



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

FLUCHT & GEWALT

Psychosozialer Versorgungsbericht
Deutschland 2024



FLUCHT & GEWALT

Psychosozialer Versorgungsbericht
Deutschland 2024

Inhalt

I	Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Lisa Paus, MdB	04
II	Vorwort	06
III	Zusammenfassung	10
IV	Key Facts	12
1	EINLEITUNG	14
2	HINTERGRUND DER PSYCHOSOZIALEN ZENTREN	20
	2.1 Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung	22
	2.2 Ansatz der PSZ	26
3	DIE PSYCHOSOZIALE VERSORGUNG GEFLÜCHTETER KINDER UND JUGENDLICHER	30
	3.1 Bedarfslage	32
	3.2 Arbeit der PSZ mit Kindern und Jugendlichen	36
	3.3 Praxisbeispiel: PSZ macht Schule	41

4	DATEN AUS DEN PSYCHOSOZIALEN ZENTREN (PSZ)	52
	4.1 Datenbasis	54
	4.2 Rahmenbedingungen in den PSZ	55
	4.2.1 Leistungsspektrum	55
	4.2.2 Trägerschaft/Mitgliedschaft bei Wohlfahrtsverbänden	57
	4.2.3 Mitarbeitende in den PSZ	57
	4.3 Klient*innen der PSZ	58
	4.3.1 Anzahl und soziodemografische Merkmale der Klient*innen	58
	4.3.2 Genutzte Angebote	60
	4.3.3 Aufenthaltssituation	61
	4.3.4 Hauptherkunftsländer	64
	4.4 Zugang zu den PSZ	65
	4.4.1 Vermittelnde Akteur*innen	65
	4.4.2 Einzugsgebiet & Anfahrtszeiten	67
	4.5 Versorgungsprozess	68
	4.5.1 Klient*innen in psychotherapeutischer Versorgung	68
	4.5.2 Sprachmittlung	70
	4.6 Versorgungsengpässe	71
	4.6.1 Ungedeckter Versorgungsbedarf	71
	4.6.2 Wartezeiten	73
	4.6.3 Aufnahme von Klient*innen	73
	4.6.4 Weitervermittlung von Klient*innen	76
	4.7 Finanzierung	78
	4.7.1 Finanzierungsstrukturen	78
	4.7.2 Kostenübernahme von Psychotherapien	79
5	FORDERUNGEN & AUSBLICK	84
	5.1 Forderungen	86
	5.2 Ausblick	89
6	LITERATURVERZEICHNIS	100
7	ANHANG	110
	7.1 Glossar	112
	7.2 Übersicht der PSZ	114

Grußwort der Bundesministerin für Familie, Senioren, Frauen und Jugend Lisa Paus, MdB

Jedes Jahr kommen Menschen nach Deutschland, die unsere Hilfe brauchen. Sie fliehen vor Krieg, Gewalt und Verfolgung. Alle haben unterschiedliche Bedürfnisse. Ihre traumatischen Erfahrungen können nur mit psychosozialer Unterstützung bewältigt werden.

Besonders gefährdet sind Kinder und Jugendliche. Laut UNICEF machen Kinder bis 17 Jahre mehr als ein Drittel der mehr als zwei Millionen geflüchteten und migrierten Menschen aus, die seit 2015 in Deutschland Asyl beantragt haben. Dazu kamen allein im Jahr 2022 rund 350.000 schutzsuchende minderjährige Kinder aus der Ukraine. Darum ist es gut, dass der diesjährige Versorgungsbericht den Schwerpunkt auf die Lage von Kindern und Jugendlichen legt.

Die Bundesarbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) ist für Geflüchtete eine verlässliche Anlaufstelle. Die 48 Mitgliedszentren bieten ein niedrigschwelliges, multiprofessionelles Leistungsspektrum. Die BAfF wird im Rahmen des Bundesprogramms für die Beratung und Betreuung ausländischer Flüchtlinge durch das Bundesfamilienministerium gefördert und ist Partnerorganisation der Bundesinitiative „Schutz von geflüchteten Menschen in Flüchtlingsunterkünften“. Sie arbeitet seit 2016 an Gewaltschutzstandards in Unterkünften für Geflüchtete.

Foto: © Laurence Chaperon

Die Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern ist äußerst anspruchsvoll. Sie verlangt neben der fachlichen Expertise auch persönlich viel Kraft. Darum danke ich allen haupt- und ehrenamtlichen Mitarbeitenden bei der BAfF und in den Psychosozialen Zentren für ihre wichtige Arbeit.



Lisa Paus, MdB

Bundesministerin für Familie, Senioren,
Frauen und Jugend

Lise Paus

Vorwort

So viele Menschen wie nie zuvor waren 2023 aus Angst um ihr Leben zur Flucht gezwungen, laut UNHCR 114 Millionen. Fast alle von ihnen mussten schwerwiegende traumatisierende Ereignisse durchleben: sei es in ihrem Herkunftskontext, während der Flucht oder auch innerhalb der Aufnahmegesellschaft.

Deutschland und die Europäische Union antworten auf diese Herausforderung mit einer Strategie der Abschottung und Abschreckung. Grundwerte wie das Menschenrecht auf Asyl, zu denen man sich seit Jahrzehnten in der Genfer Flüchtlingskonvention, internationalen Menschenrechtsverträgen und dem Grundgesetz bekennt, werden durch die aktuelle Politik immer häufiger in Frage gestellt.

Das Gemeinsame Europäische Asylsystem (GEAS) verwehrt Asylsuchenden künftig den Zugang zu einem fairen und rechtsstaatlichen Verfahren und ersetzt dieses durch ein Schnellverfahren an den EU-Außengrenzen. Besonders vulnerable Personen wie psychisch kranke Menschen können so voraussichtlich kaum erkannt werden, die Verwirklichung individueller Schutzrechte wird dadurch nahezu unmöglich gemacht. Die Leidtragenden dieser Politik sind die Geflüchteten, da sie ihre Rechte kaum einfordern können. Am schlimmsten trifft es diejenigen, die aufgrund von Krankheit, Behinderung, Minderjährigkeit oder psychischer Traumatisierung besonders schutzbedürftig sind.

Im Koalitionsvertrag hatte sich die Bundesregierung noch vorgenommen, die Rechte besonders schutzbedürftiger Geflüchteter zu stärken und eine frühzeitige und systematische Identifizierung besonderer Schutzbedarfe umzusetzen. Nichts davon wurde realisiert, im Gegenteil: Der durch das Asylbewerberleistungsgesetz bereits massiv eingeschränkte Zugang für Geflüchtete zum Gesundheitssystem wurde zu Beginn des Jahres von eineinhalb auf drei Jahre verdoppelt. Auch die Abschiebep Praxis wurde zuletzt immer weiter verschärft. Zudem wurden

die Voraussetzungen, um eine psychische Erkrankung im Asylverfahren nachzuweisen, eingeschränkt.

Qualifizierte psychotherapeutische Stellungnahmen werden im Asylverfahren nicht anerkannt, mit der Folge, dass auch schwer traumatisierte Geflüchtete ihr Recht auf einen humanitären Aufenthalt in Deutschland oft nicht geltend machen können. Die Auswirkungen der politischen Entscheidungen und des aktuellen Diskurses auf unsere Klientinnen und Klienten in den Psychosozialen Zentren erleben wir täglich in Form von zunehmender Angst, psychischen Krisen, Erfahrungen von gesellschaftlicher Ausgrenzung und Rassismus.

Aus der täglichen Begegnung mit Betroffenen wissen wir: Aufenthaltsrechtliche Unsicherheit, fehlende Unterstützung, abwehrende Strukturen, Diskriminierung oder struktureller Rassismus stellen massive Belastungen für schutzsuchende Menschen dar. Ausgrenzung, Isolation und fehlende Anerkennung der traumatisierenden Erfahrungen erschweren es Menschen, im Hier und Jetzt anzukommen, Perspektiven zu entwickeln und sich mit ihren Potenzialen in unsere Gesellschaft einzubringen.

Eine von Grund- und Menschenrechten geleitete Asylpolitik würde von Beginn an Unterstützung ins Zentrum stellen und sich darum bemühen, dass von Menschenrechtsverletzungen Betroffene die Leistungen erhalten, die ihnen eine möglichst komplette Rehabilitation gewährleisten. Menschen, die vor Krieg, Gewalt und Unterdrückung geflohen sind, sollten Gehör finden und auf ein faires und rechtsstaatliches Verfahren vertrauen können. Menschen, die sich für die Werte, für die Deutschland und die Europäische Union stehen wollen, mit ihrem Leben eingesetzt haben, sollten in Deutschland Schutz und Anerkennung erhalten: in der Unterbringung, in der aufenthaltsrechtlichen Situation, im gesellschaftlichen Alltag, für sich und für ihre Familien. Die erlebten Traumata führen häufig zu einer schweren Erschütterung von Sinn- und Handlungsbezügen. Durch psychosoziale Unterstützung und frühzeitige psychotherapeutische Behandlung können Betroffene wieder Vertrauen

in sich zurückgewinnen und darin gestärkt werden, sich der erlebten Entrechtung und Entwürdigung entgegenzustellen.

Das Versorgungsmodell der Psychosozialen Zentren (PSZ) hat sich besonders bewährt, um frühzeitig und sektorübergreifend bedarfsgerechte Hilfe anzubieten: Im Erhebungszeitraum des vorliegenden Versorgungsberichts 2022 wurden in den damals 47 PSZ insgesamt 25.861 Klient*innen versorgt. Ein Drittel davon stammte aus Afghanistan und Syrien, der Großteil mit einem unsicheren Aufenthaltsstatus. Insgesamt 16,4 Prozent der Klient*innen waren minderjährig. Im Vergleich zum Vorjahr konnten aufsuchende Angebote ausgeweitet und mehr Geflüchtete ohne weitere Vermittlungspersonen in den PSZ aufgenommen werden.

Im Praxisbeispiel schildern die Mitarbeiter*innen des Projekts „PSZ macht Schule“, wie Kinder über ein Angebot vor Ort in der Schule gestärkt werden und welche Erfolge über diesen niedrigschwelligen Zugang verzeichnet werden können. Hervorzuheben ist auch die enge Zusammenarbeit mit Mitarbeiter*innen von Unterkünften, Beratungsstellen und ehrenamtlichen Unterstützer*innen, die oft händeringend nach Hilfsangeboten suchen.

Unsere Versorgungsanalyse stellt auch in diesem Jahr die enorme Leistung der Psychosozialen Zentren dar – und macht gleichzeitig die seit Jahren anhaltende dramatische Unterversorgung geflüchteter Menschen in Zahlen deutlich. Wie die Bundesregierung im Koalitionsvertrag bereits formuliert hat, muss die Arbeit der Psychosozialen Zentren dringend weiter ausgebaut und finanziell abgesichert werden. Tatsächlich bleibt die Finanzierung jedoch auf einem niedrigen Niveau mit Kürzungen, während der Großteil der von psychischen Traumatisierungen betroffenen Geflüchteten weiterhin unversorgt ist.

Hinter all den Zahlen stehen Einzelschicksale von Menschen mit jeweils einzigartigem Potenzial, deren Menschenrechte gewaltsam und existenziell verletzt wurden, die durch ihre Flucht zwar ihr Leben retten konnten, aber vieles verloren haben: Freunde, Familie, Heimat und

Lebensentwürfe. „Wo soll ich denn hin? Es gibt wohl keinen Platz für mich auf der Welt“, so schilderte es eindrücklich eine Klientin nach Erhalt des ablehnenden Bescheids ihres Asylantrags.

Unser großer Dank gilt den Mitarbeitenden in den Psychosozialen Zentren, die geflüchtete Menschen dabei unterstützen, trotz der schweren Traumata weiter zu leben, in unserer Gesellschaft neue Beziehungen und einen neuen Anfang zu wagen, und die sich dafür einsetzen, dass die Opfer von Menschenrechtsverletzungen in Deutschland anerkannt werden.

Foto LW: © Ana Maria Sales Prado



Ulrike Schneck

Vorsitzende der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.)

Ulrike Schneck



Lukas Welz

Geschäftsleitung der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.)

Lukas Welz

Zusammenfassung

In Deutschland fehlt es an einem angemessenen Zugang zu einer bedarfsgerechten Gesundheitsversorgung für geflüchtete Menschen.

Der Zugang zur Gesundheitsversorgung wird zum einen durch die Sonderbehandlung geflüchteter Menschen durch das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG), zum anderen durch diskriminierende Merkmale des Gesundheitssystems stark eingeschränkt. In den ersten 36 Monaten nach ihrer Ankunft haben Geflüchtete nur bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen Anspruch auf eine medizinische Behandlung. Auch danach wird eine angemessene medizinische und therapeutische Versorgung häufig erschwert, weil Sprachmittlungskosten nicht finanziert werden und dem Gesundheitspersonal Ressourcen und Kompetenzen im Kontext Flucht und Menschenrechtsverletzungen fehlen.

Damit kommt Deutschland seinen Verpflichtungen aus internationalen Verträgen (unter anderem aus Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, Artikel 12 des UN-Sozialpakts, der UN-Antifolterkonvention (Allg. Bemerkungen Nr. 3), Artikel 11 der Europäischen Sozialcharta, Artikel 35 der Charta der Grundrechte der EU, Artikel 19 der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU, Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention) bezüglich der Aufnahme und Versorgung schutzsuchender Menschen nicht angemessen nach.

Die Psychosozialen Zentren (PSZ) bieten spezialisierte multiprofessionelle Leistungen an, um dem Versorgungsdefizit entgegenzuwirken.

Die PSZ stellen diverse psychologische, therapeutische, sozialarbeiterische und rechtliche (Beratungs-)Angebote für Menschen mit Flucht- und Foltererfahrungen bereit. Alle Angebote werden diskriminierungssensibel und bei Bedarf mit Sprachmittlung durchgeführt. Zudem setzen sich die Zentren für eine Verbesserung der Versorgung durch Fortbildungen, Vernetzung und Advocacy-Arbeit ein.

Derzeit organisieren sich 48 PSZ unter dem Dach der Bundesweiten Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF). Im Jahr 2022 wurden durch sie 25.861 Klient*innen

versorgt. Trotz des kontinuierlichen Anstiegs der Klient*innenzahl über die Jahre konnten die PSZ und ihre Kooperationspartner*innen 2022 nur 3,1 Prozent des potenziellen Versorgungsbedarfs abdecken.

Die PSZ sind – trotz ihrer zentralen Rolle in der Gesundheitsversorgung geflüchteter Menschen – prekär finanziert.

Die Zentren sind zum größten Teil durch zeitlich begrenzte öffentliche Fördermittel finanziert. Der größte Anteil (36,0 Prozent) der Gelder stammte 2022 aus Landesmitteln. 14,2 Prozent der Haushalte wurden über Bundesmittel finanziert. Die Kostenübernahme von Therapien über die gesetzlich verankerten Leistungsträger, insbesondere die Sozialämter, Krankenkassen und Jugendämter, bildete lediglich 6,3 Prozent der Gesamtfinanzierung der PSZ ab.

Die BAfF fordert grundlegende strukturelle Veränderungen, damit auf die Bedarfe schutzsuchender Menschen angemessen reagiert werden kann.

Zu diesen zählen:

- diskriminierungsfreie Teilhabemöglichkeiten geflüchteter Menschen in allen gesellschaftlichen Bereichen;
- eine Krankenkassenkarte für alle geflüchteten Personen von Anfang an in allen Bundesländern, damit sie das öffentliche Gesundheitssystem mit denselben Ansprüchen wie gesetzlich Versicherte nutzen können;
- die Verstärkung bedarfsgerechter Hilfen für Überlebende von Flucht und Gewalt durch die PSZ über eine flächendeckende und nachhaltige Finanzierung von Bund und Ländern;
- die Finanzierung von Sprachmittlung im sozialen, rechtlichen und gesundheitlichen Bereich für Menschen ohne Deutschkenntnisse über einen gesetzlichen Anspruch, vergleichbar mit dem Gebärdendolmetschen;
- die Fortbildung von Fachkräften im Gesundheits-, Sozial-, Rechts- und Behördenwesen in diskriminierungskritischer und traumasensibler Arbeit im Kontext Flucht und Menschenrechtsverletzungen, unter anderem durch Integration dieser Themen in Ausbildungscurricula.

Key Facts

Adequate access to needs-based health care for refugees is lacking in Germany.

Access to health care is severely restricted through the special treatment of refugees through the Asylum Seekers' Benefit Act (Asylbewerberleistungsgesetz) as well as discriminating characteristics of the healthcare system. During the first 36 months after arrival they are only entitled to medical care in case of acute illness or pain. Even afterwards, adequate care is made difficult through the lack of financing for translation costs and because healthcare personnel often do not have the necessary resources and skills to work within the context of forced migration and human rights violations.

Thus, Germany does not adequately fulfill its obligations from international treaties (e. g. Article 25 of the Universal Declaration of Human Rights, Article 12 of the International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights, UN Convention against Torture (General Comments Nr. 3), Article 11 of the European Social Charter, Article 35 of the EU Charter of Fundamental Rights, Article 19 of the EU Reception Directive 2013/33 and Article 24 of the UN Convention on the Rights of the Child) regarding the reception and support of asylum seekers.

The Psychosocial Centers offer specialized multiprofessional services in order to counteract this deficit in health care.

The Psychosocial Centers offer diverse psychological, therapeutic, social and legal counseling and support for refugees and torture survivors. All offerings are implemented in a manner that is sensitive to discrimination and, if necessary, with translators. Furthermore, the Psychosocial Centers promote the improvement of health care for refugees through educational offerings, networking and advocacy work.

Currently there are 48 Psychosocial Centers organized under the umbrella of the German Association of Psychosocial Centers for Refugees and Victims of Torture (BAfF). 25,861 clients were given care through the Psychosocial Centers in 2022. Despite the continuous increase in number

of clients over the years, the Psychosocial Centers and their cooperation partners could only cover 3,1 percent of the potential need for care in 2022.

The Psychosocial Centers are financed precariously despite their central role in the health care of refugees.

The majority of financing for the Psychosocial Centers comes from temporary public grants. In 2022, the largest share (36,0 percent) of the overall funds came from the German federal states ("Bundesländer"). 14,2 percent of the Centers' costs were financed through federal funds. The coverage of therapy costs through legally established service providers, in particular through social welfare offices, health insurance and youth welfare offices provided for only 6,3 percent of the overall financing of the Psychosocial Centers.

The BAfF calls for fundamental structural change to be implemented, so that the needs of asylum seekers can be adequately met.

This means:

- non-discriminatory possibilities for refugees to participate in all areas of society;
- a health insurance card for all refugees directly upon their arrival in all German federal states so that they can access the public healthcare system with the same entitlements as persons with public health insurance;
- the long-term establishment of support for survivors of forced migration and violence through the Psychosocial Centers through nationwide and sustainable funding at the national and regional level;
- an overall financing of interpretation services in the social, legal and healthcare sector for non-German speakers through a legal entitlement, comparable to the regulations regarding sign language services for the hearing impaired;
- the qualification of professionals in healthcare, social, legal and other public services in non-discriminatory and trauma-sensitive work in the context of forced migration and human rights violations through e. g. an integration of these topics in curricula.

1

EINLEITUNG

1 — Einleitung

Der Fokus des diesjährigen Versorgungsberichts liegt auf der psychosozialen Versorgung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen in Deutschland. Der Ausbau von Unterstützungsstrukturen nach Beginn des Angriffskriegs auf die Ukraine hat gezeigt, dass unbürokratische Hilfe möglich ist, wenn der politische Wille vorhanden ist. Viele Kinder und Jugendliche, zumindest aus der Ukraine, profitierten von der Aufnahme ukrainischer Geflüchteter in das Sozialleistungssystem und die gesetzliche Krankenversicherung sowie der Einführung spezialisierter Angebote. Dennoch zeigten die Erfahrungen auch, dass nachhaltigere Strukturen notwendig sind, um alle geflüchteten Kinder und Jugendliche längerfristig zu unterstützen (Baron et al., 2023).

Die UN-Kinderrechtskonvention wurde vor 35 Jahren von der Generalversammlung der Vereinten Nationen verabschiedet, ist zweieinhalb Jahre später in Deutschland in Kraft getreten und gesetzlich verbindlich seit 2010. Mit ihrer Ratifizierung wurde weltweit anerkannt, dass Kinder besondere Formen des Schutzes und der Förderung benötigen, um gleichberechtigte Mitglieder unserer Gesellschaft sein zu können. Zu den vier Grundprinzipien der Konvention gehören das Recht auf Nichtdiskriminierung, das Recht auf Leben, Überleben und Entwicklung, der Schutz des Kindeswohls sowie das Recht auf Beteiligung. Die im Übereinkommen festgelegten Rechte gelten für alle Kinder, unabhängig von ihren soziodemografischen Merkmalen – ein wichtiger Schritt auf dem Weg zu einer inklusiven Gesellschaft, in der alle Menschen das gleiche Recht auf Teilhabe und Selbstbestimmung haben. Im Bereich Gesundheit erkennen nach Artikel 24 Absatz 1 Satz 1 alle Vertragsstaaten „das Recht des Kindes auf das erreichbare Höchstmaß an Gesundheit an sowie auf Inanspruchnahme von Einrichtungen zur Behandlung von Krankheiten und zur Wiederherstellung der Gesundheit“.

Trotzdem wird in Deutschland geflüchteten Kindern der Zugang zu bedarfsgerechten Gesundheitsleistungen massiv erschwert, unter

anderem durch die Einschränkungen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG), diskriminierende Merkmale des Gesundheitssystems, wie beispielsweise fehlende Sprachmittlungsmöglichkeiten, sowie fehlende Versorgungs- und Schutzstrukturen speziell für geflüchtete Kinder und Jugendliche. Darüber hinaus leben geflüchtete Kinder und Jugendliche häufig lange Zeit isoliert in Sammelunterkünften und dürfen monatelang keine reguläre Schule besuchen. Unter diesen Bedingungen leidet ihre körperliche und psychische Gesundheit.

Viele Folgen dessen fangen die Psychosozialen Zentren (PSZ) für geflüchtete Überlebende von Krieg, Verfolgung und Folter auf. Die Zentren stellen ein spezialisiertes, multiprofessionelles Angebot für Menschen mit Fluchterfahrungen, insbesondere für jene, die schwere Gewalt oder Folter erfahren haben, bereit und sind somit eine zentrale Säule der gesundheitlichen Versorgung. Viele Zentren haben auch spezialisierte Angebote für Kinder und Jugendliche entwickelt. Die PSZ sind jedoch extrem prekär finanziert, zum größten Teil über zeitlich befristete öffentliche Fördermittel, sodass sie nur einen Bruchteil des Bedarfs an psychosozialer Versorgung abdecken können.

Als Dachverband von 48 Psychosozialen Zentren (Stand Juni 2024) setzt sich die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) gemeinsam mit vielen weiteren Akteur*innen seit über 25 Jahren dafür ein, dass die psychosoziale Versorgung sowie die Aufnahmebedingungen für Menschen, die aufgrund von Krieg, Gewalt und weiteren schweren Menschenrechtsverletzungen fliehen mussten, verbessert werden. Die BAfF hat es sich zur Aufgabe gemacht, die Anliegen der PSZ gegenüber Politiker*innen und Entscheidungsträger*innen zu vertreten. Sie versteht sich als Kompetenzzentrum im Bereich Flucht, Gewalt, Menschenrechte und Gesundheit. Zu diesem Zweck veröffentlicht sie jährlich Berichte über die aktuelle psychosoziale Versorgungssituation geflüchteter Menschen in Deutschland mit Daten aus den PSZ. Damit versucht die BAfF, dem Mangel an Daten zur gesundheitlichen Versorgung dieser Personengruppe entgegenzuwirken.

Dieser Bericht ist wie folgt aufgebaut: Zunächst wird in Kapitel 2 auf die Diskriminierung geflüchteter Menschen im deutschen Gesundheitssystem sowie auf den Ansatz der PSZ, dieser entgegenzuwirken, eingegangen. In Kapitel 3 wird die Bedarfslage geflüchteter Kinder und Jugendlicher dargelegt sowie die Arbeit der PSZ mit dieser Zielgruppe besonders beleuchtet. Darüber hinaus beinhaltet das Kapitel einen Interviewbeitrag mit Mitarbeitenden des PSZ REFUGIO Thüringen, die ein Kooperationsprojekt mit einer Schule umsetzen und so die Vorteile der Integration psychosozialer Ansätze in das Bildungssystem aufzeigen. Kapitel 4 widmet sich den Daten zur Versorgung geflüchteter Menschen in den PSZ aus dem Jahr 2022. Abschließend werden in Kapitel 5 Forderungen nach verbesserten Versorgungs- und Aufnahmebedingungen geflüchteter Menschen gestellt und ein Überblick über die aktuellen Aktivitäten der BAfF gegeben.

ANMERKUNG ZUM TITEL DER PUBLIKATION „FLUCHT & GEWALT“

Von welchen Gewalterfahrungen sprechen wir im vorliegenden Kontext?

Kollektive Gewalt umfasst die Anwendung körperlicher, psychischer und struktureller Gewalt durch eine Gruppe von Menschen oder Institutionen gegen eine andere Gruppe oder Individuen, um Macht auszuüben. Die Formen kollektiver Gewalt umfassen körperliche Angriffe, Folter, Kriegshandlungen, „ethnische Säuberungen“, Genozid und andere Menschenrechtsverletzungen. Kollektive Gewalt umfasst nicht immer gewaltsame Handlungen, sondern auch Formen der Unterdrückung und Diskriminierung, die auch auf struktureller Ebene wirken: in Form von manifestem institutionellem Rassismus, sozialer Ungerechtigkeit, Ungleichbehandlung Schutzsuchender, jahrelanger Unsicherheit durch langwierige Asylverfahren und menschenunwürdige Versorgung, bis hin zur medizinischen Nichtbehandlung, zum Teil mit Todesfolge.

2

**HINTERGRUND
DER PSYCHOSOZIALEN
ZENTREN**

2 — Hintergrund der Psychosozialen Zentren

2.1 Diskriminierung in der Gesundheitsversorgung

Im deutschen Gesundheitswesen werden häufig Menschen mit vermeintlich nicht-deutscher Herkunft oder nicht-weiße Menschen diskriminiert, sowohl auf individueller Ebene als auch auf institutioneller und struktureller Ebene. Beispielsweise nehmen Gesundheitsfachkräfte Beschwerden nicht-weißer Menschen oft nicht ernst, was dazu führt, dass Personen Behandlungen erst verzögert in Anspruch nehmen oder gar ganz vermeiden (Aikins et al., 2021; DeZIM, 2023). Schon bei der Terminvergabe kann die (vermutete) Herkunft einer Person zur Benachteiligung führen, wie ein Feldexperiment im Rahmen des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors (NaDiRa) mit 6.800 zufällig ausgewählten Praxen von niedergelassenen Ärzt*innen (Allgemeinmedizin, Dermatologie, Pädiatrie und Radiologie) und Psychotherapeut*innen zeigt. Dabei war die Wahrscheinlichkeit, eine positive Antwort auf eine Terminanfrage mit einem Namen, der in Nigeria oder der Türkei verbreitet ist, zu bekommen, sechs bis acht Prozentpunkte niedriger als mit einem in Deutschland verbreiteten Namen.¹ Die größten Unterschiede gab es bei Psychotherapeut*innen (DeZIM, 2023).

¹ Die Unterschiede waren auch statistisch signifikant.

In den ersten 36 Monaten ihres Asylverfahrens haben Asylsuchende grundsätzlich nur Anspruch auf eine medizinische Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Haben sie schließlich Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung, treffen sie häufig auf ein Gesundheitssystem, das nicht auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet ist.

Für geflüchtete Menschen wird der Zugang zur Gesundheitsversorgung auf struktureller Ebene durch ihre Sonderbehandlung im Rahmen des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) stark eingeschränkt. In den ersten 36 Monaten haben Asylsuchende grundsätzlich nur Anspruch auf eine medizinische Behandlung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen (§§ 4, 6 AsylbLG). Eine Behandlung muss in vielen Bundesländern zuvor über das zuständige Sozialamt, oft durch nicht medizinisch geschulte Behördenmitarbeiter*innen, bewilligt werden (Bergmeyer, 2020). Bisher schloss diese Regelung häufig Psychotherapien aus, da die Indizien für einen Therapiebedarf nicht als akute Erkrankung eingestuft wurden. Nach einem aktuellen Urteil des Bundessozialgerichts (BSG) vom 29.02.2024 soll jedoch unter dem Begriff der akuten Erkrankung auch ein solcher Gesundheitszustand erfasst werden, „der bei bereits bestehenden (gegebenenfalls chronischen) Erkrankungen eine Behandlung aus medizinischen Gründen unaufschiebbar werden lässt, um eine unumkehrbare oder akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes oder ein kritisches Stadium zu verhindern“ (BSG, Urteil vom 29.02.2024 - B 8 AY 3/23 R). Das Urteil bezieht sich auf einen Fall, als eine geflüchtete Person aufgrund eines Verdachts auf eine schwere depressive Episode sowie eine Posttraumatische Belastungsstörung fünf Wochen in eine psychiatrische Klinik aufgenommen wurde. Die Auswirkungen des Urteils auf die Bewilligungsverfahren für Psychotherapien über das AsylbLG sind abzuwarten.

Haben geflüchtete Menschen Anspruch auf Leistungen (entsprechend) der gesetzlichen Krankenversicherung,² treffen sie häufig auf ein

² Das ist der Fall nach Ablauf der ersten 36 Monate nach Einreise, bei Aufnahme einer sozialversicherungspflichtigen Beschäftigung, in der Familienversicherung, nach der Zuerkennung eines Schutzstatus im Asylverfahren oder der erfolgreichen Beantragung einer Aufenthaltserlaubnis.

Gesundheitssystem, das nicht auf ihre Bedürfnisse ausgerichtet ist, insbesondere aufgrund folgender Barrieren (vgl. Mohammed & Karato, 2022):

- Fehlende Sprachmittlung: Es gibt keine flächendeckenden Angebote und Möglichkeiten, qualifizierte Sprachmittlung im Gesundheitsbereich zu organisieren und finanzieren (vgl. Führer & Brzoska, 2020).
- Mängel in den Ausbildungen im Gesundheitsbereich: In Ausbildungen im Gesundheitsbereich werden kaum Aspekte der diskriminierungs- und kultursensiblen Arbeit thematisiert, sodass es bei Fachkräften häufig an Handlungssicherheit mangelt. Zudem verfügen Ärzt*innen und Therapeut*innen meistens über wenig Wissen in Bezug auf aufenthaltsbedingte Besonderheiten der Behandlung und die Abrechnung von Gesundheitsleistungen.
- Fehlender Zugang zu Information über das Gesundheitssystem: Viele geflüchtete Menschen sind schlecht über das deutsche Gesundheitssystem und ihre rechtlichen Ansprüche informiert, weil das bürokratische System komplex und die Informationskanäle darüber schwer zugänglich sind (unter anderem aufgrund von Sprachbarrieren).
- Allgemein eingeschränkte Kapazitäten: Viele Praxen und Kliniken, insbesondere im psychotherapeutischen Bereich, sind schon seit längerer Zeit überlastet. Die oben genannten Faktoren führen zu einem erhöhten Aufwand bei der Behandlung geflüchteter Menschen, sodass Ärzt*innen und Therapeut*innen weniger bereit sind, sie als Patient*innen aufzunehmen. Darüber hinaus fehlt es an Ressourcen, um adäquate Formate für geflüchtete Menschen umzusetzen (z. B. adaptiertes Vorgehen bei Therapien, damit diese mit Sprachmittlung kompatibel sind).

Die oft isolierende Unterbringung in Sammelunterkünften erschwert nicht nur den Zugang zu Gesundheitsangeboten, sondern darüber hinaus zu weiteren Möglichkeiten der sozialen Teilhabe. Die schlechte Qualität vieler Unterkünfte hinsichtlich Hygienebedingungen und fehlender Privatsphäre hat zudem häufig direkte negative Auswirkungen auf die

psychische Gesundheit ihrer Bewohner*innen (vgl. Mohsenpour et al., 2021; Bozorgmehr et al., 2022; Baron et al., 2020).

Diese Barrieren führen vielfach dazu, dass Erkrankungen entweder gar nicht oder zu spät behandelt werden – mit den entsprechenden Folgen sowohl für die betroffenen Personen als auch für die Gesellschaft. Mit diesem Gesundheitssystem kommt Deutschland seinen Verpflichtungen aus internationalen Verträgen³ nicht angemessen nach. Nicht zuletzt ist die Verfassungsmäßigkeit der Sonderbehandlung geflüchteter Menschen durch das AsylbLG fraglich. Bereits mit dem Urteil vom 18.07.2012 erklärte das Bundesverfassungsgericht (BVerfG) im Hinblick auf die eingeschränkten Sozialleistungen nach §3 AsylbLG die dortigen Regelungen des Existenzminimums für verfassungswidrig – mit der Begründung, dass die in Artikel 1 Absatz 1 Grundgesetz garantierte Menschenwürde „migrationspolitisch nicht zu relativieren“ sei (BVerfG, Urteil vom 18.07.2012, 1 BvL 10/10, 1 BvL 2/11). Über den eingeschränkten Zugang zur Gesundheitsversorgung durch das AsylbLG hat das Bundesverfassungsgericht bisher kein Urteil getroffen. Die Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer stellt jedoch fest, „dass wegen der existenziellen Bedeutung von Krankheit noch strengere Maßstäbe [als bei den Sozialleistungen, *die Autorin*] angewandt werden müssen“ (Zentrale Ethikkommission, 2013). Allein die Tatsache, dass auch die durch die gesetzlichen Krankenkassen abgedeckten Leistungen „das Maß des Notwendigen nicht überschreiten“ dürfen (§ 12 Absatz 1 Sozialgesetzbuch (SGB) V), legt nahe, dass eine Versorgung unter diesem Niveau nicht mit der im Grundgesetz garantierten Menschenwürde vereinbar ist (vgl. Janda, 2021).

Trotz der vielen Hinweise auf eine mangelhafte Gesundheitsversorgung nach dem AsylbLG, die nicht mit internationalen Menschenrechtsabkommen vereinbar ist, wurde mit dem im Februar 2024 in Kraft getretenen sogenannten Rückführungsverbesserungsgesetz der Zeitraum für ein-

³ Unter anderem betreffend Artikel 25 der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, Artikel 12 des UN-Sozialpakts, der UN-Antifolterkonvention (Allg. Bemerkungen Nr. 3), Artikel 11 der Europäischen Sozialcharta, Artikel 35 der Charta der Grundrechte der EU, Artikel 19 der EU-Aufnahmerrichtlinie 2013/33/EU, Artikel 24 der UN-Kinderrechtskonvention.

geschränkte Gesundheitsleistungen von 18 auf 36 Monate verdoppelt. Für den Gesundheitszustand geflüchteter Menschen sowie für die Versorgungsstrukturen sind erhebliche negative Folgen zu befürchten.

2.2 Ansatz der PSZ

Aufgrund der strukturellen und institutionellen Diskriminierung geflüchteter Menschen in der Gesundheitsversorgung wurden seit den Achtzigerjahren Psychosoziale Zentren (PSZ) gegründet. Sie verfolgen einen ganzheitlichen, menschenrechtsorientierten Ansatz. Der Begriff „psychosozial“ bezieht sich unter anderem auf Konzepte, die in unterschiedlichen Kontexten in Europa (vgl. Keilson, 1979), Südamerika (vgl. Martin-Baro, 1990; Becker, 1992), Südafrika (vgl. Hamber, 2009) und den USA (vgl. Herman, 1992) entwickelt wurden. Er begreift Trauma nicht als individuelle Krankheit, sondern bezieht ein:

- in welchen sozialen und gesellschaftlichen Realitäten Gewalterfahrungen entstehen,
- wie die betroffenen Personen, ihre Familien und Gemeinschaften Gewalterfahrungen erleben und verstehen,
- wie Gewalterfahrungen Individuen, Gesellschaften, die Kultur und die politische Situation verändern (vgl. Mlodoch, 2017) und
- wie das gesellschaftliche Umfeld Betroffene anerkennt und unterstützt oder aber sie Diskriminierung, Gewalt und zusätzlichen psychischen Belastungen aussetzt (vgl. Keilson, 1979; Mohammed & Karato, 2022).

Die PSZ setzen sich dafür ein, dass Menschen, die durch Folter und andere schwere Menschenrechtsverletzungen Schaden erlitten haben, die Leistungen erhalten, die ihnen eine möglichst komplette Rehabilitation gewährleisten.

Die BAFF und ihre Mitgliedszentren orientieren sich an den Grundsätzen der UN-Antifolterkonvention⁴, der Ottawa-Charta zur Gesundheitsförderung⁵ und den Ausführungen im General Comment Nr. 3 zu Artikel 14 der UN-Antifolterkonvention⁶. 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.⁷

Die PSZ bieten entsprechend vielfältige Unterstützungsformen an. Zu ihnen gehören:

- psychologische Diagnostik und Dokumentation
- psychosoziale Beratung und Psychoedukation
- Krisenintervention
- Psychotherapie
- asyl-, aufenthalts- und sozialrechtliche Beratung
- sozialarbeiterische Begleitung und Informationsvermittlung zu allen Lebensbereichen (Unterkunft, Arbeit, Schule, Familie)
- medizinische Diagnostik/Dokumentation, Beratung und Versorgung
- Unterstützung beim Spracherwerb
- Unterstützung beim Umgang mit Behörden und Gesundheitsvorsorge (z. B. Begleitung durch ehrenamtliche Mentor*innen)
- Unterstützung beim Zugang zu sozialen Netzwerken und gesellschaftlicher Teilhabe
- niedrigschwellige Unterstützung (z. B. Freizeitaktivitäten, kreative Angebote)
- qualifizierte Stellungnahmen zur Vorlage in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren

⁴ <https://www.antifolterkonvention.de/>

⁵ <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349654/WHO-EURO-1986-4044-43803-61669-ger.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

⁶ <http://www.refworld.org/docid/5437cc274.html>

⁷ General Comment Nr. 3 zu Artikel 14 UN-Antifolterkonvention.

- Durchführung oder Vermittlung von qualifizierter Dokumentation/ Begutachtung körperlicher und psychischer Misshandlungsspuren nach den Standards des Istanbul-Protokolls⁸ und den Standards zur Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen (in aufenthaltsrechtlichen Verfahren) (SBPM)⁹.

Alle Mitgliedszentren der BAfF sind verpflichtet, nach den Standards gemeinsam entwickelter Leitlinien zu arbeiten, damit eine hohe Qualität der Versorgung gewährleistet werden kann (BAfF, 2020). Im psychotherapeutischen Bereich ist beispielsweise eine Qualifikation in einem wissenschaftlich anerkannten psychotherapeutischen Verfahren erforderlich.¹⁰ Alle Angebote werden für die Klient*innen kostenfrei und bei Bedarf mit geschulten Sprachmittler*innen oder Mitarbeiter*innen mit entsprechender Sprachkompetenz umgesetzt.

Darüber hinaus setzen sich die PSZ aktiv für eine bessere Versorgung geflüchteter Menschen ein, unter anderem, indem sie Schulungen zu Beratung und Therapie im Kontext Flucht sowie zu allgemeinen psychosozialen Themen für weitere Akteur*innen wie Richter*innen oder Polizist*innen durchführen und politische Advocacy-Arbeit leisten. Viele Zentren sind an lokalen und regionalen Gremien und Netzwerken beteiligt und vertreten dort die Interessen ihrer Klient*innen und Mitarbeiter*innen.

⁸ https://www.ohchr.org/sites/default/files/documents/publications/2022-06-29/Istanbul-Protocol_Rev2_EN.pdf

⁹ <https://www.sbp.de/>

¹⁰ Bei neuen PSZ besteht die Möglichkeit, zunächst als assoziiertes Mitglied aufgenommen zu werden, bevor alle Standards vollständig erfüllt werden, da diese teilweise von vorhandenen Ressourcen abhängig sind (z. B. ausreichendes Fördervolumen, um qualifizierte Psychotherapeut*innen einzustellen). Es wird jedoch angestrebt, dass Zentren möglichst schnell alle Mindeststandards der Leitlinien erfüllen.

3

**DIE PSYCHOSOZIALE
VERSORGUNG GEFLÜCHTETER
KINDER UND JUGENDLICHER**

3 — Die psychosoziale Versorgung geflüchteter Kinder und Jugendlicher

3.1 Bedarfslage

Vier von zehn Asylanträgen in Deutschland zwischen 2015 und 2022 wurden für Kinder gestellt. Während die meisten geflüchteten Kinder und Jugendlichen bei der Flucht durch ihre Familie begleitet wurden, ist ein Zehntel von ihnen ohne ihre Familie nach Deutschland geflüchtet (UNICEF, 2023). Geflüchtete Kinder und Jugendliche machen häufig sehr früh Gewalterfahrungen, indem sie selbst Gewalt erleben und/oder Zeug*innen von Gewalt werden. Neben Erfahrungen im Herkunftsland wie Verfolgung, Krieg, Misshandlungen, Inhaftierungen und Folter führen unsichere Fluchtwege dazu, dass sie auch auf der Flucht Gewalt erleben müssen (Burgund Isakov et al., 2022). Nicht zuletzt werden bei den Aufnahmestrukturen in Deutschland die Bedürfnisse von Kindern und Jugendlichen nicht ausreichend berücksichtigt, sodass sie beispielsweise in Unterkünften häufig Gewalt ausgesetzt sind (UNICEF Deutschland/DIMR, 2020; Baron, et al., 2020, Wihstutz, 2019).

Neben Erfahrungen im Herkunftsland wie Verfolgung, Krieg, Misshandlungen, Inhaftierungen und Folter führen unsichere Fluchtwege dazu, dass sie auch auf der Flucht Gewalt erleben müssen.

Eine Studie aus Deutschland zeigt, dass sowohl begleitete als auch unbegleitete geflüchtete Minderjährige über ein hohes Maß an psychischer Belastung und eine große Anzahl potenziell traumatischer Ereignisse berichten. Das am häufigsten angegebene traumatische Erlebnis war die „gefährliche Reise oder Transport“ während der Flucht (96,6 Prozent). Darüber hinaus hatten etwa drei Viertel der Befragten miterlebt, wie Personen geohrfeigt, geschlagen, verprügelt, angegriffen, erstochen, beschossen, schwer verletzt oder getötet wurden (76,5 Prozent). Ebenfalls drei Viertel der Befragten hatten den Mangel an Nahrung oder Wasser für mehrere Tage erlebt. Ein Großteil der Gruppe gab außerdem an, traumatische Erfahrungen durch zwischenmenschliche Gewalt (innerhalb der Familie oder anderswo, 85,7 Prozent), Krieg (64,3 Prozent) und Verlust (62,2 Prozent) gemacht zu haben. Etwa 5 Prozent der geflüchteten Kinder und Jugendliche gaben an, dass sie sexuell missbraucht wurden (Müller et al., 2019). In einer Studie aus den Niederlanden wurden die Gewalterfahrungen getrennt für begleitete und unbegleitete Kinder und Jugendliche erfasst: Etwa 23 Prozent der begleiteten Kinder wurden körperlich misshandelt und etwa 8 Prozent sexuell missbraucht, wohingegen 63 Prozent der unbegleiteten Minderjährigen körperlich und 20 Prozent sexuell misshandelt wurden (bei Jungen: 12 Prozent, bei Mädchen: 39 Prozent, Bean et al., 2007). Es lässt sich vermuten, dass die tatsächlichen Zahlen der Betroffenen noch höher liegen, da das Thematisieren von Gewalterfahrungen, insbesondere bei sexualisierter Gewalt, tabuisiert wird (Rohde-Abuba & Kreuzer, 2022). Darüber hinaus macht die niederländische Studie deutlich, dass unbegleitete Kinder und Jugendliche häufiger Gewalterfahrungen machen als Kinder und Jugendliche, die mit ihrer Familie flüchten.

Eine Meta-Analyse mit Daten aus fünf Aufnahmeländern zeigt, dass eine Posttraumatische Belastungsstörung bei 23 Prozent, Angststörung bei 16 Prozent und Depression bei 14 Prozent der geflüchteten Kinder und Jugendlichen vorliegen. In Deutschland sind jedoch kaum bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen für diese Personengruppe vorhanden.

Solche Gewalterlebnisse führen oft zu erheblichen negativen Folgen für die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen und ihre mentale Gesundheit. Zur Prävalenz von psychischen Erkrankungen unter geflüchteten Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegen keine repräsentativen Daten vor. Eine Meta-Analyse mit Daten aus fünf Aufnahmeländern (inkl. Deutschland) zeigt, dass eine Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS) bei 23 Prozent, Angststörung bei 16 Prozent und Depression bei 14 Prozent der geflüchteten Kinder und Jugendlichen vorliegen (Blackmore et al., 2020). Verschiedene Studien aus Deutschland weisen eine größere Bandbreite bei den Prävalenzen nach: zwischen 14 und 60 Prozent für PTBS und zwischen 6 und 36 Prozent für Depression (Metzner et al., 2016). Den vorhandenen Daten zufolge sind die Prävalenzen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen deutlich höher als bei Kindern und Jugendlichen ohne Fluchthintergrund (1,3 Prozent für PTBS, 5 Prozent für Depression; Perkonig et al., 2000; Ravens-Sieberer et al., 2007). Im Rahmen des Projekts STRONGDATA-Kids der Universität Bielefeld und des Robert-Koch-Instituts ist geplant, Datensysteme zu Migration, Flucht und Gesundheit bei Kindern und Jugendlichen mit Fokus auf die psychische Gesundheit zu stärken.¹¹

Nicht alle Gewalterfahrungen führen zu psychischen Erkrankungen. Internationale Studien weisen auf diverse Risiko- und Schutzfaktoren hin, die die mentale Gesundheit geflüchteter Kinder und Jugendlicher beeinflussen (Reed et al., 2011):

- Art der Gewalterfahrung: Ereignisse, die die Integrität des Individuums oder der Familie gefährden, wie beispielsweise Hausdurchsuchungen, Zeug*innenschaft von Tod, Verletzung oder Folter eines Familienmitglieds, Entführungen, Sich-Verstecken-Müssen, Vergewaltigung, erzwungene Gewalt gegen Angehörige sowie längere Gefangenschaft, sind besonders häufig mit negativen psychischen Folgen verbunden.

¹¹ https://www.uni-bielefeld.de/fakultaeten/gesundheitswissenschaften/ag/ag2/strongdata_kids/index.xml

- Psychische Gesundheit der Eltern: Die Qualität familialer Interaktionen hat einen großen Einfluss auf die psychische Gesundheit der geflüchteten Kinder und kann ein wichtiger Schutzfaktor sein. Oft sind jedoch Eltern und/oder weitere Familienmitglieder selbst betroffen, was direkte Auswirkungen auf die psychische Entwicklung ihrer Kinder haben kann (vgl. Korittko & Pleyer, 2016). Quantitative Untersuchungen zu den komplexen Auswirkungen zwischen dem Gesundheitszustand der Eltern und der psychischen Entwicklung der Kinder insbesondere im Kontext von Flucht und erlebter Gewalt sowie den Postmigrationsbedingungen gibt es jedoch bisher kaum.
- Soziale Unterstützung und Teilhabemöglichkeiten: Gute soziale Unterstützung durch Community und Schule kann verhindern, dass Kinder und Jugendliche negative Erfahrungen internalisieren (vgl. Rost & Teigler, 2022; Podar et al., 2022).
- Eigene Auseinandersetzung mit Sinnzusammenhang: Manche Studien beschreiben, wie die Suche geflüchteter Kinder und Jugendlicher nach der sozialen und ethischen Kohärenz ihrer Erfahrungen, z. B. durch die Mitwirkung an politischen oder religiösen Bewegungen, ein wichtiger Schutzfaktor war.
- Unterbringungen in Lagern („refugee camps“): Die Unterbringung in Lagern ist laut einigen Studien ein Risikofaktor für die mentale Gesundheit von Kindern und Jugendlichen (vgl. Baron et al., 2020).

Darüber hinaus führen Erfahrungen mit Alltagsrassismus und Hasskriminalität zur Verschlechterung des psychischen Gesundheitszustands bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen. Bei einer Umfrage des Bundesfachverbands unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (BumF) gaben 41 Prozent der befragten Fachkräfte an, dass die jungen Geflüchteten, mit denen sie arbeiten, durch Erfahrungen mit (Alltags-)Rassismus belastet sind (Karpenstein & Rohleder, 2022). Zu diesen Erfahrungen zählen beispielsweise Angriffe auf Unterkünfte sowie Benachteiligung bei der Wohnungssuche und beim Zugang zu Bildung und Gesundheitsversorgung. Es ist davon auszugehen, dass tatsächlich mehr junge Geflüchtete von Rassismus betroffen sind, als diese Zahl zeigt, da viele

ungern gegenüber Fachkräften über solche Erfahrungen sprechen (Karpenstein & Rohleder, 2022).

Trotz der hohen psychischen Belastung geflüchteter Kinder und Jugendlicher sind kaum bedarfsgerechte Versorgungsstrukturen für diese Personengruppe vorhanden (Hintzpeter et al., 2015). Kinder und Jugendliche, die mit ihrer Familie nach Deutschland flüchten, sind denselben Ausschlussmechanismen durch das AsylbLG ausgesetzt (s. Kapitel 2.1). In den ersten 36 Monaten nach Ankunft haben sie nur Anspruch auf Versorgung bei akuten Erkrankungen und Schmerzzuständen. Zu den verschiedenen Merkmalen des Gesundheitssystems, die den Zugang geflüchteter Menschen auch nach 36 Monaten erschweren (fehlende Sprachmittlung, Mängel in den Ausbildungen im Gesundheitsbereich, fehlender Zugang zur Information über das Gesundheitssystem, allgemein eingeschränkte Kapazitäten), kommt hinzu, dass es an Fachkräften fehlt, die sich speziell mit den Bedürfnissen und Rahmenbedingungen für die Versorgung geflüchteter Kinder und Jugendlicher beschäftigen. Bei unbegleiteten Jugendlichen, die theoretisch Zugang zur therapeutischen Versorgung über die Jugendhilfe haben, wird dieser jedoch oft erschwert durch fehlende Therapieplätze. Hinzu kommen lange Wartezeiten sowie fehlende qualifizierte Fachkräfte in den Jugendämtern, die den Bedarf gut einschätzen können (Plötner et al., 2022; Witte et al., 2023). Darüber hinaus wird oft monatelang der Zugang zur regulären Schule, die für viele Kinder und Jugendliche eine wichtige stabilisierende Rolle spielt, durch gesetzliche Ausschlüsse und Benachteiligung bei der Schulplatzvergabe verwehrt (Wrase & Haschemi Yekani, 2019; Buchmann, 2023).

3.2 Arbeit der PSZ mit Kindern und Jugendlichen

Kinder, Jugendliche und deren Familien sind, wie bereits beschrieben, vor, während und nach der Flucht besonderen Herausforderungen ausgesetzt. In den Psychosozialen Zentren werden die Angebote auf die individuelle Situation der Kinder bedarfsgerecht ausgerichtet und somit die Kinder und Jugendlichen wie auch weitere Familienmitglieder bzw.

Bezugspersonen in ihrer Unterschiedlichkeit wahrgenommen. Im Jahr 2022 waren etwa 16,4 Prozent der Klient*innen in den PSZ minderjährig. Das entspricht 4.139 Kindern und Jugendlichen, die im Jahr 2022 durch die verschiedenen Angebote der PSZ erreicht werden konnten (s. Kapitel 4.3.1).

2022 waren 16,4 Prozent der Klient*innen in den PSZ minderjährig. In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen stehen die eigenen Stärken und Fähigkeiten, der Mut und die Phantasie im Fokus. Die Gruppenangebote schaffen Selbstvertrauen, gegenseitige Unterstützung und Empowerment. Sie sind damit eine wichtige Ergänzung des therapeutischen und beraterischen Angebots der PSZ.

Die Versorgungsstrukturen der Psychosozialen Zentren richten sich an unterschiedliche Altersgruppen geflüchteter Kinder und Jugendlicher. So gibt es Angebote für jüngere Kinder, beispielsweise mithilfe von Sandspiel und weiteren spieltherapeutischen Elementen, oder auch Gruppenangebote für Jugendliche, die therapeutisch, kunsttherapeutisch oder auch freizeitorientiert sein können (z. B. Rap-Gruppe, Ausflugsgruppe, Fotoprojekte). In der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen stehen die eigenen Stärken und Fähigkeiten, der Mut und die Phantasie im Fokus. Die Gruppenangebote schaffen Selbstvertrauen, gegenseitige Unterstützung und Empowerment. Sie sind damit eine wichtige Ergänzung des therapeutischen und beraterischen Angebots der PSZ.

Einige PSZ machen explizit Angebote für Kinder, die mit ihren Familien kommen. Begleitete Kinder müssen meist mehrere Monate oder auch manchmal Jahre mit ihren Eltern und gegebenenfalls Geschwistern in Sammelunterkünften bleiben, was psychosoziale Folgen nach sich ziehen kann (Baron et al., 2020). Im Alltag können die Eltern ihren Kindern nur eingeschränkt Unterstützung geben, da es an Ressourcen fehlt und sie oftmals auch selbst psychisch belastet sind. Die Kinder sind dann weitgehend auf sich allein gestellt. Begleitete Kinder finden meist nur den Weg in die PSZ, wenn die Eltern bereits psychosoziale Angebote dort

wahrnehmen. Um mehr Kinder zu erreichen, arbeiten einige Zentren direkt mit den Kindern und Jugendlichen in den Unterkünften.

Neben der Zielgruppe der Kinder und Jugendlichen gibt es auch Angebote für Familien, Eltern und andere Bezugspersonen. Die Arbeit orientiert sich auch in diesen Formaten an der Situation der Kinder bzw. Jugendlichen und deren notwendigen Entwicklungsschritten sowie der Vermittlung zwischen Kindern und Eltern. Mithilfe familien-therapeutischer Herangehensweisen werden Sorgeberechtigte beraten und begleitet, um sie in ihrer Erziehungskompetenz zu stärken und die innerfamiliären Ressourcen zu unterstützen. Weitere Angebote in den PSZ bieten Familien Orientierung im Alltag der Aufnahmegesellschaft unter anderem in den Bereichen Gesundheit, Freizeit, Schule, Beruf und Sozialraum. So finden z. B. erstsprachliche Elterntrainings in mehr als 30 Sprachen statt, die eine Reflektion der eigenen Erziehung ermöglichen und damit alle Familienmitglieder stärken.

Der große Bedarf und die hohe Zahl der Nachfragen nach psychosozialer und psychotherapeutischer Versorgung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen zeigt sich seit Jahren.

Die Strukturen der psychosozialen Arbeit mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen in den Psychosozialen Zentren (PSZ) sind bundesweit sehr unterschiedlich. Etwas mehr als die Hälfte der PSZ hat Angebote für Kinder und Jugendliche. Darunter befinden sich auch Einrichtungen, die im Laufe der Jahre eigene Abteilungen für den Kinder- und Jugendbereich herausbilden konnten, denen Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut*innen sowie Sozialarbeiter*innen angehören. Manche Psychosoziale Zentren haben auch nur vereinzelte Angebote, die aufgrund der Begrenzung von Projektgeldern nicht immer weitergeführt werden können. Oftmals sind Angebote für Kinder und Jugendliche in den Zentren projektfinanziert. Nur wenige PSZ konnten eine Kooperation mit den Jugendämtern so aufbauen, dass die Angebote durch diese auch getragen werden. Mithilfe der erhöhten Gelder, die den PSZ in den Jahren 2022/2023 nach dem Angriffskrieg gegen die Ukraine

zur Verfügung gestellt wurden, ließen sich in vielen Bundesländern neue Projekte für minderjährige Geflüchtete aufbauen, bei denen eine Anschlussfinanzierung jedoch oft nicht gesichert ist. Der große Bedarf und die hohe Zahl der Nachfragen nach psychosozialer und psychotherapeutischer Versorgung von geflüchteten Kindern und Jugendlichen zeigen sich seit Jahren. Dies sorgt in vielen PSZ für ein bedarfsgetriebenes Wachstum, das aber auch ein Spannungsfeld in den Strukturen fördert und Zeit für Organisationsentwicklung fordert.

Die Arbeit der Psychosozialen Zentren erfolgt im multiprofessionellen Team und wird vor allem wirksam, indem sie möglichst viele Beteiligte und das System rund um die Minderjährigen miteinbezieht. Einrichtungen der Regeldienste, Schulen und Kitas werden in den Prozess so involviert, dass sie einen neuen Zugang zu den Kindern, deren Familien und ihren Hintergründen finden und ein neues Verständnis der Situation und Perspektiven gewinnen können. Damit dies gelingen kann, sind die Vernetzung mit diesen Stellen und die enge Kooperation mit den Jugendämtern feste Bestandteile der Funktionsweisen der PSZ. Teil der Vernetzung ist auch die Sensibilisierungsarbeit und das Ausrichten von Schulungsangeboten für Fachkräfte in Kitas, Schulen, Jugendämtern u. a. Ein Beispiel für die gelungene Verknüpfung der Arbeit eines Psychosozialen Zentrums mit der Institution Schule wird in Kapitel 3.3 vorgestellt.

Folgende PSZ haben feste Kinder- und Jugendlichenbereiche, jedoch mit sehr unterschiedlichen Strukturen, Angeboten und Ressourcen:

Baden-Württemberg

- Nadia Murad Zentrum, Lörrach
- Refugium Freiburg – Psychosoziale und medizinische Beratung und Koordinierung für Geflüchtete
- Refugio Stuttgart e. V. – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge

Bayern

- REFUGIO München – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer

Berlin

- Zentrum Überleben gGmbH
- XENION Berlin – Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte

Bremen

- REFUGIO Bremen – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer

Hamburg

- SEGEMI – Seelische Gesundheit Migration und Flucht e. V.
- PSB Flucht – Psychosoziale Beratung für Flüchtlinge

Hessen

- FATRA Frankfurt/M. – Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e. V.

Mecklenburg-Vorpommern

- Psychosoziales Zentrum Rostock für Geflüchtete & Migrant_innen

Niedersachsen

- IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e. V., Oldenburg
- Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e. V., Hildesheim

Nordrhein-Westfalen

- Refugio Münster – Psychosoziale Flüchtlingshilfe
- Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf
- MFH Bochum – Medizinische Flüchtlingshilfe e. V.

Rheinland-Pfalz

- IN TERRA – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge, Mayen
- Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma, Mainz
- Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge, Trier

Sachsen

- Psychosoziales Zentrum - Beratungsstelle Chemnitz
- Psychosoziales Zentrum Dresden
- Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete Leipzig

Sachsen-Anhalt

- Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten (Standorte in Halle (Saale) und Magdeburg)

Thüringen

- REFUGIO Thüringen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge (Standorte in Jena und Erfurt)

In weiteren Zentren sind auch Angebote für Kinder und Jugendliche vorhanden. Diese werden aber in weniger verfestigten Strukturen umgesetzt.

3.3 Praxisbeispiel: PSZ macht Schule

Die Initiative „PSZ macht Schule“ wird im Rahmen des Projekts „KiJuFa: Psychosoziale Angebote für Kinder, Jugendliche und deren Familien“ von refugio thüringen e. V. vom 28. Dezember 2022 bis 27. Dezember 2025 umgesetzt. Projektpartner*innen sind das PSZ Düsseldorf und die Kindersprachbrücke Jena e. V. Finanziert wird das Projekt aus dem Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der EU (AMIF) sowie durch terre des hommes.

Darin sind sechs Therapeut*innen/ Psycholog*innen, eine Kunsttherapeutin und vier Sozialberater*innen beschäftigt, die Therapien,

Beratungen und weitere modulare Unterstützungsangebote orientiert an den Bedarfen von geflüchteten Kindern, Jugendlichen und deren Familien umsetzen. Ein zentraler Baustein ist die Zusammenarbeit mit der staatlichen Regelschule „Thomas Mann“ in Erfurt, in der über 300 Schüler*innen in den Jahrgangsstufen 5 bis 10 lernen. Dort sind zwei Sozialberater*innen und eine Kunsttherapeutin aus dem Projekt regelmäßig vor Ort. Für die Kommunikation mit den Kindern und Jugendlichen sowie ihren Familien stehen bei Bedarf kultursensible Sprachmittler*innen aus dem Pool von refugio thüringen e. V. zur Verfügung. Die Kooperation mit der Schule existiert bereits seit 2017. Im Rahmen des Projekts wurden bestehende Angebote weiterentwickelt und verfestigt.

INTERVIEWPARTNER*INNEN:

Gudrun Keifl ist Sozialarbeiterin, arbeitet seit 2018 an der Thomas-Mann-Schule und seit 2022 bei refugio thüringen e. V.

Doreen Meyer ist Kunsttherapeutin, arbeitet seit 2017 an der Thomas-Mann-Schule und seit 2016 bei refugio thüringen e. V.

Katy Pastohr ist Sozialarbeiterin, arbeitet seit 2016 an der Thomas-Mann-Schule und seit 2022 bei refugio thüringen e. V.

Wie kam es zur Kooperation zwischen refugio thüringen e. V. und der Thomas-Mann-Schule?

Doreen Meyer: Wir hatten 2016 ein Projekt, initiiert und begleitet vom PSZ REFUGIO Thüringen, das erstmals Kunsttherapie für Kinder ermöglichte, gleichzeitig aber unheimlich viel Aufwand bedeutete. Die Kinder aus den Unterkünften mussten von einer zusätzlichen Person gebracht und wieder abgeholt werden, weil die Eltern die Wege nicht überbrücken konnten. In der Weiterentwicklung des Projekts haben wir gedacht, wir müssen dort hin, wo die Kinder sich aufhalten. Darüber kamen wir auf die Idee, direkt in die Schulen zu gehen. Wir haben mit zwei Schulen in Jena begonnen und dann kam die Rückmeldung von der Thomas-Mann-Schule in Erfurt.

Katy Pastohr: Gudrun und ich waren über ein anderes Projekt an der Schule. Ich habe am Anfang Sozialberatung gemacht, auch so ein bisschen geschaut, was fehlt den Kindern, was wird gebraucht. Es gab immer die Anfrage nach Therapieplätzen, die aber schwer zu bekommen sind, weil es ewig lange Wartezeiten gibt. Die Anfragen für Therapie kamen teilweise von den Angehörigen, den Eltern und den Geschwistern.

Ich habe dann einen Artikel gelesen, in dem die Möglichkeit beschrieben wurde, Kunsttherapie in der Schule anzubieten. Die habe ich mit der Schulleitung besprochen. Diese war sehr offen dafür, weil sie auch immer der Meinung war, dass Therapie vor Schule geht. Solange die Kinder nicht offen für die Schule sind, weil immer irgendwas im Hinterkopf noch mitschwingt, können sie sich wenig darauf einlassen, haben nicht so die Erfolge, die sie vielleicht hätten, wenn das alles bearbeitet ist.

Es gab damals schon in Einzelfällen die Möglichkeit, Kinder, die schwerer traumatisiert waren, bei Psychotherapeut*innen vom PSZ REFUGIO Thüringen anzubinden. Oder auch mal ein Elternteil anzumelden. Das hat sich sehr als Vorteil herausgestellt.

Wie sieht die konkrete Umsetzung des Projekts aus?

Welche Angebote gibt es?

Gudrun Keifl: Wir haben einmal die Sozialberatung. Die umfasst alles von der Asylantragstellung und Begleitung im Asylverfahren über ärztliche Anbindungen, Freizeitgestaltung, Schullaufbahnberatung, Lernförderung, Elternarbeit bis hin zu Konfliktbearbeitung in der Schule z. B. mit Lehrkräften. Und die ganz starke Beziehungsarbeit vor Ort. Dadurch, dass wir sehr niedrigschwellig erreichbar sind in unserem Büro in der Schule, läuft da ganz viel über tägliche Kurzkontakte.

Dann gibt es den Teil Therapie, den an der Schule Doreen mit Kunsttherapie abdeckt. Und dann auch die Weitervermittlung an die Therapeut*innen/ Psycholog*innen in unserem Projekt innerhalb des PSZ.

Und die dritte Säule ist die Netzwerkarbeit. Weil wir nicht alles selbst machen, sondern wissen müssen, wohin wir bei speziellen Themen noch vermitteln können.

Welche Rolle spielt dabei die Elternarbeit?

Gudrun Keifl: Bei uns an der Schule legen wir Wert darauf, dass der Zugang so niedrigschwellig wie möglich funktioniert und bleibt, weil wir in der Lebenswelt von Kindern und Jugendlichen arbeiten. Das heißt, Kinder und Jugendliche kommen einfach bei Bedarf in unser Büro und bringen Themen mit. Das hat meistens etwas mit Behörden zu tun, Briefe, Papiere usw. oder mit Konflikten an der Schule. Manchmal werden die Kinder auch von den Lehrkräften zu uns geschickt. Dann läuft der Kontakt erst mal über die Kinder und Jugendlichen. Spätestens wenn es darum geht, dass wir eine Schweigepflichtentbindung brauchen, eine Anbindung an die Kunsttherapie stattfinden soll oder die Zusammenarbeit tiefergehender wird, holen wir uns die Eltern mit ins Boot. Darüber entstehen Kontakte zu Eltern.

Dann gibt es an der Schule noch einen „zweiten Zugang“ zum Projekt, weil wir eine spezielle Deutschlernklasse haben. Neu zugezogene geflüchtete oder migrierte Kinder und Jugendliche besuchen zunächst eine Deutschlernklasse. Diese Schüler*innen sind dann automatisch an uns angebunden. Wir suchen sie in der Klasse auf, kommunizieren regelmäßig mit den Lehrkräften, organisieren Elterngespräche und Informationsveranstaltungen für die Eltern zum Thüringer Schulsystem. In diesem Schuljahr waren wir zum ersten Mal auch bei den Aufnahmegesprächen der neuen Schüler*innen dabei, konnten uns und unser Angebot den zukünftigen Schüler*innen vorstellen und unsere Kontaktdaten den Eltern mitgeben.

Doreen Meyer: Die Infoveranstaltungen zum Schulsystem für die Eltern werden mit kultursensibler Sprachmittlung vorangekündigt. So werden die Eltern auch handlungsfähiger durch die Informationsvermittlung.

Katy Pastohr: Oft ist es auch so, dass Lehrer*innen uns zu Elterngesprächen hinzuziehen. Dann organisieren wir die Übersetzer*innen, sind beim Gespräch dabei, schauen, welche Hilfsangebote man noch machen kann, unabhängig von dem, was die Lehrer*innen anbieten. Da bekommen wir ein bisschen Einblick in die Situation zu Hause und kommen leichter mit den Eltern in Kontakt. Vielleicht ist ein Elternteil sehr stark belastet oder Analphabet und kann die Kinder nicht in der Schule unterstützen. Man kriegt so Informationen am Rande mit, kann dadurch auf einer anderen Ebene reagieren und den Eltern Angebote machen.

Gudrun Keifl: Die Bedarfe sind sehr unterschiedlich. Manchmal ist eine sehr starke Belastung da, manchmal brauchen die Eltern einfach nur eine Person, die noch mal über das Schreiben, das sie selbstständig aufgesetzt haben, drüber schaut. Also wirklich sehr niedrigschwellig, aber dahinter stehen immer noch viele größere Themen.

Diese schnelle, niedrigschwellige Unterstützung hilft sehr, um mit den Eltern in Kontakt zu treten, weil sie merken: „Wenn ich mit diesen Frauen zusammenarbeite, dann geht was voran.“ Das hilft total in der Elternarbeit.

Viele Schulen haben ja das Problem, dass sie nicht an die Eltern herankommen, ganz besonders an die geflüchteten Eltern. Sie schreiben einen Brief an die Eltern, den diese nicht verstehen und deswegen nicht zum Termin kommen. Es findet keine Kommunikation statt. Beide Seiten sind dann negativ eingestellt. Wenn so etwas an unserer Schule passiert, können wir das relativ schnell auflösen.

Welche Rahmenbedingungen waren wichtig, um das Projekt an der Schule zu etablieren?

Gudrun Keifl: Zum einen die Offenheit der Schule und zum anderen die Women Power, die dazu noch die freie Hand hat, nach den Bedarfen der Kinder, Jugendlichen und Familien zu arbeiten, weil wir eine sehr themenoffene und bedarfsorientierte Finanzierung hatten.

Doreen Meyer: Für mich war es von Anfang an ganz wichtig, einen Raum zu haben, in dem die künstlerischen Materialien und vor allem die kunsttherapeutischen Arbeiten der Kinder und Jugendlichen gut und sicher aufbewahrt wurden und werden. Das ist an Schulen ganz und gar nicht selbstverständlich. Die Schuldirektorin der Thomas-Mann-Schule hat sichergestellt, dass für die Kunsttherapie abschließbare Schränke zur Verfügung gestellt werden. Mittlerweile muss die Kunsttherapie den Raum nicht mehr teilen. Er ist hell und groß und dadurch, dass er im Keller liegt, gibt es kaum Laufverkehr. Einen sicheren Raum zu haben, ist eine wichtige Grundlage für Therapie. Entscheidend war auch, dass die Schuldirektorin die Wichtigkeit von Therapie an Schule mit einer eindeutigen Haltung auch gegenüber den Mitarbeiter*innen der Schule vertreten hat.

Gudrun Keifl: Wichtig war auch, dass Katy und ich immer in der Schule sind. Wir haben ein offenes Büro und arbeiten mit den Kindern, Jugendlichen und den Familien, aber auch mit dem Kollegium. Wenn wir da nur punktuell hinkommen würden, würde das ganz anders wirken. Dadurch hat sich das Angebot schnell etabliert.

Welche Faktoren waren wichtig, um die Akzeptanz des Angebots an der Schule zu erhöhen?

Gudrun Keifl: Für die Lehrkräfte ist es auch ein Stück weit Entlastung. Sie wissen, sie können sich noch mal eine andere Perspektive einholen oder auch etwas abgeben. Wenn sich zeigt, dass sie mit einem Schüler, einer Schülerin oder einer Familie nicht gut zusammenarbeiten, weil sie sie z. B. nicht erreichen, dann wissen sie, sie können zu uns kommen, wir haben eine andere Perspektive darauf und andere Möglichkeiten ranzugehen und noch etwas zu erreichen. Ich glaube, sie erleben das als durchaus positiv, sonst würden uns nicht so viele Lehrerinnen zu Gesprächen dazu holen oder Prozesse gemeinsam gestalten.

Katy Pastohr: Ich denke, es hat auch damit zu tun, dass wir wirklich ein breites Angebot an Unterstützung bieten können. Wir können schnell reagieren, wenn es um das Aufenthaltsrecht geht oder wenn eine Weitervermittlung zu einer Beratungsstelle notwendig ist, wenn Leistungen

nicht gezahlt werden oder es Konflikte und Motivationsprobleme gibt. Wir organisieren Nachhilfe für die Schüler*innen, unterstützen beim Wunsch nach Freizeitaktivitäten und vieles mehr. Wir sind sehr breit aufgestellt. Und das, denke ich, wissen die Lehrer*innen auch zu schätzen.

Doreen Meyer: Auch diese Hilflosigkeit, die Lehrer*innen häufig erleben in Bezug auf Traumata, auf Verhaltensweisen von Schüler*innen in der Schule. Wohin gehe ich damit? Was mache ich damit? In uns haben sie dafür Ansprechpartner*innen.

Wir machen gemeinsam Fallbesprechungen und führen ein gemeinsames Gespräch mit den Kindern oder den Eltern. Oder sie geben es ganz ab und wir klären es. Ich glaube, das hilft, ein Gefühl zu entwickeln von: „Ich stehe damit nicht alleine da und muss nicht irgendeine Riesenräder in Gang setzen, damit ich irgendwie mit dem Kind weiterkomme.“

Gudrun Keifl: Wir können zudem Diagnostikmöglichkeiten in Aussicht stellen. Also allerhand Dinge, die Lehrkräfte entlasten. Wir können die Situation für die Lehrkräfte häufig so einordnen, dass sie einen besseren Umgang damit finden und sich dadurch auch das Verhältnis zum Kind entspannt. So wird die gesamte Zusammenarbeit besser.

Haben Sie versucht, mit niedergelassenen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen zusammenzuarbeiten?

Doreen Meyer: Ja, immer wieder. Die Erfahrungen sind aber sehr ernüchternd. Grundsätzlich gibt es über die Jahre wenige Therapeut*innen, die sich bereit erklären, mit geflüchteten Menschen zu arbeiten. Eine Sprachmittlung im therapeutischen Setting, die unsicheren Aufenthalte, zusätzliche soziale Probleme und die oft mehrfachen Traumatisierungen, die die Menschen mitbringen, schrecken niedergelassene Therapeut*innen ab. Zudem sind die Wartelisten eh gefüllt und lang.

Was gab es bisher für Lernpunkte aus dem Projekt?

Katy Pastohr: Die Sicht auf manche Dinge hat sich verändert in der Schule. Es ist ein anderes Verständnis für die Situation der geflüchteten

Kinder entstanden. Es gibt ein Grundwissen darüber, woher die Schüler*innen kommen, warum sie hier sind usw.

2016, als ich angefangen habe, kamen zu den Elterngesprächen gar keine Eltern. Dann haben wir ganz stark kultursensible Sprachmittler*innen miteinbezogen, am Anfang noch ehrenamtliche. Später konnten wir Sprachmittler*innen über Landesmittel finanzieren. Das hat dann auch mehr und mehr Eltern in die Schule gebracht. Und ich glaube, es herrscht ein anderes Verständnis für die Familien. Es ist etwas anderes, wenn man mit den Eltern im Gespräch war und festgestellt hat: Die ganze Familie ist unendlich belastet. Sie haben keinen Aufenthalt. Sie sind unsicher, was in der Zukunft passiert. Oder ein Elternteil ist psychisch krank und deswegen schwer zu erreichen.

Die Sensibilisierung für das Thema Flucht, Migration und psychosoziale Belastung in der Schule ist damit gewachsen. Also, dass es überhaupt die Reflexionsebene vonseiten der Lehrkräfte gibt: „Ah, das ist nicht nur einfach ein Kind, ein*e Jugendliche*r, die*der sich unpassend verhält, weil sie*er nicht ins Schulsystem passt, sondern da gibt es vielleicht spezifische Gründe dafür, die wir bearbeiten können.“ Dass diese Überlegung überhaupt stattfindet, finde ich schon einen großen Schritt.

Gudrun Keifl: Für den Kinder- und Jugendlichenbereich im PSZ haben wir durch die Arbeit an der Schule einen niedrigschwiligen Zugang zu den Kindern und Jugendlichen gewonnen und sind mitten in ihrer Lebenswelt. Für die Schüler*innen und ihre Eltern ist die Schule auch einfach ein großer Teil ihres Lebens. Die Kinder verbringen sehr viel Zeit in der Schule, sie sollen sich wohlfühlen, sie sollen erfolgreich sein, sich entfalten können. Es ist der Ort, wo der Grundstein für die Zukunft der Kinder gelegt wird.

Wir sehen in vielen Fällen, die im PSZ im Kinder- und Jugendbereich angemeldet werden, dass Schule immer Thema ist. In der Schule werden häufig Belastungen sichtbar, z. B. durch abweichendes Verhalten oder Schwierigkeiten beim Lernen. Von außen zu intervenieren, ist dann

immer recht mühsam. Daher finde ich es genial, dass wir diesen Zugang haben und direkt vor Ort arbeiten können.

Doreen Meyer: Was ich ganz oft in der Therapie zurückgemeldet bekomme, sind Situationen aus der Schule. Also Dinge, die Kinder in der Schule als retraumatisierend erleben, als hinderlich, als total unverständlich, weil Lehrer*innen sich gar nicht in ihre Welt oder in ihr Verstehen oder Nichtverstehen hineindenken können. Ich musste lernen, dass ich mich in meiner Rolle als Therapeutin an diesen Stellen als eine Dolmetscherin von emotionalen Themen einbringen muss, um Veränderungen anzustoßen und damit Erleichterungen für die einzelnen Kinder im Schulalltag zu ermöglichen. Die regelmäßigen Fallbesprechungen mit Gudrun und Katy und der intensive Austausch sind enorm wichtig, sie helfen dabei, Dinge besser einordnen und verstehen zu können. Sie machen aber auch deutlich, wie viel mehr es an psychosozialer Arbeit an der Schule bedarf, um grundlegende Veränderungen zu bewirken.

Welche Erfolgserlebnisse gab es bisher?

Doreen Meyer: Wir haben ein Mädchen, das wir in der fünften Klasse aufgenommen haben, die völlig isoliert war. Sie hat sich gewehrt, Deutsch zu lernen. Sie hat ganz schlechte Erfahrungen in der Grundschule in Deutschland gemacht. Sie wurde überhaupt nicht aufgenommen, nicht mit ihren Fähigkeiten und Möglichkeiten wahrgenommen. Sie wurde ausgegrenzt und kam dann in der fünften Klasse zu uns. Sie ist jetzt in der zehnten Klasse und es ist eine Freude zu sehen, wie sie sich entwickelt hat, wie selbstbewusst sie geworden ist, wie viele Freunde sie um sich scharft.

Gudrun Keifl: Ich finde es wichtig zu fragen: Was haben unbelastete Kinder und Jugendliche aus weitestgehend unbelasteten Familien? Also Kinder und Jugendliche, die psychisch nicht belastet sind, die nicht in finanziellen Schwierigkeiten stecken, die einen sicheren Aufenthalt haben, die nicht rassifiziert werden usw.? Sie haben Zeit und Raum und eine Grundstabilität, die es ihnen erlaubt, z. B. nach dem Schulabschluss nicht gleich zu wissen, was sie möchten, sondern ins Ausland zu gehen

oder anderweitig Erfahrungen zu machen. Sie haben diese Ruhe und diese Stabilität, sich einfach in ihrer Persönlichkeit zu entwickeln. Für mich ist es immer ein großer Erfolg, wenn wir es schaffen, Kinder und Jugendliche so zu begleiten, dass sie ein Stück weit an diese Stabilität rankommen und dann den Raum für ihre persönliche, selbstbestimmte Entfaltung haben.

Deswegen finde ich es schwierig zu sagen, was ein Erfolg ist und was nicht. Sind der Schulabschluss und die gelungene Ausbildung ein Erfolg oder ist es ein Erfolg, wenn ich mich gut in meinem Leben verwirklichen kann, wie auch immer das dann aussieht? Ich glaube, es ist letzteres. Und das, finde ich, gelingt tatsächlich in sehr vielen Fällen, die wir begleiten.

Doreen Meyer: In der Kunsttherapie gelingt es manchmal, einen emotionalen Raum zu schaffen, den es zu Hause für einige Kinder nicht gibt oder nicht geben kann. Themen finden einen Platz, können kreativ und selbstentschieden bearbeitet, geteilt, verändert und „verdaut“ werden, und das in einem Setting, in dem wohlwollende Begleitung zur Verfügung steht. Wenn dazu Stabilisierung oder Weiterentwicklung passiert, dann ist das ein Erfolg.

Welche Wünsche haben Sie für die Zukunft der psychosozialen Arbeit an Schulen?

Doreen Meyer: Ich wünsche mir, dass wir in Zukunft mit vielen Schulen zusammenarbeiten. Dass Kinder besser versorgt und gesehen werden, in ihrer Ganzheit, mit den vielen Dingen, die sie mitbringen. Weniger Druck und mehr Raum zur Entfaltung, zum Ankommen, zum Heilen, zum Spielen, Entdecken und einfach Kind sein dürfen.

Ich wünschte, aus einem so kleinen Projekt wie dem unseren könnte eine flächendeckende psychosoziale Grundversorgung an Schulen erwachsen.

Gudrun Keifl: Ich wünsche mir auch eine Regelfinanzierung oder irgendeine Form von finanzieller Kontinuität. Dass wir wirklich langfristig arbeiten und mitgestalten können. Ein wichtiger Erfolgsfaktor des Projekts ist, dass wir Stabilität mit den Kindern und Jugendlichen und ihren Familien herstellen können. Wenn diese bei uns selbst fehlt, ist es schwer, auch für die Zielgruppe.

Darüber hinaus wünsche ich mir, dass endlich ein Transfer unseres Ansatzes in andere Schulen stattfindet. Der Bedarf ist da.

Doreen Meyer: Was eine unsichere Finanzierung macht, habe ich auch in der kunsttherapeutischen Arbeit an der Schule erlebt, manchmal nur zwei Monate oder ein halbes Jahr, immer wieder mit dem möglichen Abschied zu arbeiten, eine schiere Unzumutbarkeit! Das wünsche ich mir nicht wieder!

Gudrun Keifl: Ich hätte noch einen Wunsch. Es gibt viele PSZ, die neue Kinder- und Jugendbereiche haben oder schon länger welche haben. Eigentlich fände ich es schön, wenn das eine oder andere PSZ auch diesen Schritt an die Schule wagt.

INTERVIEWERIN: Yukako Karato

4

**DATEN AUS DEN
PSYCHOSOZIALEN
ZENTREN**

4 — Daten aus den Psychosozialen Zentren

4.1 Datenbasis

Die BAfF führt jährlich eine Onlinebefragung aller Mitgliedszentren durch, um Daten zur Versorgung geflüchteter Menschen in den PSZ zu erheben. Dabei werden folgende Inhalte abgedeckt:

- Rahmenbedingungen in den PSZ
 - Leistungsspektrum
 - Trägerschaft
 - Mitarbeitende
- Klient*innen
 - Anzahl und soziodemografische Merkmale
 - genutzte Angebote
 - Aufenthaltssituation
 - Hauptherkunftsländer
- Zugang zu den PSZ
 - vermittelnde Akteur*innen
 - Anfahrtszeiten
- Versorgungsengpässe
 - Wartezeiten
 - Umgang bei Aufnahme neuer Klient*innen
 - Weitervermittlung von Klient*innen
- Finanzierung
 - Finanzierungsquellen und -strukturen
 - Kostenübernahme von Psychotherapien

Dies ist die einzige regelmäßig stattfindende und bundesweite Erhebung von Daten zur psychosozialen Versorgung geflüchteter Menschen. Die Daten zu den Klient*innen werden anonymisiert erfasst, die Ergebnisse auf Plausibilität geprüft und gegebenenfalls in Absprache mit den Zentren bereinigt.

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse der Befragung zum Jahr 2022 dargestellt. Sie beziehen sich auf die damals 47 Mitgliedszentren. Da nicht alle Zentren über vollständige Daten verfügten, werden die jeweiligen Fallzahlen an den entsprechenden Stellen aufgeführt.

4.2 Rahmenbedingungen in den PSZ

4.2.1 Leistungsspektrum

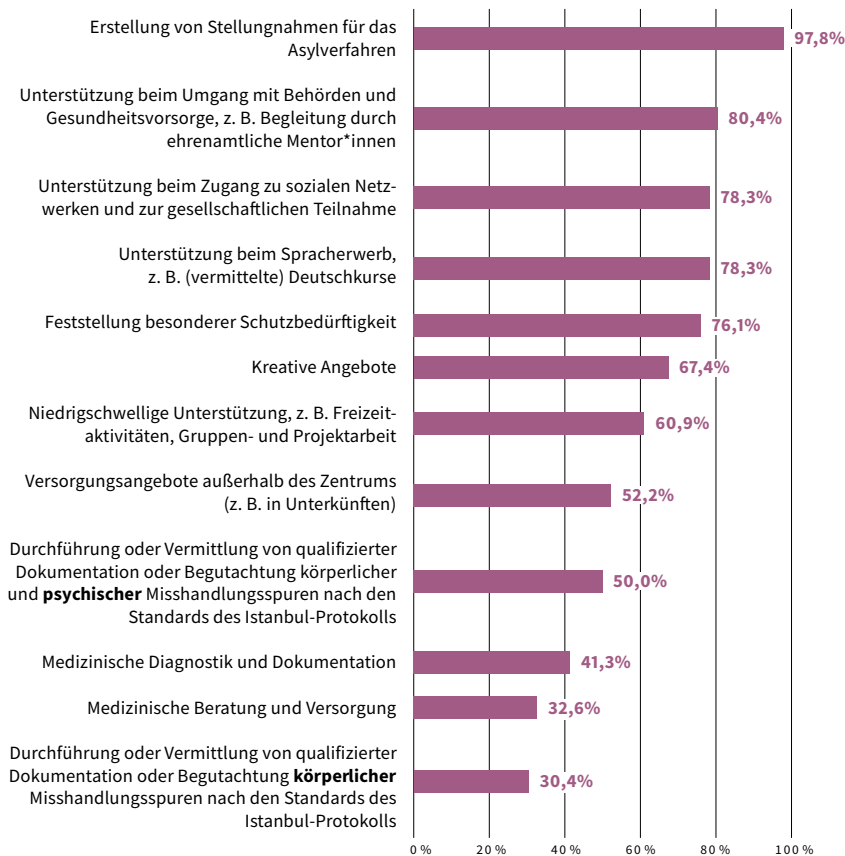
Zu den Kernangeboten der PSZ gehören **psychosoziale Beratung, Psychotherapie, Kriseninterventions- und Stabilisierungsangebote** – in der Regel nach einem (gegebenenfalls interdisziplinären) Clearing bzw. der Diagnostik in Bezug auf die Unterstützungsbedarfe der Klient*innen.

Darüber hinaus offerieren die Zentren ein breites Spektrum an weiteren Unterstützungsangeboten für besonders schutzbedürftige und psychisch erkrankte geflüchtete Menschen. Welche Leistungen sie genau anbieten, hängt sowohl von den Bedarfen vor Ort als auch von finanziellen und personellen Möglichkeiten ab.

Die meisten Zentren erstellen auf Basis ihrer psychotherapeutischen Kompetenzen und des engen Kontakts mit den Klient*innen Stellungnahmen zum Gesundheitszustand für das Asylverfahren. Die Mehrheit bietet auch Angebote an, um die sozialen Teilhabemöglichkeiten ihrer Klient*innen zu verbessern, wie Unterstützung bei Behördengängen oder beim Zugang zu sozialen Netzwerken, Unterstützung beim Spracherwerb und diverse niedrigschwellige Freizeit- und kreative Angebote.

Seltener angeboten werden Leistungen, die durch medizinische Fachkräfte erbracht werden müssen, etwa die Dokumentation körperlicher Misshandlungsspuren. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass es für die Zentren häufiger schwierig ist, medizinische Fachkräfte als Mitarbeiter*innen oder Kooperationspartner*innen zu finden.

Erweiterte Leistungen der PSZ für ihre Klient*innen



Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=46 PSZ mit 23.414 Klient*innen, © BAfF 2024

4.2.2 Trägerschaft/Mitgliedschaft bei Wohlfahrtsverbänden

Fast alle PSZ sind einem Wohlfahrtsverband angeschlossen. 2022 befanden sich 46,7 Prozent der Zentren in Trägerschaft eines Wohlfahrtsverbands, weitere 42,2 Prozent waren Mitglieder (n=45 PSZ mit 22.977 Klient*innen, 11,1 Prozent weder in Trägerschaft noch Mitglied).

Die Trägerschaft/Mitgliedschaft der PSZ verteilte sich wie folgt auf die Verbände:

- Paritätischer Wohlfahrtsverband: 42,5 Prozent
- Diakonisches Werk: 35,0 Prozent
- Caritasverband: 15,0 Prozent
- Deutsches Rotes Kreuz: 5,0 Prozent
- Arbeiterwohlfahrt: 5,0 Prozent
- sonstige Verbände: 5,0 Prozent (z. T. Mehrfachangaben)

4.2.3 Mitarbeitende in den PSZ

2022 waren in einem „typischen“ PSZ 10,0 Mitarbeiter*innen fest angestellt. Diese teilten sich 5,8 Vollzeitstellen (Mediane¹², Durchschnittswerte: 17,8 Mitarbeiter*innen auf 11,4 Vollzeitäquivalente). Darüber hinaus arbeiteten typischerweise 26,0 Personen als freie Mitarbeiter*innen, Mini-Jobber*innen, Praktikant*innen oder Ehrenamtliche in einem Zentrum (Median, Durchschnitt: 35,8; n=40-45 PSZ mit 17.712-21.525 Klient*innen).

Die höchste Anzahl an Stellen gab es bei der Psychotherapie und in der Beratung.

¹² Es werden Mediane ausgewiesen, da die Durchschnittswerte durch die Angaben besonders großer PSZ ein verzerrtes Bild abgeben.

Angestellte und freie Mitarbeiter*innen nach Arbeitsbereichen in den PSZ (Mediane)

Psychotherapie	3,0 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 3,8)
Beratung	2,9 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 5,0)
Sprachmittlung	1,2 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 7,9)
Verwaltung	1,0 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 1,8)
Kreativ- und Körpertherapie	0,3 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 0,5)
Fundraising, Öffentlichkeitsarbeit u. Ä.	0,4 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 0,7)
Medizinische Versorgung	0,2 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 1,6)
Sonstige Bereiche	0,6 Vollzeitstellen (Durchschnitt: 2,9)

Auffallend ist, dass die meisten Sprachmittler*innen (96,4 Prozent) kein festes Arbeitsverhältnis hatten. Das lässt sich vor allem dadurch erklären, dass die Bedarfe nach Sprachen z. T. sehr unterschiedlich sind.

4.3 Klient*innen der PSZ

4.3.1 Anzahl und soziodemografische Merkmale der Klient*innen

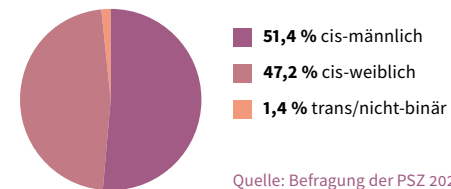
2022 wurden in den 47 PSZ insgesamt 25.861 Klient*innen versorgt. Darunter befanden sich 14.252 Klient*innen, die neu aufgenommen werden konnten. Zu ihnen gehörten meistens Personen mit besonderen Schutzbedarfen, die beispielsweise durch Erfahrungen mit Folter, Menschenhandel und/oder Verfolgung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder geschlechtlichen Identität entstanden sind. Im Vergleich zum Vorjahr ist die Gesamtzahl der von den PSZ versorgten Klient*innen um 19,0 Prozent gestiegen. Auch im Vergleich zu 2019 – vor dem Beginn der Covid-19-Pandemie – konnte die Anzahl der Klient*innen um 3,6 Prozent erhöht werden (Anzahl Klient*innen 2019: 24.964).

2022 wurden in den 47 PSZ insgesamt 25.861 Klient*innen versorgt. Zu ihnen gehörten meistens Personen mit besonderen Schutzbedarfen, die beispielsweise durch Erfahrungen mit Folter, Menschenhandel und/oder Verfolgung aufgrund ihrer sexuellen Orientierung und/oder geschlechtlichen Identität entstanden sind.

47,2 Prozent der Klient*innen waren cis-weiblich, 51,4 Prozent cis-männlich, 1,4 Prozent trans/nicht-binär.

6,0 Prozent identifizierten sich als LSBTI* (n=36 PSZ mit 20.429 Klient*innen). An dieser Stelle ist jedoch anzumerken, dass Klient*innen sich aus verschiedenen Gründen nicht immer im PSZ (direkt) outen (vgl. Träbert & Teigler, 2022).

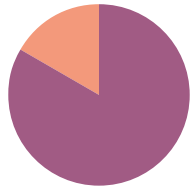
Gender der Klient*innen



Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=24.100 Klient*innen, © BAfF 2024

16,4 Prozent der Klient*innen waren minderjährig, davon floh ein Viertel ohne Begleitung ihrer Familie nach Deutschland.

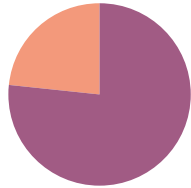
Minderjährige und volljährige Klient*innen



■ 83,6 % volljährig
■ 16,4 % minderjährig

Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=46 PSZ mit 25.242 Klient*innen, © BAfF 2024

Unbegleitete minderjährige Geflüchtete unter den Klient*innen



■ 76,7 % minderjährige Klient*innen unter Begleitung der Familie
■ 23,3 % unbegleitete minderjährige Geflüchtete

Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=5.154 Klient*innen, © BAfF 2024

4.3.2 Genutzte Angebote

Die Klient*innen wurden in verschiedenen Settings durch multiprofessionelle Teams begleitet:

- 60,9 Prozent der Klient*innen suchten (psycho)soziale und/oder asylrechtliche Beratung auf und wurden persönlich durch Sozialarbeiter*innen und Psycholog*innen unterstützt,
- ungefähr ein Drittel (29,9 Prozent) befand sich – in der Regel zusätzlich zur Beratung – in psychotherapeutischer Behandlung. Lediglich 12,2 Prozent wurden ausschließlich psychotherapeutisch versorgt und waren nicht in anderen Teilen des multimodalen Leistungsspektrums angebunden,

- 4,7 Prozent wurden psychiatrisch versorgt und
- 24,8 Prozent nahmen sonstige Angebote wie beispielsweise kreative, bewegungs- und/oder bildungsorientierte Angebote wahr (n=22.925).

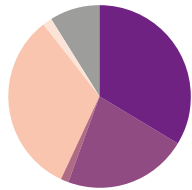
4.3.3 Aufenthaltssituation

Aufenthaltsstatus

Ein Großteil der Klient*innen der PSZ hat einen prekären Aufenthaltsstatus, d. h. sie warten auf das Ergebnis eines Asylverfahrens oder besitzen lediglich eine Duldung mit der Unsicherheit, jederzeit abgeschoben werden zu können. Eine mittel- oder langfristige Zukunftsplanung ist damit oft nicht möglich. Zugänge zu gesellschaftlicher Teilhabe werden erschwert.

Ein Großteil der Klient*innen der PSZ hat einen prekären Aufenthaltsstatus.

2022 hatten mehr als die Hälfte (56,9 Prozent) der Klient*innen lediglich eine Aufenthaltsgestattung, eine Duldung oder befanden sich in der aufenthaltsrechtlichen Illegalität (s. Glossar: „Aufenthaltsgestattung“ und „Duldung“). Nur etwa ein Drittel (34,3 Prozent) besaß einen relativ sicheren Aufenthaltsstatus, d. h. eine Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis. Damit unterscheiden sich die Klient*innen der PSZ stark von der Population aller in Deutschland lebenden geflüchteten Menschen. Im Jahr 2022 hatten fast drei Viertel (73,2 Prozent) aller in Deutschland lebenden geflüchteten Menschen eine Aufenthalts- oder Niederlassungserlaubnis.

Aufenthaltsstatus der Klient*innen**Aufenthaltsstatus aller geflüchteten Menschen in Deutschland**

■ 33,6 % Aufenthaltsgestattung

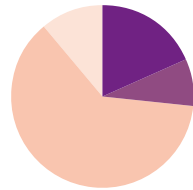
■ 21,9 % Duldung

■ 1,4 % Menschen ohne Papiere

■ 32,5 % Anerkennung/Aufenthaltserlaubnis

■ 1,8 % Niederlassungserlaubnis

■ 8,7 % Sonstiges/Unbekannt



■ 18,5 % Aufenthaltsgestattung/Asylgesuch

■ 8,3 % Duldung

■ 62,3 % Aufenthaltserlaubnis

■ 11,0 % Niederlassungserlaubnis

Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=46 PSZ mit 23.414 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2024

Quelle: Ausländerzentralregister (2023), eigene Darstellung © BAfF 2024

Klient*innen im sogenannten Dublin-Verfahren

Sogenannte Dublin-Verfahren (s. Glossar), in denen Schutzsuchende in andere EU-Länder zurückgeschoben werden sollen, führen häufig zu einer zusätzlichen psychischen Belastung geflüchteter Menschen. Dadurch werden nicht nur die Zukunftsplanung und die damit zusammenhängende Perspektive einer Rehabilitation erschwert. Die bevorstehende Zurückschiebung in Länder, in denen häufig bereits negative Erfahrungen mit menschenunwürdiger Unterbringung oder Gewalt durch Behördenmitarbeiter*innen gemacht wurden, kann Traumata verstärken. 2022 befanden sich durchschnittlich 14,6 Prozent der PSZ-Klient*innen in sogenannten Dublin-Verfahren und wurden bei den dadurch entstehenden rechtlichen Fragen sowie den daraus resultierenden psychischen Belastungen unterstützt (n=44 PSZ mit 21.790 Klient*innen).

Klient*innen mit Abschiebungsverboten

Schwer psychisch kranke Menschen, die reiseunfähig sind oder bei denen eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands im Fall einer Abschiebung droht, dürfen nicht abgeschoben werden. Rechtliche Grundlage hierfür ist das Aufenthaltsgesetz (AufenthG) mit den Vorgaben zu zielstaatsbezogenen Abschiebungsverboten (§ 60 Absatz 5 und 7 AufenthG) sowie inlandsbezogenen Abschiebungshindernissen (§ 60a Absatz 2c und 2d AufenthG, s. Glossar).

Für ein Abschiebungsverbot muss die Erkrankung der betroffenen Personen nachgewiesen werden. Auch hierbei unterstützen die PSZ, indem sie Stellungnahmen für ihre Klient*innen erstellen. 2022 wurde bei 14,6 Prozent aller PSZ-Klient*innen ein zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot oder ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis festgestellt (n=38 PSZ mit 21.042 Klient*innen).

Die notwendigen Voraussetzungen, um eine psychische Erkrankung im Asylverfahren nachzuweisen, wurden in den vergangenen Jahren zunehmend verschärft – mit der Folge, dass psychische Erkrankungen häufig im Verfahren nicht anerkannt werden. Aufgrund von Gesetzesverschärfungen durch das Asylpaket II (2016) und das sogenannte Geordnete-Rückkehr-Gesetz (2019) muss eine „qualifizierte ärztliche Bescheinigung“ eingereicht werden, damit eine schwere Erkrankung im Asylverfahren bei der Prüfung von Abschiebungsverboten berücksichtigt wird. Diese Bescheinigungen müssen Fachärzt*innen ausstellen, d. h. Atteste von Psychologischen Psychotherapeut*innen sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen werden ausgeschlossen. Dabei ist gerade diese Berufsgruppe darin ausgebildet, psychische Erkrankungen zu diagnostizieren, und übernimmt einen Großteil der Behandlung psychisch erkrankter Menschen in Deutschland. Die zu erfüllenden Standards für eine qualifizierte ärztliche Bescheinigung sind zudem höher als bei anderen ärztlichen Stellungnahmen. Es reichen nicht nur Krankheitsvorgeschichte, Untersuchungsmethoden und Diagnose. Auch die Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben, müssen geschildert

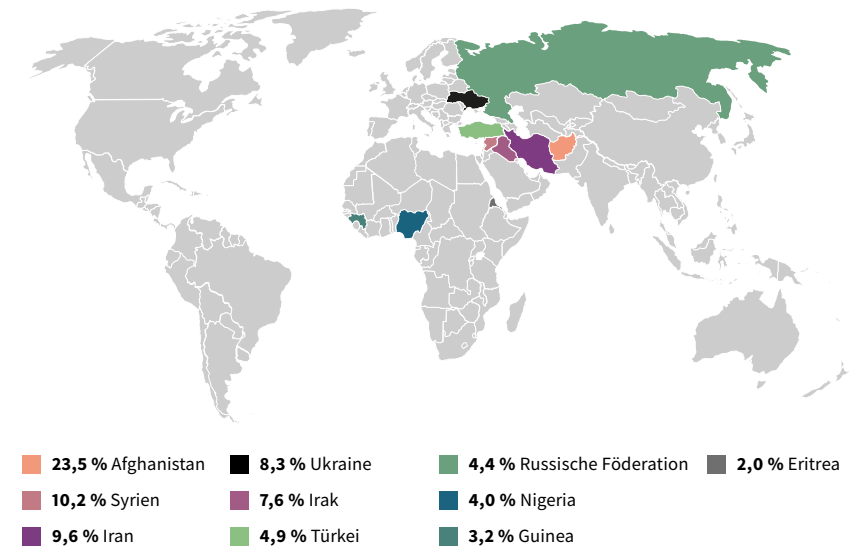
werden. In der Praxis verlangen das Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) oder die Gerichte sogar oftmals, dass sich behandelnde Ärzt*innen ausführlich mit den Unterlagen des Asylverfahrens auseinandersetzen und diese in die Bescheinigungen/Stellungnahmen integrieren. Hinzu kommt, dass es keine Regelungen zur Kostenübernahme für die Erstellung der ärztlichen Bescheinigungen gibt, sodass Schutzsuchende die Kosten in der Regel selbst tragen müssen. Anträge auf Kostenübernahme durch das Sozialamt werden abgelehnt.

Die Verschärfungen durch die beiden Gesetze von 2016 und 2019 führen nicht nur zur Verletzung von Menschenrechten schwer psychisch erkrankter Schutzsuchender, sondern schränken Folterüberlebende darin ein, ihre Foltererfahrungen professionell dokumentieren und anerkennen zu lassen. Auch eine schnellstmögliche Rehabilitation kann so nur in den seltensten Fällen eingeleitet werden (Anforderungen vgl. Artikel 14 des Übereinkommens gegen Folter und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Behandlung oder Strafe vom 10. Dezember 1984). Die Verschärfungen bedeuten zudem eine Aberkennung der fachlichen Kompetenz der Berufsgruppe der Psychologischen Psychotherapeut*innen sowie der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen. Nicht zuletzt führen sie zu einer noch höheren Belastung der PSZ, da diese ihre begrenzten Ressourcen in die Kommunikation mit Fachärzt*innen investieren müssen, um sie über die Anforderungen bei der Erstellung von Stellungnahmen zu informieren.

4.3.4 Hauptherkunftsländer

Klient*innen der PSZ kamen im Jahr 2022 aus über 100 verschiedenen Ländern. Die zehn häufigsten Herkunftsländer waren: Afghanistan, Syrien, Iran, Ukraine, Irak, Türkei, Russische Föderation, Nigeria, Guinea und Eritrea.

Hauptherkunftsländer der Klient*innen



Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=11.091 Klient*innen, © BAfF 2024

4.4 Zugang zu den PSZ

4.4.1 Vermittelnde Akteur*innen

Voraussetzung dafür, dass Schutzsuchende versorgt werden können, ist, dass sie Zugang zu einem Hilfsangebot finden. Hierbei spielen Multiplikator*innen, die in der Lage sind, ein Vertrauensverhältnis zu den Geflüchteten aufzubauen, eine besondere Rolle. Die allgemeine Stigmatisierung psychischer Krankheiten in der Gesellschaft sowie die schlechten Erfahrungen vieler geflüchteter Menschen mit dem Gesundheitssystem (s. Kapitel 2.1) führen häufig dazu, dass sie erst Angebote

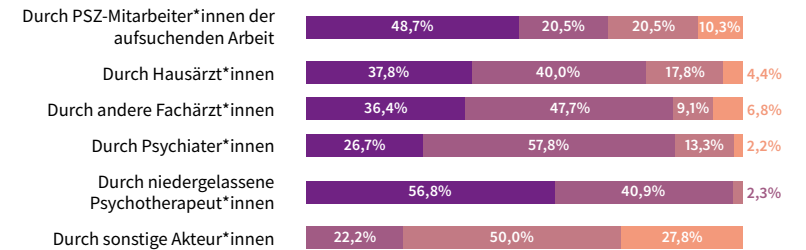
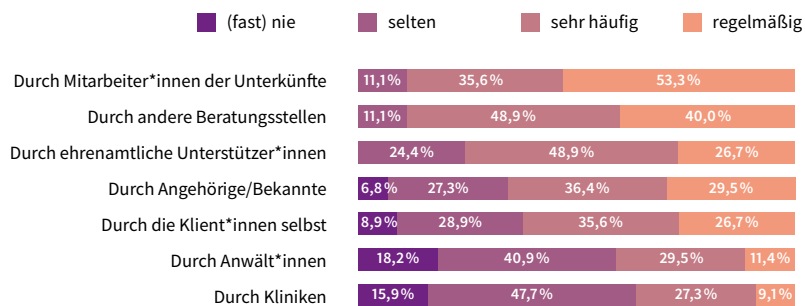
wahrnehmen, wenn sie sichergehen können, dass diese tatsächlich hilfreich sind.

Insbesondere Mitarbeiter*innen von Unterkünften, Beratungsstellen und ehrenamtliche Unterstützer*innen spielen eine wichtige Rolle bei der Vermittlung geflüchteter Menschen an die PSZ. Auch im Jahr 2022 wurde ein Großteil der Klient*innen über diese Personengruppen bei den Zentren angemeldet. Fachkräfte aus dem Gesundheitssystem taten dies vergleichsweise selten, von ihnen standen Kliniken am meisten in Kontakt mit den PSZ.

Im Vergleich zum Vorjahr stieg der Anteil der Anmeldungen über aufsuchende Mitarbeiter*innen der PSZ, da Angebote in diesem Bereich ausgeweitet werden konnten (2022: 30,8 Prozent sehr häufig oder regelmäßig, 2021: 11,9 Prozent sehr häufig oder regelmäßig). Solche Angebote sind jedoch sehr ressourcenintensiv, sodass sie nur dann umgesetzt werden können, wenn ausreichend Finanzierung und Personal zur Verfügung stehen.

Zu den sonstigen vermittelnden Akteur*innen gehörten: Sprachmittler*innen, Mitarbeiter*innen der Jugendhilfe, Jobcenter sowie Bezirksamter, Lehrkräfte, Pfarrer*innen und Mitarbeiter*innen der Sozialpsychiatrischen Dienste.

An die PSZ vermittelnde Akteur*innen



Quelle: Befragung der PSZ 2021, n=39-45 PSZ mit 20.691-22.977 Klient*innen; © BAfF 2024

4.4.2 Einzugsgebiet & Anfahrtszeiten

Die geografische Verteilung der PSZ unterscheidet sich von Region zu Region sehr stark. Während es in einzelnen Großstädten (z. B. in Berlin und Hamburg) mehrere Zentren gibt, gibt es sie in manchen Flächenländern (z. B. Bayern) nur vereinzelt. Auch die isolierende Unterbringung geflüchteter Menschen in oft abgelegenen Sammelunterkünften schränkt deren Möglichkeiten ein, Hilfsangebote (inkl. PSZ) aufzusuchen.

Das durchschnittliche Einzugsgebiet der PSZ umfasste im Jahr 2022 einen Radius von 97,8 Kilometern. Dabei gab es jedoch eine große Bandbreite zwischen 15 und 252 Kilometern.

Wenig überraschend kamen die meisten Klient*innen aus der näheren Umgebung der PSZ mit Anfahrtszeiten von weniger als einer Stunde.

Anfahrtszeiten der Klient*innen

30 Minuten oder weniger	45,6 %
Zwischen 30 und 60 Minuten	36,9 %
Zwischen 1 und 2 Stunden	12,9 %
Mehr als 2 Stunden	4,5 %

Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=45 PSZ mit 23.184 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2024

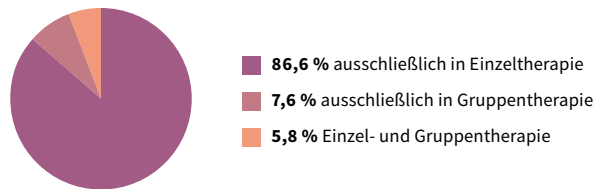
4.5 Versorgungsprozess

4.5.1 Klient*innen in psychotherapeutischer Versorgung

Einzel- vs. Gruppentherapien

Die meisten Psychotherapien in den PSZ fanden im einzeltherapeutischen Setting statt. 7,6 Prozent der Behandelten nahmen ausschließlich an Gruppentherapien teil und 5,8 Prozent wurden sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting behandelt.

Klient*innen in Einzel- und Gruppentherapie



Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=42 PSZ mit 22.225 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2024

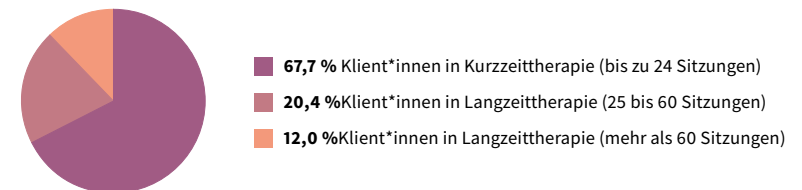
Dauer der Psychotherapien

Durchschnittlich dauerten die Psychotherapien in den Zentren 22,4 Sitzungen (n=39 PSZ mit 18.171 Klient*innen). Zwei Drittel der Therapien bestanden aus Kurzzeittherapien. Ein Fünftel bildeten Langzeittherapien mit bis zu 60 Sitzungen und 12,0 Prozent waren Langzeittherapien mit mehr als 60 Sitzungen.

Ein großer Teil der Klient*innen braucht Zeit, um zu vertrauen und sich zu öffnen. Sie haben so schwere Gewalt erlebt, dass ein langfristiger therapeutischer Prozess notwendig ist, um mit diesen Erfahrungen umzugehen. Gesundheitsgefährdende Wohnumgebungen, ein unsicherer Aufenthaltsstatus und neue Diskriminierungserfahrungen in

Deutschland destabilisieren immer wieder aufs Neue und erschweren die therapeutische Arbeit. Zugleich sind die PSZ angesichts des enormen Versorgungsdrucks gezwungen, schnell neue Klient*innen aufzunehmen, die sich in noch akuterer Krisen befinden. Deshalb stehen Mitarbeitende vielerorts immer wieder vor der Herausforderung, Klient*innen z. B. nach einem Jahr der Stabilisierung (vorerst) zu verabschieden, damit sie die Therapieplätze neu vergeben können. Das kann im Einzelfall für die Lebenssituation der Klient*innen passend sein, mitunter melden sich diese aber auch zu späteren Zeitpunkten wieder im PSZ an, weil Symptome erneut stärker werden oder sie Unterstützung im Umgang mit neuen Belastungen benötigen (vgl. Steegmann et al., 2023).

Klient*innen in Kurz- und Langzeittherapien



Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=41 PSZ mit 21.765 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2024

Vorzeitige Beendigung von Psychotherapien

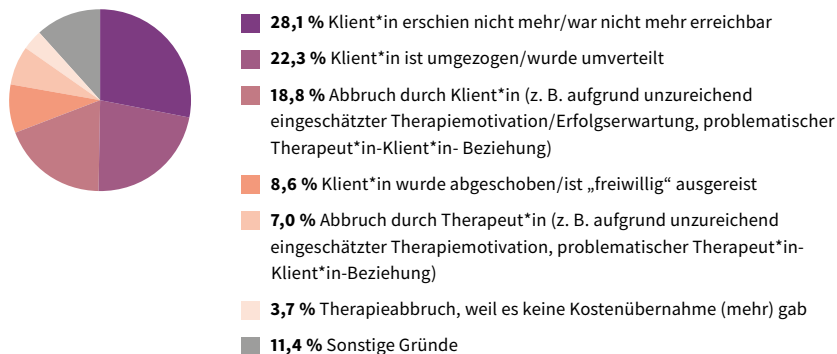
Ungefähr ein Viertel (22,5 Prozent) der Psychotherapien musste abgebrochen werden, obwohl eine Fortsetzung aus therapeutischer Sicht sinnvoll gewesen wäre (n=38 PSZ mit 21.010 Klient*innen).

Die häufigsten Gründe hierfür waren, dass die*der Klient*in nicht mehr erreichbar war, umzog bzw. im Rahmen des Asylverfahrens umverteilt wurde oder selbst den Prozess abbrach, z. B. weil bestimmte Erwartungen nicht erfüllt wurden. Vergleichsweise weniger Therapien mussten aufgrund fehlender Kostenübernahme abgebrochen werden. Dies ist vor allem darauf zurückzuführen, dass die PSZ kontinuierlich neue

Förderanträge stellen und bei fehlender Kostenzusage Budgets umschichten, damit sie für ihre Therapieverläufe genügend Ressourcen zur Verfügung haben.

Zu den sonstigen Gründen für eine vorzeitige Beendigung von Psychotherapien gehörten: eine Verschlechterung der Symptome, die eine stationäre Behandlung notwendig machte; gescheiterte Versuche, Klient*innen nach erster Stabilisierung in die Regelversorgung zu vermitteln, und Terminkonflikte seitens der Klient*innen (etwa aufgrund von Arbeitsaufnahme oder fehlender Kinderbetreuung).

Hauptgründe für die vorzeitige Beendigung von Psychotherapien



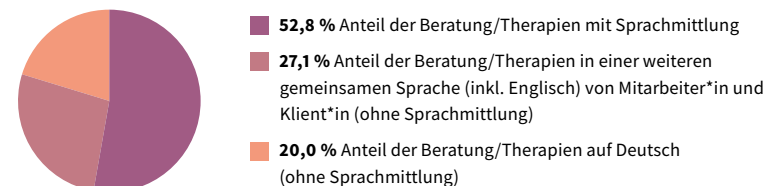
Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=35 PSZ mit 19.948 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2024

4.5.2 Sprachmittlung

Die PSZ arbeiten mit speziell für den psychosozialen Kontext geschul- ten Sprachmittler*innen sowie mehrsprachigen Therapeut*innen und Berater*innen, um eine qualitativ hohe Begleitung gewährleisten zu können. Auch 2022 fand mehr als die Hälfte aller Beratungen/Therapien

mit Sprachmittlung statt, weitere 27,1 Prozent in einer gemeinsamen Sprache von Mitarbeiter*in und Klient*in.

Sprachmittlung bei Beratungen/Therapien



Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=45 PSZ mit 23.184 Klient*innen, Durchschnittswerte, © BAfF 2024

4.6 Versorgungslücken

4.6.1 Ungedeckter Versorgungsbedarf

Die psychosozialen Unterstützungsbedarfe geflüchteter Menschen entstehen durch ihre Erlebnisse im Herkunftsland, auf der Flucht und nach ihrer Ankunft in Deutschland (vgl. Baron & Flory, 2020).

87 Prozent aller geflüchteten Menschen in Deutschland haben potenziell traumatisierende Ereignisse wie Krieg, Verfolgung oder Zwangsrekrutierung erlebt. Rund 30 Prozent sind von depressiven Erkrankungen oder einer Posttraumatischen Belastungsstörung betroffen. Inwiefern Gewalterlebnisse zu einer Traumafolgestörung führen, hängt stark von den Lebensbedingungen nach der Flucht ab.

Bei einer repräsentativen Befragung des Instituts für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB), des Forschungszentrums des BAMF und des

Sozio-oekonomischen Panels (SOEP) am Deutschen Institut für Wirtschaftsforschung (DIW) gaben 87 Prozent der Befragten an, potenziell traumatisierende Ereignisse wie Krieg, Verfolgung oder Zwangsrekrutierung erlebt zu haben (vgl. Brücker et al., 2019). Inwiefern und zu welchem Zeitpunkt solche Erlebnisse zu einer Traumafolgestörung führen, hängt stark von den Lebensbedingungen nach der Flucht ab, etwa von der Unterbringungssituation und der sozialen sowie beruflichen Perspektive. Auch die Möglichkeiten einer umfassenden Rehabilitation spielen hier eine bedeutsame Rolle.

Studien zur Prävalenz psychischer Folgen von Gewalt und Menschenrechtsverletzungen unter geflüchteten Menschen zufolge sind rund 30 Prozent der geflüchteten Menschen von depressiven Erkrankungen oder einer posttraumatischen Belastungsstörung betroffen (vgl. Steel et al., 2009; Lindert et al., 2018; Blackmore et al., 2020).¹³ Somit konnten die PSZ und ihre Kooperationspartner*innen 2022 nur 3,1 Prozent des potenziellen Versorgungsbedarfs abdecken. Diese Versorgungsquote ergibt sich aus den folgenden Daten für das Jahr 2022:

- 3.078.650 geflüchtete Menschen in Deutschland (Ausländerzentralregister, 2023)¹⁴
- 923.595 geflüchtete Menschen mit Traumafolgestörung (bei 30 Prozent Prävalenz)
- 25.861 Klient*innen in den PSZ
- 2.803 Vermittlungen an weitere Akteur*innen

Die PSZ und ihre Kooperationspartner*innen konnten 2022 nur 3,1 Prozent des potenziellen Versorgungsbedarfs abdecken.

¹³ Vgl. Baron & Flory, 2019 für eine Übersicht von Studien zu diesem Thema.

¹⁴ Dazu zählen Schutzsuchende, die sich noch im Asylverfahren befinden, Schutzsuchende mit einem anerkannten Schutzstatus (Aufenthaltstitel aus dem humanitären Bereich des Aufenthaltsgesetzes) und Schutzsuchende mit einem abgelehnten Schutzstatus. Auch ukrainische Geflüchtete mit einem offenen oder anerkannten Schutzstatus werden mitgezählt.

Auch wenn die Zentren ihre Kapazitäten sowie die Anzahl der Weitervermittlung von Klient*innen ein wenig erhöhen konnten, reichten ihre Ressourcen bei Weitem nicht aus, um mehr als einen Bruchteil des gestiegenen Bedarfs zu decken.

Hierbei ist zu berücksichtigen, dass einige Menschen selbstorganisiert Wege finden, um mit den Folgen von Gewalt umzugehen. Viele benötigen dennoch professionelle Unterstützung, um sich zu stabilisieren, ihre Erlebnisse einzuordnen und sich neue Lebensperspektiven aufzubauen.

4.6.2 Wartezeiten

Klient*innen warteten 2022 durchschnittlich 2,5 Monate auf ein Erstgespräch, um den weiteren Versorgungsprozess zu klären (n=37 PSZ mit 21.089 Klient*innen).

Die durchschnittliche Wartezeit auf einen Therapieplatz in einem PSZ betrug 5,7 Monate (n=36 PSZ mit 20.276 Klient*innen). Somit warteten die PSZ-Klient*innen deutlich länger auf einen Therapietermin als Patient*innen der gesundheitlichen Regelversorgung (4 Monate; vgl. Bleckmann et al., 2022). In einzelnen Zentren betrug die durchschnittliche Wartezeit sogar zehn bis 21 Monate.

Klient*innen warteten 2022 durchschnittlich 5,7 Monate auf einen Therapieplatz in einem PSZ.

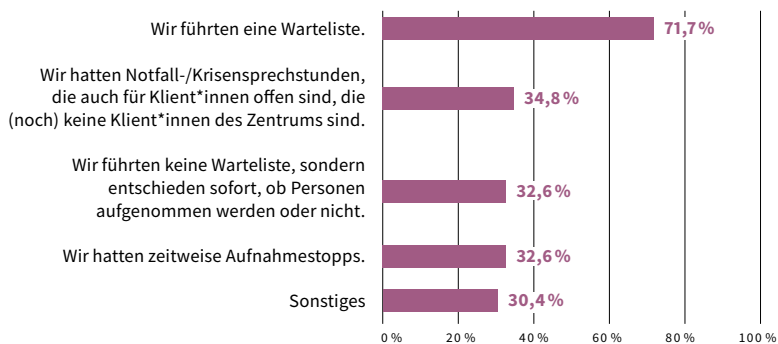
4.6.3 Aufnahme von Klient*innen

Weil die PSZ deutlich mehr Anfragen bekommen, als sie bedienen können, haben sie über die Jahre verschiedene Aufnahmepraktiken entwickelt. 2022 führten sieben von zehn Zentren eine Warteliste. Ein Drittel entschied – zumindest zeitweise –, keine Warteliste zu führen, sondern sofort zu bestimmen, ob Personen aufgenommen werden

oder nicht. Auch temporäre Aufnahmestopps waren in einem Drittel der Zentren notwendig. Um trotz ihrer begrenzten Kapazitäten Klient*innen mit akuten Bedarfen unterstützen zu können, führte zudem ein Drittel der Zentren Krisensprechstunden durch für Personen, die (noch) keine Klient*innen sind.

Zu den sonstigen Aufnahmepraktiken gehören: eingeschränkte Anmeldezeiten (z. B. einmal im Monat/Quartal) sowie möglichst schnelle Terminvergabe bei Clearing/Sozialarbeiter*innen, um Bedarfe und Angebote besser zu koordinieren.

Aufnahmepraktiken der PSZ



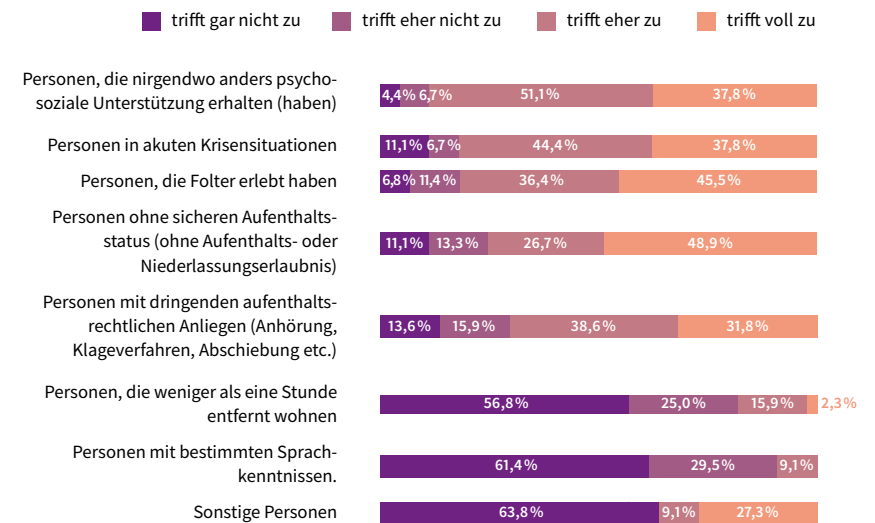
Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=46 PSZ mit 23.414 Klient*innen, Mehrfachangaben, © BAfF 2024

Entsprechend ihrer Entstehungsgeschichte und ihres Selbstverständnisses priorisieren die PSZ bei der Aufnahme neuer Klient*innen Personen ohne sicheren Aufenthaltsstatus. Folgende weitere Kriterien spielten 2022 eine wichtige Rolle bei der Entscheidung, ob Personen als Klient*innen aufgenommen werden oder nicht: fehlende Möglichkeiten einer psychosozialen Unterstützung durch andere Stellen, akute Krisensituationen, Foltererfahrungen sowie dringende aufenthaltsrechtliche Anliegen. Sonstige Kriterien waren: besondere Bedarfe/Vulnerabilität (z. B. ältere Personen,

Schwangere, Alleinerziehende, Kinder/Jugendliche) sowie Personen, die sich selbst anmelden. Darüber hinaus erhielten manche Zentren Förderung speziell für Geflüchtete aus der Ukraine, weswegen sie bei manchen Angeboten diese Personengruppe bevorzugten bzw. direkter an speziell für diese Klient*innen-Gruppe eingestellte, oft herkunftssprachliche Kolleg*innen anbinden konnten.

Wohnort und Sprachkenntnisse spielten abgesehen von dieser Ausnahme eine weniger entscheidende Rolle bei Aufnahmeentscheidungen.

Aufnahmekriterien der PSZ



Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=44-46 PSZ mit 22.747 -23.184 Klient*innen, Mehrfachangaben, © BAfF 2024

4.6.4 Weitervermittlung von Klient*innen

Aufgrund ihrer begrenzten Kapazitäten versuchen viele PSZ, Klient*innen an weitere Einrichtungen zu vermitteln, wenn eine adäquate Versorgung über diese möglich scheint. Dies gelingt jedoch häufig aufgrund verschiedener Zugangsbarrieren nicht (s. Kapitel 2).

Pro Zentrum konnten 2022 durchschnittlich 122,8 Personen an andere Einrichtungen weitervermittelt werden. Dies entspricht einem Anstieg von 13,7 Prozent im Vergleich zu 2021 (durchschnittlich 108,0 Personen pro Zentrum), ist allerdings weiterhin niedriger als die Vermittlungsquote aus dem Jahr 2020 (durchschnittlich 152,8 Personen pro Zentrum). Hinzu kommt, dass von den 122,8 weitervermittelten Personen die Hälfte (durchschnittlich 62,2 Personen) weiterhin durch die Zentren begleitet wurde, sodass in diesen Fällen Ressourcen der PSZ gebunden wurden.

Die Weitervermittlungen waren nach Akteur*innen durchschnittlich pro PSZ wie folgt aufgeteilt:

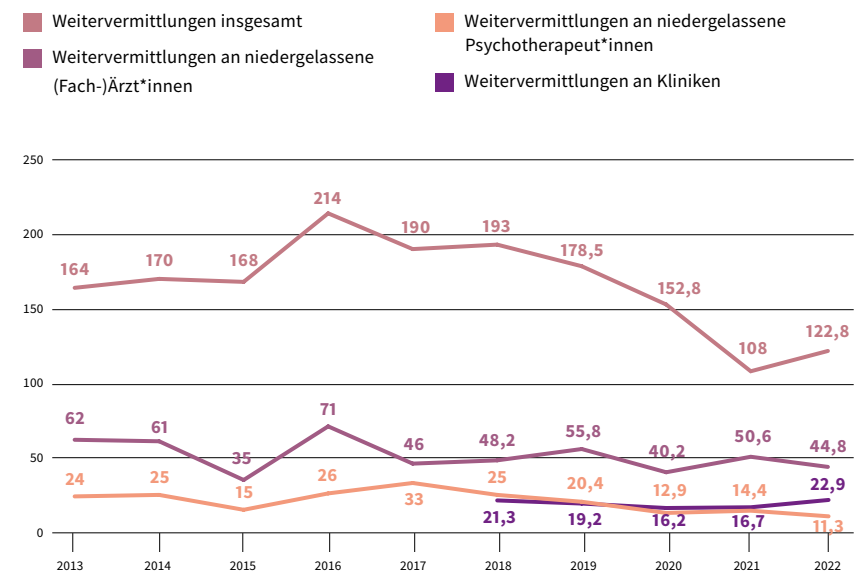
- 52,2 Klient*innen an Sozialberatungsstellen (Median: 30,0);
- 44,8 Klient*innen an niedergelassene (Fach-)Ärzt*innen (Median: 24,5)
- 22,9 Klient*innen an Kliniken (Median: 8,0)
- 11,3 Klient*innen an niedergelassene Psychotherapeut*innen (Median: 4,0)
- 7,2 Klient*innen an ermächtigte Psychotherapeut*innen (Median: 2,0)
- 3,9 Klient*innen an Gutachter*innen (Median: 3,0)
- 57,4 Klient*innen an sonstige Einrichtungen/Personen (Median: 22,0; n=12-29 PSZ mit 9.217-17.682 Klient*innen)

Zu den sonstigen Einrichtungen/Personen gehörten: Anwalt*innen, Rechtsberatungsstellen, Bildungsstätten, Freizeiteinrichtungen, Frauenhäuser, Jugendhilfeeinrichtungen, Gesundheitsämter, ambulante

Tageskliniken, weitere Gesundheitsangebote (z. B. Ergotherapie) sowie sonstige Beratungsstellen (z. B. für die Wohnungssuche). Die Vermittlung zu diesen Stellen fand in der Regel ergänzend zur Betreuung in den Zentren statt.

Bei Betrachtung der Anzahl der Weitervermittlungen insbesondere in die gesundheitliche Regelversorgung im Zeitverlauf lässt sich keine positive Entwicklung feststellen. Die Anzahl der erfolgreichen Weitervermittlungen an Fachärzt*innen und niedergelassene Psychotherapeut*innen ist im Vergleich zum Vorjahr sogar gesunken.

Entwicklung der Vermittlungszahlen im Zeitverlauf



Quelle: Befragung der PSZ 2013-2022, © BAF 2024

4.7 Finanzierung

4.7.1 Finanzierungsstrukturen

Die PSZ werden hauptsächlich über zeitlich begrenzte öffentliche Fördermittel finanziert, wodurch die Nachhaltigkeit der Leistungen gefährdet ist. Die Finanzierungsquellen sind zudem oft sehr divers, was zu einem hohen bürokratischen Aufwand führt, weil eine Vielzahl an Förderanträgen gestellt werden muss. Zusätzlich führt die Projektförderung dazu, dass Mitarbeiter*innen häufig nur über einen befristeten Zeitraum eingestellt werden können, wodurch die Suche nach qualifizierten Fachkräften erschwert wird.

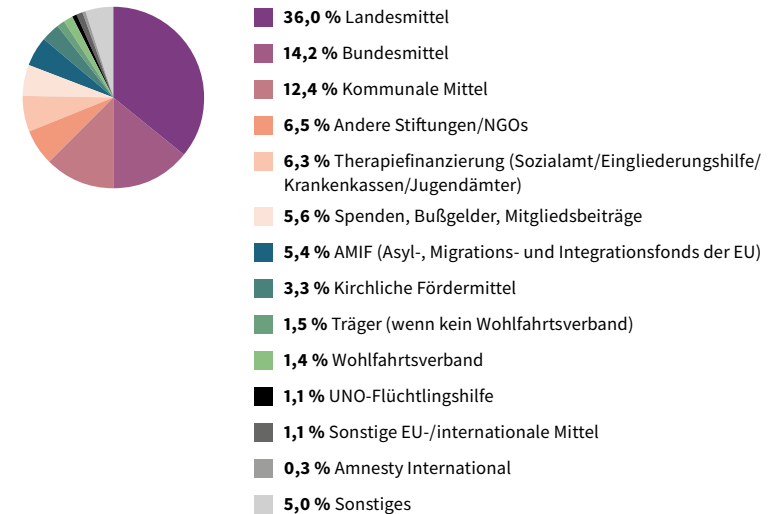
Die PSZ werden hauptsächlich über zeitlich begrenzte öffentliche Fördermittel finanziert, wodurch die Nachhaltigkeit der Leistungen gefährdet ist.

Auch im Jahr 2022 stammte der größte Anteil (36,0 Prozent) der PSZ-Finanzierung aus Landesmitteln. Der Anteil der Bundesfinanzierung stieg von 7,0 Prozent im Jahr 2021 auf 14,2 Prozent. Die Förderung über den Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds der EU (AMIF) fiel im Vergleich zum Vorjahr besonders gering aus aufgrund der Tatsache, dass der Aufruf für die Förderperiode 2021 bis 2027 erst im Sommer 2022 veröffentlicht wurde und die meisten Projekte der vorherigen Förderphase ausgelaufen waren. Die Kostenübernahme von Therapien über die gesetzlich verankerten Leistungsträger, insbesondere die Sozialämter, Krankenkassen und Jugendämter, bildete lediglich 6,3 Prozent der Gesamtfinanzierung der PSZ ab.

Sowohl die Finanzierungsstrukturen als auch die Budgets der einzelnen Zentren unterschieden sich 2022 im Einzelnen stark. Bei vier PSZ stammten beispielsweise mehr als 80 Prozent des Haushalts aus Landesmitteln, während fünf PSZ keine Landesmittel erhielten. Das Zentrum mit dem größten Budget hatte 7,4 Mio. Euro zur Verfügung, während das Zentrum mit dem kleinsten Budget lediglich über 120.000 Euro verfügte

(durchschnittliches Budget unter allen PSZ: 993.960,68 Euro, Median: 549.313,50 Euro).

Finanzierungsquellen der PSZ

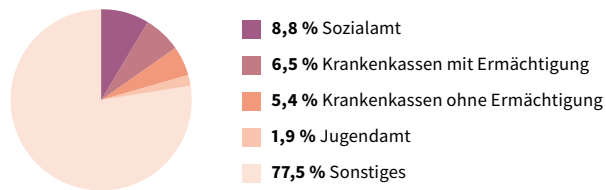


Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=42 PSZ mit 17.833 Klient*innen, © BAFF 2024

4.7.2 Kostenübernahme von Psychotherapien

Im Vergleich zu 2021 ist der Anteil der Therapien, der über die Sozialämter und Krankenkassen über eine Ermächtigung abgerechnet werden konnte, gestiegen. Der Gesamtanteil der Therapien, der über die zuständigen Leistungsträger finanziert werden konnte, blieb jedoch gering. Weniger als ein Viertel wurde über die Sozialämter, Krankenkassen und Jugendämter finanziert. Somit bleiben die Zentren weiterhin sehr stark auf Fördermittel angewiesen.

Kostenübernahme von Psychotherapien in den PSZ



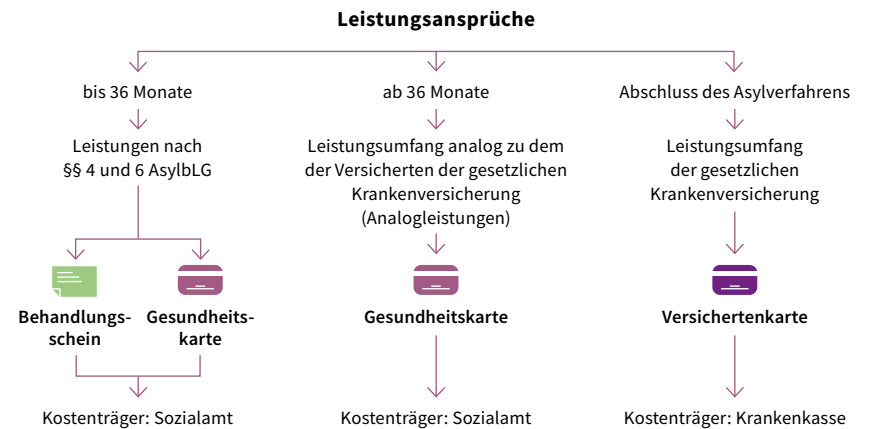
Quelle: Befragung der PSZ 2022, n=20 PSZ mit 12.564 Klient*innen, © BAfF 2024

Kostenübernahme durch die Sozialämter

Die Sozialämter sind für die Kostenübernahme der gesundheitlichen Leistungen während des Asylverfahrens zuständig. Bei Personen, die seit weniger als 36 Monaten in Deutschland sind, gestaltet sich die Übernahme von Therapiekosten durch die Sozialämter jedoch schwierig. Der Aufwand für die Antragstellung ist in der Regel sehr hoch und mit geringen Erfolgschancen verbunden, da einem Antrag nur stattgegeben wird, wenn akute Erkrankungen oder Schmerzzustände vorliegen (§ 4 AsylbLG). Von der Möglichkeit, Leistungen zu gewähren, wenn diese „im Einzelfall zur Sicherung des Lebensunterhalts oder der Gesundheit unerlässlich“ sind (§ 6 AsylbLG), wird – nach Erfahrungen der PSZ – bei Psychotherapien eher selten Gebrauch gemacht. Bundesweite Daten zur Genehmigung von Kostenerstattungsanträgen von Therapien auf Grundlage des Asylbewerberleistungsgesetzes liegen nicht vor.

Nach 36 Monaten besteht ein Anspruch auf Leistungen analog zu denen gesetzlich Versicherter.

Leistungsansprüche und Kostenträger während und nach dem Asylverfahren



Angesichts der geringen Erfolgschancen beantragten 2022 lediglich sieben PSZ eine Kostenübernahme von Psychotherapien beim Sozialamt. Zudem beantragten manche Zentren die Übernahme von Sprachmittlungs- und Fahrtkosten, um Therapien auch praktisch umsetzen zu können. Da Anträge in der Regel nur in Fällen mit hohen Erfolgschancen gestellt wurden, war die Bewilligungsquote hoch: bei Therapien 94,3 Prozent, bei Sprachmittlung 83,5 Prozent und bei Fahrtkosten 85,7 Prozent (n=6 PSZ mit 5.812 Klient*innen). Die Ablehnungsquote für Therapien war mit 5,7 Prozent jedoch weiterhin höher als bei gesetzlich Versicherten (2,8 Prozent; Kassenärztliche Bundesvereinigung, 2023). Die Bearbeitung der Anträge dauerte im Schnitt 2,6 Monate (n=7 PSZ).

Kostenübernahme durch die Jugendämter

Für Kinder und Jugendliche, die ohne Begleitung von sorgeberechtigten Personen nach Deutschland einreisen, gelten besondere Regelungen zur Kostenübernahme bei der Gesundheitsversorgung. Für unbegleitete minderjährige Geflüchtete muss das Jugendamt während der

Inobhutnahme, im Rahmen von stationären Anschlussmaßnahmen sowie bei der Gewährung von Hilfen für junge Volljährige die Gesundheitsversorgung sicherstellen. Zur Vereinfachung der Verwaltung werden sie auftragsgemäß durch eine gesetzliche Krankenkasse betreut. Dadurch entsteht zwar keine echte Mitgliedschaft bei der Krankenversicherung, sie erhalten aber eine elektronische Gesundheitskarte, mit der sie gleichwertig und in vollem Umfang Zugang zu den Leistungen der Krankenkasse haben. Infolgedessen haben sie auch einen Anspruch auf Psychotherapie.

Mitunter haben psychisch belastete Kinder und Jugendliche aber Unterstützungsbedarfe, die nicht vordergründig durch eine behandlungsbedürftige psychische Störung entstehen, sondern durch eine Störung des Erziehungsprozesses oder aufgrund einer seelischen Behinderung. Auch in diesen Fällen ist der Kostenträger das Jugendamt – der Leistungsanspruch auf die Psychotherapie bezieht sich hier jedoch auf die Unterstützung der Erziehung oder die Bewältigung von Besonderheiten bei der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben.

Kostenträger & Voraussetzungen bei Therapien für unbegleitete minderjährige Geflüchtete

	Krankenhilfe (§ 40 SGB VIII)	Hilfe zur Erziehung (§§ 27 ff. SGB VIII)	Eingliederungshilfe (§ 35a SGB VIII)
Voraussetzung	Behandlungsbedürftige psychische Störung	Störung des Erziehungsprozesses	(drohende) seelische Behinderung
Versorgungsanspruch	Heilbehandlung (Psychotherapie)	Unterstützung oder Ergänzung des Erziehungsprozesses	Hilfen in Bezug auf psychische Belastung und Besonderheiten der Teilnahme am gesellschaftlichen Leben
Kostenträger	Jugendamt	Jugendamt	Jugendamt

2022 versuchten lediglich fünf Zentren, eine Psychotherapie über das Jugendamt abzurechnen. Die wenigen Anträge für Therapien

(36 Anträge), Sprachmittlungskosten (33 Anträge) und Fahrtkosten (26 Anträge) wurden alle genehmigt (n=5 PSZ mit 4.543 Klient*innen).

Kostenübernahme durch die Krankenkassen

Der gesetzliche Ausschluss vieler geflüchteter Menschen von der Krankenversicherung führt dazu, dass Therapien in den PSZ sehr selten darüber finanziert werden können. 2022 stellten vier PSZ Anträge auf Kostenübernahme von Psychotherapie bei Krankenkassen. Fast alle wurden bewilligt (126 von 127 Anträgen). Darüber hinaus wurden zwei Anträge auf Übernahme von Fahrtkosten gestellt, wovon einer bewilligt wurde. Anträge auf Übernahme von Sprachmittlungskosten wurden gar nicht gestellt, weil kein Anspruch darauf besteht (n=4 PSZ mit 3.801 Klient*innen).

Kostenübernahme durch Ermächtigung

2015 wurde bundesweit eine neue Regelung zur sogenannten Ermächtigung von Psychotherapeut*innen bzw. psychotherapeutischen Einrichtungen geschaffen. Danach können ermächtigte Psychotherapeut*innen und Einrichtungen, die keinen Kassensitz haben, Therapien mit bestimmten geflüchteten Menschen über die Krankenkassen abrechnen. Hierdurch soll ermöglicht werden, dass mehr Psychotherapeut*innen geflüchtete Menschen behandeln können. Die Regelung ist jedoch an einige Voraussetzungen gebunden, die die Nutzung erschweren. So dürfen ermächtigte Psychotherapeut*innen lediglich Asylsuchende behandeln, die Zugang zu analogen Leistungen wie gesetzlich Versicherte haben, aber noch kein Mitglied einer Krankenversicherung sind, d. h. keine Aufenthaltserlaubnis, Arbeit oder Ausbildungsstelle haben, also noch nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. Wenn Änderungen des Aufenthaltsstatus während der Behandlung eintreten, entstehen Brüche in der Versorgung, da gegebenenfalls zu Behandler*innen mit Kassensitz gewechselt werden muss.

2022 verfügten lediglich sieben PSZ über eine institutionelle Ermächtigung (n=43 PSZ). Fast alle Anträge auf Kostenübernahme einer Therapie über die Ermächtigung wurden bewilligt (98,3 Prozent; n=41 PSZ).

5

**FORDERUNGEN
&
AUSBLICK**

5 — Forderungen & Ausblick

5.1 Forderungen

Trotz der Bereitstellung weiterer Unterstützungsstrukturen als politische Reaktion auf den Angriffskrieg gegen die Ukraine zeigen die Daten aus dem Jahr 2022 keine Verbesserung der psychosozialen Versorgungslage bei geflüchteten Menschen. Nur durch eine deutliche Erweiterung der Kapazitäten können Überlebenden von Krieg, Folter und Flucht bedarfsgerechte Rehabilitationsmöglichkeiten garantiert werden, zu denen Deutschland völker- und verfassungsrechtlich verpflichtet ist, wobei insbesondere bei der Implementierung der Reform des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS) die Verfahrensrechte und Schutzgarantien von Geflüchteten sicherzustellen sind.

Die BAfF fordert folgende grundlegende strukturelle Veränderungen, damit die Bedarfe schutzsuchender Menschen angemessen gedeckt werden:

Aufnahme und Aufenthalt

1. eine realistische Bleibeperspektive für alle schutzbedürftigen Personen, die sich in Deutschland aufhalten, unabhängig von ihrer Herkunft;
2. Ausbau von Bundes- und Landesaufnahmeprogrammen und anderen Einreisemöglichkeiten, damit schutzsuchende Menschen über sichere Wege nach Deutschland einreisen können;
3. die Erleichterung von Familiennachzug unter anderem durch den Abbau administrativer Hürden beim Visumsverfahren und die Erweiterung der Möglichkeiten des Geschwisternachzugs;

Identifizierung von Schutzbedarfen

4. die nachhaltige Finanzierung, Umsetzung und Qualitätssicherung eines flächendeckenden, zielgruppenübergreifenden und systematischen Konzepts zur Identifizierung und Versorgung besonders schutzbedürftiger geflüchteter Menschen auf Basis der EU-Aufnahmerichtlinie 2013/33/EU;
5. die gesetzliche Regelung, dass krankheitsbedingte Abschiebungsverbote und -hindernisse systematisch berücksichtigt werden müssen und durch alle fachlich dafür qualifizierten Berufsgruppen festgestellt werden können (darunter auch Psychologische Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendpsychotherapeut*innen);

Unterbringung

6. den Auf- und Ausbau von Wohnräumen für geflüchtete Menschen mit ausreichend Privatsphäre, Zugang zu sozialen Netzwerken/ Gemeinschaften und unabhängigen Beratungsangeboten (Sozial-, Rechts-, gesundheitliche Beratung etc.);
7. die Einführung einer unabhängigen Stelle zur Sicherung menschenwürdiger Bedingungen (inkl. kinderrechtlicher Standards und Gewaltschutzkonzepte) in Unterkünften für geflüchtete Menschen bundesweit;

Zugang zum Sozial- und Gesundheitswesen

8. dass geflüchtete Menschen von Anfang an in allen Bundesländern eine Krankenkassenkarte erhalten, das öffentliche Gesundheitssystem mit denselben Ansprüchen wie gesetzlich Versicherte nutzen können und in die gesetzliche Pflegeversicherung einbezogen werden;
9. die Verstärkung spezialisierter Hilfen in PSZ für Überlebende von Gewalt durch flächendeckende und nachhaltige Finanzierung von Bund und Ländern;

Sprachmittlung

10. eine allgemeine Finanzierung von Sprachmittlung im sozialen, rechtlichen und gesundheitlichen Bereich für Menschen ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen über einen gesetzlichen Anspruch, vergleichbar mit dem Gebärdendolmetschen. Dieser muss auch über das AsylbLG, insbesondere für Personen mit Aufenthaltsgestattung oder Duldung in den ersten 36 Monaten ihres Aufenthaltes, erreichbar sein und die Kostenübernahme für sie verbindlich regeln;
11. die nachhaltige Finanzierung von Sprachmittlung im multiprofessionellen Versorgungsangebot der PSZ, welches neben therapeutischen Angeboten auch Sozial- und Rechtsberatung enthält;

Zugang zu Bildung, Arbeitsmarkt und Sozialleistungen

12. verbesserten Zugang zum Arbeitsmarkt inklusive vereinfachter Anerkennungsmöglichkeiten nicht-deutscher Berufsabschlüsse;
13. den uneingeschränkten Zugang geflüchteter Menschen zum Sozialleistungssystem inklusive Sprach-, Qualifizierungs- und Arbeitsförderungsmaßnahmen;
14. vereinfachte Möglichkeiten für Personen ohne deutschen (Schul-) Abschluss, Ausbildungen und Studiengänge aufzunehmen;
15. Sicherstellung von Zugang zu regulären Schulen und Kindertagesstätten auch für Kinder, die in Erstaufnahmeeinrichtungen wohnen;
16. Sicherstellung von Zugang zur örtlichen Kinder- und Jugendhilfe sowie Leistungen der Jugend(sozial)arbeit;

Sensibilisierung des Gesundheits-, Sozial-, Rechts- und Behördenwesens

17. die Fortbildung von Fachkräften im Gesundheits-, Sozial-, Rechts- und Behördenwesen in diskriminierungssensibler Arbeit im Kontext Flucht und Menschenrechtsverletzungen, unter anderem durch Integration dieser Themen in Ausbildungscurricula;

Verbesserung der Datenlage

18. die Verbesserung der Datenlage zu den gesundheitlichen und psychosozialen Bedarfen und der Versorgung geflüchteter Menschen.

5.2 Ausblick

Wir erleben derzeit eine von Rechtspopulismus dominierte Diskursverschiebung, in der demokratische Grundsätze hinterfragt und die Bedürfnisse unterschiedlicher Personengruppen gegeneinander ausgespielt werden, anstatt dass nach Lösungen für die mehrfachen, teils zusammenhängenden Krisen dieser Zeit gesucht wird. Flucht wird durch Gesetzesverschärfungen auf europäischer und nationaler Ebene stärker kriminalisiert: etwa durch die Ausweitung der Auslagerung von Asylverfahren an die EU-Außengrenzen unter Haftbedingungen, die Verschärfung der Abschiebehaft und erweiterte Möglichkeiten, Wohnräume geflüchteter Menschen zu durchsuchen. Zugleich schränken der verlängerte Ausschluss aus der gesundheitlichen Regelversorgung von 18 auf 36 Monate durch das sogenannte Rückführungsverbesserungsgesetz und die Umstellung von Geldleistungen auf Bezahlkarten die Möglichkeiten geflüchteter Menschen ein, ein gesundes, sicheres und selbstbestimmtes Leben zu führen. Dabei zeigt die wissenschaftliche Evidenz deutlich, dass solche Sonderbehandlungssysteme zu einem erhöhten Verwaltungsaufwand und sogar zu erhöhten Kosten für die Gesundheitsversorgung führen (vgl. Bozorgmehr & Razum, 2015; Gold et al., 2021; Bozorgmehr et al., 2022; Burmester, 2014; Biddle, 2024). Dadurch lassen sich erhebliche negative Folgen für den gesellschaftlichen Zusammenhalt erwarten.

Die BAfF setzt sich dafür ein, dass rassistische Ressentiments nicht auf Kosten der Menschenrechte salonfähig werden. In einem Land, in dem zehn Prozent der Bevölkerung über zwei Drittel des Gesamtvermögens verfügen und die Steuersätze für Milliardär*innen in den letzten 30 Jahren halbiert wurden (vgl. Schröder et al., 2020; Jirmann & Trautvetter, 2023), ist Flucht weder die Ursache für gesellschaftliche Konflikte noch sind Abschottung und Ausgrenzung von marginalisierten Gruppen die Lösung. Gemeinsam mit unseren Mitgliedszentren und Kooperationspartner*innen engagieren wir uns für eine inklusive Gesellschaft, in der das Recht auf ein gesundes und sicheres Leben für alle Menschen gilt und gewahrt wird.

Das Jahr 2023 ging für geflüchtete Menschen mit den massivsten Entrechtungen zu Ende, die seit dem Asylkompromiss vor 30 Jahren politisch umgesetzt wurden. Die weiteren Einschränkungen durch das bereits zuvor verfassungswidrige **Asylbewerberleistungsgesetz** (AsylbLG) werden geflüchtete Menschen künftig bis zu drei Jahre lang im rechtlich verankerten Zugang auf Gesundheitsleistungen behindern. Die Aufhebung der Leistungseinschränkungen für Geflüchtete aus der Ukraine zeigt, dass eine andere Richtung möglich wäre. Unsere Botschaft bleibt: Diese Lösung muss für alle Schutzsuchenden gelten – dafür spricht auch die Rechtsprechung des Bundesverfassungsgerichts (s. Kapitel 2.1).

Ein vereinfachter Zugang zum Gesundheitssystem baut Hürden ab, ohne Kosten zu steigern. Es gibt keine Hinweise auf eine übermäßige Inanspruchnahme der medizinischen Infrastruktur, während gleichzeitig Abrechnungsprozesse für Leistungserbringer*innen erleichtert werden. Deshalb muss – angelehnt an die Regelungen für den Rechtskreiswechsel für vorübergehend schutzberechtigte Geflüchtete aus der Ukraine – im AsylbLG ein Anspruch auf Leistungen nach SGB II oder SGB XII und damit der Zugang zum Leistungskatalog der GKV garantiert werden.

→ Gemeinsam mit medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Fachverbänden sowie über 200 zivilgesellschaftlichen Organisationen hat die BAFF das gesamte Jahr über darauf verwiesen, dass weitere Ausschlüsse aus dem Gesundheits- und Sozialsystem die ohnehin desaströse Versorgungssituation massiv verschlechtern würden. Gemeinsames Positionspapier: <https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2024/01/2024-Positionspapier-AsylbLG-Verlaengerung.pdf>

Appell zur Abschaffung des AsylbLG: <https://www.baff-zentren.org/aktuelles/diskriminierung-macht-krank-sondergesetz-abschaffen/>

→ Anlässlich des traurigen 30-jährigen Jubiläums des AsylbLG haben wir gemeinsam mit Ärzte der Welt e. V. und der Amadeu Antonio Stiftung eine Fachtagung zu den Folgen des verfassungswidrigen Sondergesetzes organisiert. Die Dokumentation der Beiträge zeigt auf, wie gesetzlich festgeschriebene Ungleichbehandlung und rassistische Gewalt in der Lebensrealität geflüchteter Menschen ineinandergreifen – zu einem Preis, den sowohl das Gesundheitssystem als auch die Gesellschaft als Ganzes zahlen müssen: <https://www.baff-zentren.org/aktuelles/videodokumentation-30-jahre-asylblg/>.

Die Umsetzung der **Reform des Gemeinsamen Europäischen Asylsystems (GEAS)** wird zu Verschärfungen und weiterer Kriminalisierung von Menschen auf der Flucht führen. Geplant ist unter anderem das monatelange Festhalten von Schutzsuchenden in Grenzlagern an Europas Außengrenzen, unter weiteren Einschränkungen von Verfahrensgarantien und der Absenkung von Unterbringungs- und Versorgungsstandards. Mit dem Abbau von Schutzgarantien in Kombination mit der Ausweitung von Militarisierung der Außengrenzen sowie geplanter Externalisierung von Asylverfahren in sogenannte sichere Drittstaaten steigt die Gefahr von Pushbacks und anderen Menschenrechtsverletzungen. Der Umfang der verheerenden Auswirkungen auf das Leben von Menschen auf der Flucht und das individuelle Recht auf Asyl in der Praxis sind noch nicht abzusehen. Menschen werden weiterhin auf der Suche nach Sicherheit Wege nach Europa finden. Nur werden die Fluchtrouten für sie gefährlicher, kostspieliger, tödlicher.

Ab Verabschiedung der GEAS-Reform hat Deutschland zwei Jahre Zeit, die Änderungen an die nationalen migrationsrechtlichen Vorschriften anzupassen. In den Gesetzgebungsverfahren werden der Fokus auf die Einhaltung und Gewährleistung verfassungsrechtlicher Mindeststandards sowie Deutschlands völkerrechtlich verbrieft Verantwortung eine wichtige Rolle spielen. Verfahren der Identifizierung besonderer Schutzbedarfe sowie eine angemessene, menschenwürdige Versorgung Schutzsuchender sind sicherzustellen.

In Vorbereitung auf die möglichen Auswirkungen der GEAS-Reform werden wir als BAFF die Gesetzgebungsprozesse begleiten. Auch werden wir uns mit Akteur*innen im psychosozialen Bereich bundes- und europaweit austauschen und vernetzen.

Die Bundesregierung hat in ihrem Koalitionsvertrag unmissverständlich zugesichert: „Vulnerable Gruppen wollen wir von Anfang an identifizieren und besonders unterstützen.“ Dieses Versprechen wurde nicht eingelöst. Stattdessen sind von den bereits beschriebenen gesetzlichen Verschärfungen auf europäischer und deutscher Ebene vulnerable Gruppen besonders betroffen. Ihnen wird die benötigte und ihnen rechtlich zustehende Versorgung und Unterstützung systematisch verwehrt, indem ihre Bedarfe gar nicht erst erkannt und dokumentiert werden. Die Bundesregierung schiebt die Verantwortung den Bundesländern zu, anstatt eine Verpflichtung zur **Identifizierung und Umsetzung von Schutzbedarfen** gesetzlich zu verankern. Einzelne Bundesländer arbeiten auf unterschiedlichen Wegen daran, ihrer Verantwortung für die angemessene Versorgung und Unterbringung besonders schutzbedürftiger Personen besser gerecht zu werden. Die BAFF unterstützt diese Länder mit ihrer fachlichen Expertise und Erfahrungen in der intersektionalen Identifizierung und Versorgung vulnerabler Schutzsuchender. Außerdem schulen wir Praktiker*innen, die mit besonders schutzbedürftigen Personengruppen arbeiten. Die Vernetzung und Zusammenarbeit mit europäischen Organisationen gewinnt dabei mit Blick auf die GEAS-Reform immer mehr an Bedeutung.

Im Koalitionsvertrag einigte man sich auch darauf, psychosoziale Hilfen für geflüchtete Menschen zu verstetigen. Zuvor hatte die BAFF mit anderen zivilgesellschaftlichen Organisationen gemeinsam gefordert, die **Finanzierung für psychosoziale Unterstützung und Therapie** bedarfsgerecht sicherzustellen und zu erhöhen, um alle Hilfesuchenden adäquat versorgen zu können. Die Realität sieht stattdessen eine meist auf ein Haushaltsjahr begrenzte und in der Höhe schwankende Projektförderung vor. Aufgrund später und unvorhersehbarer Förderzusagen drohen der Abbruch von Therapien sowie Liquiditätsprobleme

bei den PSZ, die bis zu drohenden Insolvenzen führen können. Dies wiederum könnte zur Entlassung von schwer rekrutierbaren Fachkräften führen. Traumatisierte Geflüchtete verlieren so ihren einzigen Zugang zu überlebensnotwendiger psychosozialer und therapeutischer Hilfe. Unversorgte Krisensituationen können in einer Chronifizierung von Erkrankungen resultieren, was wiederum dauerhafte Beeinträchtigungen mit sich bringt.

Es braucht stattdessen eine nachhaltige und zuverlässige Finanzierung durch öffentliche Mittel, die die psychosozialen Versorgungsbedarfe besonders schutzbedürftiger Geflüchteter berücksichtigt und die bundesweite Versorgung sicherstellt. Dazu ist Deutschland durch EU-, grund- und menschenrechtliche Verträge verpflichtet. Um allein die jährlich neu registrierten Schutzsuchenden angemessen zu versorgen, bedarf es nach einer Schätzung der BAFF und der Verbände der Freien Wohlfahrt mindestens einer Verdoppelung der Finanzierung der PSZ durch Bund und Länder.

- Unser Positionspapier u. a. zur Sicherstellung der Finanzierung der PSZ: <https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/11/Appell-an-die-Bundesregierung-2021.pdf>
- Die Folgen drohender Kürzungen haben wir hier mit Stimmen aus den PSZ zusammengestellt: <https://www.baff-zentren.org/aktuelles/kuerzungspolitik-die-folgen-fuer-die-psz-vor-ort/> S. auch hier <https://www.baff-zentren.org/aktuelles/bundesregierung-will-psychosoziale-unterstuetzung-fuer-traumatisierte-gefluechtete-um-fast-60-kuerzen/>
- Die Ergebnisse der mit den Verbänden der Freien Wohlfahrtspflege durchgeführten Bedarfserhebung finden sich hier: https://www.bagfw.de/veroeffentlichungen/stellungnahmen/positionen/detail/bedarfsermittlung-fuer-die-psychosoziale-beratung-und-begleitung-sowie-psychotherapeutische-behandlung-und-therapie-von-gefluechteten-menschen-in-deutschland#_ftn2

Um **Sprachmittlung** in der medizinischen, psychotherapeutischen und psychosozialen Versorgung für Menschen ohne oder mit geringen Deutschkenntnissen sicherzustellen, braucht es einen gesetzlichen Anspruch, damit eine fachgerechte Beratung, Diagnostik, Aufklärung und Behandlung ermöglicht werden können. Zudem bedarf es einer äquivalenten Regelung im Asylbewerberleistungsgesetz, um dem Großteil der Klient*innen der PSZ eine gesicherte Finanzierung von Sprachmittlung zu gewährleisten.

Die Bundesregierung hatte zumindest für die Regelversorgung die gesetzliche Regelung über die Sozialgesetzbücher angekündigt. Bis heute liegt aber kein Entwurf dafür vor. So wie bereits im Jahr 2023 vernetzen wir uns auch 2024 mit den maßgeblichen Akteur*innen zur Durchsetzung dieses wichtigen Anspruchs auf Sprachmittlung im Kontext Gesundheit.

Psychisch erkrankte Menschen dürfen nicht abgeschoben werden, wenn sie aufgrund der Erkrankung reiseunfähig sind oder eine erhebliche Verschlechterung des Gesundheitszustands durch die Abschiebung zu erwarten ist. Die Hürden, um diese Voraussetzungen nachzuweisen, sind in den letzten Jahren jedoch extrem gestiegen (s. Kapitel 4.3.3). Obwohl unsere Fachgespräche mit der Ampelkoalition unter Beteiligung des Bundesministeriums des Innern und für Heimat bis November 2023 zu dem Ergebnis gekommen waren, dass es dringender gesetzlicher Änderungen bedarf, um die Geltendmachung von Krankheiten im asyl- und aufenthaltsrechtlichen Verfahren zu ermöglichen, wurden diese letztlich nicht umgesetzt. Auch die konkrete Ausarbeitung zweier Gesetzesvorschläge gemeinsam mit dem Deutschen Anwaltverein (DAV), dem Deutschen Institut für Menschenrechte, terre des hommes und einem Flüchtlingsrat wurde nicht im Gesetzgebungsverfahren aufgegriffen. Die unangemessenen Anforderungen an ärztliche **Atteste und Stellungnahmen** zur Bescheinigung bestehender Krankheiten blockieren damit nun weiterhin die Verfahren und verursachen jahrelange Unsicherheit und Belastung für die Betroffenen.

Neben der Anerkennung von Psychologischen Psychotherapeut*innen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut*innen für die Feststellung psychischer Erkrankungen fordern wir, dass die Behörden sich nicht auf der Gesundheitsvermutung und den Mitwirkungspflichten der Betroffenen ausruhen, sondern bei Anhaltspunkten für Erkrankungen stets ihrer staatlichen Schutzpflicht gerecht werden. Die Kosten für die Erstellung von ausführlichen und unabhängigen Expertisen sollten übernommen werden, da die Behörden zur Sachaufklärung verpflichtet sind und viele Betroffene nicht über die finanziellen Mittel verfügen, die Kosten selbst zu tragen.

Die Hürden für die Betroffenen wurden durch Änderungen im Asylbewerberleistungsgesetz zusätzlich erhöht. Mit Verlängerung der Vorlaufzeit auf 36 Monate hat sich die Bundesregierung für eine Verlängerung der eingeschränkten Gesundheitsversorgung entschieden. Konnten bisher nach 18 Monaten Leistungen nach dem SGB XII in Anspruch genommen werden, wird in Zukunft der Kontakt zu Fachärzt*innen 36 Monate lang untersagt, weil erst danach eine reguläre Versorgung gestattet ist. Deutschland verhindert damit die Geltendmachung von Krankheiten im Verfahren durch unüberwindbare Hürden für psychisch erkrankte Menschen. Darum tragen wir auch im Jahr 2024 unsere Forderungen weiter an die Gesetzgebung heran.

→ Hier finden Sie unser Positionspapier „Sicherstellung der Rechte von Schutzsuchenden und Berücksichtigung der Versorgungslage“, welches wir gemeinsam mit Klinikverbänden erarbeitet haben: https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2023/06/Positionspapier_Sicherstellung_der_Rechte_von_Schutzsuchenden_im_Asylverfahren.pdf

Neben der Advocacy-Arbeit zu den oben genannten Themen fördert die BAFF den fachlichen Austausch und die Vernetzung verschiedener Akteur*innen, um die Versorgungsqualität geflüchteter Menschen kontinuierlich zu verbessern.

Zur Verbesserung der Versorgung **Überlebender von Folter und anderer grausamer und unmenschlicher Behandlung** wird auf Bundesebene anhand eines in NRW entwickelten Versorgungspfades das AMIF-Projekt „Expansion and Strengthening of Structures for Identification and Rehabilitation of Torture Survivors“ (01.01.2023-31.12.2025), kurz „ExTo“, durchgeführt. Unter der Leitung der MFH Bochum widmet sich das Projektteam (PSZ Düsseldorf, Rechtsmedizin Düsseldorf, LVR-Klinikum Düsseldorf, BAfF) gemeinsam folgenden Maßnahmen:

- Über Schulungen werden Fachkräfte in Unterkünften für Geflüchtete, Primärversorgende, Sozialarbeiter*innen, Jurist*innen und Mitarbeiter*innen in Behörden bei der frühzeitigen Identifikation von Folterüberlebenden unterstützt.
- Für Asylsuchende mit Foltererfahrung wird ein interdisziplinäres „Case Management“ angeboten. Durch die Vernetzung von rechtsmedizinischer und psychotherapeutischer Expertise unter Anwendung der SBPM-Standards, der Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rechtsmedizin bezüglich der forensisch-medizinischen Untersuchung von Menschen mit Foltererleben und der IP-Standards werden Folterfolgen umfassend und interdisziplinär dokumentiert.
- Um die wichtige Befunddokumentation auch dann zu ermöglichen, wenn kein rechtsmedizinisches Institut in der Nähe ist, wird ein Onlinetool entwickelt, das Mediziner*innen zu einer verlässlichen Dokumentation und einem sicheren Transfer der erfassten Daten befähigt.
- Mit juristischer Expertise im Asylverfahren und dem Einsatz für die Strafverfolgung der Täter*innen wird die rechtliche und gesellschaftliche Anerkennung des Erlittenen im Sinne der Überlebenden gefördert.
- Des Weiteren werden durch die BAfF die bestehenden Rehabilitations- und Versorgungsstrukturen analysiert und durch die Etablierung von Qualitätszirkeln gezielt gestärkt.

Psychische Belastungen bei geflüchteten Menschen sind häufig nicht nur Folgen von Gewalterlebnissen im Herkunftsland oder auf der Flucht, sondern auch von Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen nach der Ankunft in Deutschland. Um diese Erfahrungen anzuerkennen und sichtbar zu machen, arbeiten wir kontinuierlich an der **Sensibilisierung der PSZ-Mitarbeiter*innen sowie an der Dokumentation von Rassismus- sowie weiteren Diskriminierungserfahrungen.**

Die **Erhebung von Versorgungsdaten** ist ein zentrales Instrument unserer politischen und fachlichen Arbeit, damit Entscheidungen evidenzbasiert getroffen werden können. Derzeit arbeiten wir an der Weiterentwicklung eines Datenbanksystems, um die Datenerhebung in den PSZ zu verbessern.

Auf unseren **Jahrestagungen** stellen wir aktuelle Themen der psychosozialen Versorgung im Kontext Flucht und Gewalt sowie Schwerpunkte unserer Arbeit in den Fokus. Eine Woche vor der Europawahl und kurz vor den Landtagswahlen in Sachsen, Thüringen und Brandenburg haben die BAfF und medico international zu einer dreitägigen Fachtagung eingeladen. Die Tagung fand vom 03. bis 05.06.2024 statt – unter dem Titel „Resist. Defend. Protect. Psychosoziale Arbeit in Zeiten von Rechtsverschiebung und Ohnmacht“. Angesichts der Erosion von Schutzrechten für geflüchtete Menschen und der Rechtsverschiebung auf politischer und diskursiver Ebene sind Versorgungsstrukturen und solidarische Räume massiv bedroht. Gefühle der Ohnmacht, Alternativlosigkeit und Erschöpfung sind angesichts der globalen Krisen unübersehbar. Gleichzeitig gehen wieder Menschen auf die Straße und bringen ihren Widerstand gegen Ausgrenzung und menschenverachtende Narrative von rechts zum Ausdruck. Wir haben gemeinsam reflektiert: Wie können wir in diesem Spannungsfeld solidarische Strukturen schaffen und die Rechts- und Versorgungsansprüche geflüchteter Menschen verteidigen?

→ Tagungshomepage: <https://www.baff-zentren.org/aktuelles/fachtagung-resist-defend-protect-psychoziale-arbeit-in-zeiten-von-rechtsverschiebung-und-ohnmacht/>

Im Rahmen der **transnationalen Vernetzung** stärken wir die Zusammenarbeit zwischen Akteur*innen in Europa und in verschiedenen Post-Sowjet-Staaten, die vor Ort psychosoziale Unterstützung für Geflüchtete und Folterüberlebende leisten, dabei einen menschenrechtlichen Ansatz verfolgen und politisch aktiv sind.

In dem vom Auswärtigen Amt geförderten Projekt „Razom – Gemeinsam“ (01.01.-31.12.2023) unterstützte die BAfF ukrainische Fachkräfte der psychosozialen Versorgung im Kontext von Flucht und Gewalt im Zuge des russischen Angriffskriegs in der Ukraine durch Qualifizierungsmaßnahmen, Supervisionen und internationale Vernetzungsformate. Ziel der Maßnahmen war die Stärkung der Qualität und Nachhaltigkeit einer menschenrechtsorientierten psychosozialen und psychologischen Unterstützung, insbesondere in der Ukraine sowie in anderen europäischen Ländern. Durch das Folgeprojekt „Sylni Razom – Gemeinsam stark“ (01.04.-31.12.2024) wird auf die Erfolge und Formate des vorangegangenen Projekts aufgebaut und zudem durch transnationale Roundtables der Wissenstransfer zwischen verschiedenen Kontexten gestärkt.

Seit Mitte 2023 implementiert die BAfF e. V. zusammen mit ihrer Partnerorganisation CAPC das Projekt „Psychosocial Rehabilitation and Documentation“, mittels dessen sie ein bereits seit 2020 existierendes Netzwerk von Gesundheitsfachkräften und Aktivist*innen aus den Ländern Armenien, Aserbaidschan, Belarus, Russland und der Ukraine nachhaltig stärkt und qualifiziert. Das Projekt wird vom Auswärtigen Amt im Rahmen des Programms „Ausbau der Zusammenarbeit mit der Zivilgesellschaft in den Ländern der Östlichen Partnerschaft und Russland“ (ÖPR) gefördert. Ziel ist die Vernetzung von Menschenrechtsaktivist*innen, um Fachaustausch und den Aufbau von zivilgesellschaftlichen Peer-Support-Strukturen zu stärken.

→ Im Rahmen des Projekts „Razom – Gemeinsam“ fand am 16. und 17. Oktober 2023 in Warschau/Polen das BAfF European Forum on Human Rights and Psychosocial Support for Refugee Survivors

statt. Dieses Fachforum brachte unter dem Titel „Ukraine in Times of War: Refugees, Special Protection Needs and Cooperation Across Borders“ 60 Praktiker*innen der psychosozialen Unterstützung im Kontext von Krieg, Menschenrechtsverletzungen, Flucht und Asyl aus zehn europäischen Ländern zusammen. Als empowerndes Format stand die Verständigung über gemeinsame Herausforderungen und Handlungsräume im Fokus. Ein Konferenzbericht mit den zentralen Erkenntnissen ist auf unserer Webseite zu finden: <https://www.baff-zentren.org/projekte/razom/>

→ Im Rahmen des Projekts „Sylni Razom – Gemeinsam stark“ wurde auf der BAfF-Fachtagung Anfang Juni 2024 ein transnationaler Roundtable zwischen Praktiker*innen aus europäischen Ländern und der Ukraine organisiert, welcher die Verständigung über die psychosoziale Versorgung von Geflüchteten und Binnenvertriebenen im Kontext des Russischen Angriffskriegs fokussierte.

→ Im Rahmen des Projekts „Psychosocial Rehabilitation and Documentation“ trafen sich vom 09. bis 10. November 2023 Netzwerkteilnehmer*innen in Tiflis/Georgien zum Vernetzungstreffen und Fachaustausch „Psychosocial support in armed conflict and human rights crisis“. Zudem starteten Ende 2023 verschiedene lokale Pilotprojekte in der Ukraine, in Aserbaidschan und mit belarussischen Exilant*innen in Polen, die finanziell und inhaltlich unterstützt und begleitet werden, z. B. in Form von Supervisionen. Die Qualifizierung der Gesundheitsfachkräfte erfolgte in Form von insgesamt acht Online-Fortbildungen zum menschenrechtsorientierten psychosozialen Rehabilitationsmodell und zur Dokumentation von Menschenrechtsverletzungen.

→ Zusammen mit der Elisabeth-Selbert-Initiative und Amnesty International Deutschland ermöglichte die BAfF e. V. zwei Menschenrechtsverteidigerinnen Schutz- bzw. Erholungsaufenthalte.

6

LITERATURVERZEICHNIS

6 — Literaturverzeichnis

Aikins, M. A.; Bremberger, T.; Aikins, J. K.; Gyamerah, D.; Yildirim-Caliman, D. (2021).

Afrozensus 2020: Perspektiven, Anti-Schwarze Rassismuserfahrungen und Engagement Schwarzer, afrikanischer und afrodiasporischer Menschen in Deutschland, Berlin. <https://afrozensus.de/reports/2020/>

Ausländerzentralregister (2023). Migration und Integration: Schutzsuchende nach Schutzstatus und Berichtsjahren. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Bevoelkerung/Migration-Integration/Tabellen/schutzsuchende-zeitreihe-schutzstatus.html>

Baron, J. & Flory, L. (2019). Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern. 5. Aktualisierte Auflage. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/11/BAfF_Versorgungsbericht-5.pdf

Baron, J. & Flory, L. (2020). Versorgungsbericht. Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern. 6. Aktualisierte Auflage. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/10/BAfF_Versorgungsbericht-6.pdf

Baron, J.; Flory, L.; Krebs, D. (2020). Living in a Box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/05/BAfF_Living-in-a-box_Kinder-in-Ankerzentren.pdf

Baron, J.; Teigler, L.; Flory, L. (2023). Vorbild Ukraine – Hilfesysteme der Zukunft? Handlungsbedarfe in der psychosozialen Versorgung geflüchteter Kinder und Jugendlicher. <https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2023/11/HilfesystemederZukunft.pdf>

Bean, T.; Dertuyn, I.; Eurelings-Bontekoe, E.; Broekaert, E. & Spinhoven, P. (2007). Comparing psychological distress, traumatic stress reactions, and experiences of unaccompanied refugee minors with experiences of adolescents accompanied by parents. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(4), 288–297.

Becker, D. (1992). Ohne Hass keine Versöhnung. Das Trauma der Verfolgten. Freiburg: Kore Verlag

Bergmeyer, V. (2020). Medizinische Versorgung von Geflüchteten in Deutschland. *Gesundheit braucht Politik. Zeitschrift für eine Soziale Medizin*, 1, 4–7.

Biddle, L. (2024). Verlängerte Leistungseinschränkungen für Geflüchtete: Negative Konsequenzen für Gesundheit – erhoffte Einsparungen dürften ausbleiben. *DIW Wochenbericht* 12: 199-207. https://www.diw.de/de/diw_01.c.897141.de/publikationen/wochenberichte/2024_12_4/verlaengerte_leistungseinschraenkungen_fuer_gefluechtete_neuer_gesundheit_erhoffte_einsparungen_duerften_ausbleiben.html

Blackmore, R.; Boyle, J. A.; Fazel, M.; Ranasinha, S.; Gray, K.M.; Fitzgerald, G.; Misso, M.; Gibson-Helm, M. (2020). The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*, 17(9): e1003337. <https://journals.plos.org/plosmedicine/article?id=10.1371/journal.pmed.1003337>

Blackmore, R.; Gray, K.M.; Boyle, J.A.; Fazel, M.; Ranasinha, S.; Fitzgerald, G.; Misso, M.; Gibson-Helm, M. (2020). Systematic Review and Meta-analysis: The Prevalence of Mental Illness in Child and Adolescent Refugees and Asylum Seekers. <https://www.jaacap.org/action/showPdf?pii=S0890-8567%2819%2932175-6>

Bleckmann, W.; Maier-Borst, H.; Mersmann, S. (2022). Wartezeiten für Psychotherapieplätze sind weit höher als von Krankenkassen angegeben. *Rundfunk Berlin-Brandenburg (rbb)*, rbb24, vom 25. Mai 2022. <https://www.rbb24.de/panorama/beitrag/2022/05/wartezeiten-psychotherapie-laenger-als-angaben-krankenkassen.html>

Bozorgmehr, K.; Biddle, L.; Gottlieb, N. (2022). Gesundheitssystem zwischen Krise und Integration: Lehren aus 30 Jahren Fluchtmigration. In: *GGW 2022*, Jg. 22, Heft 3 (September), 15–26. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/GGW/2022/wido_ggw_0322_bozorgmehr_et_al.pdf

Bozorgmehr, K. & Razum, O. (2015). Effect of Restricting Access to Health Care on Health Expenditures among Asylum-Seekers and Refugees: A Quasi-Experimental Study in Germany, 1994–2013. *PLoS ONE*. <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0131483>

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. Ausgabe 01/2019 der Kurzanalysen des BAMF-Forschungszentrums. https://www.bamf.de/SharedDocs/Anlagen/DE/Forschung/Kurzanalysen/kurzanalyse1-2019-fortschritte-sprache-beschaeftigung.pdf?__blob=publicationFile&v=13

Buchmann, K. (2023). Hunderte geflüchtete Kinder in Berlin warten auf einen Schulplatz. Rundfunk Berlin-Brandenburg (rbb), rbb24, vom 25. Mai 2023. <https://www.rbb24.de/panorama/beitrag/2023/05/willkommensklassen-berlin-gefluechtete-kinder-jugendliche-.html>

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und BAfF (2019). Entwurf eines zweiten Gesetzes zur besseren Durchsetzung der Ausreisepflicht (Geordnete-Rückkehr-Gesetz). Gemeinsame Stellungnahme der BPTK und der BAfF. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/03/2019-03-01_STN_BPTK_BAfF_Geordnete-R%c3%bcckkehr-Gesetz.pdf

Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK) und BAfF (2021). Sprachmittlung als Leistung ins SGB V aufnehmen. Für fremdsprachige Patient*innen den Zugang zur Gesundheitsversorgung verbessern. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/05/BAfF_BPTK_Positionspapier_Sprachbarrieren-in-der-Gesundheitsversorgung.pdf

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2021). Lebensgefahr durch Abschiebungen: Schwerkranke Geflüchtete müssen besser geschützt werden. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/04/BAfF_Forderungen-zum-Schutz-schwer-kranker-Gefluechteter_2021.pdf

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF) (2020). Leitlinien der BAfF zur Organisation der Beratung und Behandlung von Flüchtlingen und Opfern organisierter Gewalt. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2021/02/BAfF_Leitlinien_2020.pdf

Burgund Isakov, A.; Husremović, D.; Krasić, B.; Marković, V.; Milic, N.; Ristić, T.; Trkulja, A.; Žegarac, N. (2022). "WHEREVER WE GO, SOMEONE DOES US HARM". Violence against refugee and migrant children arriving in Europe through the Balkans. https://www.savethechildren.de/fileadmin/user_upload/Downloads_Dokumente/Berichte_Studien/2022/embargoed/save-the-children-wherever-we-go-someone-does-us-harm-report-092022.pdf

Burmester, F. (2014). Auswirkungen der Zusammenarbeit mit der AOK Bremen/Bremerhaven aus Sicht der Behörde für Arbeit, Soziales, Familie und Integration. Fachtag Gesundheitsversorgung Ausländer – Best Practice Beispiele aus Hamburg. <https://www.hamburg.de/contentblob/4465734/2b6390d955d620e7208827deda3f4fd1/data/gesundheitsversorgung-auslaender.pdf>

Deutsches Zentrum für Integrations- und Migrationsforschung (DeZIM) (2023). Rassismus und seine Symptome. Bericht des Nationalen Diskriminierungs- und Rassismusmonitors. Berlin. https://www.rassismusmonitor.de/fileadmin/user_upload/NaDiRa/Rassismus_Symptome/Rassismus_und_seine_Symptome.pdf

Führer, A. & Brzoska, P. (2020). Die Relevanz des Dolmetschens im Gesundheitssystem. *Das Gesundheitswesen*, 84(5), 474–478.

Gold, A. W.; Weis, J.; Janho, L.; Bidle, L.; Bozorgmehr, K. (2021). Die elektronische Gesundheitskarte für Asylsuchende: Zusammenfassung der wissenschaftlichen Evidenz. <https://archiv.ub.uni-heidelberg.de/volltextserver/30347/>

Hamber, B. (2009). *Transforming Societies after Political Violence: Truth, Reconciliation, and Mental Health*. New York: Springer

Herman, J. (1992). *Trauma and Recovery. The Aftermath of Violence – from Domestic Abuse to Political Terror*. New York: Basic Books

Hintzpetter, B.; Klasen, F.; Schön, G.; Voss, C.; Hölling, H.; Ravens-Sieberer, U. (2015). Mental health care use among children and adolescents in Germany: results of the longitudinal BELLA study. *European Child & Adolescent Psychiatry* 24, 705–713. <https://doi.org/10.1007/s00787-015-0676-6>

Janda, C. (2021). Existenzminimum, Gleichbehandlung, Menschenwürde: Rechtliche Anforderungen an die Gesundheitsversorgung von Asylsuchenden. In: Nowak, A. C.; Krämer, A.; Schmidt, K. (Hrsg.), *Flucht und Gesundheit. Facetten eines interdisziplinären Zugangs*. Z'Flucht, Sonderband, Baden-Baden: Nomos, 31-49

Jirmann, J. & Trautvetter, C. (2023). Milliardenvermögen in Deutschland, Lücken der Reichtumserfassung und -besteuerung – Vorschlag für einen alternativen Reichtumsbericht, HBS-Forschungsförderung, Working Paper Nr. 316, Dezember 2023. https://www.boeckler.de/data/impuls_2023_20_S1-2.pdf

Karpenstein, J. & Rohleder, D. (2022). Die Situation geflüchteter junger Menschen in Deutschland. <https://b-umf.de/src/wp-content/uploads/2022/07/online-umfrage-komplett-final-11-07-22.pdf>

Kassenärztliche Bundesvereinigung (2023). Gutachtenstatistik 2022. https://www.kbv.de/media/sp/2023_06_13_Gutachtenstatistik_2022_final.pdf

Keilson, H. (1979). *Sequentielle Traumatisierung bei Kindern*. Stuttgart: Enke

Korittko, A. & Pleyer, K. H. (2016). *Traumatischer Stress in der Familie. Systemtherapeutische Lösungswege*. Göttingen: Vandenhoeck und Ruprecht, 5. Auflage

Lindert, J.; Ehrenstein, O. S. von; Wehrwein, A.; Brähler, E.; Schäfer, I. (2018).

Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme. PPM-P - Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie, 68(01), 22–29. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103344>

Martin-Baro, I. (1990). *Psicología social de la guerra: trauma y terapia*. San Salvador: UCA Editores

Metzner, D.-P. F.; Reher, C.; Kindler, H. & Pawils, S. (2016). Psychotherapeutische Versorgung von begleiteten und unbegleiteten minderjährigen Flüchtlingen und Asylbewerbern mit Traumafolgestörungen in Deutschland. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 1–10. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2340-9>

Mlodoch, K. (2017). *Gewalt, Flucht – Trauma? Grundlagen und Kontroversen der psychologischen Traumaforschung*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht

Mohammed, L. & Karato, Y. (2022). Flucht und Gewalt: Psychosozialer Versorgungsbericht 2022. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/07/BAFF_Versorgungsbericht-2022.pdf

Mohsenpour, A.; Biddle, L.; Krug, K.; Bozorgmehr, K. (2021): Measuring Deterioration of Small-Area Housing Environment: Construction of a Multi-dimensional Assessment Index and Validation in Shared Refugee Accommodation. *SSM – Population Health*, Vol. 13, 100725. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100725>

Müller, L.R.F.; Büter, K.P.; Rosner, R.; Unterhitzberger, J. (2019). Mental health and associated stress factors in accompanied and unaccompanied refugee minors resettled in Germany: a cross-sectional study. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 13, 8. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0268-1>

Perkonig, A.; Kessler, R. C.; Storz, S. Wittchen, H.-U. (2000). Traumatic events and post-traumatic stress disorder in the community: prevalence, risk factors and comorbidity. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101(1), 46–59. <https://doi.org/10.1034/j.1600-0447.2000.101001046.x>

Plötner, M.; Moldt, K.; In-Albon, T.; Schmitz, J. (2022). Einfluss der COVID-19-Pandemie auf die ambulante psychotherapeutische Versorgung von Kindern und Jugendlichen. *Psychotherapie* 67, 469–477. <https://doi.org/10.1007/s00278-022-00604-y>

Podar, M.D.; Frejšan, A.M.; Demir, Z.; Razum, O.; Namer, Y. (2022). How schools in Germany shape and impact the lives of adolescent refugees in terms of mental health and social mobility. *SSM - Population Health*, Vol. 19, 2022, 101169. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101169>

Ravens-Sieberer, U., Wille, N.; Bettge, S. Erhart, M. (2007). Psychische Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, 50(5–6), 871–878. <https://doi.org/10.1007/s00103-007-0250-6>

Reed, R.; Fazel, M.; Jones, L.; Panter-Brick, C.; Stein, A. (2011). Mental health of displaced and refugee children resettled in low-income and middle-income countries: risk and protective factors. *Lancet* 2012; 379: 250–65

Rohde-Abuba, C. & Kreuzer, K. (2022). Sexualisierte Gewalt gegen Kinder im Fluchtkontext. *Expertinnen und Experten berichten*. https://www.worldvision.de/sites/worldvision.de/files/pdf/World_Vision_Studie_Sexuelle_Gewalt.pdf

Rost, J. & Teigler, L. (2022). „Überall herrscht Druck...“ Stress im (Asyl)System für Kinder, Jugendliche und Familien. In: Teigler, L. *Mächtige Narrative – was wir uns (nicht) erzählen. Über den Zusammenhang von Gewalt, Stress und Trauma im Kontext Flucht*, 14-23. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2022/07/Maechtige-Narrative_BAFF-2022.pdf

Schröder, C.; Bartels, C.; Göbler, K.; Grabka, M.; König, J. (2020). MillionärInnen unter dem Mikroskop: Datenlücke bei sehr hohen Vermögen geschlossen – Konzentration höher als bisher ausgewiesen. *DIW Wochenbericht Nr. 29/2020*, S. 511-521. https://www.diw.de/de/diw_01.c.793802.de/publikationen/wochenberichte/2020_29_1/millionaerinnen_unter_dem_mikroskop__datenluecke_bei_sehr_ho____geschlossen____konzentration_hoehere_als_bisher_ausgewiesen.html

Stegmann, S.; Steinfurth, E.; Teigler, L. (2023). Möglichkeiten und Grenzen von Kurzzeittherapie in einem Psychosozialen Zentrum. In: Karato, Y. *Flucht & Gewalt: Psychosozialer Versorgungsbericht 2023*, 30-48. https://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2023/06/BAFF_Versorgungsbericht2023.pdf

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

Träbert, A. & Teigler, L. (2022). Sexuelle und geschlechtliche Vielfalt in der psychosozialen Versorgung traumatisierter Geflüchteter: Schutzbedarfskomplexe und praktische Ansätze

UNHCR (1951). Abkommen über die Rechtsstellung der Flüchtlinge vom 28. Juli 1951.

https://www.unhcr.org/dach/wp-content/uploads/sites/27/2017/03/Genfer_Fluechtlingskonvention_und_New_Yorker_Protokoll.pdf

UNICEF (2023). Geflüchtete und migrierte Kinder in Deutschland 2015-2022.

https://www.unicef.de/_cae/resource/blob/178376/2b13cc04ce8338d13d6f76dffb079021/gefluechtete-und-migrierte-kinder-in-deutschland-2015-2022-data.pdf

UNICEF Deutschland/Deutsches Institut für Menschenrechte (DIMR) (2020).

Gewaltschutz in Unterkünften für geflüchtete Menschen – Eine kinderrechtliche Analyse basierend auf einer Abfrage der 16 Bundesländer, Köln/Berlin.

https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/Redaktion/Publikationen/Analyse_Studie/Studie_Gewaltschutz_in_Unterkuenften_fuer_gefluechtete_Menschen.pdf

Wihstutz, Anne (2019). Zwischen Sandkasten und Abschiebung. Zum Alltag junger

Kinder in Unterkünften für Geflüchtete. Opladen; Berlin; Toronto: Verlag Barbara

Budrich. https://www.pedocs.de/volltexte/2020/18246/pdf/Wihstutz_2019_Zwischen_Sandkasten_und_Abschiebung.pdf

Witte, J.; Zeitler, A.; Diekmannshemke, J. (2023). DAK-KINDER- UND JUGENDREPORT

2023. Sonderanalyse für die Jahre 2018 - 2022 Stationäre Behandlung psychischer Erkrankungen. <https://www.dak.de/dak/download/kinder--und-jugendreport-2622592.pdf>

Wrase, M. & Haschemi Yekani, M. (2019). Das Recht auf Bildung und Zugang zur Regel-

schule für geflüchtete Kinder und Jugendliche in Aufnahmeeinrichtungen der

Bundesländer. Rechtsgutachten im Auftrag des Paritätischen Gesamtverbandes.

https://www.der-paritaetische.de/fileadmin/user_upload/Gutachten_Paritätischer_Zugang_Regelschule_Kinder_Aufnahmeeinrichtungen.pdf

Zentrale Ethikkommission der Bundesärztekammer (2013). Stellungnahme der

Zentralen Kommission zur Wahrung ethischer Grundsätze in der Medizin und ihren

Grenzgebieten bei der Bundesärztekammer „Versorgung von nicht regulär kranken-versicherten Patienten mit Migrationshintergrund“. Deutsches Ärzteblatt, 110(18),

A-899 / B-783/ C-779

7

ANHANG

7 — Anhang

7.1 Glossar

Abschiebungsverbot/-hindernis: Bei Personen, die keine Anerkennung als Asylberechtigte*r oder Flüchtling nach der Genfer Flüchtlingskonvention und keinen subsidiären Schutz erhalten, ist im Asylverfahren ein Abschiebungsverbot festzustellen, wenn bestimmte Gründe gegen eine Abschiebung sprechen. Ein solches zielstaatsbezogenes Abschiebungsverbot (§ 60 Absatz 5 und 7 AufenthG) wird erteilt, wenn beispielsweise wegen besonders schlechter humanitärer Bedingungen im Herkunftsland eine erhebliche konkrete Gefahr für Leib, Leben oder Freiheit der Person besteht. Bei Feststellung eines Abschiebungsverbots erhalten Menschen eine Aufenthaltserlaubnis. Ein inlandsbezogenes Abschiebungshindernis liegt vor, wenn eine Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht möglich ist, beispielsweise bei krankheitsbedingter Reiseunfähigkeit (§ 60a Absatz 2c und 2d AufenthG), aufgrund von familiären Beziehungen oder bei Fehlen von Identitätsnachweisen. Liegt ein solcher Fall vor, erhalten Menschen eine Duldung.

Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG): Das Asylbewerberleistungsgesetz regelt den Anspruch von Personen auf Geld- und Sachleistungen während des Asylverfahrens und in anderen Fällen eines präkarisierten Aufenthalts.

Aufenthaltsgestattung: Eine Aufenthaltsgestattung ist der rechtliche Status, den Personen während des laufenden Asylverfahrens erhalten.

Besondere Schutzbedarfe: Die Aufnahmerichtlinie des Europäischen Parlaments und des Rates (2013/33/EU) verbietet bestimmte Personengruppen als besonders vulnabel, erneut Diskriminierung und Gewalt zu erleben, und leitet daraus eine besondere Schutzbedürftigkeit ab. Die nicht abschließende Aufzählung umfasst (unbegleitete) Minderjährige, Menschen mit Behinderung, ältere Menschen, Schwangere, Alleinerziehende minderjähriger Kinder, Betroffene von Menschenhandel, Personen mit schweren körperlichen Erkrankungen, Personen mit psychischen Erkrankungen und Personen, die Folter oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexualisierter Gewalt erlitten haben. In Deutschland gelten darüber hinaus auch sexuelle und geschlechtliche Minderheiten als besonders schutzbedürftig. Die EU-Mitgliedsstaaten sind bei der Aufnahme dazu verpflichtet, besonders schutzbedürftige Geflüchtete zu identifizieren und angemessen zu versorgen. Hierzu zählt die Berücksichtigung ihrer besonderen individuellen Schutzbedürfnisse in der Unterbringung und im Gewaltschutz sowie in der (physischen und psychischen) Gesundheitsversorgung und im Asylverfahren.

Dublin-Verfahren: Im sogenannten Dublin-Verfahren wird geprüft, welcher EU-Staat für die Durchführung eines Asylverfahrens zuständig ist. Wurde beispielsweise eine Person bereits in einem anderen EU-Staat als Asylsuchende*r registriert, kann sie im Rahmen des sogenannten

Dublin-Verfahrens in dieses Land innerhalb eines bestimmten Zeitraums zurückgeschoben werden (Dublin III-VO (EU) Nr. 604/2013 i. V. m. der Durchführungsverordnung zur Dublin III-VO (EU) Nr. 118/2014 und der EURODAC II-VO (EU) Nr. 603/2013).

Duldung („vorübergehende Aussetzung der Abschiebung“): Eine Duldung ist der rechtliche Status, den Personen ohne gesicherten Aufenthalt erhalten, wenn eine Abschiebung aus rechtlichen oder tatsächlichen Gründen nicht möglich ist (beispielsweise wegen Erkrankungen, familiären Bezugspersonen in Deutschland oder aufgrund von fehlenden Papieren). EU-Aufnahmerichtlinie (Richtlinie 2013/33/EU des Europäischen Parlaments und des Rates): Die EU-Aufnahmerichtlinie definiert die Mindeststandards für die Aufnahme von Schutzsuchenden durch die EU-Mitgliedsstaaten bezüglich Unterbringung, medizinischer Versorgung sowie Zugang zu Bildung und Arbeitsmarkt.

Ermächtigung (nach § 31 Zulassungsverordnung für Vertragsärzt*innen): Mit einer Ermächtigung können Psychotherapeut*innen ohne Kassensitz Therapien über die Krankenkassen abrechnen. Diese Regelung gilt jedoch nur für die Behandlung von Schutzsuchenden, die bereits 36 Monate in Deutschland leben, aber noch keine Flüchtlingsanerkennung haben und noch nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind.

Niederlassungserlaubnis: Eine Niederlassungserlaubnis ist der rechtliche Status, mit dem sich Nicht-EU-Bürger*innen unbefristet in Deutschland aufhalten können. Die Voraussetzungen für die Erteilung werden im Aufenthaltsgesetz geregelt und berücksichtigen unter anderem die Dauer des bisherigen Aufenthalts in Deutschland, die Lebensunterhaltssicherung, die Beschäftigungssituation und Kenntnisse der deutschen Sprache.

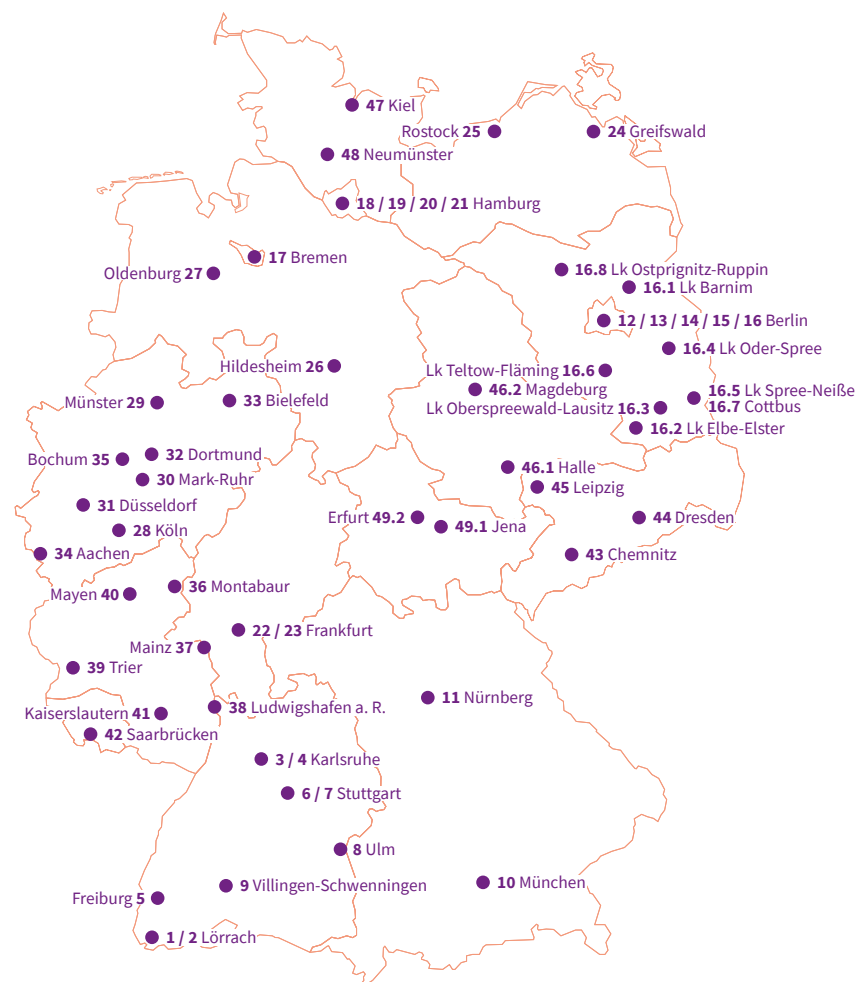
Psychologische*r Psychotherapeut*in: Psychologische Psychotherapeut*innen unterscheiden sich von ärztlichen Psychotherapeut*innen dadurch, dass sie ein Psychologiestudium und nachfolgend eine Psychotherapeut*innenausbildung absolviert haben statt eines Medizinstudiums und einer Ausbildung zur*m Fachärzt*in. Bei der Mehrheit der niedergelassenen Psychotherapeut*innen in Deutschland handelt es sich um Psychologische Psychotherapeut*innen.

Sichere Herkunftsstaaten: Bei sogenannten sicheren Herkunftsstaaten geht die deutsche Gesetzgebung davon aus, dass dort keine staatliche Verfolgung stattfindet und der Staat vor Verfolgung durch Dritte schützen kann. Personen aus diesen Ländern haben deutlich schlechtere Chancen, einen Schutzstatus in Deutschland zu erhalten. Derzeit stehen auf der Liste der sogenannten sicheren Herkunftsstaaten: alle Mitgliedsstaaten der EU, Albanien, Bosnien und Herzegowina, Georgien, Ghana, Kosovo, Nordmazedonien, Montenegro, Republik Moldau, Senegal, Serbien.

Unbegleitete Minderjährige Geflüchtete/Flüchtlinge (UMF): Minderjährige, die ohne Begleitung durch erziehungsberechtigte Personen nach Deutschland geflüchtet sind, werden als unbegleitete minderjährige Geflüchtete/Flüchtlinge bezeichnet. Für sie gelten besondere Regelungen bezüglich der Aufnahme, Unterbringung und gesundheitlicher Versorgung.

7.2 Übersicht der PSZ

Die Psychosozialen Zentren finden sich in allen Bundesländern.*



* Weitere Informationen zu den PSZ-Standorten:
<https://www.baff-zentren.org/hilfe-vor-ort/psychosoziale-zentren/>

BADEN-WÜRTTEMBERG

- 1 Nadia Murad Zentrum (Standort Lörrach)
- 2 Traumanetzwerk Lörrach
- 3 Verein zur Unterstützung traumatisierter Migranten e. V. Karlsruhe
- 4 PSZ Nordbaden (Standort Karlsruhe)
- 5 Refugium Freiburg – Psychosoziale und medizinische Beratung und Koordinierung für Geflüchtete
- 6 refugio Stuttgart e. V. – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge
- 7 PBV Stuttgart – Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene
- 8 BFU Ulm – Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm
- 9 REFUGIO Villingen-Schwenningen – Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge

BAYERN

- 10 REFUGIO München – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer
- 11 PSZ Nürnberg – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge

BERLIN

- 12 Zentrum Überleben gGmbH
- 13 XENION Berlin – Psychotherapeutische Beratungsstelle für politisch Verfolgte
- 14 MeG betreutes Wohnen gGmbH, Psychosoziale Unterstützung und Therapie für Migrant_innen erster Generation
- 15 Fachstelle für LSBTI*-Geflüchtete

BRANDENBURG

- 16 PSZ Brandenburg – mit folgenden Standorten in Brandenburg: 16.1 Landkreis Barnim, 16.2 Landkreis Elbe-Elster, 16.3 Landkreis Oberspreewald-Lausitz, 16.4 Landkreis Oder-Spree, 16.5 Landkreis Spree-Neiße, 16.6 Landkreis Teltow-Fläming, 16.7 Cottbus, 16.8 Landkreis Ostprignitz-Ruppin

BREMEN

- 17 REFUGIO Bremen – Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge

HAMBURG

- 18 haveno – Psychotherapie und interkulturelle Kommunikation
- 19 Kommunikation
- 20 SEGEMI – Seelische Gesundheit Migration und Flucht e. V.
- 21 Lichtpunkt. Traumatherapie und Psychosoziales Zentrum PSB Flucht – Psychosoziale Beratung für Flüchtlinge

HESSEN

- 22 FATRA Frankfurt/M. – Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e. V.
- 23 Ev. Zentrum für Beratung und Therapie Frankfurt/M. – Haus am Weißen Stein – Beratung und Therapie für Flüchtlinge

MECKLENBURG-VORPOMMERN

- 24 Psychosoziales Zentrum für Migranten in Vorpommern, Greifswald
- 25 Psychosoziales Zentrum Rostock für Geflüchtete & Migrant_innen

NIEDERSACHSEN

- 26 Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in Niedersachsen e.V., Hildesheim
- 27 IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e.V., Oldenburg

NORDRHEIN-WESTFALEN

- 28 Caritas Therapiezentrum für Menschen nach Folter und Flucht (Standort: Köln)
- 29 Refugio Münster – Psychosoziale Flüchtlingshilfe
- 30 PSZ für Flüchtlinge Diakonie Mark-Ruhr
- 31 Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf
- 32 Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Dortmund
- 33 PSZ Bielefeld – Psychosoziales Zentrum für Überlebende von Trauma, Flucht und Folter
- 34 PSZ Aachen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge in der Städteregion Aachen (PÄZ Aachen e. V.)
- 35 MFH Bochum – Medizinische Flüchtlingshilfe e. V.

RHEINLAND-PFALZ

- 36 PSZ Montabaur
- 37 Psychosoziales Zentrum für Flucht und Trauma (Standort: Mainz)
- 38 Psychosoziales Zentrum Pfalz, Ludwigshafen am Rhein
- 39 Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge, Trier IN TERRA – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge,
- 40 Mayen
- 41 Psychosoziales Zentrum Westpfalz

SAARLAND

- 42 PSZ Saarbrücken – Psychosoziales Beratungszentrum des Deutschen Roten Kreuzes

SACHSEN

- 43 Psychosoziales Zentrum – Beratungsstelle Chemnitz
- 44 Psychosoziales Zentrum Dresden
- 45 Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete Leipzig

SACHSEN-ANHALT

- 46 Psychosoziales Zentrum für Migrantinnen und Migranten (Standorte in 46.1 Halle (Saale) und 46.2 Magdeburg)

SCHLESWIG-HOLSTEIN

- 47 Brücke Schleswig-Holstein, Kiel
- 48 Psychosoziale Anlaufstelle für Geflüchtete (Standort: Neumünster)

THÜRINGEN

- 49 Refugio Thüringen – Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge (Standorte in 49.1 Jena und 49.2 Erfurt)

Impressum

HERAUSGEBERIN: Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der
Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer – BAfF e. V.
Wilhelmstraße 115, 10963 Berlin
TEL.: +49 (0) 30 – 310 124 63
E-MAIL: info@baff-zentren.org
WEB: www.baff-zentren.org

AUTORINNEN: Yukako Karato, Lea Flory
LEKTORAT: Dr. Patrick Baumgärtel
REDIGAT: Marie-Claire Wygand
GESTALTUNGSKONZEPT: Hartmut Friedrich-Pfefferkorn
SATZ: Patrick Nitzsche-Kunath
DRUCK: Pinguin Druck
PAPIER: Innenteil 100 g/m² Recyclingpapier (klimaneutral)
Umschlag 300 g/m² Recyclingkarton

Die Publikation kann über den Onlineshop der BAfF bestellt werden:
<http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/shop/>

HERZLICHEN DANK an die Psychosozialen Zentren, die einen Teil ihrer knappen Zeit für die Teilnahme an der Datenerhebung aufbrachten. Vielen Dank an Jenny Baron, Lea Flory und Lenssa Mohammed für die Konzipierung der bisherigen Versorgungsberichte und an Gudrun Keifl, Doreen Meyer und Katy Pastohr für den Einblick in ihre Arbeit bei REFUGIO Thüringen. Abschließend möchten wir uns auch beim BAfF-Team und dem Vorstand für ihr hilfreiches Feedback und Unterstützung bei der Endredaktion bedanken.

Diese Publikation wurde aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend finanziert.



© BAfF e. V. 2024. Alle Rechte vorbehalten.



Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

www.baff-zentren.org