbuch Therapeutisierung und Soziale Arbeit* (1. Aufl. 2016, S. 781–802). Wiesbaden: Springer VS.
- Initiative Hochschullehrender zu Sozialer Arbeit in Gemeinschaftsunterkünften. (2016). Positionspapier: Soziale Arbeit mit Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften. Professionelle Standards und sozialpolitische Basis. Abgerufen von [https://www.fluechtlingssozialarbeit.de/Positionspapier\\_Soziale\\_Arbeit\\_mit\\_Gefl%C3%BChteten.pdf](https://www.fluechtlingssozialarbeit.de/Positionspapier_Soziale_Arbeit_mit_Gefl%C3%BChteten.pdf)
- Inter-Agency Standing Committee. (2007). IASC Guidelines on Mental Health and Psychosocial support in Emergency settings. Abgerufen von [http://www.who.int/mental\\_health/emergencies/guidelines\\_iasc\\_mental\\_health\\_psychosocial\\_june\\_2007.pdf](http://www.who.int/mental_health/emergencies/guidelines_iasc_mental_health_psychosocial_june_2007.pdf)
- Jacobi, F., Becker, M., Bretschneider, J., Müllender, S., Thom, J., Hapke, U., & Maier, W. (2016). Ambulante fachärztliche Versorgung psychischer Störungen. *Der Nervenarzt*, 87(11), 1211–1221. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0147-4>
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... Wittchen, H.-U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung: Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland und ihr Zusatzmodul Psychische Gesundheit (DEGS1-MH). 85(1), 77–87. <https://doi.org/10.1007/s00115-013-3961-y>
- Jacobi, F., Uhlmann, S., & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie?: Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 246–256. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000122>
- Jain, S., McLean, C., Adler, E. P., Lindley, S. E., Ruzek, J. I., & Rosen, C. S. (2014). Does the Integration of Peers into the Treatment of Adults with Posttraumatic Stress Disorder Improve Access to Mental Health Care? A Literature Review and Conceptual Model. *Traumatic Stress Disorders & Treatment*, 2013. <https://doi.org/10.4172/2324-8947.1000109>



- Juárez, S. P., Honkaniemi, H., Dunlavy, A. C., Aldridge, R. W., Barreto, M. L., Katikireddi, S. V., & Rostila, M. (2019). Effects of non-health-targeted policies on migrant health: a systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*, 7(4), e420–e435.
- Karpenstein, J., & Klaus, T. (2019, Mai). Die Situation unbegleiteter minderjähriger Flüchtlinge in Deutschland. Abgerufen von [https://b-umf.de/src/wp-content/uploads/2019/05/2019\\_05\\_20\\_auswertung-bumf-online-umfrage-2018.pdf](https://b-umf.de/src/wp-content/uploads/2019/05/2019_05_20_auswertung-bumf-online-umfrage-2018.pdf)
- Kessler, R. C., Sonnega, A., Bromet, E., Hughes, M., & Nelson, C. B. (1995). Posttraumatic stress disorder in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, 52(12), 1048–1060.
- Keuk, E. van, Ghaderi, C., Joksimovic, L., & David, D. M. (2010). Diversity: Transkulturelle Kompetenz in klinischen und sozialen Arbeitsfeldern. Stuttgart: Kohlhammer W., GmbH.
- Kröger, C., Frantz, I., Friel, P., & Heinrichs, N. (2016). Posttraumatische und depressive Symptomatik bei Asylsuchenden. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 66(09/10), 377–384. <https://doi.org/10.1055/s-0042-114045>
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., van der Tweel, I., & De Jong, J. T. V. M. (2005). Postmigration living problems and common psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in the Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 193(12), 825–832. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000188977.44657.1d>
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von, Wehrwein, A., Brähler, E., & Schäfer, I. (2018). Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 68(01), 22–29. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103344>
- Maercker, A., Heim, E., Hecker, T., & Thoma, M. V. (2017). Soziale Unterstützung nach Traumatisierung. *Der Nervenarzt*, 88(1), 18–25. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0242-6>
- medico international. (2000). Schnelle Eingreiftruppe Seele. Abgerufen von [https://www.medico.de/download/mi\\_report-20-scan.pdf](https://www.medico.de/download/mi_report-20-scan.pdf)
- migazin. (2018, Januar 15). Statistik für 2017. Bearbeitungsdauer von Asylanträgen deutlich gestiegen. *migazin*. Abgerufen von <http://www.migazin.de/2018/01/15/statistik-2017-bearbeitungsdauer-asylantraege-deutlich-gestiegen/>
- Mucker, J., Bautz, W., & Hadzic, E. (2018). Rahmenbedingungen für Psychotherapie und Beratung unter Einsatz von Sprachmittlern und Sprachmittlerinnen. In *Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen* (S. 25–28). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Multmeier, J., & Tenckhoff, B. (2014). Psychotherapeutische Versorgung: Autonome Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. *Dtsch Arztebl*, 111, 438–440. <https://cdn.aerzteblatt.de/pdf/111/11/a438.pdf>
- Neumeier, S. (2017). Regionale Erreichbarkeit von ausgewählten Fachärzten, Apotheken, ambulanten Pflegediensten und weiteren ausgewählten Medizindienstleistungen in Deutschland – Abschätzung auf Basis des Thünen-Erreichbarkeitsmodells (Nr. 77). Abgerufen von Thünen-Institut für Ländliche Räume website: <http://d-nb.info/1139782606/>
- Pieper, T. (2008). *Die Gegenwart der Lager: Zur Mikrophysik der Herrschaft in der deutschen Flüchtlingspolitik* (2. Auflage.). Münster: Westfälisches Dampfboot.
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- Pro Asyl. (2019). Fakten, Zahlen, Argumente. Abgerufen von ProAsyl website: <https://www.proasyl.de/thema/fakten-zahlen-argumente/>
- Püschner, F., Fleischmann, J., & Diewald, V. (2010, Oktober). Wartezeiten in der regionalen psychiatrischen Versorgung aus Patienten – und Leistungserbringersicht – am Beispiel des Rhein – Kreis Neuss. Gehalten auf der 9. Deutschen Kongress für Versorgungsforschung, Bonn.
- Razum, O., Wenner, J., & Bozorgmehr, K. (2016). Wenn Zufall über den Zugang zur Gesundheitsversorgung bestimmt: Geflüchtete in Deutschland. *Das Gesundheitswesen*, 78(11), 711–714. <https://doi.org/10.1055/s-0042-116231>
- Rommel, A., Bretschneider, J., Kroll, L. E., Prütz, F., & Thom, J. (2017). Inanspruchnahme psychiatrischer und psychotherapeutischer Leistungen – Individuelle Determinanten und regionale Unterschiede. *Journal of Health Monitoring*, 2(4). <https://doi.org/10.1055/s-0038-1667953>
- Sachverständigenrat deutscher Stiftungen für Integration und Migration. (2019). Jahresgutachten 2019. *Bewegte Zeiten: Rückblick auf die Integrations- und Migrationspolitik der letzten Jahre*. Abgerufen von <https://www.svr-migration.de/jahresgutachten/>
- Sander, M., Albrecht, M., Stengel, V., Moellenkamp, M., Loos, S., & Igl, G. (2017). Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen. Studie für den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege. Abgerufen von [https://www.researchgate.net/publication/317835621\\_Leistungsbewilligungen\\_und\\_ablehnungen\\_durch\\_Krankenkassen](https://www.researchgate.net/publication/317835621_Leistungsbewilligungen_und_ablehnungen_durch_Krankenkassen)
- Schader, M., Rohmann, T., & Münch, S. (2018). Isolation im Gesetz verankern? Zu den Plänen der großen Koalition, zentrale Aufnahme-, Entscheidungs- und Rückführungseinrichtungen einzuführen. *Zeitschrift für Flüchtlingsforschung*, 2(1), 91–107. <https://doi.org/10.5771/2509-9485-2018-1-91>
- Schang, L., Kopetsch, T., & Sundmacher, L. (2017). Zurückgelegte Wegzeiten in der ambulanten ärztlichen Versorgung in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(12), 1383–1392. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2643-5>

- Schießl, S. (2018). AnKER-Zentren: „Normalfall“ Lager? Die Institutionalisierung der Abgrenzung. Abgerufen von <https://www.nds-fluerat.org/themen/aufnahme/anker/>
- Schriefers, S., & Hadzic, E. (Hrsg.). (2018). Sprachmittlung in Psychotherapie und Beratung mit geflüchteten Menschen. Wege zur transkulturellen Verständigung. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schröder, H., Zok, K., & Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. *WidOmonitor*, 1, 1–20.
- Schulz, M., Schulz, M., Bätzing-Feigenbaum, J., & Von Stillfried, D. (2015). Vertragsärzte und -psychotherapeuten je 100.000 Einwohner im Jahr 2013 nach Bedarfsplanungsfachgebieten und -regionen. *Versorgungsatlas-Bericht*, 15(2). <https://doi.org/10.20364/VA-15.02>
- Söhn, J., Birke, P., Bluhm, F., Marquardsen, K., Prekodravac, M., Vogel, B., & Prahms, A. (2017). Erfolgsfaktoren für die Integration von Flüchtlingen. Abgerufen von [https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-484-erfolgsfaktoren-integration-fluechtlinge.pdf;jsessionid=05121551594B57E453E483AC96BAF335?\\_\\_blob=publicationFile&v=3](https://www.bmas.de/SharedDocs/Downloads/DE/PDF-Publikationen/Forschungsberichte/fb-484-erfolgsfaktoren-integration-fluechtlinge.pdf;jsessionid=05121551594B57E453E483AC96BAF335?__blob=publicationFile&v=3)
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of torture and other potentially traumatic events with mental health outcomes among populations exposed to mass conflict and displacement: a systematic review and meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537–549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
- Tajfel, H., Billig, M. G., Bundy, R. P., & Flament, C. (1971). Social categorization and intergroup behaviour. *European journal of social psychology*, 1(2), 149–178.
- Tossmann, P., Eiling, A., & Brehm, M. (2015). Kurzzeittherapie – ein Instrument zur Verbesserung der psychotherapeutischen Versorgung? *Psychotherapeutenjournal*, 14(3), 247–250.
- Voigtländer, S., & Deiters, T. (2015). Mindeststandards für die räumliche Erreichbarkeit hausärztlicher Versorgung: Ein systematischer Review. *Das Gesundheitswesen*, 77(12), 949–957. <https://doi.org/10.1055/s-0035-1548805>
- Wagner, U. (2017). Geflüchtete und wir – sozialpsychologische Perspektiven. In C. Ghaderi & T. Eppenstein (Hrsg.), *Flüchtlinge - Multiperspektivische Zugänge* (S. 169–191).
- Walther, L., Fuchs, L. M., Schupp, J., & von Scheve, C. (2019). Living conditions and the mental health and well-being of refugees: Evidence from a large-scale German panel study. Abgerufen von SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research website: [https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw\\_01.c.617830.de/diw\\_sp1029.pdf](https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.617830.de/diw_sp1029.pdf)
- Winkler, J., Brandl, E., Bretz, H., Heinz, A., & Schouler-Ocak, M. (2019). Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. *Psychiatrische Praxis*, 46(04), 191–199. <https://doi.org/10.1055/a-0806-3568>
- Wolf, V., & van Keuk, E. (2018). Nach der Flucht das Gleichgewicht wiederfinden. Erfahrungen aus dem Düsseldorfer Modellprojekt „In2Balance – Laienhilfe für Geflüchtete zur psychischen Stabilisierung“. *Ärztliche Psychotherapie*, 13(2), 103–108.
- Wöllner, W. (2016). Trauma-informierte Peer-Beratung in der Versorgung von Flüchtlingen mit Traumafolgestörungen. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 66(09/10), 349–355. <https://doi.org/10.1055/s-0042-114992>
- World Health Organisation. (2018). Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No public health without refugee and migrant health. Abgerufen von <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>
- World Health Organization, War Trauma Foundation, World Vision, & International. (2011). *Psychological first aid: Guide for field workers*. Abgerufen von [http://www.who.int/mental\\_health/publications/guide\\_field\\_workers/en/](http://www.who.int/mental_health/publications/guide_field_workers/en/)
- Zick, A., Küpper, B., & Hövermann, A. (2011). Die Abwertung der Anderen. Eine europäische Zustandsbeschreibung zu Intoleranz, Vorurteilen und Diskriminierung. Abgerufen von: [https://pub.uni-bielefeld.de/download/2018599/2269237/Zick\\_Kup\\_per\\_2011.pdf](https://pub.uni-bielefeld.de/download/2018599/2269237/Zick_Kup_per_2011.pdf)





# Verzeichnisse

## Abbildungsverzeichnis

Abb. 1: Psychisches Wohlbefinden im Vergleich zwischen Bevölkerungsdurchschnitt und geflüchteten Menschen. _____	12
Abb. 2: Depressive Symptome im Vergleich beim Bevölkerungsdurchschnitt und bei geflüchteten Menschen. _____	13
Abb. 3: Risikogruppe Posttraumatische Belastungsstörung bei geflüchteten Männern und Frauen. _____	13
Abb. 4: Anzahl der Krankenhaushauptdiagnosen je 1.000 Personen bei Asylsuchenden vs. Regelversicherten. _____	30
Abb. 5: Prävalenz psychischer Erkrankungen je 1.000 Personen in Prozent. _____	30
Abb. 6: Indikatoren der Inanspruchnahme. _____	31
Abb. 7: Die Trägerschaften der Psychosozialen Zentren. _____	46
Abb. 8: Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland. _____	47
Abb. 9: Versorgungsangebote der PSZ 2017. _____	52
Abb. 10: Angebote der PSZ über die Versorgung von Klient*innen hinaus. _____	53
Abb. 11: Verteilung der Klient*innen-Zahlen in den Psychosozialen Zentren 2017. _____	60
Abb. 12: Anzahl der Klient*innen, differenziert nach 4 Regionstypen im Jahr 2017. _____	61
Abb. 13: Anzahl der Klient*innen im Jahr 2017 in „älteren“ und „jüngeren“ PSZ. _____	61
Abb. 14: Verteilung des Anteils von Beratungs- bzw. Therapie klient*innen an allen Klient*innen in den 37 PSZ. _____	63
Abb. 15: Die 10 Hauptherkunftsstaaten der Klient*innen in den PSZ im Jahr 2017. _____	64
Abb. 16: Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen in den PSZ 2017. _____	67
Abb. 17: Kinder und Jugendliche in den PSZ 2017. _____	69
Abb. 18: Durchschnittliche Anzahl der minderjährigen Klient*innen in einem PSZ 2013 bis 2017. _____	69
Abb. 19: Gesamtanzahl der minderjährigen Klient*innen in allen PSZ von 2013 bis 2017. _____	70
Abb. 56-57: <i>Wie schätzen Sie die Situation in Bezug auf die Gesundheitsversorgung bei physischen bzw. psychischen Erkrankungen und Problemen bei Ihnen vor Ort ein?</i> _____	72
Abb. 20: Verteilung der Klient*innen, die ausschließlich therapeutisch angebunden sind. _____	79
Abb. 21: Psychotherapie-Settings in den PSZ 2017. _____	80
Abb. 22: Durchschnittlicher Anteil der Therapie-Klient*innen im Gruppensetting 2017, differenziert nach Regionstypen. _____	81
Abb. 23: Klient*innen in Kurz- oder Langzeittherapien in den PSZ im Jahr 2017. _____	82
Abb. 24: Anteil der PSZ mit psychiatrischer Versorgung im Jahr 2017. _____	83
Abb. 25: Neuaufnahmen in einem durchschnittlichen Zentrum von 2013 bis 2017. _____	85
Abb. 26: Anzahl der Klient*innen in den Angeboten eines „durchschnittlichen Zentrums“ im Jahresvergleich. _____	86
Abb. 27: Gesamtanzahl aller Klient*innen in den 37 PSZ von 2013 bis 2017. _____	87
Abb. 28: Mitarbeitende in den PSZ 2017, differenziert nach Etablierung und Region. _____	91
Abb. 29: Mitarbeiter*innen in einem „Durchschnitts-PSZ“. _____	91
Abb. 30: Psychotherapeut*innen in den PSZ 2017. _____	93
Abb. 31: Approbation der Therapeut*innen in den einzelnen Verfahren 2017. _____	94
Abb. 32: Ehrenamtliches Engagement für die PSZ von 2013 bis 2017. _____	96
Abb. 33: Durchschnittliche Anzahl der festen Mitarbeiter*innen in den PSZ von 2013 bis 2017. _____	97
Abb. 34: Angaben zur Aufnahmepraxis für neue Klient*innen in den PSZ. _____	100
Abb. 35: Anmeldung von Klient*innen in den PSZ 2017. _____	101
Abb. 36: Aufnahmekriterien in den PSZ 2017. _____	102
Abb. 37: Unterschiede in den typischen Wartezeiten (Md) in städtischen/ländlichen Regionen. _____	104
Abb. 38: Unterschiede in den typischen Wartezeiten (M), differenziert nach Regionstypen. _____	105
Abb. 39: Durchschnittliche Wartezeit (in Monaten) auf Richtlinienpsychotherapie im Vergleich zur Wartezeit in PSZ. _____	106

Abb. 40: Klient*innen auf der Warteliste pro Monat, bundesweit. _____	107
Abb. 41: Durchschnittliche Anzahl der Klient*innen auf der Warteliste pro Monat in einem Zentrum. _____	107
Abb. 42: Entwicklung der Wartezeit auf einen Therapieplatz in Monaten von 2013 bis 2017. _____	107
Abb. 43: Ablehnungen pro Jahr (bundesweit) von 2013 bis 2017. _____	109
Abb. 44: Entwicklung von Ablehnungen, Personen auf der Warteliste und Wartezeit in Relation zueinander. _____	109
Abb. 45: Vertragsärzt*innen und -psychotherapeut*innen je 100.000 Einwohner nach Bedarfs- planungs-fachgebieten und -regionen, 2013 _____	110
Abb. 46: Durchschnittliche Entfernung zum*zur nächsten Psychiater*in. _____	112
Abb. 47: Einzugsgebiet der Psychosozialen Zentren im Jahr 2017. _____	112
Abb. 48: Durchschnittliche Anfahrtswege der Klient*innen in den PSZ im Jahr 2017. _____	114
Abb. 49: Vermittlungen in die Regelversorgung in einem durchschnittlichen PSZ (pro Monat) _____	115
Abb. 50: Jährliche Vermittlungszahlen eines durchschnittlichen PSZ 2017. _____	115
Abb. 51: Durchschnittliche Anzahl der jährlichen Vermittlungen an Psychotherapeut*innen 2017 im Vergleich. _____	117
Abb. 52: Entwicklung der Vermittlungszahlen in einem durchschnittlichen PSZ von 2013 bis 2017. _____	118
Abb. 53: Entwicklung der Vermittlungszahlen aller 37 PSZ von 2013 bis 2017 _____	119
Abb. 54: Anteile verschiedener Vermittlungsarten im Jahr 2017. _____	120
Abb. 55: Unterschiede in der Vermittlungssicherheit, differenziert nach Regionstyp 2017. _____	121
Abb. 56: Entwicklung der Vermittlungssicherheit von 2013 bis 2017. _____	121
Abb. 57: Leistungsansprüche Geflüchteter im Bereich der Gesundheitsversorgung. _____	126
Abb. 58: Ablehnung von Psychotherapien: AsylbLG vs. GKV. Bearbeitungsdauer vs. Bearbeitungsfrist. _____	128
Abb. 59: Anteile der PSZ mit und ohne Ermächtigung (persönliche u. institutionelle) im Jahr 2017. _____	130
Abb. 60: Durchschnittliche Ablehnungsquoten für Therapieanträge 2017. _____	134
Abb. 61: Entwicklung der durchschnittlichen Ablehnungsquoten für Therapieanträge von 2015 bis 2017. _____	134
Abb. 62: Kostenübernahmen für Psychotherapien von 2013 bis 2017. _____	135
Abb. 63: Finanzielle Ausstattung der Psychosozialen Zentren 2017. _____	136
Abb. 64: Finanzielle Ausstattung der Psychosozialen Zentren 2017: Verteilung des jährlichen Budgets in den Zentren. _____	137
Abb. 65: Finanzierungsstruktur der Psychosozialen Zentren im Jahr 2017. _____	139
Abb. 66: Entwicklung der finanziellen Ausstattung in einem durchschnittlichen/typischen Zentrum von 2013 bis 2017. _____	140
Abb. 67: Entwicklung der Finanzierungsstruktur in einem durchschnittlichen Zentrum von 2013 bis 2017 (ausgewählte Förderer). _____	141
Abb. 68: Das Psychosoziale Zentrum für Flüchtlinge – eine Übersicht. _____	145

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Anzahl der Klient*innen, die 2017 von den 37 PSZ versorgt wurden. _____	59
Tabelle 2: Klient*innen in den Versorgungsangeboten der PSZ im Jahr 2017. Die meisten Klient*innen sind in mehreren Angeboten angebunden, daher ergeben die prozentualen Anteile nicht 100%. _____	62
Tabelle 3: Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen in den PSZ 2017. _____	67
Tabelle 4: Kinder und Jugendliche in den PSZ 2017. _____	68
Tabelle 5: Durchschnittliche Anzahl der minderjährigen Klient*innen in einem PSZ 2013 bis 2017. _____	69
Tabelle 6: Klient*innen in Psychotherapie 2017. _____	79
Tabelle 7: Anzahl, Frequenz und Dauer der psychiatrischen Versorgung der PSZ im Jahr 2017. _____	84
Tabelle 9: Gesamtanzahl aller Klient*innen in den 37 PSZ von 2013 bis 2017. _____	86
Tabelle 10: Entwicklung der Flüchtlingszahlen und der Klient*innen-Zahlen in den PSZ von 2013 bis 2017. _____	87
Tabelle 11: Mitarbeitende in den PSZ 2017. _____	90
Tabelle 12: Anzahl der angestellten Mitarbeiter*innen in allen Zentren, dem durchschnittlichen und typischen Zentrum in den verschiedenen Arbeitsfeldern im Jahr 2017. _____	92
Tabelle 13: Psychotherapeut*innen in den PSZ 2017. _____	93
Tabelle 14: Approbation der Therapeut*innen in den einzelnen Verfahren 2017. _____	94

Tabelle 15: Anzahl der freien Mitarbeiter*innen in den PSZ 2017. _____	95
Tabelle 16: Anzahl der Minijobs, Praktikant*innen und Ehrenamtlichen im Jahr 2017. _____	96
Tabelle 17: Wartezeiten in den PSZ 2017. _____	103
Tabelle 18: Unterschiede in den mittleren Wartezeiten (M) in städtischen/ländlichen Regionen. _____	104
Tabelle 19: Unterschiede in den mittleren Wartezeiten (M) Wartezeiten, differenziert nach Regionstypen. _____	105
Tabelle 20: Wegzeiten zu Hausärzt*innen, Psychotherapeut*innen & Nervenärzt*innen in PKW-Fahrzeitminuten. _____	111
Tabelle 21: Jährliche Vermittlungszahlen aus den PSZ 2017. _____	116
Tabelle 22: Antragspraxis in den PSZ 2017. _____	127
Tabelle 23: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Sozialbehörden im Jahr 2017. _____	128
Tabelle 24: Zusammenfassung: Kostenübernahmen für Psychotherapien, Sprach- und Fahrtmittelkosten durch die Sozialbehörden im Jahr 2017. _____	129
Tabelle 25: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Ermächtigung im Jahr 2017 _____	130
Tabelle 26: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Krankenkassen im Jahr 2017. _____	132
Tabelle 27: Kostenträger für Psychotherapien bei minderjährigen & jungen volljährigen Klient*innen. _____	132
Tabelle 28: Antrags- und Bewilligungszahlen für Psychotherapien, Sprach- und Fahrtmittelkosten durch die Jugendämter im Jahr 2017. _____	133
Tabelle 29: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Leistungsträger 2013 bis 2017. _____	135
Tabelle 30: Zusammenfassung: Anteil der Kostenübernahmen 2017. _____	136
Tabelle 31: Finanzierungsstruktur der Psychosozialen Zentren im Jahr 2017. _____	138



# Adressenverzeichnis

In der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sind derzeit folgende 41 Mitgliedszentren vertreten (nach Bundesländern sortiert):

## Baden-Württemberg

**BFU Ulm** – Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm  
Wagnerstr. 65 | 89077 Ulm  
[www.bfu-ulm.de](http://www.bfu-ulm.de)

**PBV Stuttgart** – Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene  
Schloßstraße 76 | 70176 Stuttgart  
[www.eva-stuttgart.de/unsere-angebote/angebot/psychologische-beratungsstelle-pbv/](http://www.eva-stuttgart.de/unsere-angebote/angebot/psychologische-beratungsstelle-pbv/)

**Refugio Stuttgart e.V.** – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge  
Weißenburgstr.13 | 70180 Stuttgart  
[www.refugio-stuttgart.de](http://www.refugio-stuttgart.de)

**Refugio Villingen-Schwenningen** – Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge e.V.  
Schwedendammstraße 6 | 78050 Villingen-Schwenningen  
[www.refugio-vs.de](http://www.refugio-vs.de)

**Traumanezwerk Lörrach**  
**Caritasverband Landkreis Lörrach**  
Haagener Straße 15 A | 79539 Lörrach  
[www.traumanez-loe.de](http://www.traumanez-loe.de)

**Refugium Freiburg** - Psychosoziale und medizinische Beratung und Koordinierung für Geflüchtete  
Adelhauser Str. 8 | 79098 Freiburg  
[www.refugium-freiburg.de/](http://www.refugium-freiburg.de/)

## Bayern

**PSZ Nürnberg** – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge  
St.-Johannis-Mühlgasse 5 | 90419 Nürnberg  
[migration.rummelsberger-diakonie.de/beratung/psychosoziales-zentrum/](http://migration.rummelsberger-diakonie.de/beratung/psychosoziales-zentrum/)

**REFUGIO München** – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer e.V.  
Rosenheimer Straße 38 | 81669 München  
[www.refugio-muenchen.de](http://www.refugio-muenchen.de)

## Berlin

**Zentrum Überleben gGmbH**  
Turmstraße 21 | 10559 Berlin  
[www.ueberleben.org](http://www.ueberleben.org)

**XENION Berlin** – Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte  
Paulsenstraße 55/56 | 12163 Berlin  
[www.xenion.org](http://www.xenion.org)

## Brandenburg

**Behandlungsstelle für traumatisierte Flüchtlinge, Fürstenwalde**  
c/o KommMit e.V., Turmstraße 21 | 10559 Berlin  
[www.bbzberlin.de/projekte/kommmmit-brandenburg.html](http://www.bbzberlin.de/projekte/kommmmit-brandenburg.html)

**FaZIT** – Fachberatungsdienst Zuwanderung, Integration und Toleranz  
Am Bürohochhaus 2-4 | 14478 Potsdam  
<https://fazit-brb.de/>

## Bremen

**REFUGIO Bremen** – Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e.V.  
Außer der Schleifmühle 53 | 28203 Bremen  
[www.refugio-bremen.de](http://www.refugio-bremen.de)

## Hamburg

**haveno**  
Gesundheitszentrum St. Pauli,  
Seewarterstraße 10 | 20459 Hamburg  
[www.haveno.de](http://www.haveno.de)

**PSB Flucht, Diakonisches Werk Hamburg**  
Königstr. 54 | 22767 Hamburg  
[www.diakonie-hamburg.de/de/visitenkarte/PSB-Flucht-Psychosoziale-Beratung-fuer-Fluechtlinge-KT0000440](http://www.diakonie-hamburg.de/de/visitenkarte/PSB-Flucht-Psychosoziale-Beratung-fuer-Fluechtlinge-KT0000440)

**SEGEMI** – Seelische Gesundheit Migration und Flucht e.V.  
Adenauerallee 10 | 20097 Hamburg  
[www.segemi.org/](http://www.segemi.org/)

## Hessen

**Ev. Zentrum für Beratung und Therapie am Weißen Stein**  
Eschersheimer Landstraße 56 | 60431 Frankfurt/Main  
[www.efo-magazin.de/kirche/was-wir-bieten/hilfe/evangelisches-zentrum-f%C3%BCr-beratung-und-therapie-am-wei%C3%9Fen-stein/](http://www.efo-magazin.de/kirche/was-wir-bieten/hilfe/evangelisches-zentrum-f%C3%BCr-beratung-und-therapie-am-wei%C3%9Fen-stein/)

**FATRA Frankfurt/M.** – Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e.V.  
Lindleystr. 15 | 60314 Frankfurt/Main  
[www.fatra-ev.de](http://www.fatra-ev.de)

**Trägerverein Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete in Nordhessen (PZG) e.V.**  
Treppenstr. 4 | 34117 Kassel  
[www.pzg-nordhessen.de/](http://www.pzg-nordhessen.de/)

## Mecklenburg-Vorpommern

**Psychosoziales Zentrum für Asylsuchende und MigrantInnen in Vorpommern im Kreisdiakonischen Werk Greifswald e.V.**  
Kapaunenstraße 10 | 17489 Greifswald  
[www.psz-greifswald.de](http://www.psz-greifswald.de)

## Niedersachsen

**IBIS** – Interkulturelle Arbeitsstelle e.V.  
Klävemannstraße 16 | 26122 Oldenburg  
[www.ibis-ev.de](http://www.ibis-ev.de)



## Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V.

Marienstraße 28 | 30171 Hannover  
[www.ntfn.de/](http://www.ntfn.de/)

## Nordrhein-Westfalen

**MFH Bochum** – Medizinische Flüchtlingshilfe e.V.  
Glockengarten 1 | 44803 Bochum  
[www.mfh-bochum.de](http://www.mfh-bochum.de)

**PSZ Aachen** – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in der Städteregion Aachen (PÄZ Aachen e.V.)  
Mariahilfstraße 16 | 52062 Aachen  
[www.paez-aachen.de/psz.html](http://www.paez-aachen.de/psz.html)

**PSZ Bielefeld** – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge  
(Ev. Krankenhaus Bielefeld gGmbH und AK Asyl e.V.)  
Friedenstr. 4-8 | 33602 Bielefeld  
[www.psz-bielefeld.de/](http://www.psz-bielefeld.de/)

**Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Dortmund**  
Lange Straße 44 | 44137 Dortmund

**Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf**  
Benrather Straße 7 | 40213 Düsseldorf  
[www.psz-duesseldorf.de](http://www.psz-duesseldorf.de)

**PSZ für Flüchtlinge Diakonie Mark-Ruhr**  
Bergstraße 121 | 58095 Hagen  
[www.diakonie-mark-ruhr.de/unterstuetzung-und-beratung/migration-und-flucht/zuwanderungsberatung-hagen-en-kreis/](http://www.diakonie-mark-ruhr.de/unterstuetzung-und-beratung/migration-und-flucht/zuwanderungsberatung-hagen-en-kreis/)

**Refugio Münster** – Psychosoziale Flüchtlingshilfe  
Hafenstr. 3-5, 48153 Münster  
[www.refugio-muenster.de](http://www.refugio-muenster.de)

**Therapiezentrum für Folteropfer des Caritasverbandes für die Stadt Köln e.V.**  
Spiesergasse 12 | 50670 Köln  
[http://caritas.erzbistum-koeln.de/koeln-cv/fluechtlinge\\_einwandernde/fluechtlinge/fluechtlingsberatung/therapiezentrum\\_fuer\\_folteropfer\\_fluechtlingsberatung/](http://caritas.erzbistum-koeln.de/koeln-cv/fluechtlinge_einwandernde/fluechtlinge/fluechtlingsberatung/therapiezentrum_fuer_folteropfer_fluechtlingsberatung/)

## Rheinland-Pfalz

**IN TERRA** – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Mayen  
Caritasverband für die Region Rhein-Mosel-Ahr e.V.  
St. Veit-Straße 14 | 56727 Mayen  
[http://migration.caritas-rhein-mosel-ahr.de/psz1\\_zentrum.htm](http://migration.caritas-rhein-mosel-ahr.de/psz1_zentrum.htm)

**Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge, Trier**  
Dasbachstraße 21 | 54292 Trier  
[www.caritas.de/adressen/oe-k-beratungsstelle-fuer-fluechtlinge-psycho-sozia/54292-trier/83774](http://www.caritas.de/adressen/oe-k-beratungsstelle-fuer-fluechtlinge-psycho-sozia/54292-trier/83774)

**Psychosoziales Zentrum Pfalz, Ludwigshafen**  
Diakonie Pfalz  
Wredestr. 19 | 67059 Ludwigshafen  
[www.diakonie-pfalz.de/aktuelles/nachrichten/detail/psychosoziales-zentrum-fuer-fluechtlinge-in-ludwigshafen.html](http://www.diakonie-pfalz.de/aktuelles/nachrichten/detail/psychosoziales-zentrum-fuer-fluechtlinge-in-ludwigshafen.html)

**Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma, Mainz**  
Caritasverband Mainz e.V.  
Rheinallee 3a | 55116 Mainz  
[www.caritas-mainz.de/caritas-vor-ort/mainz/cbjz-st-nikolaus/psychosoziale-zentrum-fuer-flucht-und-trauma](http://www.caritas-mainz.de/caritas-vor-ort/mainz/cbjz-st-nikolaus/psychosoziale-zentrum-fuer-flucht-und-trauma)

## Saarland

**PSZ Saarbrücken**  
Psychosoziales Beratungszentrum des Deutschen Roten Kreuzes  
Hochstraße 110 | 66115 Saarbrücken  
[www.lv-saarland.drk.de/angebote/migration-und-integration/hilfen-fuer-traumatisierte-fluechtlinge/psychosoziales-zentrum-psz.html](http://www.lv-saarland.drk.de/angebote/migration-und-integration/hilfen-fuer-traumatisierte-fluechtlinge/psychosoziales-zentrum-psz.html)

## Sachsen

**Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete Leipzig**  
**Mosaik Leipzig** – Kompetenzzentrum für transkulturelle Dialoge e.V.  
Peterssteinweg 3 | 04107 Leipzig  
[www.mosaik-leipzig.de](http://www.mosaik-leipzig.de)

**Psychosoziales Zentrum** - Beratungsstelle Chemnitz;  
SFZ Förderzentrum gGmbH  
Düsseldorfer Platz 1 | 09111 Chemnitz

**Psychosoziales Zentrum Dresden**  
CALM Sachsen (das Boot gGmbH)  
Friedrichstr. 24/Haus A | 01067 Dresden  
<https://das-boot-ggmbh.de/de/counsel.-aid-und-liason-for-migrants>

## Sachsen-Anhalt

**Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten Sachsen-Anhalt**  
**Standort Halle (Saale):**  
Charlottenstraße 7, 06108 Halle (Saale)  
**Standort Magdeburg:**  
Agnetenstraße 14 | 39106 Magdeburg  
[www.psz-sachsen-anhalt.de](http://www.psz-sachsen-anhalt.de)

## Schleswig-Holstein

**PSZ Schleswig-Holstein, Brücke Schleswig-Holstein**  
Zum Brook 4 | 24143 Kiel  
[www.bruecke-sh.de/index.php?idm=10\\_3065](http://www.bruecke-sh.de/index.php?idm=10_3065)

**Psychosoziale Anlaufstelle für Geflüchtete**  
Am Alten Kirchhof 12 | 24534 Neumünster  
[www.diakonie-altholstein.de/de/Beratungszentrum-Mittelholstein](http://www.diakonie-altholstein.de/de/Beratungszentrum-Mittelholstein)

## Thüringen

**refugio thüringen** – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge e.V.  
**Standort Jena:**  
Lassallestraße 8, 07743 Jena  
**Standort Erfurt:**  
Schillerstraße 44, 99096 Erfurt  
[www.refugio-thueringen.de](http://www.refugio-thueringen.de)

---

## UNTERSTÜTZEN SIE DIE BAFF

Für Menschen, die Folter, Krieg oder Genozid überlebt haben, setzen sich die Leiden oft ein Leben lang fort, auch wenn sie dem Schrecken längst entkommen sind. Die inneren Bilder der Grausamkeiten folgen ihnen, das Vertrauen zu anderen Menschen ist zutiefst verletzt, die Nacht bringt Alpträume und die Zukunft scheint überschattet von den Ereignissen der Vergangenheit. Wir helfen den Betroffenen in unserem Land, Schutz und Sicherheit vor weiterer Verfolgung zu finden und die erlittenen seelischen Qualen zu verarbeiten, indem wir uns bundesweit für professionelle Hilfe und Unterstützung einsetzen.

Allerdings finanziert auch die BAfF sich leider ausschließlich über unregelmäßige Zuwendungen aus Projektgeldern, Spenden und Mitgliedsbeiträgen. Um unsere Arbeit zum Schutz von Flüchtlingen und Folterüberlebenden weiterführen zu können, sind wir deshalb auch auf Ihre Unterstützung angewiesen.

### Werden Sie Einzelfördermitglied

Sie können als Einzelfördermitglied der BAfF unsere Arbeit nachhaltig und wirkungsvoll unterstützen. Als Fördernde der BAfF zahlen Sie einen Beitrag von 100 Euro jährlich. Mit Ihrer Förderung können Sie Veränderungen in unserer Gesellschaft mitgestalten und den Überlebenden von Folter oder schweren Menschenrechtsverletzungen helfen. Als Einzelfördermitglied erhalten Sie regelmäßig Newsletter, in denen Sie über die laufenden Aktivitäten der BAfF informiert werden, unsere Veröffentlichungen, Veranstaltungshinweise und einen Jahresbericht. Außerdem haben Sie die Möglichkeit, an der jährlich stattfindenden Mitgliederversammlung im Rahmen der bundesweiten Fachtagung teilzunehmen, die wir jedes Jahr in Kooperation mit einem unserer Mitgliedszentren organisieren.

Schreiben Sie uns per Email ([info@baff-zentren.org](mailto:info@baff-zentren.org)), dann schicken wir Ihnen alle nötigen Unterlagen zu – oder gehen Sie auf unsere Homepage. Auf der Seite <http://www.baff-zentren.org/unterstuetzen-sie-die-baff/einzelfoerdermitgliedschaft> finden Sie alle Informationen zur Fördermitgliedschaft. Ihr Förderbeitrag ist steuerlich absetzbar.

### Sie können unsere Arbeit auch mit einer einmaligen Spende unterstützen:

Spendenkonto: BAfF e.V.  
Bank für Sozialwirtschaft  
IBAN: DE86 100 205 000 003 096 00  
BIC: BFSWDE33BER





---

Geflüchtete haben in ihren Herkunftsländern und auf der Flucht oft schwere Gewalt erlebt. Die Unsicherheit während des Asylverfahrens und die Unterbringung in Massenunterkünften sind oft zusätzlich belastend. Die Hürden auf dem Weg in ein selbstbestimmtes Leben sind hoch und vor allem für traumatisierte Geflüchtete manchmal nicht ohne psychosoziale Unterstützung zu bewältigen. Ob in Deutschland ausreichend Unterstützungsangebote für psychisch belastete Geflüchtete zur Verfügung stehen, wie zugänglich psychotherapeutische Versorgung ist und wie viele geflüchtete Menschen letztlich in- und außerhalb des Gesundheitssystems versorgt werden können, wird in Deutschland nach wie vor kaum diskutiert. Inwieweit das Recht auf Gesundheit und einen diskriminierungsfreien Zugang zum Gesundheitssystem auch für Geflüchtete gewährt werden muss, ist Teil einer kontroversen Debatte, die vor allem entlang migrationspolitischer Interessen geführt wird.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e.V.) hat sich zur Aufgabe gemacht, dieser Debatte jährlich aktualisierte Analysen – nun in der 5. Auflage - zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern zur Verfügung zu stellen.

Die Daten, die den Analysen zugrunde liegen, stammen aus der jährlichen Erhebung der BAfF in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sowie aus Interviews, die in diesen Einrichtungen als Therapeut\*innen oder Sozialarbeitende arbeiten. Die Ergebnisse werden verknüpft mit aktuellen Befunden aus der Versorgungsforschung, mit Analysen zum Einfluss der Lebensbedingungen auf die Gesundheit von Geflüchteten und mit einer Bewertung neuer Versorgungskonzepte, die zur Unterstützung traumatisierter Geflüchteter durch Lai\*innen und Peers empfehlen. Die Versorgungssituation wird hinsichtlich der Versorgungskapazität, der Zugänglichkeit und der Erreichbarkeit der Angebote beschrieben. Erstmals enthalten die Analysen der BAfF auch Informationen zu regionalen Unterschieden in der Versorgungslandschaft und einen detaillierteren Rückblick auf die Entwicklung der Versorgungssituation in den letzten 5 Jahren. Der Bericht schließt mit Empfehlungen für gesundheits- und sozialpolitische Interventionen, die aus diesen Analysen folgen.

Weitere Informationen unter [baff-zentren.org](http://baff-zentren.org)