

Versorgungsbericht

Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland

6. aktualisierte Auflage

BAfF

Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der psychosozialen Zentren
für Flüchtlinge und Folteropfer

Impressum



Herausgeberin

**Bundesweite Arbeitsgemeinschaft
der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge
und Folteropfer – BAfF e. V.**

Paulsenstraße 55–56, 12163 Berlin

Tel.: +49 (0) 30 – 310 124 63

E-Mail: info@baff-zentren.org

Web: www.baff-zentren.org

Autorinnen

Jenny Baron, Lea Flory

Layout & Grafikdesign

Daniela Krebs

Umschlagfoto

© zettberlin / photocase.de

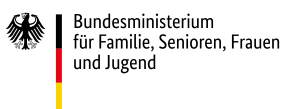
Die Publikation kann über den Online-Shop der BAfF bestellt werden:

<http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/shop/>

Herzlichen Dank an die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, die einen Teil ihrer knappen Zeit für die Teilnahme an der Datenerhebung aufgebracht haben. Ein großes Dankeschön auch an alle Mitwirkenden, die für diese Auflage mit Interviews, Fallberichten und Gastbeiträgen beigetragen haben.

© BAfF e. V. 2020. Alle Rechte vorbehalten.

Diese Publikation wurde über das Projekt „Traumatisierungsketten durchbrechen – Handlungsunsicherheiten überwinden – Schutzsysteme stärken“ aus Mitteln des Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds kofinanziert.



Versorgungsbericht

Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern in Deutschland

6. aktualisierte Auflage

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	6
1. Wie viele Geflüchtete sind traumatisiert?	9
2. Welche Belastungsfaktoren gibt es nach der Flucht?	15
Wohnsituation.....	16
Prozess des Asylverfahrens	16
Soziale Isolation.....	17
Diskriminierungserfahrungen	18
Eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem.....	20
3. Welche Rechte auf Gesundheitsversorgung hat man mit welchem Aufenthaltsstatus? ..	23
4. Wie kann das Recht auf Gesundheitsversorgung durchgesetzt werden?	27
5. Was sind Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer?	29
Die Entstehung der Psychosozialen Zentren	29
Das Leistungsspektrum der PSZ.....	34
6. Klient*innen in den Psychosozialen Zentren	41
Wie viele Klient*innen versorgen die Psychosozialen Zentren?	41
Wer sind die Klient*innen der Psychosozialen Zentren?	43
7. Welche Angebote nehmen die Klient*innen in den PSZ wahr?.....	53
Sprachmittlung und mehrsprachige Arbeit in den Psychosozialen Zentren	56
8. Klient*innen in Psychotherapie.....	65
9. Klient*innen in psychiatrischer Versorgung	77
10. Personelle Ressourcen der Psychosozialen Zentren	79
Anzahl der Mitarbeitenden	79
Berufsgruppen im multiprofessionellen Team.....	79

11. Entwicklung der Klient*innen-Zahlen in den Psychosozialen Zentren über die Zeit	85
Neuaufnahmen in den PSZ.....	86
Entwicklung der Behandlungsdauer in den PSZ.....	87
Rückfälle und neue Krisen bei Klient*innen der PSZ	88
12. Kapazität der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer	93
a. Aufnahmepraxis der Psychosozialen Zentren	93
b. Wartezeiten in den Psychosozialen Zentren.....	96
c. Ablehnungen	100
13. Erreichbarkeit der psychosozialen Versorgung	103
14. Vermittlungen in die Regelversorgung: Möglichkeiten und Grenzen.....	107
Anzahl der Vermittlungen durch die PSZ	107
Regionale Unterschiede in den Vermittlungsmöglichkeiten	109
Art der Vermittlung	109
Entwicklung der Vermittlungszahlen in den PSZ	111
15. Finanzierung der psychosozialen Versorgung	117
Kostenübernahmen für Psychotherapien in den PSZ.....	117
Kontext und Entwicklung der Kostenübernahmen in den PSZ	124
Finanzierung psychosozialer Versorgung außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems	126
16. Zusammenfassung und Fazit	129
Literatur	136
Verzeichnisse	140
Abbildungen.....	140
Tabellen	141
Hilfe vor Ort: die Psychosozialen Zentren	142

Vorwort

Das öffentliche Leben hat sich seit der Pandemie Anfang 2020 für uns alle radikal verändert. Doch das Virus und die damit einhergehenden Gefahren, Einschränkungen und Verunsicherungen treffen nicht alle gleich. Geflüchtete sind in Massenunterkünften allen Risikofaktoren ausgesetzt, die während einer Pandemie dringend vermieden werden sollten. Hinzu kommen neue Unsicherheiten im Asylverfahren und Sorgen um die Gesundheit von Familienmitgliedern in Herkunfts- und Transitländern. Informationslücken machen Angst und altbekannte Probleme zum Beispiel mit der Ausstellung von Krankenscheinen verschärfen sich. Die Anspannung nimmt zu und viele Strukturen, die nach traumatischem Erleben Halt geben könnten, brechen aufgrund der Kontaktbeschränkungen weg.

Auch die Mängel, die in den Gesundheitssystemen mitunter seit vielen Jahren bestehen, werden durch die Pandemie nun deutlicher sichtbar: Es fehlt Personal, die Gesundheitsversorgung ist fragmentiert und vulnerable Gruppen werden durch Versorgungsangebote besonders schlecht erreicht.

Was Überlebende schwerer Gewalt brauchen, um sich nach ihrer Flucht ein neues Leben aufzubauen, sind Orte, an denen sie sich sicher fühlen können, an denen sich Menschen für ihr Schicksal interessieren und mit denen sie neue Beziehungserfahrungen machen können. Menschen, die aufgrund der hohen psychischen Belastung eine Traumafolgestörung entwickeln, benötigen darüber hinaus oft professionelle psychosoziale und/oder psychotherapeutische Unterstützung.

Ihr Recht auf Gesundheit wird jedoch in vielen europäischen Staaten, so auch in Deutschland, durch politische Maßnahmen eingeschränkt. Der Bericht der Weltgesundheitsorganisation (WHO) zur Gesundheit von Geflüchteten und Migrant*innen in Europa benennt als typische Hürden im Zugang zu den Versorgungssystemen unter anderem Unsicherheiten hinsichtlich der Leistungsansprüche und Registrierungsprozesse in den Gesundheitssystemen, einen eklatanten Mangel an Dolmetscher*innen, fehlende Ressourcen für die Versorgung, bürokratische Barrieren sowie die unzureichende Aufklärung der Betroffenen über ihre Rechte (WHO, 2018). Nach Einschätzung der WHO hätten sich die Gesundheitsdienste in Europa eher reaktiv in einer Art Notfallmodus entwickelt und würden häufig auf Versorgungssysteme zurückgreifen, die eigentlich für andere Situationen eingerichtet wurden. Die Defizite, die zu Tage treten, wenn staatliche Systeme für die Betroffenen nicht zugänglich oder ineffektiv sind, würden häufig durch Nichtregierungsorganisationen aufgefangen.

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (PSZ) arbeiten in Deutschland seit inzwischen 40 Jahren in diesem Spannungsfeld: Sie versuchen eine Lücke zu schließen, in der das Regel-

system für Geflüchtete und Überlebende schwerer Menschenrechtsverletzungen nicht zugänglich ist und bieten an ihren Bedarfen ausgerichtete Komplexleistungen an.

Die BAfF e. V. ist der Dachverband der Psychosozialen Zentren und bündelt seit fast 25 Jahren die Interessen der Psychosozialen Zentren, fördert den fachlichen Austausch und vertritt gemeinsame Anliegen gegenüber Politik und Zivilgesellschaft. Sie gibt regelmäßig Expertisen, Hintergrundpapiere und Stellungnahmen heraus, die zur psychosozialen Versorgung von Geflüchteten Stellung beziehen.

Mit ihren Versorgungsberichten stellt die BAfF – inzwischen in der 6. Auflage – der Debatte zum Recht auf Gesundheit für Geflüchtete jährlich aktualisierte Daten zur psychosozialen Versorgung zur Verfügung. Im Fokus der Analysen steht die Frage, wie zugänglich und erreichbar Unterstützungsstrukturen in- und außerhalb staatlicher Verantwortung sind und was es braucht, um unabhängige und bedarfsgerechte Beratungs- und Behandlungsangebote für besonders vulnerable Geflüchtete aufzubauen, zu stärken und auf stabile Füße zu stellen. Im empirischen Teil des Berichts werden die Versorgungsstrukturen vorgestellt, die aktuell für Geflüchtete existieren. Die Daten, die den Analysen zugrunde liegen, stammen aus der jährlichen Erhebung der BAfF in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, sowie aus Interviews mit Klient*innen oder auch Mitarbeitenden dieser Einrichtungen.

In der aktuellen Auflage widmen wir uns zu Beginn den Fragen, die von Medien und Zivilgesellschaft zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten am häufigsten gestellt werden: „Wie viele Geflüchtete sind traumatisiert?“ (*Kapitel 1 auf Seite 9*), „Welche Belastungsfaktoren gibt es nach der Flucht?“ (*Kapitel 2 auf Seite 15*), „Welche Rechte auf Gesundheitsversorgung hat man mit welchem Aufenthaltsstatus?“ (*Kapitel 3 auf Seite 23*) und „Wie kann das Recht auf Gesundheitsversorgung durchgesetzt werden?“ (*Kapitel 4 auf Seite 27*).

Wir stellen die Entstehungsgeschichte, den Weiterentwicklungsprozess und das Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer vor (*Kapitel 5 auf Seite 29*), beschreiben, wer die Klient*innen der Psychosozialen Zentren sind (*Kapitel 6 auf Seite 41*) und in welchen Versorgungsangeboten sie von den multiprofessionellen Teams der PSZ unterstützt werden (*Kapitel 7 auf Seite 53 bis Kapitel 10 auf Seite 79*).

Erstmals haben hier auch Gastautor*innen die Gelegenheit genutzt, sich zu aktuellen Entwicklungen innerhalb der psychosozialen Versorgung zu äußern: Wir danken an dieser Stelle dem Team des PSZ Leipzig für die Aufarbeitung der Geschichte von Jamal B. (*auf Seite 36*), den Autor*innen Henriette Hermühlen und Marc Millies von Refugio Bremen für

ihre Studie zur Rolle der psychosozialen Beratung für die Teilhabe von Geflüchteten ([auf Seite 58](#)), unserer Kollegin Dr. Elisa Steinfurth für die Analyse der aktualisierten S3-Leitlinie zur Posttraumatischen Belastungsstörung ([auf Seite 67](#)) und Dr. Dima Zito aus dem PSZ Düsseldorf für das Interview zu den Folgen der Widerrufspraxis für die Gesundheit ihrer Klient*innen ([auf Seite 89](#)).

Dreh- und Angelpunkt der Analysen zur Versorgungssituation ist auch in dieser Auflage die Frage, inwieweit bedarfsgerechte Versorgungsangebote in- und außerhalb der Psychosozialen Zentren für psychisch belastete Geflüchtete verfügbar, zugänglich und tatsächlich erreichbar sind. Angesehen haben wir uns deshalb, wie sich die Klient*innen-Zahlen in den PSZ über die Jahre hinweg entwickelt haben ([Kapitel 11 auf Seite 85](#)) und wie die Kapazität der Psychosozialen Zentren sich in Relation zur Nachfrage Hilfe suchender Geflüchteter verhält. Anhaltspunkte dafür waren die Aufnahmepraxis der Psychosozialen Zentren für Neuaufnahmen sowie die damit verbundenen Wartezeiten und Ablehnungszahlen ([Kapitel 12 auf Seite 93](#)) sowie die Erreichbarkeit der Unterstützungsangebote ([Kapitel 13 auf Seite 103](#)). Wie zugänglich das Regelsystem der gesundheitlichen Versorgung für Geflüchtete ist, wird anschließend zum einen in der Analyse der Vermittlungssituation u. a. an niedergelassene Psychotherapeut*innen ([Kapitel 14 auf Seite 107](#)) und zum anderen hinsichtlich der Finanzierungsstrukturen für Leistungen der psychosozialen Versorgung ([Kapitel 15 auf Seite 117](#)) in den Blick genommen.

Im Ergebnis zeigen die Analysen des Berichts, dass das Netzwerk der Psychosozialen Zentren sich in den letzten Jahren stetig vergrößert hat: Die Anzahl der jährlich durch die PSZ versorgten Klient*innen ist inzwischen auf über 22.700 Klient*innen bundesweit gestiegen. Vielerorts sind auch die Kooperationen mit der Regelversorgung enger und stabiler geworden. Quantitativ stagniert die Anzahl der Vermittlungen ins Gesundheitssystem jedoch in den meisten Regionen auf sehr niedrigem Niveau. Auch die enormen Wartezeiten auf einen Platz in den Psychosozialen Zentren und die unverhältnismäßig hohen Ablehnungsquoten für Therapieanträge weisen darauf hin, dass strukturell unverändert hoher Handlungsbedarf besteht. In diesem Sinne versteht sich der vorliegende Bericht als Analyse der Versorgungssituation, wie sie sich aktuell in den Netzwerken der Psychosozialen Zentren darstellt und zugleich als Aufruf, die gesundheits- und asylpolitischen Strukturen, die sie bedingen, in Richtung eines bedarfsgerechten, diskriminierungsfreien Zugangs zum Recht auf Gesundheit weiterzuentwickeln.

1. Wie viele Geflüchtete sind traumatisiert?

Rund drei Viertel der in Deutschland lebenden Schutzsuchenden haben unterschiedliche Formen von Gewalt erfahren und sind oft mehrfach traumatisiert (Schröder et al., 2018). International konnte eine Prävalenzrate von rund 30 % für Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) und depressive Erkrankungen bei Geflüchteten festgestellt werden (Steel et al., 2009).

1. Wie viele Geflüchtete sind traumatisiert?

Die Frage nach der Zahl der traumatisierten Geflüchteten in Deutschland ist eine der häufigsten Fragen an Akteur*innen der psychosozialen Versorgung für Geflüchtete. Ihre Beantwortung ist nicht einfach. Denn die Angaben zu Prävalenzen von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten variieren deutlich in Abhängigkeit z. B. von der untersuchten Gruppe oder auch von den eingesetzten Erhebungsinstrumenten.

Um Aussagen darüber treffen zu können, wie viele Menschen von einer Krankheit betroffen sind, werden Prävalenzstudien durchgeführt. In den Studien zu Prävalenzen und damit zur Epidemiologie, d. h. zur Verbreitung von Krankheiten bei geflüchteten Personen, steht außerdem im Mittelpunkt, ob und wenn ja für wen das Risiko zu erkranken eher ab- oder eher zunimmt und welche Faktoren es beeinflussen.

Es gibt nach wie vor nur wenige (repräsentative) Zahlen zu Prävalenzen von Traumafolgestörungen bei der zur Zeit in Deutschland lebenden Gruppe von Menschen mit Fluchterfahrung (Razum, Bunte, et al., 2016). In den vergangenen fünf Jahren hat das Interesse an der Forschung zum Thema Flucht-migration deutlich zugenommen und es wurden mehrere nationale Studien publiziert, die Prävalenzen bei geflüchteten Menschen untersuchen¹. Im Folgenden soll auf aktuelle Studienergebnisse

eingegangen werden, die ähnlich hohe Prävalenzen zeigen wie internationale Studien (Lindert et al., 2018; Steel et al., 2017):

Bei einer Studie in einer Erstaufnahmeeinrichtung in Leipzig mit 570 Personen zeigten 247 Personen (48,7 %) ein positives Ergebnis beim Screening für mindestens eine der erfassten psychischen Erkrankungen. So wurden bei 31 % der Befragten Symptome einer somatoformen Störung, bei 22 % einer depressiven Erkrankung und bei 35 % einer PTBS festgestellt (Nesterko et al., 2019).

In einer Querschnitterhebung in Gemeinschaftsunterkünften in Baden-Württemberg im Rahmen des Forschungsprojekts RESPOND² berichteten 19 % der Geflüchteten einen schlechten oder sehr schlechten Gesundheitszustand und 40 % chronische Erkrankungen. Etwa 45 % der Schutzsuchenden hatten ein positives Ergebnis in Screeningfragebögen zu Depression und Angst (Biddle, Menold, et al., 2019). Klient*innen Psychosozialer Zentren berichteten einen schlechteren Gesundheitszustand im Vergleich zu Schutzsuchenden in den Gemeinschaftsunterkünften (Biddle, Hintermeier, et al., 2019).

Neuere Auswertungen der Daten aus einer Längsschnittbefragung, die das Sozio-oekonomische Panel (SOEP), das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und das Forschungszent-

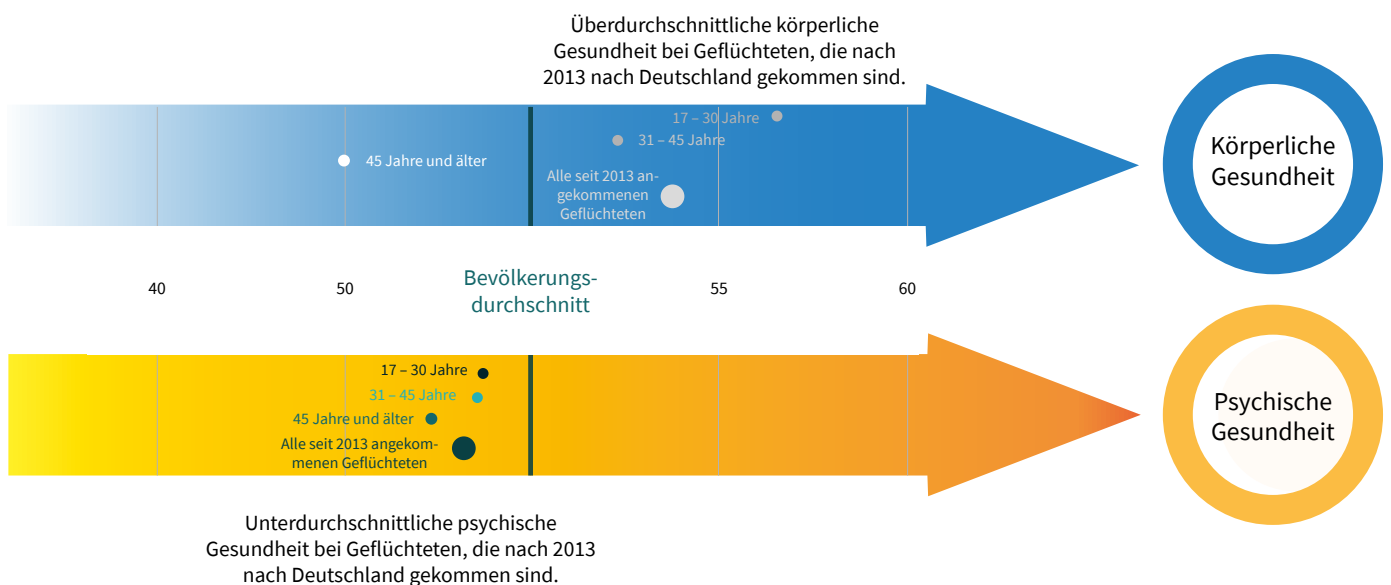


Abb. 1: Überdurchschnittliche körperliche und unterdurchschnittliche psychische Gesundheit bei seit 2013 angekommenen Geflüchteten (Quelle: SOEPv35, gewichtet, eigene Darstellung).

- 1 Ein kurzer Überblick über die Zahlen aus aktuellen Studien zu Prävalenzen von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten findet sich im 5. Versorgungsbericht (Seite 10ff.): http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/11/BAfF_Versorgungsbericht-5.pdf
- 2 Mehr Informationen zum Projekt RESPOND unter: <https://respond-study.org/>

rum des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF-FZ) gemeinsam durchführen³, zeigen, dass die körperliche Gesundheit der seit 2013 nach Deutschland geflüchteten Menschen über dem Durchschnittswert der deutschen Gesamtbevölkerung liegt. Die Autor*innen erklären dies durch die junge Altersstruktur (vgl. Abbildung 1). Die Werte zur psychischen Gesundheit liegen jedoch unter dem Bevölkerungsdurchschnitt: „Die psychische Gesundheit von Geflüchteten [...] steht in einem starken Kontrast zu ihrem körperlichen Wohlbefinden. Sie weisen ein signifikant niedrigeres psychisches Wohlbefinden als der Bevölkerungsdurchschnitt auf. Bei keiner der verglichenen Bevölkerungsgruppen ist die Divergenz zwischen dem körperlichen und psychischen Wohlbefinden derart stark ausgeprägt.“ Vergleichsweise besonders belastet sind Frauen und die Altersgruppe über 45 Jahre (Metzing et al., 2020).

Junge Geflüchtete und Traumafolgestörungen

Studien zur Prävalenz von psychischen Störungen bei geflüchteten Kindern und Jugendlichen zeigen ähnlich hohe Zahlen. Bei einer Untersuchung von minderjährigen Geflüchteten erfüllten 30 % die diagnostischen Kriterien einer PTBS und etwa 30 % zeigten Hinweise auf Angst- und Depressionssymptome (Müller et al., 2019).

Ein aktuelles Review schließt 47 Studien zur psychischen Gesundheit von jungen Geflüchteten ein und damit 24.789 junge Geflüchtete, die in 14 europäischen Ländern leben. Die Prävalenzraten variierten für die PTBS zwischen 19,0 und 52,7 % (MW 35,3 %), für Depressionen zwischen 10,3 und 32,8 % (MW 20,7 %), für Angststörungen zwischen 8,7 und 31,6 % (MW 15 %) und für emotionale und Verhaltensprobleme zwischen 19,8 und 35,0 % (MW 25,2 %) (Kien et al., 2018). Trotz der Heterogenität der ermittelten Prävalenzangaben zeigt sich, dass die PTBS, wie auch Depressionen und Angststörungen, eine äußerst relevante Krankheitsgröße darstellt.

3 Eine ausführliche Darstellung der Studie findet sich im 5. Versorgungsbericht (Seite 11 ff.): http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/11/BAfF_Versorgungsbericht-5.pdf



DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE:

- ▶ In 15 Psychosozialen Zentren wurden Klient*innen zu ihrem Gesundheitszustand befragt. Erste deskriptive Ergebnisse wurden nun in einem Zwischenbericht (Biddle, Hintermeier, et al., 2019) veröffentlicht.
- ▶ Im Vergleich zu Geflüchteten, die in Unterkünften befragt wurden, berichteten die Klient*innen der PSZ schwerere Erkrankungen. Viele von ihnen haben bisher auf eine (fach-)ärztliche Versorgung verzichtet, weil es sprachliche, finanzielle oder bürokratische Probleme gab. Es zeigten sich ungedeckte Bedarfe im Bereich der psychischen als auch der körperlichen Gesundheit.
- ▶ Klient*innen ohne elektronische Gesundheitskarte berichteten von einem schlechteren Gesundheitszustand als der Durchschnitt. Ebenso schien es Personen, die noch im Asylverfahren waren, körperlich und psychisch schlechter zu gehen als Personen mit sicherem Aufenthaltsstatus.

Im Rahmen des Forschungsprojekts RESPOND wurden Daten zum Gesundheitszustand von 268 Klient*innen aus 15 PSZ und deren Inanspruchnahme von Versorgungsangeboten innerhalb der vergangenen 12 Monate erhoben.

RESPOND⁴ ist ein Forschungsprojekt der Abteilung Allgemeinmedizin und Versorgungsforschung des Universitätsklinikums Heidelberg, mit dem die BAff seit 2016 kooperiert. Ziel des Projektes ist es, eine wissenschaftliche Grundlage zu schaffen, um Versorgungsstrukturen für Schutzsuchende nachhaltig effektiver, effizienter und bedarfsgerechter zu gestalten. In dem Projekt sollen sowohl regionale Versorgungsstrukturen als auch das deutsche Gesundheitssystem als Ganzes in den Blick genommen werden. Da die Psychosozialen Zentren einen wesentlichen Teil zur Versorgung von Geflüchteten beitragen, wurden neben Geflüchteten in Unterkünften auch Klient*innen der PSZ befragt.

Gesundheitszustand

Ein großer Teil der Klient*innen in den Psychosozialen Zentren berichtete von schweren Gesundheitsproblemen. 37 % (n = 43) der Befragten gaben an, dass ihre Gesundheit schlecht oder sehr schlecht sei. Zudem berichteten 64 % (n = 68) eine schon länger bestehende Krankheit und 38 % (n = 42) starke krankheitsbedingte Einschränkungen. 71 % (n = 70) überschritten den cut-off Wert⁵ von Fragebögen zum Vorliegen einer Depression (PHQ2) und 68 % (n = 68) einer Angststörung (GAD2).

Klient*innen, die keine elektronische Gesundheitskarte (eGK) hatten, d. h., auf die Ausgabe von Be-

handlungsscheinen angewiesen waren, gaben im Vergleich zum Durchschnittswert einen schlechteren allgemeinen Gesundheitszustand und einen höheren Anteil an Angst- und Depressionssymptomen an. Ebenso zeigten sich bei Klient*innen im Asylverfahren ein schlechterer Gesundheitszustand und höhere Angst- und Depressionswerte als bei Klient*innen mit sicherem Aufenthaltsstatus.

Vergleicht man die Ergebnisse zur Situation der Klient*innen in den PSZ mit Geflüchteten, die in Unterkünften befragt wurden, dann ergibt sich für die PSZ-Klient*innen ein schlechterer Gesundheitszustand als in der populationsbasierten Befragung (siehe Abbildung 2).

Inanspruchnahme

Innerhalb des Jahres 2018 suchten 66 % (n = 63) der befragten Klient*innen ein*e Allgemeinmediziner*in, 74 % (n = 70) eine*n Psycholog*in, Psychiater*in oder Psychotherapeut*in und 54 % (n = 46) Fachärzt*innen auf. 36 % (n = 39) gaben zudem an, sie seien in den letzten 12 Monaten in einer Notaufnahme versorgt worden. Verschreibungspflichtige Medikamente nahmen 69 % (n = 75) der Teilnehmenden ein.

Verzicht auf Versorgung

Um mögliche Barrieren im Zugang zu gesundheitlicher Versorgung zu erheben, wurden die Teilnehmenden nach Situationen gefragt, in denen sie nach eigener Einschätzung eine Untersuchung benötigt hätten, darauf aber freiwillig oder unfreiwillig ver-

4 Mehr Informationen zum Projekt unter: <http://www.baff-zentren.org/news/respond-einblicke-in-den-gesundheitszustand-von-psz-klientinnen/>.

5 Ein cut-off Wert ist eine Punktzahl, ab deren Überschreiten in einem Fragebogen vom Vorliegen einer Erkrankung ausgegangen wird.

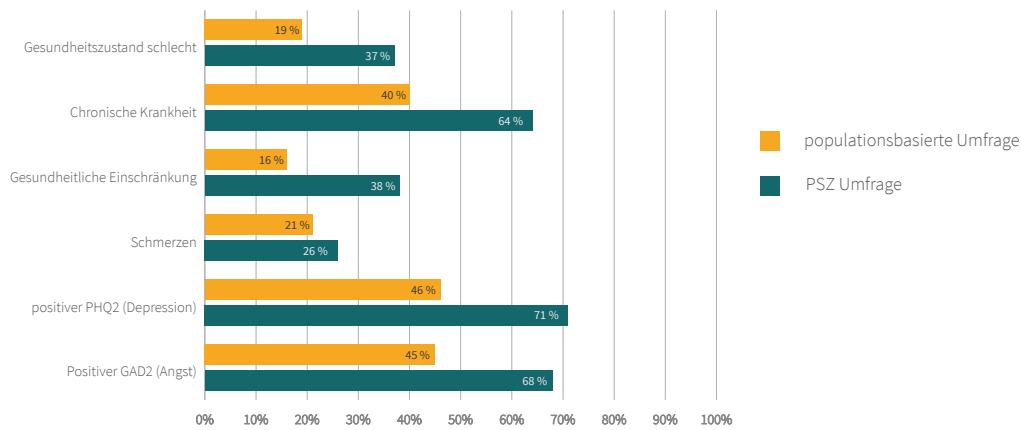


Abb. 2: Vergleich der Ergebnisse von Klient*innen in den PSZ mit denen von Geflüchteten, die in Unterkünften befragt wurden (Quelle: Biddle, Hintermeier, et al., 2019).

zichteten. 45 % (n = 47) der Klient*innen gaben an, auf allgemeinmedizinische Versorgung verzichtet zu haben, hauptsächlich aufgrund von sprachlichen Problemen. Einen Verzicht auf fachärztliche Versorgung berichteten 39 % (n = 41). Als Gründe wurden auch hier Sprachprobleme, außerdem finanzielle Schwierigkeiten oder das Fehlen eines Krankenscheins genannt. 28 % (n = 28) der Klient*innen gaben an, im Jahr 2018 (d. h., möglicherweise vor ihrer Anbindung an das PSZ) auch auf psychotherapeutisch/psychiatrische Versorgung verzichtet zu haben. Die häufigste Begründung war das Fehlen eines Krankenscheins.

Gedeckter und ungedeckter Bedarf

Um möglicherweise ungedeckte Bedarfe in Bezug auf Behandlung zu ermitteln wurde der angegebene Gesundheitszustand mit der Inanspruchnahme entsprechender Versorgungsangebote verglichen (siehe Abbildung 3). So zeigte sich beispielsweise, dass 74 % der Klient*innen in den PSZ, die ein positives Ergebnis im Depressionsfragebogen erzielten, in den letzten 12 Monaten eine psychotherapeutische/psychiatrische Behandlung erhielten, während 13 % keine Versorgung erhielten. In dem Bereich bestand also eine Versorgungslücke von 13 %. Die verbliebenen 13 % machten keine Angaben zur Inanspruchnahme von therapeutischen Angeboten.

Es nahmen 66 % der im Angst-Fragebogen positiv getesteten Teilnehmer*innen psychologische oder psychiatrische Angebote in Anspruch. Hier bestand eine Versorgungslücke von 24 %. Im allgemeinmedizinischen Bereich ergaben sich bei den Befragten je nach Indikator Versorgungslücken von 7 – 17 %.

Zusammenfassung und Ausblick

Die hier dargestellte Befragung im Rahmen des Projektes RESPOND stellt den ersten Versuch dar, für Klient*innen der Psychosozialen Zentren Gesundheitsdaten anhand mehrsprachiger Selbstauskunftsforschungsbögen zu erheben. Das Ziel der Befragung war, gesundheitliche Bedarfe, bestehende Versorgungsmuster, sowie eventuelle Versorgungslücken zu ermitteln. Es stellte sich heraus, dass Klient*innen der PSZ im Vergleich zu Geflüchteten, die in Unterkünften befragt wurden, von schwereren gesundheitlichen Belastungen berichteten. Ein großer Teil der Klient*innen nahm verschiedene Angebote des Gesundheitssystems wahr. Es zeigten sich jedoch auch Versorgungslücken und ungedeckte Bedarfe, sowohl im Bereich der psychischen als auch der somatischen Gesundheit.

Weitere Informationen im vollständigen Bericht unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/10/Arbeitspapier_PSZ_RESPOND.pdf

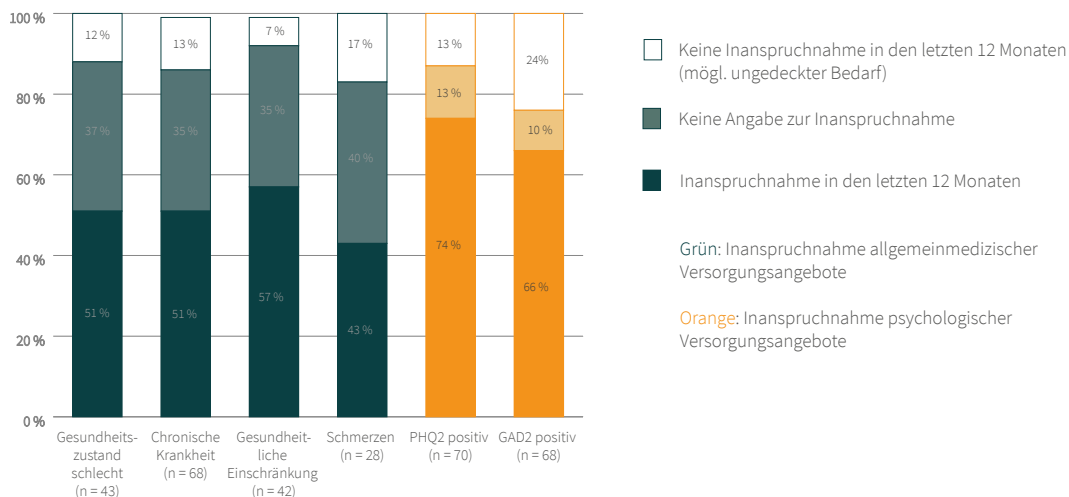


Abb. 3: Inanspruchnahme und potentiell ungedeckter Bedarf an gesundheitlicher Versorgung nach zu Grunde liegendem Gesundheitszustand. (Quelle: Biddle, Hintermeier, et al., 2019).



2. Welche Belastungsfaktoren gibt es nach der Flucht?

Es finden sich in fast allen Biografien von Geflüchteten zahlreiche Belastungsfaktoren, die die Vulnerabilität Geflüchteter erhöhen und ihre psychische Gesundheit beeinträchtigen können. Sie werden auch Postmigrationsstressoren genannt. Darunter fallen Faktoren auf strukturell-institutioneller und auf individueller Ebene. Besonders relevant sind z. B. ein unsicherer Aufenthalt, Diskriminierungserfahrungen im Alltag, bei der Berufswahl und Wohnungssuche, soziale Isolation und die Trennung von Familie und Freund*innen.

2. Welche Belastungsfaktoren gibt es nach der Flucht?

Der Einfluss von sozialen Determinanten auf die psychische Gesundheit wird im Kontext von Flucht und Migration in mehreren Studien beschrieben (Böttche et al., 2016; Hynie, 2018; Walther et al., 2019). Je mehr Belastungsfaktoren durch die Lebensbedingungen im Ankunftsland (auch: Postmigrationsstressoren) zusammenkommen, desto höher ist das Risiko, Symptome einer psychischen Erkrankung zu entwickeln (Bogic et al., 2015).

Postmigrationsstressoren bestehen für alle Geflüchtete, die in Deutschland ankommen. Menschen mit Traumafolgestörungen haben jedoch weniger Kapazitäten mit diesen zusätzlichen Stressoren umzugehen. Das gilt besonders, wenn sie unter Bedingungen leben, die sie auch nach der Ankunft in Deutschland nicht vor weiteren Gewalterfahrungen schützen. Die ständige Wachsamkeit, die es braucht, um möglichen „Triggern“ aus dem Weg zu gehen, ist anstrengend und Betroffene ziehen sich häufig zurück, um sich zu schützen.

Wenn jedoch genügend Ressourcen, Unterstützung und Möglichkeiten vorhanden sind, kann es auch schwer traumatisierten Personen mit der Zeit gelingen, neue Perspektiven und Ziele zu sehen, sich persönlich positiv zu entwickeln und am Ende „stärker und weiser“ zu sein (Hantke et al., 2012), was auch als Posttraumatisches Wachstum beschrieben wird (Tedeschi & Calhoun, 2004). Es ist möglich diese Entwicklung zu unterstützen, indem die (noch) vorhandenen Ressourcen der Betroffenen gefördert werden. Zu einer sinnvollen Unterstützung gehören auch angemessene Lebens- und Versorgungsbedingungen sowie die gesellschaftliche Anerkennung von Trauma und Gewalt (Stauffer, 2015).

Im Folgenden werden einige der häufigsten Belastungsfaktoren herausgegriffen und in ihrem Einfluss auf die psychische Gesundheit von Geflüchteten beschrieben.

strukturell-institutionelle Belastungen	individuelle Belastungen	besondere Belastungen für psychisch belastete Geflüchtete
unsicherer Aufenthalt	Fluchtgeschichte	traumatisches Erleben
drohende Abschiebung	Schuldgefühle	sich aufdrängende Erinnerungen an traumatische Erlebnisse
inadäquate Unterbringung (z. B. in Massenunterkünften)	Identitätsdiffusion	anhaltendes Gefühl von Kontrollverlust
soziale Isolation	Leistungsdruck	permanente Anspannung & erhöhte Wachsamkeit
Trennung/Verlust von Freund*innen und Familie, Probleme beim Familiennachzug	Erwartungen/Aufträge der Familie	Konzentrationsschwierigkeiten
Bildungsabbrüche	Sorgen um die Familie	Schlafstörungen
Probleme bei der Arbeitssuche	Zukunftsängste	sozialer Rückzug
Finanzielle Unsicherheit	Sprachprobleme	Schwierigkeiten, Vertrauen aufzubauen und neue Beziehungen zu knüpfen
Diskriminierungserfahrungen		Scham- und Schuldgefühle
Barrieren im Zugang zur Gesundheitsversorgung		Warten auf adäquate Behandlung

Abb. 4: Belastungsfaktoren nach der Flucht.

Wohnsituation

In Sammelunterkünften kommen meist alle aus der Forschung bekannten Risikofaktoren zusammen: Ruhestörungen und Bedrohungssituationen, fehlende Rückzugsräume, die isolierte Lage der Unterkunft, der fehlende Zugang zu Arbeit, Schule und zur Gesundheitsversorgung (Baron et al., 2020; Deutsches Institut für Menschenrechte, 2017; González Méndez de Vigo et al., 2020; Hess et al., 2018). Geflüchtete, die in Sammelunterkünften untergebracht werden, leiden häufiger unter psychischen Erkrankungen (Porter & Haslam, 2005), zeigen ein höheres Belastungsniveau und eine geringere Lebenszufriedenheit (Walther et al., 2019) als Personengruppen, die dauerhaft in privaten Wohnungen leben.

„Das Leben in der Unterkunft, das Leben eines Asylsuchenden im Heim ist ein Dasein, bei dem ein Unbekannter vor langer Zeit die Pausentaste gedrückt hat.“

Takou Ndie, 2018, S. 12⁶

Für viele Geflüchtete schreiben sich diese Belastungserfahrungen in Camps und Massenunterkünften über viele Jahre und von Station zu Station fort. Die fehlende Kontrolle über das aktuelle und zukünftige Leben und die Passivität des Lebens in Lagern verstärkt häufig Gefühle von Sinnlosigkeit und Ohnmacht (Bjertrup et al., 2018). Insbesondere Familien schildern in Befragungen oft eindrücklich, wie sehr sie darunter leiden, dass es für ihre Kinder keine sicheren Rückzugsräume, keine Orte der Ruhe zum Lernen oder zum Spielen gebe (Baron et al., 2020).

„Niemand kann hier gut schlafen, es ist immer laut nachts, überall redet jemand oder läuft herum oder Kinder schreien die ganze Nacht.“

Mutter von 3 Kindern aus Afghanistan

Angst und bedrohliche Situationen gehören in großen Massenunterkünften meist zum Alltag und auch Eltern sind häufig nur begrenzt in der Lage, ihre Kinder vor diesen Situationen zu schützen. Nächtliche Ruhestörungen durch Zimmerkontrollen, Razzien und Abschiebungen stören häufig nicht nur den Schlaf, sondern signalisieren Bewohner*innen und ihren Kindern oft, dass sie sich weiterhin in einer Bedrohungssituation befinden.

„Die Hausordnung sieht regelmäßige (nächtliche) Zimmerkontrollen durch den Sozialdienst zusammen mit der Security vor. Auch Kinder wachen dadurch natürlich auf und haben Angst – vor allem, wenn auch ihre Eltern ihnen nicht erklären können, was gerade passiert.“

Berater in der Flüchtlingssozialarbeit

Häufig verstärken sich durch die schlechten Bedingungen in Massenunterkünften Symptome wie Schlafstörungen, Angst und Übererregung. Doch auch für Menschen, die zuvor nicht unter psychischen Beschwerden gelitten haben, kann die Unterbringungssituation so belastend sein, dass sie zum Auslöser für Symptome einer psychischen Erkrankung wird (Baron et al., 2020; Refugio München, 2019).

Mehr Informationen:

Die BAfF e. V. hat eine Recherche zu Belastungsfaktoren durch die Form der Unterbringung in Sammelunterkünften für junge Geflüchtete „Living in a box. Psychosozialen Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder“ durchgeführt. Diese findet sich unter: http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/05/BAfF_Living-in-a-box_Kinder-in-Ankerzentren.pdf

Prozess des Asylverfahrens

Ein weiterer großer Einflussfaktor auf die psychische Gesundheit ist die Unsicherheit und die Zeit des Wartens während des Asylverfahrens (Kleinert et al., 2019; Laban et al., 2004). Eine befristete Aufenthaltsgenehmigung ist signifikant mit einer höheren Belastung bzw. Wahrscheinlichkeit für PTBS, Depressionen und Angststörungen assoziiert (Mormartin et al., 2006; Steel et al., 2011).

„Auch ich lebe jeden Tag mit der Angst, verharre in Erwartung, wie der Beamte entscheidet, der meine Akte herausgreifen und bearbeiten wird. Nichts ist sicher, alles befindet sich in der Schwebe, läuft in Zeitlupe ab, alles kann passieren.“

Takou Ndie, 2018, S. 12

6 Im Bericht werden einige Passagen aus dem Buch „Die Suchenden“ von Rodrigue Péguy Takou Ndie (S. Unrast Verlag, 2018) zitiert. „Die Suchenden“ ist ein „schonungsloser Roman gegenüber zerstörten Herkunftsgesellschaften, brutalen Verhältnissen in Nordafrika und Europa, Profiteuren und Ignoranten – schonungslos aber auch gegen den Suchenden selbst. Die scharfe Analyse der traumatisierenden Auswirkungen von Neokolonialismus, europäischem Grenzregime, deutschem Asylsystem und alltäglichem Rassismus“ zeigt viele Überschneidungen mit den Geschichten, die Klient*innen in den Psychosozialen Zentren erzählen.

Eine neuere Studie (Winkler et al., 2019) zeigt, dass nicht nur die psychische Symptombelastung selbst signifikant mit der rechtlichen Aufenthaltssituation zusammenhängt. Besonders belastete Personen nahmen auch ihre Rechte im Asylverfahren, integrationsfördernde Maßnahmen und Hilfsangebote weniger häufig wahr. So befanden sich in dieser Untersuchung z. B. lediglich 11,6 % der Asylsuchenden mit krankheitswertiger psychischer Symptomatik in psychiatrischer Behandlung.

Nicht nur die Unsicherheit und das lange Warten auf die Anhörung oder den Bescheid, auch der Termin der Anhörung beim BAMF ist einer der Postmigrati-

onsstressoren für Geflüchtete (Schock et al., 2015). Vor allem für traumatisierte Asylbewerber*innen ist diese Situation hoch belastend, da sie hier – vielleicht zum ersten Mal – über ihre Erlebnisse sprechen (sollen), was Formen des Wiedererlebens (wie Flashbacks, Intrusionen oder Alpträume) nach sich ziehen und die Symptome verstärken kann (Schock et al., 2015; Steel et al., 2011). Oft werden psychische oder körperliche Einschränkungen oder Gewalterfahrungen (z. B. Betroffenheit von Menschenhandel, Folter oder sexuelle Orientierung) auch aus Angst vor aufenthaltsrechtlichen Nachteilen nicht geäußert (Czelinkski et al., 2017; Ottersbach & Wiedemann, 2017; Schouler-Ocak & Kurmeyer, 2017).

Soziale Isolation

Soziale Unterstützung ist ein wichtiger Schutzfaktor gegen die Entwicklung bzw. die Zuspitzung psychischer Erkrankungen (Flatten et al., 2011; A. Maercker et al., 2017). In einer Befragung, die das Sozio-oekonomische Panel (SOEP), das Institut für Arbeitsmarkt- und Berufsforschung (IAB) und das Forschungszentrum des Bundesamtes für Migration und Flüchtlinge (BAMF-FZ) gemeinsam durchgeführt haben, zeigte sich, dass lediglich 39 % der Schutzsuchenden in Deutschland am selben Ort wie ihre Kernfamilie leben. Bei 12 % der Befragten lebt die gesamte Familie im Ausland, 26 % haben eine*n Ehepartner*in im Ausland, und 23 % mindestens ein minderjähriges Kind (Löbel, 2020). Somit ist bei einer Vielzahl der ankommenden Personen das soziale Netzwerk nicht vor Ort, was sich negativ auf den Gesundheitszustand von Schutzsuchenden auswirken kann (Georgiadou et al., 2020; Löbel, 2020; Miller et al., 2017). Falls Freund*innen und Familie weiterhin im Herkunftsland oder auf der Flucht sind, werden Krieg, Verfolgung und weitere Menschenrechtsverletzungen auch weiterhin miterlebt.

Neben Familie und Freund*innen kann sich auch die Unterstützung durch Ehrenamtliche und der Aufbau von Netzwerken im Ankunftsland positiv auf die psychische Gesundheit auswirken. Berichte aus der Praxis als auch Studien zeigen jedoch den Rückgang in der ehrenamtlichen Unterstützung von Geflüchteten in den vergangenen Jahren: Während 2015 noch mehr als die Hälfte der deutschen Bevölkerung Geflüchtete ehrenamtlich unterstützt hat, sind es 2017 nur noch 19 Prozent (Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend, 2017). Auch die Art der ehrenamtlichen Unterstützung für Geflüchtete hat sich mit der Zeit verändert. Im Sommer 2015 und in den darauffolgenden Monaten musste man sich zunächst vor allem um die grundlegende Versorgung kümmern. Der Bedarf hat sich seitdem geändert, es geht nun vielmehr um Unterstützung bei Asyl- und Klageverfahren und bei der Beschaffung von Arbeit und Wohnung.

Besondere Relevanz erhält soziale Anbindung für diejenigen Geflüchteten, die isoliert und fernab von der gesellschaftlichen Infrastruktur in Massenerkennung leben. Oft sind Bewohner*innen stark durch die Einsamkeit und Trostlosigkeit ihrer Umgebung belastet und haben kaum Zugang zu Beratungs- und Freizeitangeboten.

Der Dokumentarfilm „The war on my phone“ zeigt mit persönlichen Berichten von vier Personen die Ängste und Sorgen derer, die aus der Ferne den Krieg mitverfolgen, hin- und hergerissen sind zwischen Syrien und Europa: <https://www.youtube.com/watch?v=49rBvU9vjvY>

„Die Frauen vereinsamen da total. Und wenn die dann auch noch pubertierende Kinder haben... Jüngere Kinder können sich die Zeit beim Fußballspielen vertreiben. Dafür gibt es ja viel Platz.“

Psychotherapeutin über die Wohnsituation ihrer Klient*innen

Diskriminierungserfahrungen

„Wir sehen Rostock und unsere Herzen werden uns schwer aus Angst um unsere eigene Sicherheit, aus Angst um die Sicherheit unserer afrodeutschen Geschwister, von Juden und Ausländern und allen anderen, die Weiße, reaktionäre Deutsche womöglich für inakzeptabel halten.“

Audre Lorde und Gloria Joseph an Bundeskanzler Helmut Kohl, 1992

Ob Rostock in den 1990er Jahren, die Morde des Nationalsozialistischen Untergrund (NSU), die Anschläge in Halle und Hanau in der jüngeren Vergangenheit – der Rassismus und Rechtsradikalismus in Deutschland zeigt sich immer wieder in Form von brutalsten Gewalttaten gegen Geflüchtete und andere von Rassismus und Antisemitismus betroffene Menschen. Der strukturelle Rassismus in europäischen und deutschen Institutionen, der häufige Alltagsrassismus und eine spezifische Feindlichkeit gegenüber Geflüchteten begleiten Menschen mit Fluchterfahrung ständig.

„Meine Interpretation ist, dass es manchmal Menschen gibt, die Rechte haben, aber andere, die ihnen diese Rechte verweigern. Und das könnte Rassismus sein.“

Klient der Psychosozialen Zentren

Die Hoffnung auf ein Leben in Sicherheit wird unter diesen Umständen schnell erschüttert. Geflüchtete machen komplizierte Erfahrungen in Deutschland, denn der Diskriminierung steht ein teilweise sehr aktives Hilfesystem gegenüber oder sie findet sogar in den Hilfesystemen statt. Diese gewaltvollen und teilweise widersprüchlichen Erfahrungen in einer ohnehin vulnerablen Situation wirken sich negativ auf die psychische Gesundheit aus (Bryant-Davis & Ocampo, 2016; Carter, 2007; Szaflarski & Bauldry, 2019).

„Eigentlich wollte ich nicht so gerne zu einem männlichen Gynäkologen, weil ich ja Muslima bin, aber ich bin dann zweimal hingegangen, weil ich Schmerzen hatte und da hat seine Krankenschwester angefangen mich zu befragen: „Warum sind Sie überhaupt hierhergekommen? Ihr glaubt wohl, ihr hättet Probleme, aber wir haben auch Probleme.“ Und das war für mich als Asylbewerberin, das hat mich sehr befangen gemacht. Ja, also ich habe mich da erniedrigt gefühlt. Ich habe mich gefühlt wie jemand, der auf Kosten anderer lebt. Weil ich ja auch immer gearbeitet hatte und nie Unterstützung bekommen habe.“

Klientin der Psychosozialen Zentren



Die gesellschaftlichen Ausschlüsse und Belastungen werden in der Regel noch größer, wenn Menschen von Mehrfachdiskriminierung betroffen sind. Wenn eine Person also zusätzlich zu der Fluchterfahrung von einer oder mehreren weiteren Diskriminierungsformen (z. B. Islamfeindlichkeit, Antisemitismus, Ableismus – gegen Menschen mit Behinderung – Feindlichkeit gegen Frauen und LSBTIQ, usw.) betroffen ist, addieren sich diese Erfahrungen nicht einfach, sondern ergeben eine eigene, spezifische Form der Diskriminierung. Diese intersektionalen Effekte bedürfen einer besonderen Beachtung in der Analyse und Verbesserung der Versorgungssituation (vgl. z. B. Amirpur, 2020; Constantine, 2002; Keskinilic, 2018).

Geschützte Räume des Empowerments und der Selbstorganisation können es Betroffenen untereinander möglich machen, die eigene eventuelle Sprachlosigkeit zu überwinden, Erfahrungen sowie Widerstandsgeschichte und -zukunft, Wut und Trauer zu teilen und die eigene Geschichte als Mehrheitserfahrung zu erleben (Benbrahim, 2017; Flory et al., 2020).

Die mehrheitlich weißen Hilfesysteme können sich nicht nur der Diskriminierungserfahrungen annehmen und individuell als auch auf politischer Ebene solidarisch agieren, sondern auch den Rassismus im eigenen Denken und den jeweiligen Strukturen benennen, reflektieren und abbauen (Teigler & Krebs, 2020).

„WIR MÜSSEN REDEN“

Rassismus thematisieren in mehrheitlich weißen Hilfesystemen im Kontext Flucht

Wie beeinflusst der gesellschaftliche und politische Rechtsruck die Arbeit der psychosozialen Zentren? Welche rassistischen, strukturellen Bedingungen führen zu psychischen Belastungen der Klient*innen? Wie arbeitet das PSZ daran, diese Strukturen zu verändern? Wird in Therapie und Beratung ermöglicht, über Rassismus zu sprechen – wenn ja, wie? Wie thematisieren Mitarbeitende ihre eigene Positionierung? Welche antirassistischen Prozesse und Maßnahmen werden im Team und auf Organisationsebene gelebt und angestrebt?

Diese und andere Fragen haben wir Mitarbeitenden und Klient*innen der PSZ gestellt und ihre Antworten für eine Publikation aufbereitet. Es sollen damit Dialoge angestoßen werden, welche nicht nur den um uns wütenden Rechtsruck und seine Konsequenzen thematisieren, sondern auch die Verantwortung und die blinden Flecken eines mehrheitlich weißen Hilfesystems in den Blick nehmen – über die Strukturen der PSZ hinausgehend.

Mehr Informationen unter <http://www.baff-zentren.org/news/wir-muessen-reden/>

Eingeschränkter Zugang zum Gesundheitssystem

Ein weiterer Belastungsfaktor ist der eingeschränkte Zugang Geflüchteter zu gesundheitlichen Leistungen in Deutschland. Im Vergleich zu Daten der deutschen Bevölkerung berichten Schutzsuchende einen schlechteren Gesundheitszustand, aber gleichzeitig eine niedrigere Inanspruchnahme des Gesundheitssystems (Biddle et al., 2019). Eine Auswahl der in Studien (Baron, 2013; Bozorgmehr et al., 2015; Gewalt et al., 2011; Göppfarth & Bauhoff, 2017; Jankovic et al., 2011; Razum, Saß, et al., 2016; Schneider et al., 2015; Schröder et al., 2018) benannten Hindernisse beim Zugang zu bedarfsge-rechten Versorgungsangeboten sind:

- Sprach- und Kommunikationsbarrieren
- verzögerte oder fehlende Kostenübernahmen für Sprachmittlung
- Diskriminierung, bürokratische Hürden und erhöhte Kosten durch die Praxis der Krankenscheine in vielen Bundesländern
- Diskriminierungserfahrungen in der Regelversorgung
- geringe Bereitschaft von Ärzt*innen der Regelversorgung sich mit Abrechnungsmodalitäten auseinander zu setzen
- geringe Vernetzung von Ärzt*innen und z. B. Beratungsstellen und Rechtsanwält*innen
- eingeschränkte Versorgungskapazitäten & lange Wartezeiten
- Unterbrechung diagnostischer und therapeutischer Prozesse durch (asylrechtlich bedingte) Neuzuweisungen und Wohnortwechsel
- eingeschränkte Erreichbarkeit durch die strukturelle Kontrolle der Autonomie in Unterkünften, die isolierte Wohnsituation sowie verzögerte oder fehlende Kostenübernahmen für Fahrtkosten
- Informations- und Wissensdefizite über eigene Ansprüche und das deutsche Gesundheitssystem

Diese Hindernisse haben deutliche Auswirkungen sowohl auf die Gesundheit der Betroffenen als auch auf die Frage, inwieweit sie eine Behandlung in Anspruch nehmen (können). So konnte eine Studie in Baden-Württemberg zeigen, dass ca. 30 % der Bedarfe an allgemeinmedizinischer und fachärztlicher Versorgung von Geflüchteten in Gemeinschaftsunterkünften nicht durch das Gesundheitssystem abgedeckt werden (Biddle, Menold, et al., 2019). Dies deckt sich mit den Daten, die das wissenschaftliche Institut der AOK zur Gesundheit erhoben hat (Schröder et al., 2018): 27 % der chronisch erkrankten Geflüchteten, die das Institut befragt hat, gaben an, dass sie in den letzten sechs Monaten bei Ärzt*innen waren, aber nicht behandelt wurden. Der Zugangsweg wird von Betroffenen als hürdenreich und entmündigend wahrgenommen. Betroffene resignieren zunehmend, wenn ihr Bemühen wiederholt ins Leere läuft (Spura et al., 2017). Es kommt darüber hinaus zu Fehldiagnosen bzw. Fehlmedikation durch fehlende Sprachmittlung (Schouler-Ocak & Kurmeyer, 2017), zu vermehrten Krankenhausbehandlungen (Göppfarth & Bauhoff, 2017) und zu Chronifizierungen von Erkrankungen durch Nicht-Erkennen oder Nicht-Behandlung der Krankheit (Bundespsychotherapeutenkammer, 2015). Diese problematischen Konsequenzen und die entsprechenden Folgekosten wären vermeidbar, wenn psychosoziale Beschwerden bei Geflüchteten frühzeitig identifiziert würden (Biddle, Menold, et al., 2019).

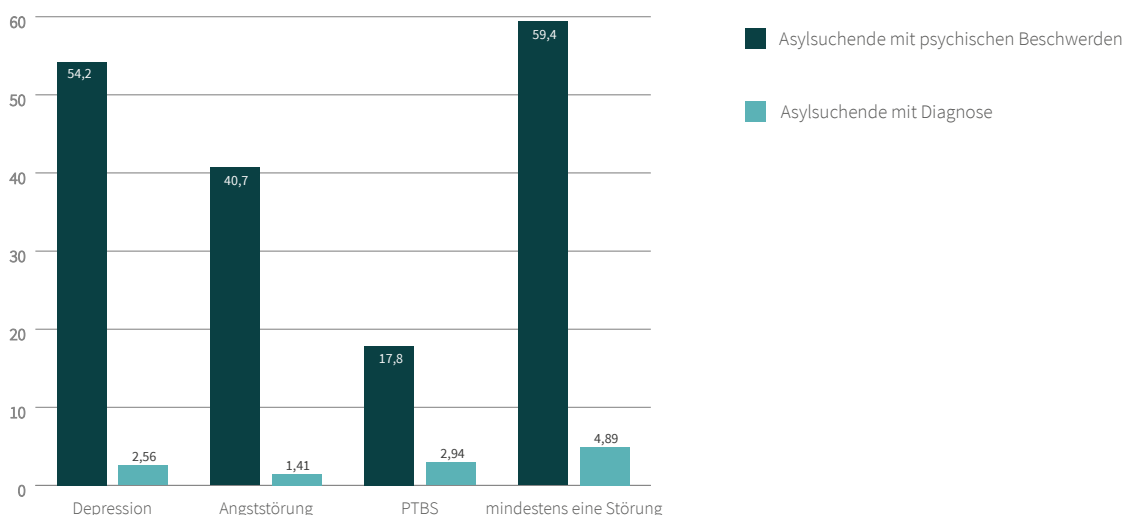


Abb. 5: Vergleich zwischen Asylsuchenden mit psychischen Beschwerden und Asylsuchenden mit Diagnose. (Quelle: Führer et al., 2019)

In der Realität werden Hinweise auf psychische Erkrankungen jedoch vielerorts nicht systematisch erfasst und die Betroffenen erhalten oft weder eine Diagnose noch eine entsprechende Behandlung (vom Felde et al., 2020). Eine Studie aus Sachsen-Anhalt hat geprüft, wie hoch in einer Zufallsstichprobe der Anteil der Geflüchteten ist, die Symptome einer psychischen Erkrankung zeigen und diese Ergebnisse mit Daten zum Anteil der Geflüchteten in Verbindung gesetzt, die letztlich eine Diagnose bzw. eine Behandlung bekommen. In der Zufallsstichprobe zeigten 54 % der Personen Symptome einer Depression, 41 % Symptome einer Angststörung und 18 % Symptome einer PTBS. Im Vergleich mit den

Ergebnissen einer Sekundäranalyse von Daten der lokalen Sozialämter wurde hier eine große Lücke deutlich: Nur 2,6 % der Asylsuchenden aus dem Datensatz der Sozialämter bekam die Diagnose einer Depression, bei 1,4 % wurde eine Angststörung diagnostiziert und bei 2,9 % eine PTBS (siehe Abbildung 5). Weniger als ein Zehntel der potentiell symptombelasteten Asylsuchenden haben diesem Verhältnis zufolge die Chance, auch eine entsprechende Diagnose zu erhalten. Von den im Datensatz der Sozialämter diagnostizierten Personen erhielten letztlich etwa 45 % überhaupt keine Behandlung, 38 % wurden ausschließlich medikamentös behandelt. Nur 1 % aller Patient*innen befand sich in Psychotherapie (Führer et al., 2019).



3. Welche Rechte auf Gesundheitsversorgung hat man mit welchem Aufenthaltsstatus?

Der Zugang geflüchteter Menschen zu Gesundheitsleistungen ist der Konzeption nach in den ersten 18 Monaten eingeschränkt. Wer unter Krankheiten leidet, sollte sich jedoch nicht davon abschrecken lassen, dennoch Hilfe im Rahmen der Asylbewerberleistungen zu beantragen. Deutschland hat eine internationale Verpflichtung, schutzbedürftigen Personen zu helfen und muss für diese auch direkt nach ihrer Ankunft medizinische Hilfe zur Verfügung stellen.

Nach 18 Monaten haben Geflüchtete Anspruch auf das Leistungsspektrum ähnlich zu dem der gesetzlichen Krankenversicherung. Menschen mit einem Aufenthaltstitel haben Anspruch auf Leistungen der gesetzlichen Krankenkasse.

3. Welche Rechte auf Gesundheitsversorgung hat man mit welchem Aufenthaltsstatus?

Wer in Deutschland Asyl sucht, ist in den **ersten 18 Monaten** ihres*seines Aufenthaltes zunächst nicht krankenversichert. Die Gesundheitsversorgung erfolgt in dieser Zeit nach den §§4 und 6 des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG). Abhängig von den Regelungen in den einzelnen Bundesländern oder auch Kommunen erhalten die Betroffenen Personen

- einen Krankenschein, der für jede weitere Behandlung jeweils neu beantragt werden muss,
- einen Krankenschein, der drei Monate Gültigkeit besitzt
- oder eine elektronische Gesundheitskarte.

Nach §4 AsylbLG haben Asylsuchende in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthaltes der Konzeption nach nur einen eingeschränkten Anspruch auf Gesundheitsleistungen. Die gesetzliche Regelung spricht nur von „erforderlichen“ Behandlungen „akuter Erkrankungen und Schmerzzustände“. Es ist jedoch nicht abschließend geklärt, was darunter zu verstehen ist. Personen, die an gesundheitlichen Problemen leiden, sollten daher immer eine Beratung aufsuchen, um die Möglichkeiten einer Behandlung zu klären. Kostenträger ist in der Regel das zuständige Sozialamt.

Aufgrund des §6 AsylbLG können weitere Leistungen zur Sicherung des Lebensunterhaltes oder der Gesundheit für den Einzelfall beantragt werden. Die Gewährung dieser „Kann“-Leistungen liegt zwar im

Ermessen der zuständigen Behörde. Handelt es sich um Personen mit besonderen Bedürfnissen im Sinne der EU-Aufnahmerichtlinie (z. B. Opfer von Menschenhandel, Personen mit psychischen Störungen und Personen, die Folter, Vergewaltigung oder sonstige schwere Formen psychischer, physischer oder sexueller Gewalt erlitten haben) ist das Ermessen in der Regel aber reduziert und die nötige Gesundheitsleistung muss gewährt werden.

Nach 18 Monaten Aufenthalt besteht Anspruch auf das Leistungsspektrum ähnlich zu dem der Versicherten der gesetzlichen Krankenversicherung (GKV), über die auch die Abrechnung erfolgt. Diese ist dann nicht mehr über Krankenscheine, sondern über eine elektronische Gesundheitskarte möglich. Kostenträger ist aber nach wie vor das Sozialamt, eine tatsächliche Mitgliedschaft in einer Krankenversicherung besteht nicht. Sprachmittlungskosten können übernommen werden, müssen aber beantragt werden. Ob ein Anspruch besteht, hängt vom Einzelfall ab.

Menschen mit einem Aufenthaltstitel werden Mitglieder in der gesetzlichen Krankenversicherung, da in Deutschland Versicherungspflicht besteht. Sie haben damit auch Anspruch auf die Versorgungsleistungen der gesetzlichen Krankenkasse. Sprachmittlungskosten sind jedoch nicht vom Leistungsanspruch der GKV-Versicherten umfasst.

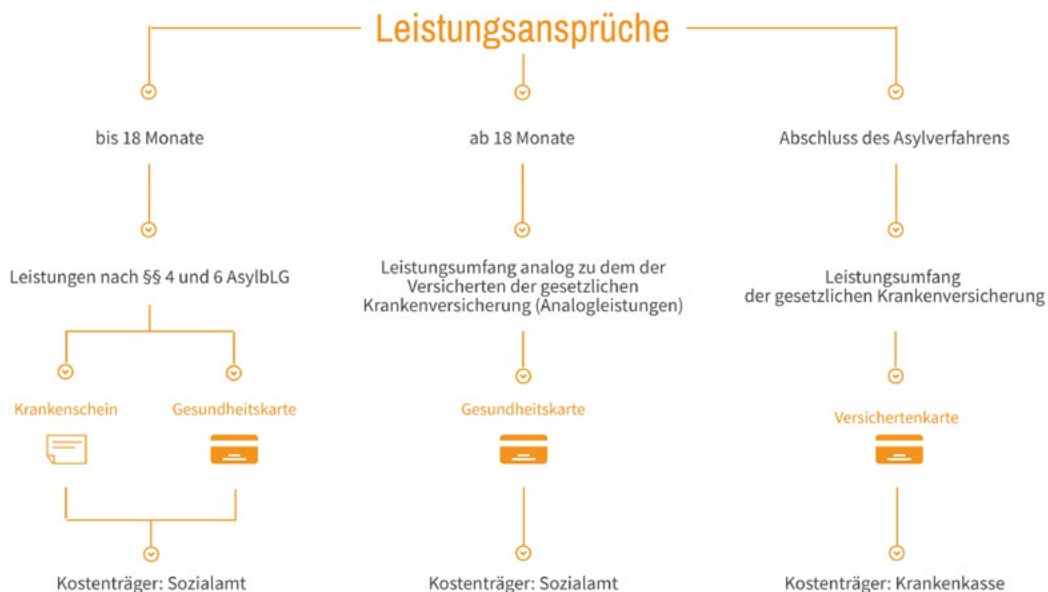


Abb. 6: Leistungsansprüche im Überblick.

Geflüchtete ohne legalen Aufenthaltsstatus sind weitgehend von der Gesundheitsversorgung durch Krankenkassen oder über das Sozialamt ausgeschlossen und somit auf ehrenamtliche oder karitative Hilfe angewiesen. In einzelnen Kommunen gibt es die Möglichkeit einen anonymen Krankenschein zu nutzen, damit trotz unregelmäßigem Aufenthalt nicht auf medizinische Hilfe verzichtet werden muss (weitere Infos hier: <http://gesundheit-gefluechtete.info/krankenschein/>).

Wenn Hilfebedarf besteht, sollte in jedem Fall die Beantragung von Hilfe versucht werden. Die zu-

ständigen staatlichen Stellen sind zur Beratung verpflichtet und müssen Anträge auch weiterleiten. Wenn es im Laufe der Beantragung zu Problemen kommt, sollte zeitnah Beratung aufgesucht werden.

Für Betroffene ist es wegen der unübersichtlichen Regelungen häufig schwierig, zu verstehen, ob sie einen Anspruch auf Behandlung haben oder nicht. Daher sollte in jedem Bedarfsfall Beratung aufgesucht werden, um die Situation zu klären und mögliche Hilfe auch zu erhalten.

VIDEO FÜR GEFLÜCHTETE:

DAS DEUTSCHE GESUNDHEITSSYSTEM

In Deutschland können sich alle Menschen unabhängig ihrer Herkunft kostenlos bei Ärzt*innen oder Therapeut*innen behandeln lassen. Mit welchen Erkrankungen sich Geflüchtete behandeln lassen können und welche Behörde dafür bezahlt, hängt vom Aufenthaltsstatus ab. Welche Erkrankungen behandelt werden und welche Behörde dafür bezahlt, hängt jedoch vom Aufenthaltstitel ab. Je nach Bundesland ist der Antrag auf Finanzierung einer Behandlung unterschiedlich geregelt. Die BAfF hat in einem Video für Geflüchtete erklärt, welche Rechte auf Gesundheitsversorgung es gibt und was man tun kann, um eine Psychotherapie bezahlt zu bekommen.

Der Erklärfilm hat Untertitel in Englisch, Französisch, Arabisch, Farsi und Russisch.

Das Video ist abrufbar unter: <http://www.baff-zentren.org/videos/>



(© BAfF e.V. / pudelskern.de)



4. Wie kann das Recht auf Gesundheitsversorgung durchgesetzt werden?

Wenn die Rechte auf Gesundheitsversorgung von der Behörde nicht berücksichtigt werden und Leistungen (z. B. Behandlungskosten) versagt werden, dann kann man sich dagegen mit rechtlichen Mitteln wehren, etwa mit Widerspruch, Klage oder in dringenden Fällen mit einem Eilantrag bei Gericht. Um dabei ausreichend Hilfe zu haben, sollte hier Beratung aufgesucht werden.

4. Wie kann das Recht auf Gesundheitsversorgung durchgesetzt werden?

Die Untätigkeitsklage

Eine Behörde muss auf einen Antrag antworten bzw. über ihn entscheiden. Dafür hat sie nicht unbegrenzt Zeit. Die Behörde muss „in angemessener Frist“ entscheiden. Tut die Behörde das nicht, kann vor Gericht geklagt werden. Die Klage wird dann wegen „Untätigkeit“ gemäß § 88 SGG geführt. Ziel der Klage ist nur, dass die Behörde tätig wird, das kann ablehnend oder bewilligend sein. Wenn es keinen wichtigen Grund für eine weitere Verzögerung gibt, kann nach 6 Monaten eine Klage eingereicht werden. (Hinweis: Zu viel Arbeit oder zu wenig Personal in der Behörde ist kein wichtiger Grund). Im Fall einer Entscheidung über einen Widerspruch muss die Behörde innerhalb von drei Monaten tätig werden. Manchmal hilft es bereits bei der Behörde deutlich zu machen, dass im Fall von Untätigkeit geklagt wird, um eine Entscheidung zu bekommen.

Der Widerspruch

Wenn die Behörde etwas entscheidet, muss sie darüber schriftlich informieren. Die Entscheidung heißt „Verwaltungsakt“, das Schreiben heißt „Bescheid“. In dem Moment, in dem Antragsteller*innen ein Bescheid zugeht (z. B. Ablehnung einer Behandlung), beginnt die Frist für einen möglichen Widerspruch gegen den Bescheid. Die Frist beträgt in der Regel einen Monat. Innerhalb dieser Zeit muss an die Behörde, die in der Rechtsbehelfsbelehrung genannt ist, schriftlich der Widerspruch gerichtet werden. Eine Widerspruchsbegründung ist sinnvoll, um der Behörde die Gründe für eine andere Entscheidung nahe zu bringen. Aber auch ohne Begründung muss der Bescheid vollumfänglich im Widerspruchsverfahren überprüft werden.

Es ergeht dann wieder ein Bescheid, der sogenannte Widerspruchsbescheid.

Das Klageverfahren

Wird auch im Widerspruchsbescheid die Entscheidung aufrechterhalten oder in einer Weise abgeholfen, die nicht gewollt ist, kann innerhalb eines Monats nach Zugang des Widerspruchbescheides die Klage erhoben werden. Für das Verfahren entstehen gemäß § 183 SGG in vielen sozialrechtlichen Streitigkeiten keine Gerichtskosten. Das gilt auch, wenn die Frage der Leistungsberechtigung im Streit steht. Wenn die Kläger*innen zudem zur Prozesskostenhilfe berechtigt sind, können auch die Kosten für Rechtsanwält*innen von der Staatskasse übernommen werden.

Ist die Widerspruchsfrist abgelaufen, kann nur noch ein „Antrag auf Überprüfung“ nach § 44 SGB X gestellt werden. Die Behörde muss sich dann noch einmal mit dem zu überprüfenden Bescheid(en) beschäftigen und entscheidet, ob diese rückwirkend geändert werden. Wenn es eine Differenz in der Auszahlung gibt, muss nachgezahlt werden. Die Überprüfung ist nicht bis weit in die Vergangenheit möglich, aber wenn der Überprüfungsantrag im Jahr 2020 gestellt wird, können zum Beispiel im Bereich existenzsichernder Leistungen Beträge rückwirkend bis maximal zum 1. Januar 2019 überprüft und nachgezahlt werden. Wenn die Behörde der Auffassung ist, dass Bescheide nicht abgeändert werden müssen, muss sie auch für diese Entscheidung einen Bescheid erlassen. Gegen diesen sind wiederum Widerspruch und Klage möglich (s.o.).

Der Eilantrag

Wenn es sich um existenzsichernde Leistungen handelt oder anderweitige Eile besteht (z. B. wegen Gesundheitsgefahr), sollte zusätzlich ein Antrag auf Erlass einer einstweiligen Anordnung (Eilantrag) gem. § 86b Abs. 2 Sozialgerichtsgesetz (SGG) beim Sozialgericht gestellt werden, weil sich Widerspruchs- und Klageverfahren eventuell zu lange hinziehen. Wenn das Gericht anerkennt, dass die Sache zum einen dringend ist und zum anderen voraussichtlich erfolgreich für die Betroffenen ausgehen wird, kann damit erreicht werden, dass bis zur Entscheidung im Widerspruchs- oder Klageverfahren vorläufig schon mal die (höheren) Leistungen gewährt werden müssen. Ob die Leistungen behalten werden dürfen, klärt sich dann im längeren Verfahren.

5. Was sind Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer?

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer sind Organisationen, die seit 40 Jahren niederschwellige (psycho)soziale, psychotherapeutische, rechtliche und weitere multiprofessionell organisierte Versorgungsangebote für Geflüchtete anbieten. Ihr Leistungsspektrum umfasst ein interdisziplinäres Angebot, das sich an den Bedarfen und der Lebenssituation ihrer Klient*innen orientiert und auf eine Verbesserung der Gesundheit auf allen Ebenen abzielt. Sie leisten Hilfe zur Selbsthilfe und tragen zur Selbstorganisation der Klient*innen bei. Über die direkte Klient*innenarbeit hinaus vernetzen die PSZ sich in den Versorgungs- und zivilgesellschaftlichen Strukturen ihrer Region, arbeiten in Gremien mit Politik und Verwaltung zusammen und informieren die Öffentlichkeit über die Erfahrungen und die Versorgungssituation ihrer Klient*innen.

5. Was sind Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer?

Die Entstehung der Psychosozialen Zentren

Die Gründung der Behandlungszentren für Folteropfer in den 1980er-Jahren

Viele Psychosoziale Zentren haben ihre Arbeit in einer Zeit aufgenommen, zu der es in ihren Regionen noch keinerlei Angebote und professionelle Erfahrungen in der Versorgung von Geflüchteten gab. Das erste Psychosoziale Zentrum in Deutschland entstand im Jahr 1979 in Frankfurt am Main. Die Einrichtung wurde von Chilen*innen gegründet, die vor Pinochet geflohen waren und der durch Folter und Flucht traumatisierten Community in Deutschland helfen wollten. Dafür gründeten sie zunächst Selbsthilfe- und Gesprächsgruppen für die ehemaligen Gefangenen, um in der Gruppe über die Erfahrungen zu sprechen, sie zu verstehen und gemeinsam damit umzugehen. Zugleich dokumentierten sie die Menschenrechtsverletzungen des Pinochet-Regimes und gingen damit an die Öffentlichkeit. Mitte der 1980er Jahre folgten 5 weitere Psychosoziale Zentren in Nürnberg, Köln, Düsseldorf, Berlin und Bremen. Zwischen 1990 und 2000, als die Flüchtlingszahlen durch die Kriege unter anderem auf den Gebieten des ehemaligen Jugoslawiens deutlich angestiegen waren, wuchs das Netzwerk der PSZ um weitere 10 Einrichtungen.

Phase I: Eröffnung der ersten PSZ als Behandlungszentren für Folteropfer

Viele Gründungsinitiativen bestanden zunächst vor allem aus Psychotherapeut*innen. Sie wollten ihre therapeutische Expertise nutzen, um Menschen, die Folter oder andere schwere Menschenrechtsverletzungen erlitten hatten, bei der Verarbeitung ihrer traumatischen Erlebnisse zu unterstützen. Die Behandlungszentren hatten von Anfang an regen Zulauf, in der Regel fragte bereits wenige Tage nach den Eröffnungen eine ganze Reihe Geflüchteter nach Hilfe.

„Aber die Menschen, die dann zu uns kamen, die haben uns nicht nach Psychotherapie gefragt. Sie haben uns in erster Linie darum gebeten, ihnen im Asylverfahren zu helfen, da man ihnen ihre Verfolgung nicht glaubte. Und wir standen dann da: Was machen wir mit dieser Anfrage? Und das Erste, was wir versucht haben, war dieses Anliegen mit unseren Vorstellungen von Therapie in Einklang zu bringen. Und es war nicht so einfach...“⁴⁷

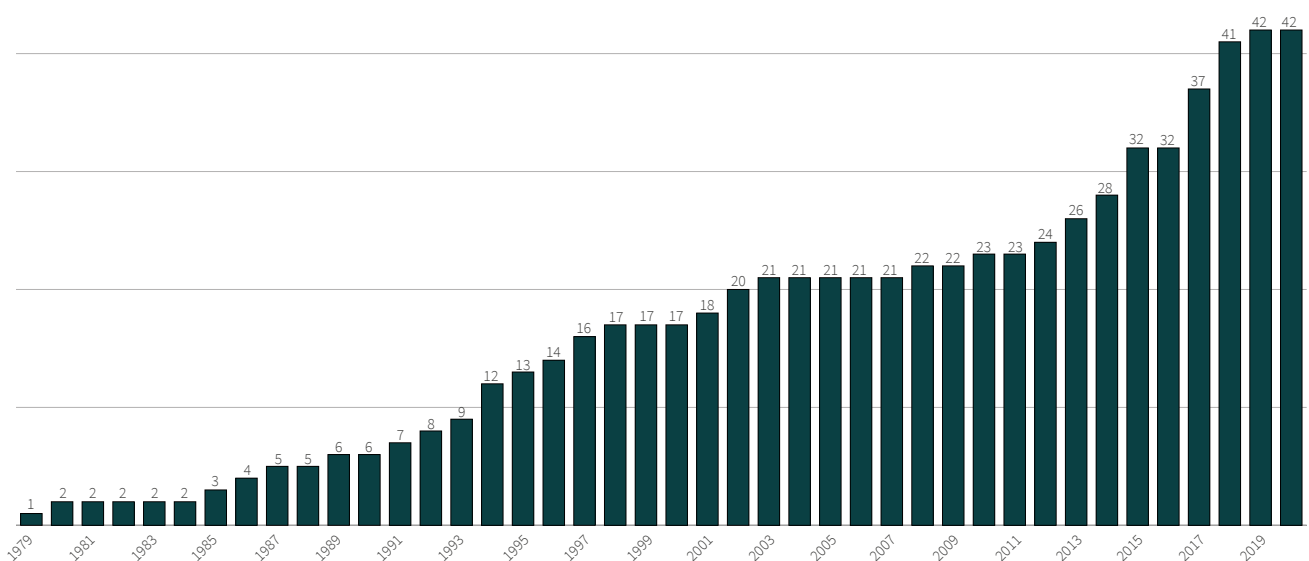


Abb. 7: Anzahl der Psychosozialen Zentren von 1979 bis 2020.

7 Die Interviewausschnitte zur historischen Entwicklung der Psychosozialen Zentren wurden im Original erstveröffentlicht in Teigler, L., & Koch, D. (2017). »Wir verstehen uns heute als eine Institution, die am Schnittpunkt von Gesundheit und Menschenrechten arbeitet«. *Familiendynamik*, 42(1), 64–68. Für diese Publikation wurden einzelne Passagen weiter geglättet.

Phase II: testimonies – Zeugnisse der Überlebenden & therapeutische Intervention

Einige Teams suchten daraufhin den Austausch mit Therapeut*innen und Psychiater*innen, die selbst viele Jahre in Chile verbracht und dort den Militärputsch miterlebt hatten. Als Teil der Opposition bereiteten sie sich darauf vor, dass sie selbst in Haft oder unter Folter kommen könnten. Sie besuchten Genoss*innen in Gefängnissen, befragten sie dazu, was mit ihnen geschehen war und zeichneten ihre Erlebnisse minutiös auf – in erster Linie, um Andere davor warnen zu können, was auf sie zu kommt, wenn sie selbst inhaftiert würden.

„Was sie dann aber gemerkt haben war, dass die Möglichkeit, in den Gefängnissen über das zu sprechen, was mit ihnen passiert ist, eine ungeheure kathartische Wirkung für die Folteropfer hatte. Insofern haben sie eine therapeutische Intervention entwickelt, ohne das intendiert zu haben. Eine Form der Trauma-Konfrontation, wenn man so will. Dieses Vorgehen haben sie Testimony-Methode genannt – abgeleitet von „Zeugenschaft“, weil sie Menschenrechtsverletzungen dokumentiert haben.“

Für die Pioniere der Psychosozialen Zentren war damit die Brücke gefunden, die sie brauchten, um ihre Klient*innen zu erreichen. Sie verband ihr professionelles Verständnis von Psychotherapie mit den Anliegen der Menschen, die im Asylverfahren ihre Verfolgungsgeschichte nicht glaubhaft machen konnten.

„Es war für uns die Gelegenheit, daraus eine Legierung zu machen – zu sagen wir haben Menschenrechte als ein gemeinsames Interesse. Wir wollen, dass Menschenrechtsverletzungen in der Welt dokumentiert werden. Und wenn wir das in Europa tun, mit Menschen die geflohen sind, dann ist das für diejenigen nutzbar als Verifizierung der eigenen Folter, als Weg sozusagen, die eigene Verfolgungsgeschichte glaubhaft zu machen. Und gleichzeitig konnten wir die Traumakonfrontation machen.“

Phase III: Vom Therapiezentrum zum Psychosozialen Zentrum

In der Behandlungspraxis wurde allerdings nach einiger Zeit deutlich, dass die therapeutische Arbeit trotz dieser konzeptionellen Weiterentwicklung in den meisten Fällen schnell an die Grenzen der Realität stößt.

„Wir haben gemerkt, dass die ganzen Komplikationen, die auf einen Flüchtling im Exil noch zukommen – der Abbruch des sozialen Netzes, alle möglichen Restriktionen gesetzlicher Art und sozialer Natur – eine ungeheure Last für den therapeutischen

Prozess sind. Also war für uns der zweite Schritt, nicht bei dieser engen psychotherapeutischen Linie zu bleiben, sondern das Konzept zu erweitern. Wir brauchten Sozialarbeiter im Team, die sich um diese anderen Fragen kümmern. Wir haben angefangen diese Lebensrealität, die sich permanent in das System Therapie einmischt, als Systemkraft zu identifizieren und dafür auch Lösungen zu entwickeln. Das wurde hauptsächlich über Informationsvermittlung gemacht, aber auch über konkrete Betreuungsangebote. Da die Sprache das Haupthindernis war, haben wir ganz pragmatisch mit den Klienten Behördengänge gemacht und sind auch vermittelnd eingetreten, wenn es zu Schwierigkeiten kam. Das Ziel war, die alltäglichen Probleme etwas aus dem Weg zu räumen, die sich, sonst zu einer chronischen Dauerbelastung auswirken. So sind wir von einem therapeutischen zu einem psychosozialen Zentrum geworden.“

Phase IV: Von der psychosozialen zur gesellschaftlichen Intervention

Damals wie heute wurden viele Klient*innen, die Hilfe in den Psychosozialen Zentren suchen, über lange Zeiträume misshandelt, waren andauernden Bedrohungssituationen durch Kriege ausgesetzt und sind mitunter mehrmals inhaftiert oder gefoltert worden. Kriegsverbrechen, Morde und sexuelle Gewalt gehörten für viele Geflüchtete zum Alltag. Für sie ist eine gesellschaftliche Atmosphäre zur Normalität geworden, in der nichts mehr sicher scheint: Es ist immer möglich, dass das nächste Bombardement das eigene Haus, die nächste Entführung die eigene Familie trifft. Das Grundgefühl von Sicherheit, das Vertrauen in die eigene Person und das Gefühl, selbst aktiv etwas dafür tun zu können, um einer bedrohlichen Situation zu entkommen, wird extrem erschüttert. Viele Überlebende schämen sich für ihre erniedrigenden Erfahrungen und kämpfen mit der Frage, welche Schuld sie selbst daran tragen. Zugleich sind die Gewalterfahrungen, die sie erlitten haben, unauflöslich mit komplexen gesellschaftlichen Machtverhältnissen verwoben.

Politische Unterdrückung und kriegerische Handlungen haben in den Herkunfts- und Transitländern Identitäten und mitunter ganze Gemeinschaften zerstört. In der therapeutischen Arbeit der Psychosozialen Zentren zeigt sich häufig, dass Menschen, die es geschafft haben, diesem Grauen zu entkommen, sich oft ein Leben lang dafür schuldig fühlen, dass sie selbst überlebt haben.

„Es gibt Phänomene innerhalb der Krankheitsgeschichte – hauptsächlich Schuld- oder Schamgefühle – die verhindern, dass soziale Unterstützung wirken kann. Wenn sich Menschen durch den Charakter ihrer traumatischen Erfahrung nicht mehr in Verbindung setzen können mit dem

WIE GRÜNDEN WIR EIN PSZ?

Empfehlungen zur Gründung eines Psychosozialen Zentrums für Flüchtlinge und Folteropfer

Das PSZ Düsseldorf ist eines der älteren und inzwischen größeren Zentren bundesweit. In den vergangenen Jahren haben die Kolleg*innen in ihrer Region einige neue Akteur*innen im Gründungsprozess eines PSZ unterstützt und begleitet.

Jetzt liegt ein überregional nutzbarer „Leitfaden“ vor, den Initiativen nutzen können, wenn sie entweder selbst ein PSZ gründen oder ihre Regelstrukturen für die Versorgung von Menschen mit Fluchthintergrund erweitern möchten. Wer sich mit dem Gedanken trägt, ein PSZ zu gründen, wird von der Idee über die Bedarfsermittlung bis zur Eröffnung systematisch begleitet. Es werden Fragen zur Organisationsform und den Finanzierungsmöglichkeiten beantwortet, Empfehlungen zu den Kompetenzen und Qualifikationen ausgesprochen, die ein Gründungsteam mitbringen sollte und Tipps zur multiprofessionellen Arbeitsorganisation und Teamkultur formuliert. Auch Aspekte der (Fall)Dokumentation und Statistik, der Evaluation, des Wissensmanagements und der Verwaltung kommen nicht zu kurz.

In der Hoffnung, dass noch viele PSZ gegründet werden mögen, findet sich der Leitfaden unter:

Mehr Informationen zum Leitfaden unter: <http://www.baff-zentren.org/aktivitaeten-und-projekte/traumatisierungsketten-durchbrechen-handlungsunsicherheiten-ueberwinden-schutzsysteme-staerken/>

Die Publikation ist eines der Ergebnisse des Verbundprojekts „Traumatisierungsketten durchbrechen – Handlungsunsicherheiten überwinden – Schutzsysteme stärken“, das die BAfF von 2018 bis 2020 gemeinsam mit 11 Psychosozialen Zentren durchgeführt hat. Das PSZ Düsseldorf hat im Projekt das explizite und implizite Wissen zu PSZ-Gründungen erhoben und in einem Leitfaden systematisiert.

Sozialen Netz um sie herum und sich dadurch isolieren, dann hat Therapie eine Schlüsselfunktion.

Aber natürlich sind auch Schuld- oder Schamgefühle zum Teil nicht therapeutisch auflösbar. Das kann mit kulturellen Tabus zu tun haben, die oft schwer aufzubrechen sind. Dann muss ein Diskurs erfolgen, wenn es gesellschaftliche Tabus oder persönliche Probleme berührt – gerade wenn es um Überlebensschuld geht, wenn jemand vermeintlich oder tatsächlich mitschuld ist, dass jemand anderes in Folter kam und dort sein Leben verloren hat, wie ich das sehr oft erlebt habe. Dann muss die Auflösung oder die Heilung des Traumas eigentlich in der Community stattfinden. Genau dort, wo das Trauma stattgefunden hat, muss auch die Heilung stattfinden. Wir müssen uns als therapeutisches Zentrum fragen, mit welchen Interventionen wir diesen Prozess unterstützen können. Und dazu gehört im Wesentlichen der Social Support.“

Formen der Unterstützung durch Psychosoziale Zentren können auch *Empowermentprozesse* sein, die die Möglichkeit bieten, eine eigene Stimme zu finden und eigene Ressourcen (wieder) anzapfen zu können. Potentielle traumatische Erfahrungen können in einem Empowerment-Kontext von anderen Menschen der Community anerkannt werden und gemeinsam eine neue Interpretation des Erlebten und des Selbstwerts der betroffenen Person möglich gemacht werden.

Doch nicht nur das Sprechen allein über die Erfahrungen und Gefühle sind in diesen Prozessen wirkmächtig, sondern vor allem auch das Gefühl, verstanden, ernst genommen und aufgefangen zu werden, nicht allein zu sein und sich nicht rechtfertigen zu müssen. Gerade wenn verschiedene Menschen ähnliche Erfahrungen gemacht haben, kann ein gemeinsames Verstehen von gewaltvollen Strukturen, individuelle Schuld- und Schamgefühle langfristig mildern. Erlebte Ohnmachtsgefühle durch Gewalterfahrungen jeglicher Art können in Räumen des Empowerments überwunden werden und die Betroffenen ihre Würde und Mut zurückgewinnen (Ogette, 2020).

Sowohl für die Traumaarbeit als auch für Empowerment ist die Berücksichtigung von Bedingungen und Prozessen bedeutsam, die zur Entmächtigung und Ohnmacht geführt haben und weiterhin bestehen. Wichtig ist, dass das Potenzial zum eigenen initiativen Handeln hin zu mehr Teilhabe, Gleichheit und Gerechtigkeit unterstützt wird, dabei aber gesellschaftspolitische Verhältnisse nicht individualisiert werden.

Sinnvolle Traumaarbeit mit Geflüchteten ist deshalb nicht getrennt von anderen Bereichen der Community-Arbeit zu sehen. Für Klient*innen ist es wichtig, dass sich Therapeut*innen ihren Geschichten verständnisvoll und in aktiver *Solidarität* annehmen.

„Für mich kam dieser Schritt an einem Punkt, der verbunden ist mit einer Familie, die ich im Kirchenasyl begleitet habe. Kirchenasyl ist eine Herausforderung für alle Beteiligten, auch für mich als Therapeut. Ich habe eine Familie zwei Jahre lang in diesem Prozess begleitet, bis sie ihre Duldung bekommen und wir auch den therapeutischen Prozess abschließen konnten.“

In der Abschlussitzung habe ich den Mann gefragt: „Wie war das jetzt für dich, diese Zeit, diese zwei Jahre?“ Und dann hat er gesagt: „Das war die schlimmste Zeit in meinem Leben, aber ich möchte sie nicht mehr missen. Nach all dem was ich erlebt habe, habe ich nicht mehr geglaubt, dass es Menschen gibt, die so bedingungslos an meiner Seite stehen. Das, was ich da in der Kirchengemeinde erlebt habe, das hat mich geheilt.“

Das war für mich als Therapeut natürlich zum einen interessant zu hören, zum anderen etwas unbefriedigend. Was war denn dann bitte die Therapie? Und dann hat er gesagt, diese Termine, das war für ihn die Batterie, die wieder aufgeladen wird, nachdem sie leergelaufen war. Er hätte diesen ganzen Prozess nicht durchgehalten, wenn er diese Unterstützung nicht gehabt hätte. Er hat also sehr stark auf die stabilisierende Wirkung dessen, was ich ihm angeboten habe, abgehoben, nicht so sehr auf das, was wir in Sachen Therapie oder Testimony - also Traumakonfrontation - gemacht haben.“

Durch Therapieverläufe wie diesen begannen die meisten Psychosozialen Zentren, zusätzlich aus einer gemeindeorientierten Perspektive über die Bedeutung von Psychotherapie nachzudenken und ihr innerhalb des Leistungsspektrums eine neue Gewichtung zu geben. Psychotherapeut*innen sind oft diejenigen, die über die Konfrontation mit dem Trauma die Geschichte der Klient*innen erfahren. Sie geben den Menschen über die Stabilisierungsarbeit Hoffnung und Kraft, die belastenden Prozesse durchzuhalten, die nach ihrer Ankunft vor ihnen stehen. Doch diese Unterstützung muss mit einer

Stärkung der sozialen Netze einhergehen, die Geflüchtete in ihrem Alltag auffangen können.

„Wir wussten das eigentlich schon aus der Forschung, welche ungeheuer wichtige Bedeutung dieses soziale Netz für die Traumaresilienz hat. Und mit dieser Familie kam für mich sozusagen das erste Mal die Gelegenheit, meinen Therapieraum zu verlassen und in diese Kirchengemeinde reinzugehen. Ich kann mich erinnern, nach fast eineinhalb Jahren, nachdem diese Kirchengemeinde immer wieder auf die Ausländerbehörde zugegangen war, und diese sich aber weigerte dem Klienten den Aufenthalt auszusprechen.“

Ich merkte, dass wir nicht weiterkommen, wenn diese Kirchengemeinde nicht ein bisschen etwas über ihn erfährt. Also bat ich ihn um Erlaubnis etwas über ihn erzählen zu dürfen, und er war einverstanden. Diese Situation war sicher sehr schlimm für ihn. Ich habe berichtet, dass er unter anderem eines Tages festgenommen wurde und unter Polizeiaufsicht mit einer Zahnbürste den Gehsteig reinigen musste, und zwar in dem Viertel in dem er wohnte. Eine reine Schikane Maßnahme, bei der er von Nachbarn beschimpft und bespuckt wurde. Das war der Grund, weshalb er da nie wieder hingehen würde - nie wieder.“

Ich musste tatsächlich nur wenige Details zu seiner Verfolgungsgeschichte erzählen, damit die Gemeindemitglieder sagten: „Na das geht nicht, das ist himmelschreiende Ungerechtigkeit, das können wir nicht zulassen!“ Und sie haben eine Delegation gebildet und sind zum damaligen Innenstaatssekretär gegangen. Die haben ihm so Feuer gemacht hat, das er zugestimmt hat, dem Mann eine Duldung zu geben.“

Und ich denke das war das, was der Klient reflektierte. Er machte plötzlich die Erfahrung, dass sich jemand für ihn eingesetzt hat. Das hat seine Weltsicht, seine grundsätzliche Erfahrung - dass er durch die Folter und die Diskriminierung quasi aus dem menschlichen Universum herausgeschleudert wurde - korrigiert.“

Letztlich bedeutet eine erfolgreiche Therapie für geflüchtete Klient*innen nicht immer eine direkte Verbesserung ihrer Lebensqualität oder Symptombefreiheit. Die Fähigkeit, Leid auszudrücken und einzuordnen, eine stete und vertrauensvolle Unterstützung bei dieser Aufgabe zu haben, sowie gemeinsam an einer würdigen Zukunftsperspektive zu arbeiten, ist für die teilweise schwerst traumatisierten Klient*innen eine neue und überlebenswichtige Erfahrung.

Empowerment und Solidarität in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten

Die enge Zusammenarbeit mit unterstützenden Netzwerken der Klient*innen ist in den meisten Psychosozialen Zentren elementarer Bestandteil des Leistungsspektrums geworden. So hat zum Beispiel das Psychosoziale Zentrum „Medizinische Flüchtlingshilfe Bochum“ (MFH) in den vergangenen Jahren mit verschiedenen Selbstorganisationen von Geflüchteten kooperiert. Die Zusammenarbeit reichte von der Unterstützung selbstorganisierter Proteste, wie unter anderem des Refugee Strike Bochum, über die gemeinsame Organisation von Erklärungen, Demonstrationen, Tagungen und Workshops bis hin zur Beratung zu möglichen Rechtsformen und Organisationsmöglichkeiten für verschiedene Strukturen. Die Kooperation beinhaltet immer einen wechselseitigen Lernprozess. Auch ein Beirat aus ehemaligen Klient*innen für die Arbeit des Psychosozialen Zentrums ist im Gespräch.

„Testimonials from the Uterus“

Im Rahmen einer von und für Women in Exile e. V. organisierten Fortbildungsreihe in ihrem Projekt „Recht auf Gesundheit für Flüchtlingsfrauen“ konnten sich das Feministische Frauen Gesundheitszentrum e. V. und KommMit e. V. – das Psychosoziale Zentrum in Brandenburg – an Workshops beteiligen und mit den Frauen psychische Beschwerden, Einflussfaktoren und den Umgang damit diskutieren. Die Frauen erarbeiteten gemeinsam Strategien, sich selbst und gegenseitig zu helfen und tauschten sich über Möglichkeiten aus, sich helfen zu lassen: Wer macht was im Gesundheitssystem? Welche Anlauf- und Beratungsstellen gibt es?

Mit dem Film „Testimonials from the uterus“ machen die Frauen u. a. auf die Bevormundung, Sprachbarrieren und Rassismus in der Gesundheitsversorgung und die Auswirkungen davon auf ihre Psyche aufmerksam. Sie sprechen davon, wie wichtig der Austausch mit anderen über die eigenen Rechte, Belastungen und hilfreichen Strategien für Betroffene ist. Der dreißigminütige Film der Filmemacherin Daniellis Hernandez Calderon wurde bei Veranstaltungen gezeigt und ist frei zugänglich unter: https://www.youtube.com/watch?v=qNMNfMWtSbE&feature=emb_log

MEHR INFORMATIONEN in der Publikation

„Trauma, Empowerment und Solidarität. Wie können wir zu einem verantwortungsvollen und ermächtigenden Umgang mit Trauma beitragen?“

Wie können wir zu einem verantwortungsvollen und ermächtigenden Umgang mit Trauma beitragen? Und wie können die Konzepte Trauma, Empowerment und Solidarität miteinander in Verbindung gebracht werden? Auf diese Fragen versuchen wir, in unserer neuen Publikation „Trauma, Empowerment und Solidarität“ einzugehen. Dabei ist es uns wichtig, die Zusammenhänge auf mehreren Ebenen zu betrachten: der politische Kontext aller Konzepte, ihre zwischenmenschlichen Konsequenzen, Chancen und Grenzen, die Bedeutung von gesellschaftlicher Position, sowie die Tendenz zur Individualisierung und Pathologisierung der Betroffenen von Trauma und Gewalt.

Mehr Informationen zur Publikation unter: <http://www.baff-zentren.org/produkt/trauma-empowerment-und-solidaritaet/>

Die Publikation ist ein Ergebnis des Projekts „Verstehen, Vernetzen, Stabilisieren. Empowerment von Ehrenamtlichen in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten“, das die BAfF von 2018 bis 2019 durchführte und durch die Aktion Mensch gefördert wurde.



Trauma, Empowerment und Solidarität

Wie können wir zu einem verantwortungsvollen und ermächtigenden Umgang mit Trauma beitragen?

Das Leistungsspektrum der PSZ

Die Bedarfe von traumatisierten Menschen sind vielschichtig und häufig nicht von einer Berufsgruppe allein zu adressieren. In den Psychosozialen Zentren werden geflüchtete Klient*innen deshalb durch ein niedrigschwelliges, multiprofessionell organisiertes Leistungsspektrum unterstützt – umgesetzt durch divers zusammengesetzte Teams aus psychotherapeutischen, sozialarbeiterischen, kreativtherapeutischen und weiteren Fachkräften.

Aktuell sind in der BAfF insgesamt 42 Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer vernetzt, davon befinden sich 11 PSZ noch im Aufbau, halten also noch nicht alle, sondern nur einen Teil des multiprofessionellen Leistungsspektrums vor, dem die PSZ sich in den Leitlinien der BAfF verpflichtet haben.

Die 42 Psychosozialen Zentren bieten – bedingt durch ihre Größe, finanzielle Ausstattung und geografische Lage – verschiedene und unterschiedlich viele Angebote an. Zu den wichtigsten Angeboten gehört für fast alle Psychosozialen Zentren die **psychosoziale bzw. psychologische Beratung** (für 85 % der PSZ ein sehr zentrales, für weitere 10 % ein zentrales Angebot), **Diagnostik und Clearing** (in 69 % der PSZ ein sehr zentrales, in weiteren 21 % ein zentrales Angebot) sowie die **Kriseninter-**

ventions- und Stabilisierungsarbeit (in 64 % ein sehr zentrales, in 33 % ein zentrales Angebot). Auch **Einzelpsychotherapien** und die **Sozialberatung** sind in mehr als der Hälfte der PSZ ein sehr zentrales und in weiteren jeweils 20 % ein zentrales Versorgungsangebot. In über zwei Dritteln der Einrichtungen sind die **(asyl-)rechtliche Beratung** sowie das Verfassen von **Stellungnahmen u. a. im aufenthaltsrechtlichen Verfahren** ebenso ein sehr zentraler bzw. zentraler Bestandteil des Leistungsspektrums. **Spezielle Angebote für Kinder und Jugendliche** sind in über der Hälfte der Psychosozialen Zentren von sehr zentraler (28 %) oder zentraler (31 %) Bedeutung.

Gruppenangebote, Telefon- und Notfallsprechstunden, aufsuchende Arbeit außerhalb des Zentrums sowie medizinische bzw. psychiatrische Versorgung werden nur von einigen Einrichtungen angeboten bzw. haben im Durchschnitt einen weniger zentralen Stellenwert. Die meisten Psychosozialen Zentren haben sich jedoch ein vielfältiges Netzwerk an Kooperationspartner*innen in der Beratungs- und zum Teil auch Versorgungsstruktur ihrer Region erarbeitet. Ergeben sich bei ihren Klient*innen Bedarfe, die vom Leistungsspektrum des eigenen PSZ nicht adressiert werden können, wird in der Regel versucht, an weitere Akteur*innen zu vermitteln.



Abb. 8: Versorgungsangebote der PSZ 2018.

Abb. 9: Angebote der PSZ über die Versorgung von Klient*innen hinaus.

Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer



Abb. 10: Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland, Stand August 2020.

Eine zentrale Maxime der Psychosozialen Zentren ist die Rückkopplung ihrer Versorgungsangebote an den Alltag ihrer Klient*innen. Psychische Krisen werden im gesellschaftlichen Kontext bearbeitet, statt isoliert im Behandlungsraum (Siehe Abb. 9). Deshalb sind neben der direkten Klient*innen-Arbeit für fast alle PSZ auch **Vermittlungs- und Vernetzungsarbeit** ein sehr zentrales (59 %) bzw. zentrales (33 %) Element ihres Versorgungsangebots.

Fortbildungsangebote beschreiben 21 % der PSZ als sehr zentrales und 62 % als zentrales Angebot. Einen ähnlichen Stellenwert hat die **Beratung anderer Einrichtungen und Fachkräfte** – sie ist für 18 % der PSZ ein sehr zentrales, für 62 % der Zentren ein zentrales Angebot. Auch die **Zusammenarbeit mit ehrenamtlichen Unterstützer*innen** kann zur Stabilisierung beitragen. Für etwas mehr als ein Viertel steht die Zusammenarbeit mit Ehren-

amtlichen zentral (26 %) oder sehr zentral (15 %) im Fokus der Zentrumsaktivitäten.

Die **Presse- und Öffentlichkeitsarbeit** gehört für etwa die Hälfte der Zentren zu den zentralen (44 %) bzw. sehr zentralen (10 %) Angeboten. Das Fundraising und die Zusammenarbeit mit Forschungseinrichtungen wird nur von einigen Einrichtungen betrieben und steht daher weniger im Fokus der alltäglichen Arbeit im Psychosozialen Zentrum.

Wie wichtig sowohl die multiprofessionelle Ausrichtung der Teams im Psychosozialen Zentrum als auch die vielfältigen Kooperationen und Netzwerke nach außen sind, zeigt die Geschichte von Jamal B., der an einer Posttraumatischen Belastungsstörung leidet und mit 17 Jahren nach Deutschland kam. Hier angekommen ist er mit Perspektivlosigkeit und einer permanenten Frustration konfrontiert.

Jamal B. aus Afghanistan⁸

„Er kann nicht weiter kämpfen gegen ein System, das er nicht versteht und das ihn nicht anerkennt.“

Jamal ist ein 22-jähriger Mann aus Afghanistan. Er leidet an einer Posttraumatischen Belastungsstörung und einer depressiven Störung. Im Mai 2019 kommt er zum ersten Mal in das Psychosoziale Zentrum für Geflüchtete in Leipzig⁹. Er ist mittelgroß und schlicht gekleidet.

Mit seinen trüben Augen wirkt er verloren, irgendwie perspektivlos. Er sucht Orientierung, einen Ort zu dem er gehen und wo er Vertrauen fassen kann. Seitdem trifft er in den Beratungsräumen des PSZ in regelmäßigen Abständen eine Sozialpädagogin. Ein Sprachmittler für die Sprache Paschtu wohnt den Gesprächen bei.

Jamal erzählt von negativen Gedanken und Erinnerungen, die sich ihm aufdrängen und gegen die er sich nicht wehren kann. Er erlebt starke Ängste, besonders vor dem Schlafengehen. Aus den wiederkehrenden nächtlichen Albträumen wacht er in Angst, manchmal unter Schreien auf. Es kommt ihm dann oft so vor, als wäre jemand mit ihm im Zimmer oder klopfe an die Wohnungstür. Um sich davor zu schützen, versucht er, gar nicht erst einzuschlafen. Jamal erlebt sich im Wechsel zwischen Gefühllosigkeit, fehlendem Antrieb und Lebensüberdruß einerseits und andererseits starken emotionalen Ausbrüchen, in denen er glaubt, die Kontrolle zu verlieren. In solchen Momenten steigt starke Wut in ihm auf, die sich irgendwo entladen muss. Manchmal schlägt er dann auf Türen und Wände ein oder verletzt sich selbst. Davon zeugen Narben, die an seinen Armen erkennbar sind. Bekannte berichten, er würde manchmal laut zu sich selbst sprechen. Dass er das selbst gar nicht bemerkt, verunsichert ihn stark. Der Kontakt zu seiner Familie in Afghanistan ist komplett abgebrochen. Jamal hat nur einen guten Freund, dem er vertraut. Dieser tröstet und motiviert ihn, die Wohnung zu verlassen und etwas zu unternehmen. In der Vergangenheit hat Jamal bereits einen Suizidversuch unternommen. Sein Freund hat ihn daran gehindert, von einem hohen Gebäude zu springen.

In der geschützten Atmosphäre des PSZ Leipzig kann er Vertrauen fassen und über sich und seine Gefühle sprechen. Seine Probleme schränken ihn im Alltag stark ein. Die Dinge, die Jamal in seiner Kindheit und Jugend erlebt hat, sind die Ursache für seine Belastungen.

Er wuchs mit seiner Familie in Afghanistan auf. Sein Vater war beruflich für die amerikanischen Truppen tätig. Dadurch ist die Familie in das Visier der islamistischen Miliz der Taliban geraten. Die Familie wurde bedroht und massiv unter Druck gesetzt. Mit 14 Jahren wurde Jamal von den Taliban selbst so stark körperlich misshandelt, dass er das Bewusstsein verlor und eine längere Zeit im Krankenhaus verbringen musste. Das schlimmste Erlebnis für den damals Jugendlichen war jedoch, mitzuerleben, wie der eigene Vater brutal von den Taliban-Kämpfern ermordet wurde.

Jamal floh quer durch Europa nach Deutschland. In Bulgarien wurde er inhaftiert und erneut schwer misshandelt. Im Jahr 2014, mit 17 Jahren, kam er nach Deutschland. Seitdem lebt er an unterschiedlichen Orten.

Nach seiner Ankunft hier wurde er zunächst einige Monate in einer Notbetreuung untergebracht, später wechselte er in eine Wohngemeinschaft für unbegleitete minderjährige Geflüchtete. Sein durch das Jugendhilfesystem bestellter Vormund stellte für ihn im Mai 2015 einen Asylantrag. Zu diesem Zeitpunkt war er bereits zu alt für das Regelschulsystem. Er besuchte eine Vorbereitungs-klasse mit berufsvorbereitenden Aspekten einer Berufsschule, später verschiedene Sprachkurse. Seine Beschwerden waren schon zu diesem Zeitpunkt so stark, dass er den Alltag kaum aus eigener Kraft bewältigen konnte.

Ihm fehlte Struktur, er hatte starke Sehnsucht nach seiner Familie und fühlte sich entwurzelt. In der Wohngruppe konnte er mehrere Wutausbrüche nicht kontrollieren und beschädigte Gegenstände. Die Jugendhilfemaßnahme endete Anfang 2017. Zu diesem Zeitpunkt war Jamal 19,5 Jahre alt. Wie bei vielen anderen jungen Geflüchteten, die unbegleitet nach Deutschland kommen und zunächst in Jugendhilfeeinrichtungen betreut werden, war er von einem Tag auf den anderen auf sich allein gestellt.¹⁰ Er lebte von da an in unterschiedlichen Gemeinschaftsunterkünften; schließlich in einer Gewährleistungswohnung mit einer weiteren Person. Mit dieser gab es regelmäßig Unstimmigkeiten und Streit. Erst im Jahr 2019 mit Unterstützung der Sozialarbeiterin im PSZ konnte eine andere Unterbringung erwirkt werden. Seitdem kann Jamal allein in einer Wohnung leben.

8 Alle Fallbeispiele in diesem Bericht wurden sorgfältig anonymisiert. Angaben zu Namen, Alter und Herkunft u. ä. wurden geändert.

9 Genauer in die Erstversorgungsstelle des PSZ in Leipzig. Aufgrund der Finanzierung sind im Rahmen der Erstversorgungsstelle ca. 10 psychologische Gespräche pro ratsuchender Person vorgesehen. Diese Gespräche dienen meist der Krisenintervention und Stabilisierung. Eine traumatherapeutische Behandlung ist in diesem Rahmen nicht möglich.

10 Mehr Informationen im Leitfaden für Fachkräfte zur Situation geflüchteter junger Volljähriger im Übergang vom Bundesfachverband umF e. V. In dem Leitfaden werden auch rechtliche Fallstricke und Herausforderungen aufgezeigt: <https://b-umf.de/material/junge-gefluechtete-begleiten-fachkraefteleitfaden/>

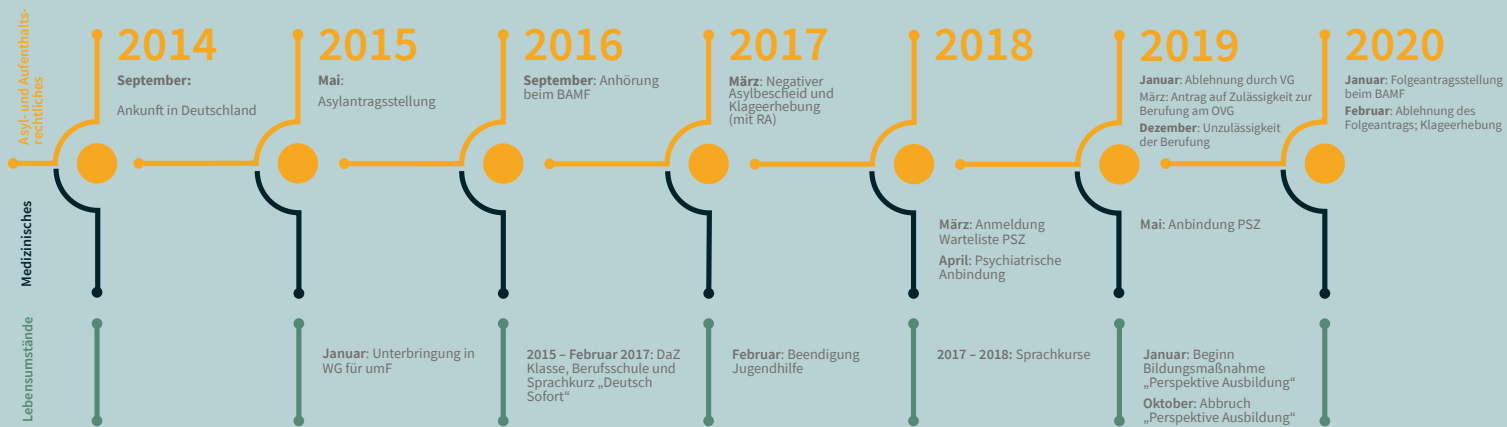


Abb. 11: Zeitstrahl über das Ankommen, das Asylverfahren und die Versorgung von Jamal B.

Der Asylantrag von Jamal wurde im März 2017 vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) – kurz nachdem er die Jugendhilfeeinrichtung verlassen musste – negativ beschieden.

In seinem Asylinterview hatte er nicht berichtet, dass er seit längerem unter Schlafstörungen, Suizidgedanken und Konzentrationsschwierigkeiten litt. Es war ihm schlichtweg nicht klar, dass er dies erzählen muss. Die Themen waren für ihn unangenehm und schambehaftet. So wurde er vom BAMF als junger, erwerbsfähiger Mann gesehen, der sich in Afghanistan schon irgendwie durchschlagen kann, obwohl aus medizinischer Sicht offenkundig eine Traumatisierung besteht. Zur Verfolgungshandlung durch die Taliban wurde vom BAMF argumentiert, dass ihm „bei einer Rückkehr nach Afghanistan aufgrund der dortigen Situation keine erhebliche individuelle Gefahr aufgrund willkürlicher Gewalt“ drohen würde. Es wurde auf Schutzakteure wie die afghanische Polizei sowie die US-Armee verwiesen, an die er sich im Falle von weiteren Übergriffen wenden könnte. Dies wird der tatsächlichen Lebensrealität und Gefahrenlage in Afghanistan nicht gerecht, wie verschiedene unabhängige Beobachter*innen immer wieder belegen¹¹.

Mit Hilfe eines Anwaltes legte Jamal im März 2017 Klage gegen diesen Bescheid ein. Im Rahmen der mündlichen Verhandlung vor dem Verwaltungsgericht Leipzig wurde schließlich auch die gesundheitliche Situation von Jamal vorgebracht. Seit April 2018 befand er sich in psychiatrisch-medikamentöser Behandlung. Die behandelnde Psychiaterin stellte zweifelsfrei eine Posttraumatische Belastungsstörung fest. Laut Gericht entsprach das dazu eingereichte ärztliche Attest aber nicht den gesteigerten Anforderungen an eine fachärztliche Stellungnahme. Daher wurde die Klage im Januar 2019 abgelehnt. Jamal wurde von den Behörden nach wie vor als gesunder junger Mann eingestuft.

Fast zur selben Zeit begann Jamal die Bildungsmaßnahme „Perspektive Ausbildung“. Diese brach er nach einigen Monaten ab, da ihn seine Beschwerden so sehr lähmten, dass er es kaum schaffte, morgens die Wohnung zu verlassen.

Auf Anraten seines Rechtsanwaltes entschied sich Jamal im März 2019 für den ungewöhnlichen und selten erfolgreichen Weg, einen Antrag auf Zulässigkeit zur Berufung am Oberverwaltungsgericht zu stellen¹². Erst zwei Monate später, im Mai 2019, kam Jamal am PSZ in Leipzig an. Dem erwähnten Berufungsantrag wurde ein weiteres, detaillierteres Schreiben einer psychiatrischen Fachärztin nachgereicht, nachdem eine Mitarbeiterin des PSZ mit dieser Rücksprache gehalten hatte. Das sächsische Oberverwaltungsgericht legte in seinem Beschluss vom Dezember 2019 dar, dass es keine Gründe sehe, die Berufung zuzulassen. Das fachärztliche Schreiben wurde nicht in die Entscheidung einbezogen – aus juristischer Sicht ist dies ein normales Vorgehen, da das vorherige Gerichtsverfahren in den meisten Fällen nicht noch einmal aufgerollt wird. Parallel dazu nutzte der Rechtsanwalt dasselbe fachärztliche Schreiben um einen Folgeantrag auf Gewährung von Asyl beim BAMF zu stellen. Die Begründung dafür war, dass sich die gesundheitliche Lage des Klienten verschlechtert habe und diese veränderte Sachlage bisher noch nicht in die Entscheidungspraxis einbezogen worden sei. Aus medizinischer Sicht wurde in der psychiatrischen Stellungnahme zweifelsfrei dargelegt, dass die Schilderungen von Jamal bezüglich seiner Symptomatik schlüssig und seine Todessängste im Falle einer Rückkehr nach Afghanistan begründet seien. Auch hier wurde das zweiseitige Attest als nicht den Anforderungen entsprechend verworfen. Die Psychiaterin habe nicht deutlich genug hervorgehoben, auf welcher Grundlage sie die Diagnose gestellt habe und welche weiteren Behandlungen sich daraus ergäben. So wurde der Folgeantrag im Februar 2020 als unzulässig abgelehnt und Jamal sah sich

11 Siehe dazu u. a. „Gutachten zur Lage in Afghanistan“ von Friederike Stahlmann vom März 2018.

12 Die Entscheidung des VG Leipzig wirft – nach Argumentation des Rechtsanwalts – folgende konkrete Rechtsfragen auf, die von grundsätzlicher Bedeutung seien und vom OVG geklärt werden müssten: 1. Kann die Glaubwürdigkeit eines Sachvortrages als eigener Bewertungsmaßstab für das Vorliegen einer posttraumatischen Belastungsstörung herangezogen werden? 2. Ist ein fachärztliches Attest zu einer PTBS hinsichtlich der in ihm enthaltenen Informationen und Diagnosen lediglich am genauen Wortlaut zu beurteilen oder mit Blick auf den Gesamtzusammenhang und das Protokoll der mündlichen Versammlung auszulegen?

erneut vor die Entscheidung gestellt, noch einmal Klage gegen diesen Bescheid einzulegen.

Der sowieso schon sehr niedergeschlagene und hoffnungslose Jamal verspürte einen großen Drang sich „einfach seinem Schicksal hinzugeben“, nicht weiter zu kämpfen gegen ein System, das er nicht versteht und das ihn nicht anerkennt. Trotzdem hat sich Jamal mit der Unterstützung des PSZ und des Rechtsanwaltes erneut für den Klageweg entschieden.

Jamal lebt seit Kurzem mit dem aufenthaltsrechtlichen Status einer Duldung. Dieser stellt eine völlig unsichere Aufenthaltssituation dar und behindert eine mögliche Besserung seiner psychischen Probleme. In fünf Jahren hat er unzählbare Wege durch Ämter, Instanzen und Einrichtungen unternommen, sich Hilfe gesucht und mit ärztlicher und juristischer Unterstützung alle notwendigen Schritte eingeleitet, um seine Situation glaubhaft zu machen. Ohne Erfolg.

Die psychologischen und sozialarbeiterischen Gespräche im PSZ gehen weiter. Sie sind immer wieder geprägt von gerichtlichen und behördlichen Entscheidungen, werfen Jamal zurück und lassen ihn mit sich und dem Leben hadern. Nach Abbruch der Bildungsmaßnahme ist es Jamal nicht gelungen, wieder eine tagesstrukturierende Beschäftigung aufzunehmen, beispielsweise einen Sprachkurs, ein Praktikum oder eine Ausbildung. Jamal hat das Vertrauen in sich verloren. Er würde gerne arbeiten, einer Beschäftigung nachgehen, aber er verliert den Glauben in seine Kräfte und seine Zukunft. Und doch, so meinen die Mitarbeitenden des PSZ Leipzig, sei in seinen Augen irgendwo so ein Funke Hoffnung zu erkennen. Hoffnung darauf, dass es irgendwann besser werden wird. Sie engagieren sich weiter und versuchen jetzt eine neue fachärztliche Stellungnahme zu erhalten. Dies gestaltet sich nach einem Psychiater*innenwechsel als schwierig. Aus Sicht des PSZ scheint die letzte Möglichkeit darin zu bestehen, eine Begutachtung psychisch reaktiver Traumafolgen in aufenthaltsrechtlichen Verfahren bei einer Fachärztin für Psychiatrie zu veranlassen. Dafür muss Jamal in ein anderes Bundesland fahren, da es deutschlandweit sehr wenige Fachärzt*innen gibt, die in der Erstellung eines solchen Schreibens befähigt sind. Parallel dazu hat sich Jamal nach ausführlicher Beratung für die Feststellung einer Schwerbehinderteneigenschaft und die Beantragung von Leistungen der Eingliederungshilfe¹³ entschieden. Diese würde Jamal langsam und niedrigschwellig an einen Beruf heranführen und ihn bei der Alltagsstrukturierung unterstützen. Die Entscheidungen über beide Anträge stehen noch aus.

Für das Team des PSZ Leipzig stellt die gemeinsame Arbeit mit Jamal eine bekannte Herausforderung dar: Für eine wirkliche Besserung des Gesundheitszustandes des jungen Mannes ist aus fachlicher Sicht eine traumatherapeutische Behandlung dringend notwendig. Für deren Erfolg ist jedoch äußere Sicherheit und eine sichere Zukunftsperspektive maßgebend – etwas, das für Jamal schon lange nicht mehr gegeben ist. Eine Änderung ist derzeit nicht in Sicht. Das Team beschreibt, sich wie ein Anker für jemanden zu fühlen, der verloren ist und keine eigene Familie mehr hat. Es hat Verständnis für die tiefe Enttäuschung des Klienten und seine Kraftlosigkeit und die mit der unsicheren aufenthaltsrechtlichen Situation einhergehenden Ohnmachtsgefühle. Dennoch wollen sie weitermachen. Es bleiben offene Fragen. Fragen, die im PSZ-Alltag oft auftauchen:

Wie gelingt es, die vielschichtigen Lebensrealitäten und alltägliche Hürden von traumatisierten Geflüchteten in jene juristische Form zu pressen, die ihre Traumatisierung anerkennt und ihnen Sicherheit und Perspektive gibt?

Was tun, wenn restriktive Asylgesetze es fast unmöglich machen, eine psychische Erkrankung geltend zu machen und das Menschenrecht auf Gesundheit wahrnehmen zu können?

13 Letzteres umfasst in seinem Fall eine Assistenzleistung zur Alltagsbewältigung und Tagesstrukturierung (§78 SGB IX) einerseits und andererseits eine Maßnahme zur individuellen betrieblichen Qualifizierung im Rahmen einer unterstützten Beschäftigung (§55 SGB IX). Mehr Informationen in der Arbeitshilfe der BAfF zum Thema Eingliederungshilfe: <http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/rechtliches/>

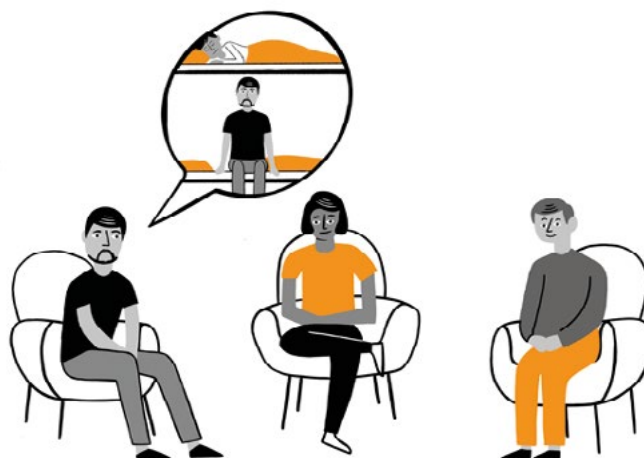
VIDEO FÜR GEFLÜCHTETE:

PSYCHOSOZIALE ZENTREN – HILFE FÜR GEFLÜCHTETE UND ÜBERLEBENDE VON FOLTER UND GEWALT

Viele Geflüchtete in Deutschland leiden unter schweren Belastungen, schlafen schlecht, haben Angst oder sind häufig traurig. Das kann mit Erinnerungen an vergangene Erlebnisse zusammenhängen, mit Ängsten in Bezug auf das Asylverfahren oder mit anderen Schwierigkeiten. Für Geflüchtete, denen es auch so geht und die mit jemanden über ihre Sorgen sprechen möchten, erklärt die BAfF in einem kurzen Video, was die Psychosozialen Zentren sind und welche Art von Unterstützung sie dort bekommen können.

Der Erklärfilm hat Untertitel in Englisch, Französisch, Arabisch, Farsi und Russisch.

Das Video ist abrufbar unter: <http://www.baff-zentren.org/videos/>



(© BAfF e.V. / pudelskern.de)

6. Klient*innen in den Psychosozialen Zentren

6. Klient*innen in den Psychosozialen Zentren

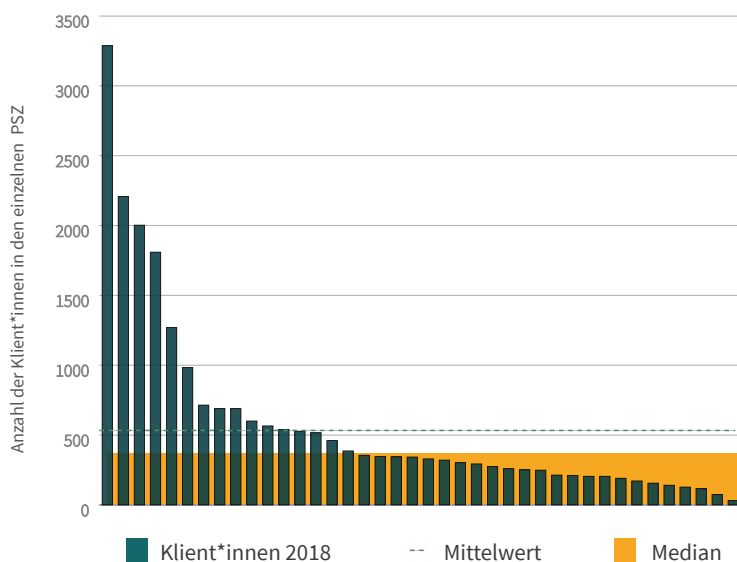
Wie viele Klient*innen versorgen die Psychosozialen Zentren?

Insgesamt haben die 40 Psychosozialen Zentren im Jahr 2018 über 22.700 Klient*innen versorgt ($\Sigma = 22.746$). Ein „durchschnittliches Psychosoziales Zentrum“, gekennzeichnet durch den Mittelwert aller Einrichtungen, konnte über das Jahr hinweg etwa 570 Geflüchtete begleiten ($M = 569$). Die Unterschiede zwischen den Einrichtungen sind jedoch enorm: Einige neu gegründete Zentren haben im Verlauf des Jahres gerade erst begonnen, Klient*innen aufzunehmen (Min = 32), die drei größten Zentren wiederum versorgten in mehreren Unterabteilungen und zum Teil an mehreren Standorten im gesamten Bundesland über 2.000 Klient*innen (Max = 3.287).

Sieht man sich die Verteilung der Klient*innenzahl in allen PSZ an (siehe Abbildung 12), dann wird deutlich, dass die große Mehrheit der Einrichtungen (30 von 40 PSZ) weniger Klient*innen versorgt, als es der Mittelwert von 569 Klient*innen für ein „durchschnittliches“ PSZ nahelegt. Die Realität in den meisten Einrichtungen wird durch diese Zahl also überschätzt. Näher am Alltag der meisten

Zentren ist deshalb der Median-Wert der Klient*innen-Zahlen (Md = 336): Die Hälfte der Psychosozialen Zentren hat 2018 weniger als 336 Klient*innen versorgt, bei der anderen Hälfte lag die Klient*innen-Zahl über diesem Wert.

Wie viele Klient*innen ein Psychosoziales Zentrum versorgen kann, wird u. a. vom Alter des Zentrums, seiner geografischen Lage, der Angebotsstruktur und der Konzeption der Zentren beeinflusst. So gibt es Psychosoziale Zentren, die vor allem Kurzzeinterventionen anbieten, andere Zentren binden die Klient*innen in Langzeittherapien an und sehen sie teilweise über Jahre hinweg. Einige Einrichtungen legen auch einen besonderen Fokus darauf, Personen, die in der Regelversorgung angebunden werden können, zu vermitteln und bieten dann teilweise nur noch begleitende sozialarbeiterische Angebote an, während die Psychotherapie durch niedergelassene Kolleg*innen durchgeführt wird. Demgegenüber gibt es Psychosoziale Zentren, die für alle Klient*innen das „Komplettpaket“ anbieten, da z. B. in die Regelversorgung nur schwer vermittelt



Gesamtzahl der Klient*innen 2018:

Σ (n = 40)	22.746
\emptyset pro Zentrum (\bar{x})	569
typisches Zentrum (\bar{x})	336
Min	32
1. Quartil	206
2. Quartil (Median)	336
3. Quartil	591
Max	3.287

Tabelle 1: Gesamtzahl der Klient*innen 2018.

Abb. 12: Verteilung der Klient*innen-Zahlen in den Psychosozialen Zentren 2018. In der Mehrheit der PSZ liegt die Anzahl der jährlich versorgten Klient*innen unter dem Mittelwert von 569, hier visualisiert als gestrichelte Linie. Der Medianwert, hier dargestellt durch den Beginn der gelben Fläche bei 336 Klient*innen, repräsentiert die Anzahl der jährlich versorgten Klient*innen für die meisten PSZ besser.

werden kann. In diesem Fall nehmen die Klient*innen das gesamte multiprofessionelle Angebot des Zentrums in Anspruch, weswegen insgesamt kapazitätsbedingt weniger Personen unterstützt werden können.

Neben konzeptionellen Aspekten ist für die Anzahl der Klient*innen, die ein Zentrum jährlich begleiten kann, vor allem das *Alter* der Einrichtungen von Bedeutung. Ein typisches Zentrum existiert bereits seit 17 Jahren (Md = 17) – die Hälfte der Zentren wurde zwischen 1979 und 2003 gegründet, die andere Hälfte danach. Die älteren Zentren (vor mehr als 17 Jahren gegründet) versorgen mehr als doppelt so viele Klient*innen (M = 795, Md = 545) wie die jüngeren Einrichtungen (M = 342, Md = 261).

Dabei spielt auch die *Angebotsstruktur* eine Rolle: Diejenigen Psychosozialen Zentren, die alle Teile des in den Leitlinien der BAF formulierten multiprofessionellen Leistungsspektrums anbieten (n = 32), begleiten jährlich fast vier Mal so viele Klient*innen (M = 668, Md = 371) wie Zentren, die sich im Moment noch im Aufbau befinden, also nur Teile dieses Leistungsspektrums vorhalten (n = 8; M = 171; Md = 172).

Wichtig sind zudem *regionale Faktoren*¹⁴: Die meisten Psychosozialen Zentren befinden sich in metropolitanen Stadtregionen (n = 23). Sie versorgen im Durchschnitt deutlich mehr Klient*innen (M = 665; Md = 516) als die Einrichtungen in regiopolitanen Stadtregionen (n = 13; M = 499; Md = 248). Ein noch deutlicherer Abstand zeigt sich vor allem zu den PSZ, die im stadtreionsnahen ländlichen Raum (n = 2; M/Md = 188) bzw. peripheren ländlichen Regionen arbeiten (n = 2; M/Md = 288).

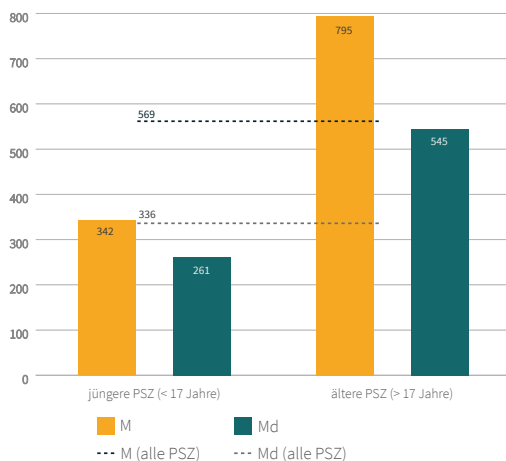


Abb. 13: Anzahl der Klient*innen im Jahr 2018 in „älteren“ und „jüngeren“ PSZ.

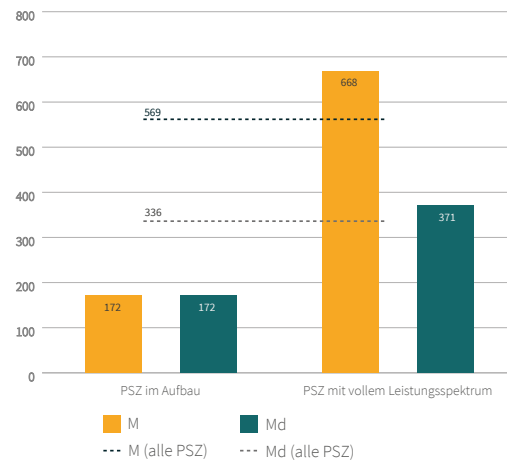


Abb. 14: Anzahl der Klient*innen im Jahr 2018 in „PSZ mit vollem Leistungsspektrum“ und „PSZ im Aufbau“.

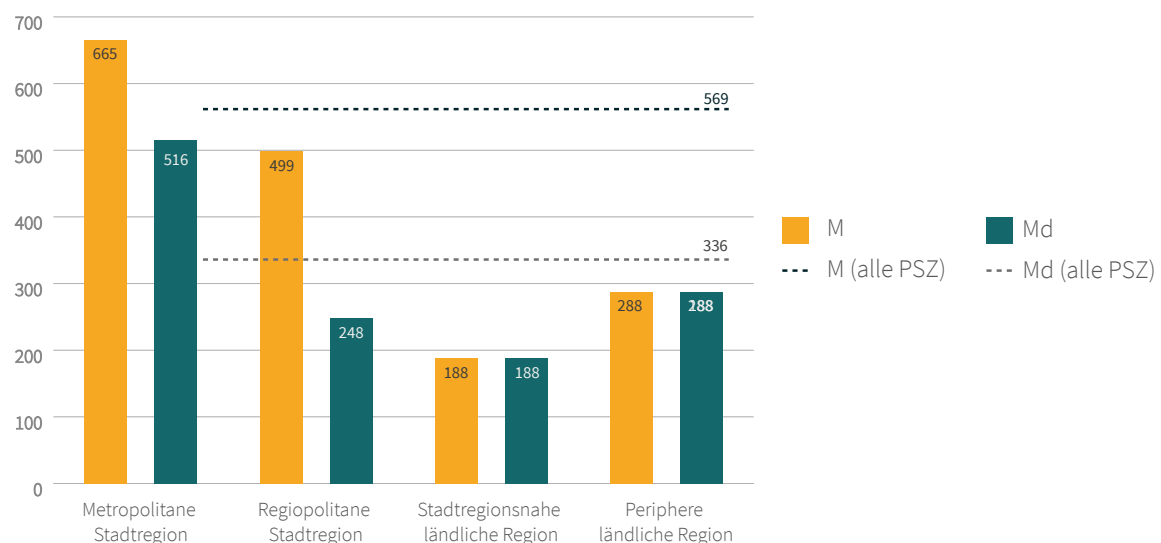


Abb. 15: Anzahl der Klient*innen, differenziert nach 4 Regionstypen im Jahr 2018.

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

Wer sind die Klient*innen der Psychosozialen Zentren?

Von den 22.746 Klient*innen, die 2018 von den PSZ versorgt wurden, waren mit 12.116 Klient*innen etwa die Hälfte männlich (53,3 %). 8.488 Klient*innen waren weiblich (37,3 %), zu 2.122 Klient*innen (9,3 %) wurden keine Angaben zu Gender eingepflegt und für 20 Klient*innen gaben die PSZ explizit an, dass sie sich als nicht-binär einordnen.

Der Großteil der Klient*innen in den PSZ sind erwachsene Geflüchtete (88,2 %), Kinder und Jugendliche machen insgesamt 11,8 % der Klient*innen aus. 90 % der Psychosozialen Zentren (36 von 40) versorgen Kinder und Jugendliche. Der Anteil der minderjährigen Klient*innen variiert jedoch enorm: Während einige Zentren eine eigene Kinder- und

Jugendabteilung unterhalten und jährlich fast 500 minderjährige Klient*innen begleiten (Max = 489 minderjährige Klient*innen), ist in anderen Zentren die Unterstützung von Kindern und Jugendlichen eher die Ausnahme und findet häufig dann statt, wenn bereits andere Familienmitglieder an die Einrichtung angebunden sind (Min = 2 minderjährige Klient*innen). Im Durchschnitt versorgt ein Psychosoziales Zentrum jedes Jahr 45 Kinder und Jugendliche.

Dabei sind 60,1 % der minderjährigen Klient*innen gemeinsam mit ihren Familien nach Deutschland geflohen, 39,9 % sind als unbegleitete minderjährige Geflüchtete (umF) allein eingereist.

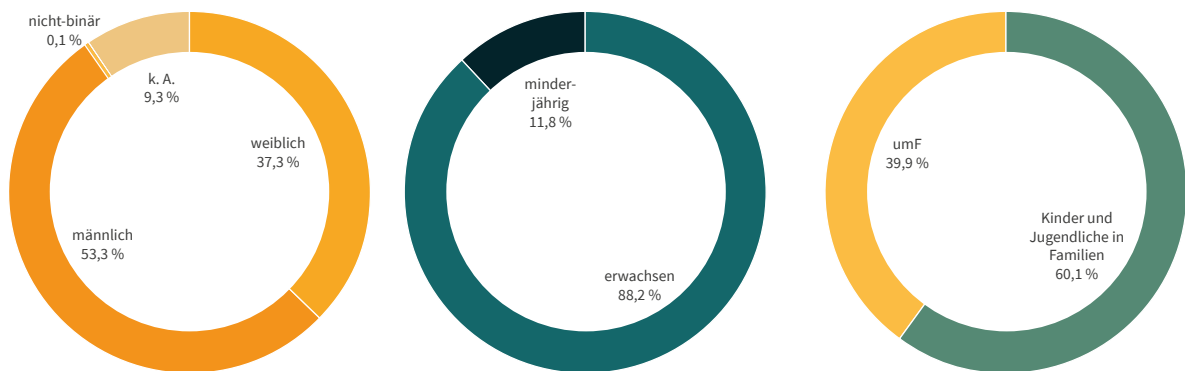


Abb. 16: Anteile der Klient*innen im Jahr 2018 nach Gender & Altersstruktur

Gender	Klient*innen der PSZ 2018	weibliche Klientinnen	männliche Klienten	nicht-binäre Klient*innen	k.A.
Σ (n = 40)	22.746	8.488 (37,3 %)	12.116 (53,3 %)	20 (0,1 %)	2.122 (9,3 %)
\bar{x} pro Zentrum	569	212	303	1	53
typisches Zentrum (\bar{X})	336	135 (40,1 %)	176 (52,5 %)	-	-

Tabelle 2: Klient*innen nach Gender im Jahr 2018.

Alter	Klient*innen der PSZ 2018	erwachsene Klient*innen	minderjährige Klient*innen	Kinder & Jugendliche in Familien	umF
Σ (n = 40)	22.746	20.063 (88,2 %)	2.683 (11,8 %)	1.612 (7,1 %)	1.071 (4,7 %)
\bar{x} pro Zentrum	569	502	67	45	30
typisches Zentrum (\bar{X})	336	292 (86,9 %)	39 (11,48 %)	23	16

Tabelle 3: Klient*innen nach Alter im Jahr 2018.

Herkunftsländer der Klient*innen

Die Klient*innen der Psychosozialen Zentren kamen 2018 aus 76 verschiedenen Herkunftsländern. Wie auch im Vorjahr bilden Schutzsuchende, die aus Afghanistan geflohen sind, mit einem Viertel der Gesamt-Klient*innen-Zahl (24,3 %) die größte Gruppe, gefolgt von Geflüchteten aus Syrien (14,7 %), den

Republiken der Russischen Föderation (8,5 %; darunter v.a. aus Tschetschenien), dem Irak und dem Iran sowie aus Guinea, Eritrea, Nigeria, der Türkei und aus Somalia (jeweils zwischen 3,1 und 7,6 %).

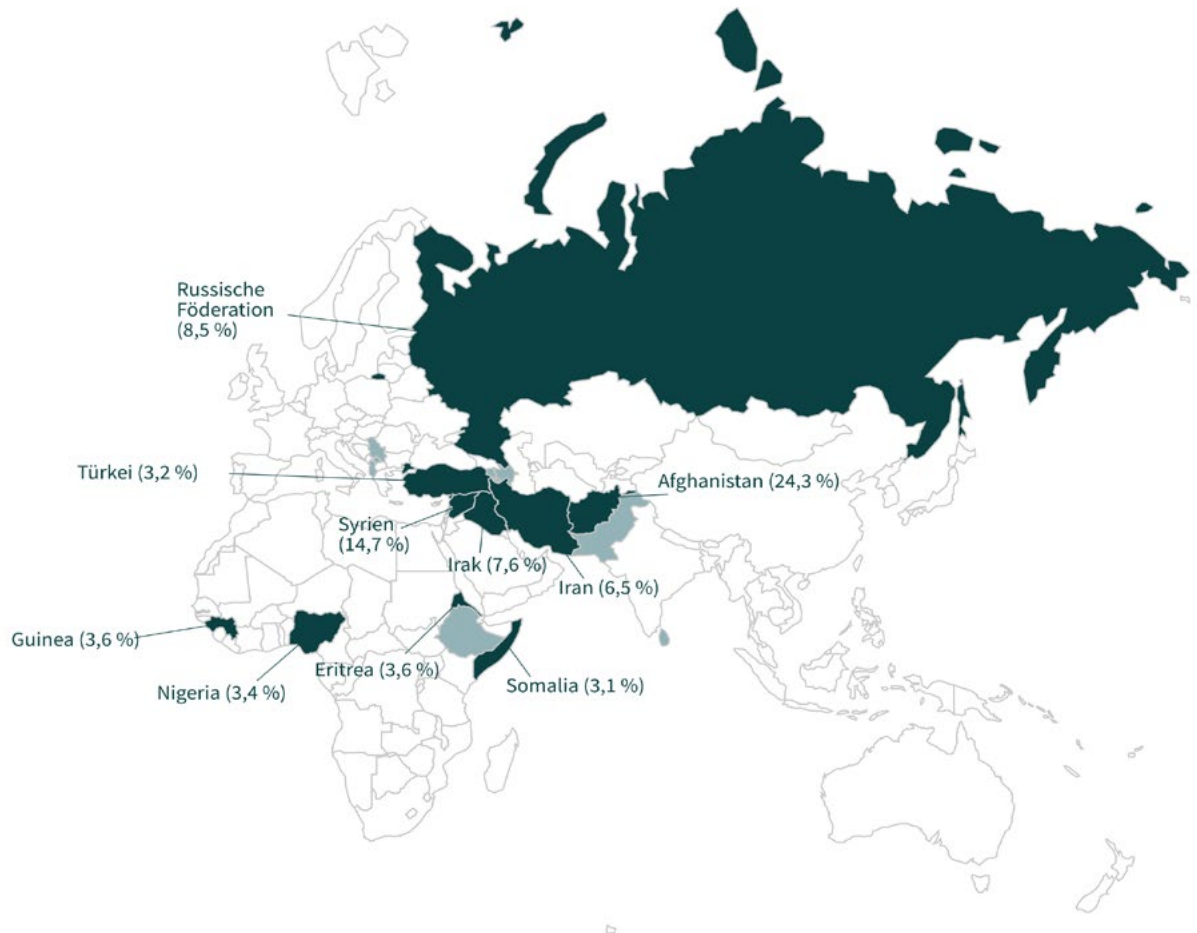


Abb. 17: Die 10 Hauptherkunftsstaaten der Klient*innen in den PSZ im Jahr 2018.

1	Afghanistan	24,3 %	11	Kosovo	2,2 %
2	Syrien	14,7 %	12	Pakistan	1,6 %
3	Russische Föderation	8,5 %	13	Armenien	1,3 %
4	Irak	7,6 %	14	Gambia	1,3 %
5	Iran	6,5 %	15	Sri Lanka	1,3 %
6	Guinea	3,6 %	16	Serbien	1,1 %
7	Eritrea	3,6 %	17	Libanon	1,0 %
8	Nigeria	3,4 %	18	Aserbaidtschan	1,0 %
9	Türkei	3,2 %	19	Äthiopien	1,0 %
10	Somalia	3,1 %	20	Albanien	1,0 %

Tabelle 4: Die 20 Hauptherkunftsstaaten der Klient*innen in den PSZ im Jahr 2018.

Überlebende von Folter in den Psychosozialen Zentren

In vielen dieser Länder erleiden Menschen trotz des weltweit gültigen absoluten Folterverbots systematische Folterhandlungen und andere grausame, unmenschliche oder erniedrigende Misshandlungen. Genaue Zahlen über die weltweite Verbreitung von Folter und anderen schweren Menschenrechtsverletzungen gibt es nicht, eine statistische Ermittlung des globalen Ausmaßes ist unmöglich. Folter steht international unter Strafe und findet im Verborgenen statt, sie wird vertuscht und geleugnet. Amnesty International hat zwischen 2009 und 2014 Folterhandlungen in 141 Ländern dokumentiert – in über der Hälfte dieser Länder wurde systematisch oder routinemäßig gefoltert. Dieser Analyse lagen allerdings ausschließlich Fälle zugrunde, die sich belegen ließen, so dass davon auszugehen ist, dass das tatsächliche Ausmaß deutlich größer ist (Amnesty International, 2014). Neuere umfassende Analysen zur weltweiten Verbreitung von Folter gibt es kaum.

Überlebenden von Folter fällt es oft jahrelang schwer, über ihre demütigenden Erfahrungen zu sprechen, auch Zeug*innen sind oft eingeschüchtert und schweigen deshalb. Oft nutzen Folternde bewusst Formen der Gewalt und Demütigung, die in der Kultur der Opfer besonders tabuisiert und entehrend sind. So finden sich in allen Herkunftsländern von Gewaltüberlebenden weibliche und männliche Opfer sexualisierter Gewalt – eine Form der Misshandlung, die in allen Kulturen die erniedrigendste Form der Demütigung und Entehrung ist (Gurris, 1995; zit. nach Wenk-Ansohn et al., 2019). Epidemiologische Daten sind daher in diesem Bereich aufgrund der starken Tabuisierung kaum zu erfassen (Wenk-Ansohn et al., 2019). Auch im Asylverfahren schaffen es viele Betroffene zunächst nicht, bestimmte Misshandlungen und Gewalterfahrungen als Fluchtgründe darzulegen.

Die Psychosozialen Zentren gaben in der aktuellsten Befragung für durchschnittlich 19 % ihrer Klient*innen an, dass sie Opfer von Folter geworden sind. Im Durchschnitt betreut jedes PSZ 145 Klient*innen, von denen bekannt ist, dass sie Folterüberlebende sind.

Klient*innen, die Folter überlebt haben

Σ (n = 30)	4.346
\bar{x} pro Zentrum (\bar{x})	145 (19 %)
typisches Zentrum (\bar{X})	38
Min	5
1. Quartil	18
2. Quartil (Median)	38
3. Quartil	131
Max	1.300

Tabelle 5: Folterüberlebende Klient*innen in den PSZ 2018.

Während einige Klient*innen schon sehr früh Unterstützung suchen, zum Beispiel, weil sie im Asylverfahren mit ihren Gewalterfahrungen konfrontiert und nicht allein in der Lage sind, die belastenden Erinnerungen zu sortieren, stehen bei anderen Klient*innen andere Fluchtgründe und Belastungen im Vordergrund, so dass nicht bei allen Klient*innen entsprechende Misshandlungen thematisiert und entsprechend dokumentiert werden. Die Geschichte von Aslan R. aus Tschetschenien zeigt, dass viele Überlebende erst lange Zeit nach ihrer Flucht von ihren Erlebnissen eingeholt und aus dem Gleichgewicht gebracht werden.



Aslan R. aus Tschetschenien:

„Du fühlst irgendwie die Trennung zwischen Körper und Psyche. Der Körper fühlt den Schmerz, aber die Psyche akzeptiert diesen Schmerz nicht.“

Aslan R. war Anfang 30, als er Tschetschenien verlassen musste. Er ist in der tschetschenischen Hauptstadt Grozny aufgewachsen und hat dort mit seinen Eltern und seinem jüngeren Bruder zusammengelebt. Anfangs flüchtete er zusammen mit seiner Mutter und seinem Bruder zu einer Verwandten, die außerhalb Tschetscheniens lebte.

„Jeder von uns verstand, was los war. Alle lebten sehr angestrengt. Es gab natürlich manchmal auch Streit in der Familie. Das passiert, wenn Menschen ständig unter Stress leben. Aber wir haben immer eine gemeinsame Sprache gefunden und wir waren sogar relativ glücklich, weil wir in der Zeit genug zu Essen hatten und Kleidung und Geld.“

Doch später wird Aslan R. selbst festgenommen und ist während seiner Inhaftierung schwerer Folter ausgesetzt.

„Irgendwann ging das alles zu Ende. An einem Tag morgens früh wurde ich verhaftet und sie haben mich dann mitgenommen. Sie haben mich ungefähr zwei Wochen lang gefoltert. Wenn man in eine solche Situation kommt, denkt man, als wäre das nicht mit dir passiert. Du fühlst irgendwie die Trennung zwischen Körper und Psyche. Der Körper fühlt den Schmerz, aber die Psyche akzeptiert diesen Schmerz nicht. Also ich weiß nicht, wie ich damals funktionierte, wie meine Nerven funktioniert haben, aber ich habe alles auf eine Karte gesetzt, um zu überleben. Also ich habe alles Mögliche getan, um am Leben zu bleiben. Darüber möchte ich nicht so gerne sprechen.“

Nach zwei Wochen gelang es seiner Familie schließlich ihn freizukaufen.

„Als ich schon fast im Sterben lag, wurde ich einfach wie eine Leiche rausgeworfen und dafür bekamen sie noch circa 5.000 Dollar von meiner Familie. Sie dachten schon, dass ich sterben würde und ich hatte auch nicht gehofft, weiterzuleben. Es hat sich aber so ergeben, dass ich überlebt habe.“

Aslan war ab diesem Zeitraum fortwährend mit einer erneuten Verhaftung konfrontiert und musste zudem um die Sicherheit seiner Freunde und Familie fürchten, so dass ein „normales“ Leben für ihn nicht mehr möglich war. Um niemanden zu gefähr-

den, hielt er sich zunächst eine Zeit lang in wechselnden Verstecken auf. Da dieser Zustand sich aber nicht lange aufrechterhalten ließ und er durch seine Anwesenheit seine Umgebung gefährdete, sah er sich schließlich gezwungen, Familie und Heimat zu verlassen und nach Deutschland zu fliehen.

„Hier in Deutschland ist es jetzt wieder eine neue Phase. Es war so: Du lebst ständig in Angst – aber du musst das machen, was du machen musst. Weil, ein zweites Mal wirst du das nicht überleben. Du wirst sterben (...).“

Jetzt kann ich ein normales Leben führen, aber alles was drinsteckt, das bleibt. Je mehr ich hier zu tun habe und mich ablenken kann, desto besser fühle ich mich (...). Aber jetzt in letzter Zeit habe ich wieder mehr Zeit für mich und da kommt die ganze Vergangenheit wieder. Und das ist eine Belastung, das beunruhigt mich. Das bringt mich aus dem Gleichgewicht.“

Zu den 19 % der Klient*innen von denen im Verlauf der Begleitung durch das Psychosoziale Zentrum dokumentiert wurde, dass sie im Herkunfts- oder einem Transitland durch staatliche oder nicht-staatliche Akteur*innen gefoltert wurden, kommt ein großer Anteil von Menschen, die im Krieg oder während politischer Unruhen andere schwere Menschenrechtsverletzungen erlitten haben, die nicht unter dem Begriff Folter zusammenzufassen sind. Diese Erfahrungen umfassen meist nicht nur das Miterleben von Bombardierungen und bewaffneten Angriffen, sondern zusätzlich auch folterähnliche systematische Gewalt sowie eine Kumulierung von langandauernden Verfolgungs- und lebensbedrohlichen Situationen, oft verbunden mit einer systematischen Diskriminierung aus ethnischen, religiösen oder geschlechtsspezifischen Gründen. In der Regel lassen diese Erfahrungen und Gründe für eine Flucht sich nicht klar voneinander trennen und sie verstärken sich in ihrem Einfluss.

Mehrfachtraumatisierungen sind bei Geflüchteten deshalb sehr häufig. Auch in einer Befragung von Geflüchteten durch das wissenschaftliche Institut der AOK gaben 31 % der Befragten an, dass sie mehr als drei traumatisierende Gewalterfahrungen gemacht haben (Schröder et al., 2018). Ebenso wie in den Psychosozialen Zentren gaben 19 % der befragten Geflüchteten an, dass sie in ihrem Herkunfts- oder einem Transitland Opfer von Folter geworden sind. Weitere 15% sind Zeug*innen von Folter, Tötungen oder sexueller Gewalt geworden. Darüber hinaus berichteten die Befragten unter anderem von Kriegserlebnissen (60 %), von Angriffen durch das Militär (40 %), der Verschleppung oder dem Verschwindenlassen von Angehörigen (35 %) sowie von Inhaftierungen (16 %). Viele Geflüchtete haben auch im Zusammenhang mit ihrer Flucht Gewalterfahrungen gemacht (29 %) oder andere lebensbedrohliche Situationen (16 %) bzw. schwer belastete Ereignisse erlebt (12 %; Schröder et al., 2018; siehe Tabelle 6).

Lebenszeitprävalenzen traumatischer Ereignisse bei Geflüchteten

Kriegserlebnisse	60,4 %
Angriff durch Militär	40,2 %
Verschleppte, verschwundene Angehörige	34,8 %
Gewalterfahrungen im Zusammenhang mit Flucht	29,2 %
Foltererfahrung	19,0 %
Andere lebensbedrohliche Situationen	16,1 %
Lagerhaft, Geiselhaft, Isolationshaft	15,7 %
Zeuge von Folter, Tötungen, sexueller Gewalt	15,4 %
Gewaltsamer Tod wichtiger Bezugspersonen	15,4 %
Andere schwer belastende Ereignisse	11,9 %
Sexueller Angriff, Vergewaltigung	6,2 %

Tabelle 6: Lebenszeitprävalenzen traumatischer Ereignisse – erwachsene Geflüchtete in Deutschland 2017/2018, 1.965 Befragte (Quelle: WlDO 2018).

In einer Studie des wissenschaftlichen Instituts der AOK gaben nur 22,5% der befragten Geflüchteten an, keines der genannten traumatischen Ereignisse erlebt zu haben. 15,1% der Geflüchteten berichteten von 2 traumatischen Ereignissen, 12,5 % von berichteten 3 und 30,7% mehr als 3 traumatische Erfahrungen.

Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen

Für die große Mehrheit der Geflüchteten in den PSZ bleibt über lange Zeit hinweg unsicher, ob sie in Deutschland dauerhaft auf eine Perspektive hoffen können. Ihre Lebensrealität ist geprägt davon, warten zu müssen – auf das Ergebnis ihres Asylverfahrens, darauf die Massenunterkunft verlassen, arbeiten und die eigene Familie nachholen zu können. Der Ausgang dieser Wartesituation ist unsicher, die

Angst vor einer erzwungenen Rückkehr ins Herkunftsland allgegenwärtig. Wer sich selbst aus dieser erzwungenen Passivität befreien will, muss viele bürokratische Hürden überwinden. Die Geschichte von Amara S.*¹⁵ aus dem Iran zeigt, wie viel Kraft und Willensstärke es braucht, um diesen Weg zu bestreiten.

Amara S. aus dem Iran

„Ich hatte immer Probleme in unserem Heim. Es war sehr schrecklich und all diese Situationen haben mich gezwungen, dass ich gesagt habe: Ok ich schaffe es nicht mehr – ich will mich umbringen.“

Amara S. ist nach fast sieben Monaten Flucht aus dem Iran im Mai 2017 in Deutschland angekommen. Zum Zeitpunkt des Interviews lebt sie bereits seit zwei Jahren in Deutschland. Amara hatte Glück und fand ungewöhnlich frühzeitig, bereits einen Monat nach ihrer Ankunft, Unterstützung in einem Psychosozialen Zentrum. Sie musste von der Erstaufnahmeeinrichtung weit in eine andere Stadt fahren, fasste dort aber schnell Vertrauen zur Sozialarbeiterin des Zentrums. Sie wurde dabei unterstützt, einen Intensivsprachkurs zu finden, Termine bei Ärzt*innen wahrzunehmen und vor allem die Belastungen des Asylverfahrens zu bewältigen.

„Zuerst haben diese Termine mit der Sozialarbeiterin mir Hoffnung gegeben. Sie hat immer versucht einen Weg für mich klarzumachen, dass es Wege und Hoffnung für mich gibt. Ich dachte, es ist doch egal, dass die Antwort vom BAMF negativ ist, weil ich mit einer großen Hoffnung nach Deutschland gekommen bin. Und ich habe gedacht: Okay, es gibt jemanden in Deutschland, der mich beschützt und mir helfen kann, dass ich mein Kind wieder zurückbekomme. Aber das BAMF hat mir nicht geglaubt.“

Sie schildert, wie wichtig neben der sozialarbeiterischen Unterstützung auch das Beziehungsangebot und das Vertrauensverhältnis war, das sie im Psychosozialen Zentrum gefunden hat.

„Ich hatte immer Angst vor den Leuten, am Anfang hier in Deutschland. Und es war wirklich schwierig für mich, vertrauen zu können. Und die Sozialarbeiterin kümmert sich auch um die Probleme, die ich momentan habe. Zum Beispiel habe ich immer noch nicht den Aufenthaltstitel oder ich muss einen Antrag auf Nachfolge wegen meinem Kind beantragen oder sie kontaktiert meinen Rechtsanwalt. Oder ich nehme Medizin, manchmal schreibt sie mir: ‚Amara, Du musst daran denken, dass Du Deine Medikamente regelmäßig so einnimmst, wie sie dir der Arzt verschrieben hat‘. Sie kümmert sich wirklich.“

Amara ist sehr willensstark und selbstständig und hat seit ihrer Ankunft sämtliche Möglichkeiten unternommen etwas zu tun, zu arbeiten oder zu studieren. Doch durch die fehlende Aufenthaltserlaubnis war dies bisher nicht möglich.

„Es war vor sechs Monaten und ich konnte fast 1.500 € monatlich bekommen und dann auch eine feste Arbeitsstelle. Und das war eine große Chance für mich in den Arbeitsmarkt einzusteigen. Aber wegen meiner Aufenthaltserlaubnis brauchte ich eine Zustimmung der Ausländerbehörde. Und es war so schwer und es hat so lange gedauert und am Ende hat der Chef gesagt: Ich brauche dich nicht mehr. Sehen Sie, das war so hoffnungslos.“

¹⁵ Alle Fallbeispiele in diesem Bericht wurden sorgfältig anonymisiert. Angaben zu Namen, Alter, Herkunft und aktuellem Wohnort wurden geändert.

Amara ist müde von all den bürokratischen Anstrengungen und Hürden. Sie will arbeiten, studieren und unabhängig vom Staat werden, doch ebendieser legt ihr Steine in den Weg. Ohne Aufenthaltserlaubnis sind die ersten 18 Monate in Deutschland sehr schwer.

„Wenn man diese 18 Monate durchhalten kann, dann langsam, langsam kommt etwas. Sonst, ohne Aufenthaltserlaubnis sind die ersten 18 Monate – man ist nicht mehr in dieser Welt. Ich meine, man lebt immer. Aber ohne Gefühl, ohne Perspektive. Man ist nur körperlich lebendig. Wenn man keine Versicherung hat, bekommt man immer einen Schein vom Sozialamt. Aber das Sozialamt ist nur zwei Tage in der Woche da. Und der Schein ist nur für drei Monate gültig. Und wenn man nicht krank ist, braucht man den Schein nicht und kümmert sich nicht darum. Und ich war depressiv, ich hatte keine Lust und wollte nicht zum Sozialamt. Es war sehr schwierig. Ich wollte zum Beispiel einfach zum Hausarzt gehen, aber weil der Schein fehlte, konnte ich nicht.“

Wegen all dieser Hürden wollte sie trotz ihrer Willensstärke manchmal aufgeben.

„Aber manchmal wollte ich wirklich aufgeben. Bestimmt vier, fünf Mal wollte ich mich umbringen. Und ich nehme immer noch Medizin wegen meiner Depression oder Schlafproblemen. Ich habe keine Therapie bekommen, nur die Medizin.“

Eine Frauengruppe, die einmal wöchentlich für Geflüchtete aus unterschiedlichsten Ländern angeboten wird, gibt ihr Halt. Eine Therapeutin malt, tanzt und spricht mit den Frauen. So hat sie Atemtechniken erlernt, die ihr etwas Sicherheit geben. Besonders Angst machte ihr, dass sie als einzige Frau unter vielen Männern in einem Heim untergebracht war. In der Dunkelheit war es ihr nicht möglich, die sanitären Einrichtungen aufzusuchen.

Amara lebt inzwischen nicht mehr in diesem Heim. Aber sie kämpft noch immer um das Sorgerecht ihres Kindes, das ihr im Iran weggenommen wurde.



Amaras Geschichte steht exemplarisch für die vieler Geflüchteter. Sie können ihre Ressourcen nicht nutzen, weil die asyl- und aufenthaltsrechtlichen Restriktionen es ihnen verbieten. Misserfolgs- und Ausgrenzungserfahrungen lassen sie verzweifeln und verstärken die Symptome psychischer Belastungen. Zum Gesundheitssystem haben Menschen wie Amara aber gerade in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts nur eingeschränkt Zugang.

Hier setzen die Psychosozialen Zentren an: Sie schließen eine Lücke, wo das Regelsystem für Menschen mit unsicherem Aufenthaltsstatus nicht zugänglich ist und bieten auch qualitativ ein Komplexleistungsangebot, das zusätzlich zum therapeutischen Setting bei der Überwindung sozial- und aufenthaltsrechtlicher Hürden unterstützt.

Weil diese Lücke nach wie vor groß ist, begleiten die meisten Psychosozialen Zentren vor allem Klient*innen, die noch im Asylverfahren sind ($M = 45\%$ der Klient*innen eines PSZ) oder nur eine Duldung haben ($M = 25\%$). Geflüchtete mit einer Aufenthaltserlaubnis ($M = 26\%$) oder gar Niederlassungserlaubnis ($M = 2\%$) werden häufig nicht aufgenommen, weil sie zumindest formal bessere Chancen haben, auch in der Regelversorgung Behandlungsmöglichkeiten zu finden. Geflüchtete mit sicherem Aufenthaltsstatus sind deshalb meist Klient*innen, deren Status sich erst im Verlauf der Behandlung im PSZ geändert hat.

Im Jahresvergleich zeigt sich, dass der Anteil der Menschen, die sich noch im Asylverfahren befinden, seit 2016 etwas gesunken ist (siehe Abbildung 18). Er ist in dem Jahr von 2017 auf 2018 noch einmal von durchschnittlich 50 % auf 45 % zurückgegangen, der Anteil der Klient*innen mit einer Aufenthaltserlaubnis hingegen von 20 % auf 26 % gestiegen. Relativ konstant bleibt nach wie vor der Anteil der Geflüchteten, der nur eine Duldung erhält ($M = 25\%$), dessen aufenthaltsrechtliche Unsicherheit sich also in der Regel über lange Zeit hinweg nicht auflöst.

Insgesamt befinden sich in einem durchschnittlichen Psychosozialen Zentrum 72 % der Klient*innen in aufenthaltsrechtlicher Unsicherheit. Nur 28 % haben zumindest für einige Zeit einen sicheren Aufenthaltstitel.

Die aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen in den Zentren unterscheidet sich also sehr deutlich von der aller Geflüchteten, die in Deutschland leben: Dort zeigt sich das Verhältnis genau umgekehrt: Von den rund 1,65 Millionen Geflüchteten, die Ende 2018 in Deutschland lebten, hatten 71 % einen relativ gesicherten Aufenthalt und nur 29 % befanden sich noch im Asylverfahren oder wurden hier nur geduldet. Die Klient*innen der Zentren befinden sich im Vergleich also in einer besonders prekären, unsicheren Situation und sind damit zusätzlichen Belastungsfaktoren ausgesetzt, die ihre Gesundheit beeinflussen und in der Versorgungspraxis berücksichtigt werden müssen.

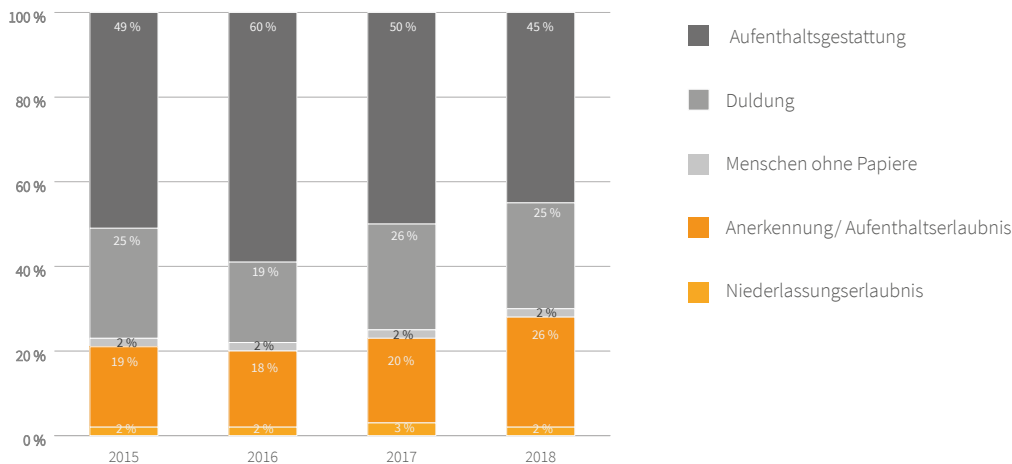


Abb. 18: Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen in den PSZ im Jahresvergleich 2015-2018.

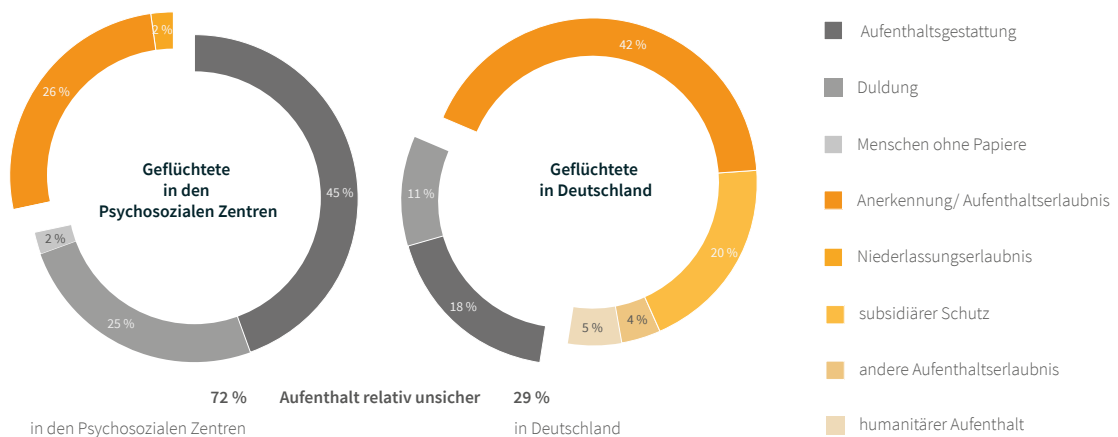


Abb. 19: Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen in den PSZ 2018 im Vergleich mit der von Geflüchteten in der BRD 2018.

ABSCHIEBUNGSVERBOTE AUS GESUNDHEITLICHEN GRÜNDEN

Was sind Abschiebungsverbote aus gesundheitlichen Gründen?

Psychische Erkrankungen können im Asylverfahren ein sogenanntes Abschiebungsverbot aus gesundheitlichen Gründen begründen. Ein solches wird zuerkannt bei lebensbedrohlichen oder schwerwiegenden Erkrankungen, die sich in der Folge der Abschiebung wesentlich verschlechtern würden, etwa weil im Herkunftsland die erforderlichen Therapieangebote oder Medikamente nicht verfügbar sind. Abschiebungsverbote werden vom BAMF nur dann geprüft, wenn es die Voraussetzungen der vorrangigen Schutzformen (Asyl- und Flüchtlingsschutz, subsidiärer Schutz) verneint. Entscheidet das BAMF, dass auch keine Abschiebungsverbote vorliegen, so wird die betroffene Person zumeist ausreisepflichtig, es sei denn, sie hat aus anderen Gründen ein Bleiberecht. Stellt das BAMF hingegen fest, dass ein Abschiebungsverbot vorliegt, erhält die betroffene Person in der Regel eine humanitäre Aufenthaltserlaubnis von der zuständigen Ausländerbehörde.

Welche Rolle spielen Stellungnahmen und ärztliche Bescheinigungen im Asylverfahren?

Das BAMF muss im Asylverfahren zwar grundsätzlich von sich aus prüfen, ob ein krankheitsbedingtes Abschiebungsverbot vorliegt. Die Betroffenen müssen hierfür jedoch zunächst darlegen, dass sie krank sind. Schon seit langem stellen das BAMF und die Verwaltungsgerichte hierbei hohe Anforderungen an die Betroffenen.

Mit Wirkung zum 21. August 2019 wurden viele dieser Anforderungen in Gesetzesform gegossen. Nach dem Aufenthaltsgesetz (§ 60 Abs. 7 i.V.m. § 60a Abs. 2c) müssen die Betroffenen nun eine sog. **qualifizierte ärztliche Bescheinigung** einreichen, wenn sie im Asylverfahren eine Erkrankung geltend machen möchten. Hierdurch wurden die Möglichkeiten, Abschiebungsverbote aus gesundheitlichen Gründen geltend zu machen, weiter eingeschränkt.

Während zuvor auch die Stellungnahmen psychologischer Psychotherapeut*innen zumindest von Teilen der Rechtsprechung akzeptiert wurden, werden inzwischen selbst umfangreiche Stellungnahmen unter Verweis auf die fehlende „ärztliche“ Qualifikation zurückgewiesen. Der gesetzliche Ausschluss ist sachlich nicht zu rechtfertigen, sondern fußt auf politischem Kalkül. Psychologische Psychotherapeut*innen sind zur Diagnose und Behandlung psychischer Erkrankungen befähigt und berechtigt und werden ins Arztregister eingetragen. Zu den hohen gesetzlichen Anforderungen kommt erschwerend hinzu, dass das BAMF und die Verwaltungsgerichte im Bereich psychischer Erkrankungen oftmals nur

fachärztliche Atteste akzeptieren. Demnach sind psychisch kranke Geflüchtete nun stets auf die Bescheinigungen von Psychiater*innen und ärztlichen Psychotherapeut*innen angewiesen. Deren Behandlungskapazitäten sind jedoch stark begrenzt. Erschwerend hinzu kommen Sprachbarrieren und der ohnehin eingeschränkte Zugang zur Gesundheitsversorgung für Geflüchtete, vielen gelingt daher der Nachweis ihrer Erkrankung nicht.

Trotz der engen gesetzlichen Bestimmungen können auch psychologisch-psychotherapeutische Stellungnahmen Sachaufklärungspflichten auslösen. So können und sollten das BAMF und die Verwaltungsgerichte bei Hinweisen auf schwere psychische Erkrankungen eigene Ermittlungen anstellen und ein psychiatrisches Gutachten in Auftrag geben, was in der Praxis jedoch selten passiert.

Welche Anforderungen stellen das Aufenthaltsgesetz und die Rechtsprechung an ärztliche Bescheinigungen?

Damit eine ärztliche Bescheinigung als qualifiziert gilt, sollte diese die folgenden Informationen enthalten:

- Häufigkeit und Dauer der Behandlung,
- tatsächliche Umstände, die Grundlage der fachlichen Beurteilung sind (z. B. Krankheitsvorgeschichte, Testergebnisse),
- die Methode der Tatsachenerhebung (z. B. durchgeführte Untersuchungen, Herbeiziehung fremdanamnestischer Daten),
- die fachlich-medizinische Beurteilung des Krankheitsbildes (Diagnose) und Schweregrad der Erkrankung,
- lateinischer Name oder die Klassifizierung der Erkrankung nach ICD 10,
- Folgen, die sich nach ärztlicher Beurteilung aus der krankheitsbedingten Situation voraussichtlich ergeben (Einschätzung, welche weitere Behandlung über welchen Zeitraum erforderlich ist und welche gesundheitlichen Folgen im Falle eines Behandlungsabbruchs drohen; Auswirkungen der Erkrankung auf Fähigkeit zur Alltagsbewältigung),
- die zur Behandlung der Erkrankung erforderlichen Medikamente mit der Angabe ihrer Wirkstoffe und diese mit ihrer international gebräuchlichen Bezeichnung;
- speziell bei PTBS: Angaben der betroffenen Person zu Gewalterlebnissen; Ausführungen dazu, ob die geschilderten Beschwerden durch die erhobenen Befunde bestätigt werden.

**7. Welche Angebote
nehmen die
Klient*innen in den
PSZ wahr?**

7. Welche Angebote nehmen die Klient*innen in den PSZ wahr?

Psychische Belastungen, mit denen Geflüchtete sich an die Psychosozialen Zentren wenden, manifestieren sich oft nicht allein aufgrund der Schwere der traumatischen Erfahrungen, die sie im Herkunftsland oder auf der Flucht erlebt haben, sondern auch weil eine Vielzahl an Entwurzelungs- und Belastungserfahrungen hinzukommen. Der Stress der unsicheren Aufenthaltssituation, die Gefahr, dass die

eigene Verfolgungsgeschichte von den Behörden nicht geglaubt wird und die Isolation und Fremdbestimmung in Massenunterkünften tragen dazu bei, dass Gefühle der Ohnmacht und des Kontrollverlusts, wie Geflüchtete sie in extremster Form durch Folter und Krieg erlebt haben, sich im Lebensalltag immer wieder wiederholen.

Sewarion B. aus Georgien

„Die Angst, dass ich vielleicht morgen oder übermorgen aus Deutschland abgeschoben werde – da gibt es keine Möglichkeit zu vergessen.“

Wie schwierig es ist, die Vergangenheit zurückzulassen, wenn auch die Gegenwart keine Sicherheit und die Zukunft keine Perspektive bietet, hat uns Sewarion B. aus Georgien erzählt. Im Interview berichtet er, wie sehr sein Duldungsstatus und die jahrelange Unsicherheit der gesamten Familie psychisch zusetzt. Der Asylantrag der Familie wurde abgelehnt, ebenso ein Antrag bei der Härtefallkommission.

„Nach der Ablehnung unseres Antrags sieht meine Frau keine Zukunft. Nachdem wir nach Deutschland gekommen sind, hatten wir die Hoffnung, eine Ruhezeit für uns zu finden. Aber mit uns ist es so unsicher, das ist unvorstellbar. Ich weiß nicht, was morgen passieren wird.“

Das Familienleben ist durch diese nun seit sechs Jahren währende unsichere aufenthaltsrechtliche Situation sehr belastet. Der psychische Zustand seiner Frau verschlechtert sich zunehmend. Sewarion kümmert sich sehr um seine Frau und seine Kinder. Diese Aufgabe und Verantwortung hilft ihm, die vergangenen Erfahrungen zu vergessen und sich abzulenken.

„Ich fühle, dass mich jemand braucht. Ich kann vielleicht für jemanden eine Hilfe sein, das hilft mir. Ich lebe, weil ich die Verantwortung für meine Kinder habe. Das ist meine Aufgabe und das Wichtigste.“

Zugleich ist auch Sewarion durch die Restriktionen, die mit dem geduldeten Aufenthaltsstatus verbunden sind, sehr belastet. Er hat keine Möglichkeit, arbeiten zu gehen und Geld zu verdienen. Die unsichere Lebenssituation ist von wesentlicher Bedeutung für die Bewältigung seiner Erfahrungen und Erlebnisse.

„Wenn man kann, muss man versuchen, alles zu vergessen. Aber meine Situation ist abhängig von Deutschland, alle unsere Versuche, in Deutschland einen Aufenthalt zu bekommen, sind abgelehnt und ich habe keine Hoffnung mehr. Ich versuche vielleicht alles zu vergessen, aber die Angst, dass ich vielleicht morgen oder übermorgen aus Deutschland abgeschoben werde – da gibt es keine Möglichkeit zu vergessen. Zuerst muss man sicher sein für seine Zukunft und sicher sein für seine Familie, dass nichts mehr passiert. Zeit macht alles gesund. Aber dafür muss man eine sichere Situation für sein Leben haben. Man kann nur in einer sicheren Situation vergessen.“

Die Geschichte dieser Familie zeigt, wie zentral eine Stabilisierung nach der Flucht vor allem auch von „äußerer Sicherheit“ abhängig ist. Psychotherapie ist oft notwendig, um die Folgen schwerer Gewalterlebnisse überwinden zu können. Aber die Symptome und Beschwerden, über die geflüchtete Klient*innen berichten, stehen gleichzeitig fast immer in unmittelbarer Wechselwirkung mit schwierigen äußeren Lebensbedingungen. Eine Stunde Psychotherapie pro Woche kann 7 mal 24 Stunden Lagerunterbringung mit mehreren fremden Menschen in winzigen Zimmern, eine über Jahre andauernde Angst vor Abschiebung und die Isolation von gesellschaftlicher Teilhabe oft nicht aufwiegen. Die aufenthalts- und sozialrechtlichen Bestimmungen, die das Leben von Geflüchteten strukturieren, sind kompliziert und haben sich in den letzten Jahren permanent und zum Teil in rasender Geschwindigkeit verändert. Die Versorgungsstruktur der Psychosozialen Zentren beinhaltet deshalb sowohl sozialarbeiterisch-beratende als auch psychotherapeutische Angebote.

Insgesamt waren 2018 fast 20.000 Klient*innen im Beratungssetting der PSZ angebunden ($\Sigma = 19.641$; $M = 491$; $Md = 284$). Mit über 6.000 Klient*innen wurde auch psychotherapeutisch gearbeitet ($\Sigma = 6.132$; $M = 175$; $Md = 120$). Für jede*n Klient*in wird individuell überlegt, welche Angebote für seine*ihre Anliegen hilfreich sein können. Oft verändern sich diese Bedarfe auch über die Zeit und Klient*innen werden zu Beginn im Beratungssetting aufgenommen und zu einem späteren Zeitpunkt auch therapeutisch angebunden. Häufig werden Klient*innen zusätzlich in weiteren niedrigschwelligen Unterstützungssettings wie Kunst-, Musik- oder Bewegungstherapien sowie bildungs- und integrativen Formaten begleitet ($\Sigma = 3.602$; $M = 144$; $Md = 35$). In einigen Zentren ($n = 8$) können Klient*innen auch psychiatrisch versorgt werden - dies betrifft insgesamt jedoch weniger als 400 Personen ($\Sigma = 387$) und auch innerhalb der Zentren nur eine kleine Anzahl von Klient*innen ($M = 48$; $Md = 45$).

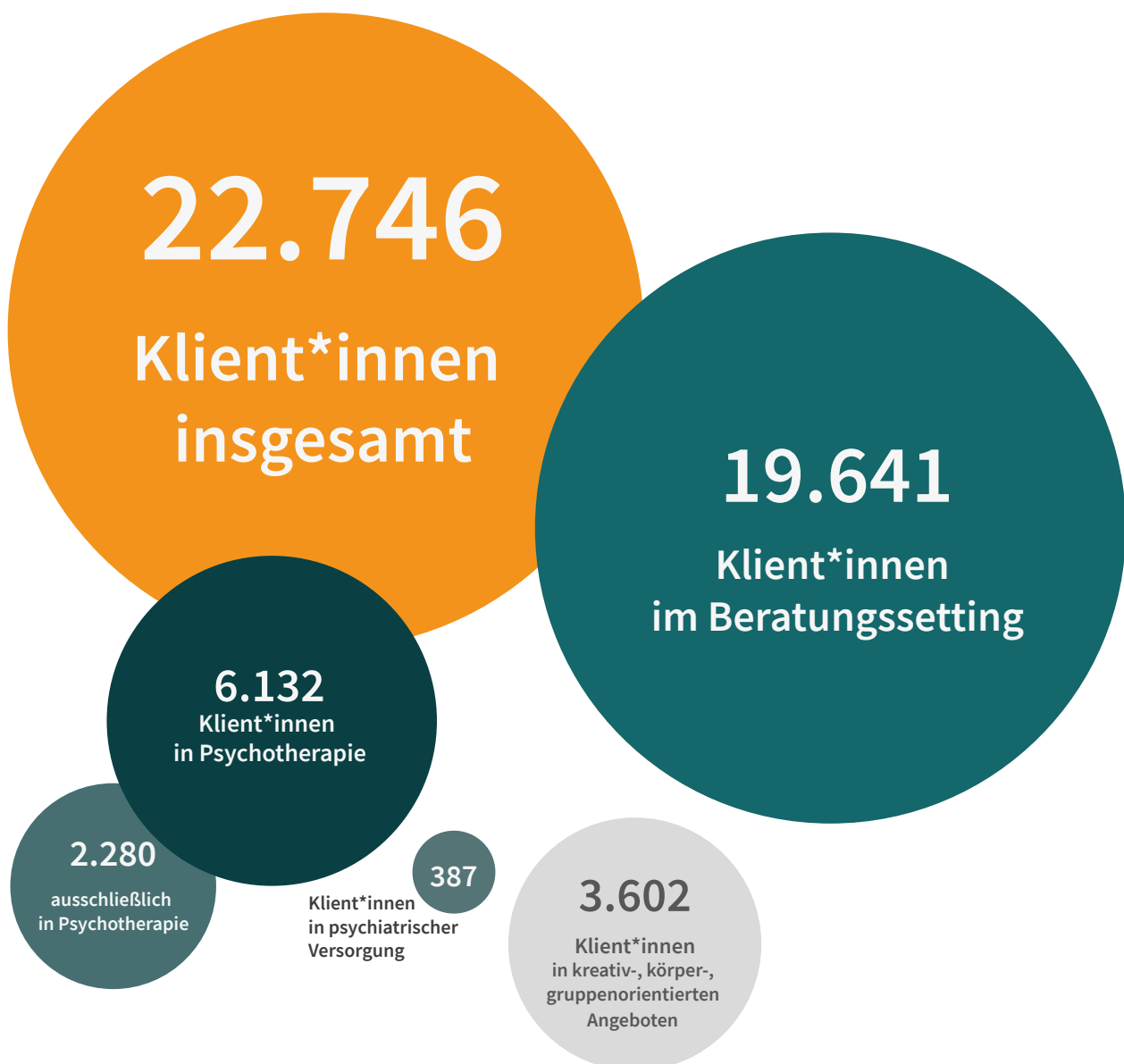


Abb. 20: Summe der Klient*innen in den PSZ in den Versorgungssettings 2018.

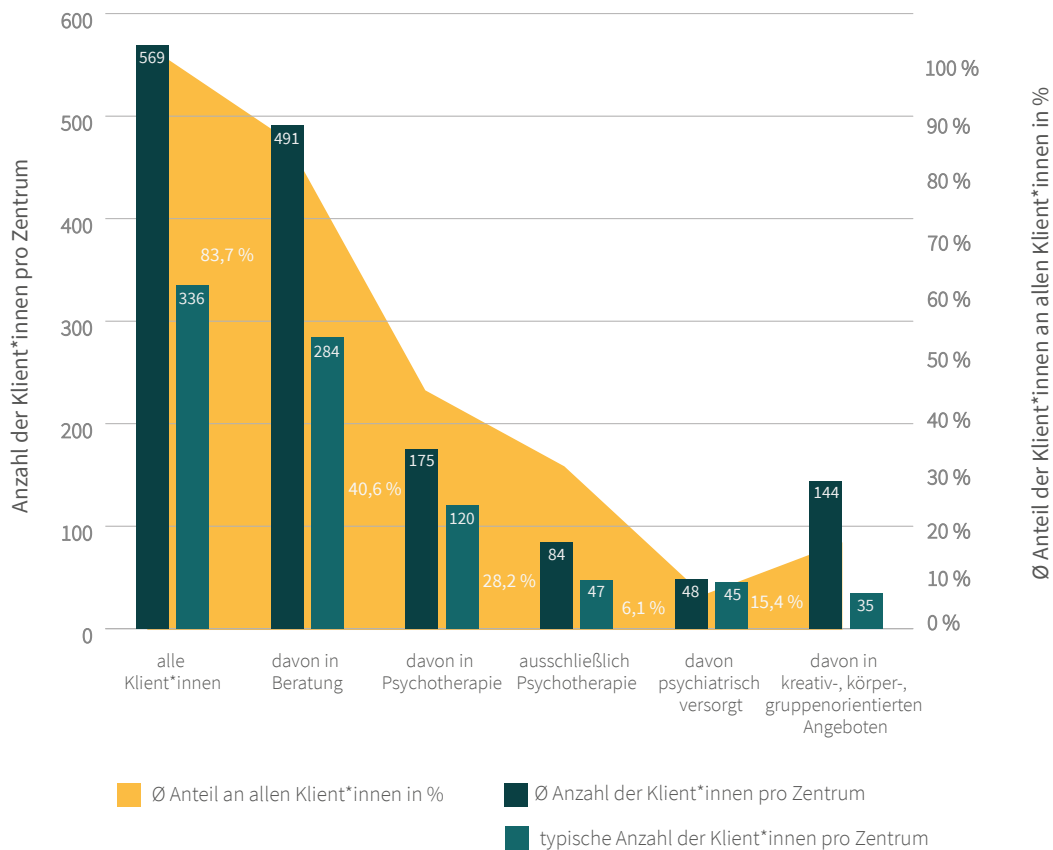


Abb. 21: Klient*innen in den einzelnen Versorgungssettings in einem durchschnittlichen (M) bzw. typischen Zentrum (Md).

Damit ist das Kernangebot der Psychosozialen Zentren in fast allen Einrichtungen das Beratungssetting. Im Durchschnitt sind in jedem Zentrum 84 % der Klient*innen an die sozial- und asylrechtliche Beratung oder eine psychosoziale/psychologische Beratung angebunden (M = 83,7 %; Md = 100 %). 35 der 40 PSZ bieten zusätzlich auch Psychotherapie an. Durchschnittlich werden pro Zentrum 41 % der Klient*innen auch psychotherapeutisch begleitet (M = 40,6 %; Md = 35,0 %). Die Beratungs- und die therapeutischen Teams der PSZ unterstützen die meisten Klient*innen gemeinsam, so dass Klient*innen nur selten ausschließlich über die Therapie an das PSZ angebunden sind. Im Durchschnitt beträgt

der Anteil der Klient*innen, die das PSZ ausschließlich für die Therapie aufsuchen zwar rund 28 % (M = 28,2 %), in der Hälfte der Zentren werden jedoch weniger als 17 % der Klient*innen ausschließlich therapeutisch begleitet (Md = 16,6 %). Ein Teil der Klient*innen ist zusätzlich an weitere multimodale Angebote angebunden, u. a. an kreative oder bewegungsorientierte therapeutische Angebote, bildungs-, community- und freizeitorientierte Gruppenformate oder die Unterstützungsangebote ehrenamtlicher Mentor*innen (M = 15,4 %; Md = 8,8 %). In denjenigen Zentren, in denen es auch psychiatrische Angebote gibt, nehmen diese Angebote rund 6 % der Klient*innen wahr (M = 6,1 %; Md = 6,2 %).

	alle Klient*innen (n = 40)	davon Beratung (n = 40)	davon Psychotherapie (n = 35)	ausschließlich Psychotherapie (n = 27)	davon psychiatrisch versorgt (n = 8)	davon in kreativ-, körper-/ Gruppenangeboten (n = 25)
Summe	22746	19641	6132	2280	387	3602
Mittelwert	568,7	491,0	175,2	84,4	48,4	144,1
Median	335,5	284	120	47	45	35
durchschnittl. Anteil an allen Klient*innen (\bar{x})		83,7%	40,6%	28,2%	6,1%	15,4%
typischer Anteil an allen Klient*innen (\bar{x})		100,0%	35,0%	16,6%	6,2%	8,8%
Min	32,0	13,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Max	3287,0	3287,0	681,0	355,0	140,0	1409,0

Tabelle 7: Kennzahlen zur Anzahl der Klient*innen in den einzelnen Versorgungssettings 2018.

Sprachmittlung und mehrsprachige Arbeit in den Psychosozialen Zentren

Die Angebote der Psychosozialen Zentren werden in der Regel in Zusammenarbeit mit geschulten Sprachmittler*innen umgesetzt. Die Psychosozialen Zentren arbeiten seit ihrer Gründung mit Sprachmittler*innen und führen auch Fortbildungen für Sprachmittelnde zu den Spezifika der Arbeit mit traumatisierten Geflüchteten durch.

Etwa 2/3 aller Beratungen und Therapien in den PSZ (M = 64 %; Md = 70 %; Min = 10 %, Max = 96 %) finden unterstützt durch Sprachmittler*innen statt.

¼ der Beratungen und Therapien kann auf Deutsch oder Englisch stattfinden, weil Klient*in und Berater*innen/Therapeut*innen sich in einer dieser Sprachen wohl und sprachkompetent genug fühlen,

um auch komplexe und emotional belastende Themen zu besprechen (M = 25 %; Md = 20 %; Min = 1 %, Max = 70 %).

Oft sind die Teams der Psychosozialen Zentren selbst divers und mehrsprachig zusammengesetzt, so dass in einigen Sprachen auch auf muttersprachlichem Niveau in einer anderen gemeinsamen Sprache kommuniziert werden kann. Weil die Klient*innen der PSZ insgesamt aber aus über 70 verschiedenen Herkunftsländern kommen, sind auch die Sprachen, die sie sprechen, sehr vielfältig. Im Durchschnitt liegt der Anteil der Angebote, der in einer gemeinsamen Sprache (außer Deutsch und Englisch) stattfinden kann, deshalb nur bei 11 % (M = 11 %, Md = 6 %; Min = 0 %, Max = 50 %).

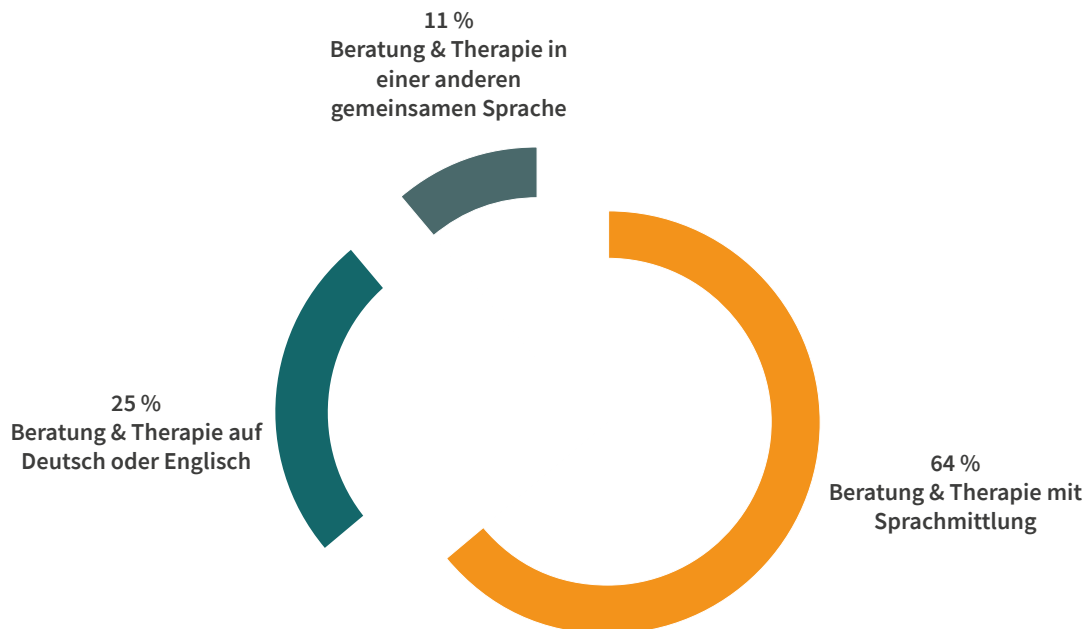


Abb. 22: Durchschnittlicher Anteil der Angebote in gemeinsamer Sprache oder mit Sprachmittlung.

VIDEO FÜR FACHKRÄFTE:

BERATUNG UND THERAPIE MIT GEFLÜCHTETEN. ARBEIT MIT SPRACHMITTLUNG

Professionelle Sprachmittlung ist für die Arbeit mit Geflüchteten in Beratungsstellen, Krankenhäusern, psychotherapeutischen oder ärztlichen Praxen unerlässlich. Die Arbeit mit Sprachmittlung bringt neben der sprachlichen Verständigung auch weitere Vorteile mit sich.

Die BAfF erklärt in einem Video, welche Regeln beachtet werden müssen, damit eine Therapie zu dritt gut funktioniert.

Das Video ist abrufbar unter: <http://www.baff-zentren.org/videos/>

Unter <http://www.baff-zentren.org/sprachmittlung/> stellen wir außerdem Arbeitshilfen und Musteranträge zur Verfügung, um die Kostenübernahme für Sprachmittlung bei der zuständigen Sozialbehörde zu erleichtern.



Welche Rolle spielt psychosoziale Beratung für die Teilhabe von Geflüchteten?

Ein Gastbeitrag von Henriette Hermühlen & Marc Millies (REFUGIO Bremen)¹⁶

Gesellschaftliche Teilhabe ist für Geflüchtete eine unmittelbare Notwendigkeit – insbesondere in Bezug auf ihre gesundheitliche Situation. Für die psychosoziale und therapeutische Arbeit in den Behandlungszentren steht daher auch die Verbesserung der Teilhabemöglichkeiten von Geflüchteten im Vordergrund.

Es stellt sich die Frage, wie und in welchen Bereichen dafür psychosoziale Beratung positiv wirksam sein kann? Dieser Frage ist REFUGIO Bremen e. V. in einer Untersuchung nachgegangen. Wir haben 41 Klient*innen im Rahmen der regelmäßigen Beratungs- und Behandlungsstunden mit einer für Geflüchtete adaptierten Version der **Inklusionschart (IC_Flü)** befragt. Eine zweistufige Untersuchung gibt Aufschluss über Veränderungen des Teilhabegrades und der psychischen Gesundheit. Qualitative Daten aus Interviews, u. a. mit Expert*innen, validieren die Ergebnisse.

Die Inklusionschart (IC_Flü):

In der Sozialen Arbeit wurde am Ilse Arlt Institut für Soziale Inklusionsforschung der Fachhochschule St. Pölten mit der „Inklusions-Chart“ (IC) ein Instrument entwickelt, mit dem die soziale Lebenssituation von Menschen erfasst und mit der anderer Personengruppen verglichen werden kann (vgl. Pantuček, 2005). Die BAfF nahm dies 2014 zum Anlass, ein Pilotprojekt zur Entwicklung von Indikatoren für die Inklusion Geflüchteter in Deutschland zu initiieren. Das einjährige Projekt „Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion“ wurde in Kooperation mit Expert*innen aus der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten – der BAfF sowie den Psychosozialen Zentren Refugio München, Refugio Bremen und dem PSZ Düsseldorf – durchgeführt und von Forscher*innen der Charité Universitätsmedizin Berlin sowie dem Entwickler der Inklusionschart (IC), Prof. Dr. Pantuček-Eisenbacher, wissenschaftlich begleitet. Mit Hilfe eines praxisorientierten Ansatzes wurde die IC3 dem rechtlichen und sozialen Lebenskontext Geflüchteter angepasst und die flüchtlingsspezifische Inklusionschart entwickelt. Diesem Fragebogen steht ein Manual zur Seite, das Hinweise zur Einstufung des Inklusionsgrades von Klient*innen in die verschiedenen gesellschaftlichen Funktionssysteme (bzw. im Kontext struktureller Exklusion in entsprechende flüchtlingsspezifische „Substituierende Systeme“) gibt. Es werden Indikatoren für die Einstufung des Inklusionsgrades einer Person definiert und flüchtlingsspezifische Beispiele zur Veranschaulichung beschrieben. (vgl. Baron et al, 2015).

<http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2015/10/Manual-zur-Inklusionschart.pdf>

Ein Recht auf gesellschaftliche Teilhabe

Gesellschaftliche Teilhabe und das Recht auf Inanspruchnahme für Geflüchtete ist nicht nur in der Allgemeinen Erklärung der Menschenrechte, sondern u. a. auch im Integrationsgesetz verankert. Gleichzeitig schreiben aber einige für Geflüchtete relevante Gesetze umgekehrt ihre (Teil)Exklusion in Deutschland fest. Darunter sind das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz oder das Asylbewerberleistungsgesetz (AsylbLG). Durch Wohnsitzauflagen oder Residenzpflichten können Betroffene oftmals nicht frei nach bedarfsgerechtem Wohnraum suchen und werden durch Diskriminierung bei der Wohnungssuche weiter ausgegrenzt. Durch Arbeitsverbote oder Vorrangprüfungen werden Geflüchtete auch auf dem Arbeitsmarkt exkludiert. Auch im Zugang zur Gesundheitsversorgung finden Ausschlüsse statt.

Teilhabe ist multifunktional bedingt

Der Forschungsbericht des Bundesministeriums für Arbeit und Soziales kommt 2017 zu dem Ergebnis, dass neben individuellen insbesondere strukturelle und staatlich-institutionelle Einflüsse die Teilhabe fördern oder – und dies ist häufiger der Fall – behindern (Europäische Kommission, 2004). Das Maß an Teilhabe ist multifunktional bedingt.

Angebote und Interventionen sollten diese unterschiedlichen Einflüsse in den Blick nehmen und adressieren. Es gilt, Geflüchtete darin zu unterstützen, ihre persönlichen Ressourcen zu (re)mobilisieren, Kompetenzen zu nutzen und aufzubauen und sich in der neuen und ungewissen Lebenssituation zu stabilisieren.

Inwieweit verändert sich die Teilhabe von Geflüchteten im Prozess der psychosozialen Arbeit? Anhand eines Fragebogens, der IC_Flü (Baron et al, 2015), wird in der Untersuchung der Grad der Teilhabe auf drei Achsen in Unterskalen gemessen (s. Abb. 23):

Funktionssysteme / substituierende Systeme: Arbeitsmarkt, Sozialversicherung, Geldverkehr, Mobilität, Bildungswesen, Medien, medizinische Versorgung, Kommunikation, lebensweltlicher Support

Status und Qualität der Existenzsicherung: Wohnen, Lebensmittel, Sicherheit

Funktionsfähigkeit: körperliche Gesundheit, psychische Gesundheit, Kompetenzen, Sorgepflichten

¹⁶ Henriette Hermühlen studierte an der Universität Potsdam und im Master „Psychologie in Arbeit, Bildung und Gesellschaft“ an der Friedrich-Schiller-Universität Jena und ist derzeit bei REFUGIO Bremen als Psychologin und Heilpraktikerin Psychotherapie tätig.

Marc Millies studierte Kulturwissenschaften und Geschichte an der Universität Bremen und ist derzeit bei REFUGIO Bremen als Referent für Kommunikation tätig.

I.a. FUNKTIONSSYSTEME/ I.b. SUBSTITUIERENDE SYSTEME	Inkludierungsgrad				Tendenz (Dynamik) ↖ = ↘ ↗ !!	Informationen (Daten und Fakten)	Intervention (laufend und geplant)
	Voll	Weitge- hend	Mang- elhaft	Exklu- diert			
A. Arbeitsmarkt							
A1. bei Arbeitsverbot Teilnahme an gesellschaftlicher Arbeitsteilung						Optionen: - Gemeinnütziger Arbeit / 1 Euro-Job - Ehrenamtliche Tätigkeit - Sonstiges	
B Sozialversicherung							
C. Geldverkehr							
D. Mobilität							
E. Bildungswesen							
E1. Deutschkurse + Bildungsangebote der spezialisierten Einrichtungen							
F. Medien							
G. Medizinische Versorgung							
G1. Flüchtlings-spezifische Gesundheitseinrichtung						Optionen: - Psychotherapeutische Behandlung in einem Psychosozialen Zentrum für Flüchtlinge und Folteropfer - Medizinische Versorgung über Medizinische Flüchtlingshilfe - Sonstiges	
H. Kommunikation							
I. Lebensweltlicher Support							
I.1. (Semi)professioneller oder ehrenamtlicher lebensweltlicher Support						Optionen: - lokale Flüchtlingssozialarbeit - ehrenamtliche Begleitung - Mentorenprogramme - Vormund - Sonstiges	

Abb. 24: Beispielitems der IC_Flü.

Diese werden vierstufig erfasst und um zu erwartende Tendenzen sowie Kommentare für z. B. geplante Interventionen ergänzt. Im Rahmen dieser Untersuchung werden die jeweils markantesten Skalen ausgewertet und betrachtet.

einem Zeitraum von sechs bis neun Monaten zweimal mit Hilfe der IC_Flü befragt. Die Bearbeitung des Fragebogens erfolgte gemeinsam mit den Klient*innen im Rahmen der Beratungs- und Behandlungssettings.

Untersuchungsdesign

In dieser Untersuchung wird die IC_Flü als Instrument einer Verlaufsdokumentation genutzt, d. h. Klient*innen bei REFUGIO Bremen e. V. wurden in

Ergänzend werden teilstrukturierte qualitative Interviews mit Expert*innen aus den Bereichen Teilhabe und psychosoziale Gesundheit sowie mit einer Teilnehmerin der Untersuchung geführt, um Ergebnisse aus der Erhebung zu vertiefen und die Lebensrealitäten, Teilhabemöglichkeiten und Hindernisse der Teilnehmer*innen zu beschreiben.

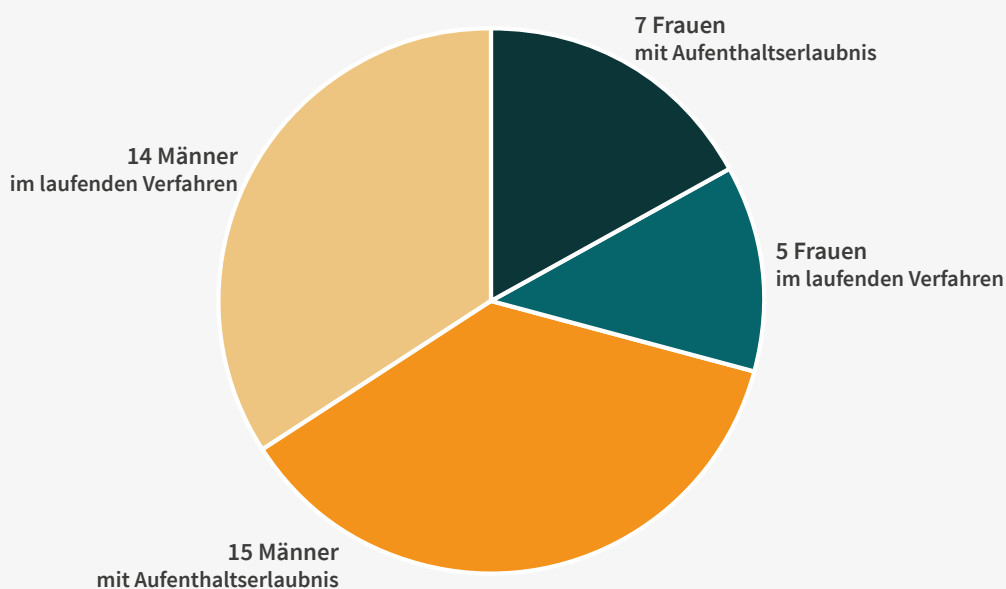


Abb. 25: Stichprobenbeschreibung nach Geschlecht und Aufenthaltstatus.

An der Untersuchung nahmen 41 Klient*innen aus 18 verschiedenen Herkunftsländern teil. Ihr Alter lag zwischen 16 und 54 Jahren alt, das Durchschnittsalter der Teilnehmerinnen beträgt $M = 40.83$ ($SD = 10.68$) und der Teilnehmer $M = 28.86$ ($SD = 13.01$).

Auf Basis der Daten ist es gelungen, den Inklusionsgrad der teilnehmenden Klient*innen an den Funktionssystemen einzuschätzen.

Aus den quantitativen Ergebnissen des Fragebogens geht in einigen Bereichen der IC_Flü eine positive Entwicklung über den Untersuchungszeitraum hervor. Bei der Ergebnisdarstellung wird zwischen Personen mit Aufenthaltserlaubnis und Personen, die sich noch im laufenden Verfahren befinden, unterschieden. Aufgrund der Verteilungen werden auch Werte zwischen männlichen und weiblichen Teilnehmer*innen verglichen.

Im Folgenden werden schematisch Ergebnisse der Gruppe der Befragten dargestellt:

In Hinblick auf die **Funktionsfähigkeit** haben sich die Durchschnittswerte verbessert. Betrachtet wurden das allgemeine Funktionsniveau (GAF-Skala), psychische Gesundheit, körperliche Gesundheit und Kompetenz. Wider Erwarten hatte der Aufenthaltsstatus keinen systematischen, es lässt sich also nicht per se beschreiben, dass die Teilnehmenden im laufenden Asylverfahren eine schlechtere Funktionsfähigkeit hätten.

Allerdings zeigt sich in den Daten, dass sich Frauen und Männer in Bezug auf die aktuell zugängliche Kompetenz und psychische Gesundheit unterscheiden: Von den Personen mit Aufenthaltserlaubnis gaben Frauen tendenziell niedrigere Werte an als Männer. Während Frauen im laufenden Asylverfahren in der Einschätzung ihrer Kompetenzen und psychischen Gesundheit noch höhere Werte angaben als Männer, dreht sich dieser Unterschied bei Personen mit Aufenthaltserlaubnis um. Als Hauptgründe für eine überwiegend eingeschränkte, verfügbare Kompetenz wurden vor allem Sprache, Gesundheit und Kontextbedingungen (z. B.

Familiäre Situation) genannt.

Die Achse der **Funktionssysteme** erfasst unter anderem die Teilhabe am Arbeitsmarkt, am Bildungswesen sowie den Zugang zu lebensweltlichem Support. Substituierende Systeme sind zum Beispiel spezifische Bildungsangebote (z. B. Deutschkurse) oder (semi)professioneller lebensweltlicher Support (z. B. Pat*innenprogramme).

Der Grad der Teilhabe am **Bildungswesen** verteilt sich über die vier Stufen, das heißt es ist nicht die Mehrheit der Befragten exkludiert oder integriert. Auch hier bildet sich kein deutlicher Einfluss des Aufenthaltsstatus ab, jedoch eine tendenziell häufigere Exklusion von Frauen mit Aufenthaltserlaubnis. In substituierenden Bildungssystemen für Geflüchtete ist die Mehrheit der Befragten weitestgehend integriert, jedoch sind auch hier von den Personen mit Aufenthaltserlaubnis eher Frauen ausgeschlossen als Männer. Über den Untersuchungszeitraum verbessert sich der Mittelwert der Befragten. Häufigkeitsverteilungen weisen darauf hin, dass diese Verbesserung vor allem bei den weiblichen Befragten auftritt.

Der Grad der Teilhabe am **Arbeitsmarkt** lässt sich ähnlich beschreiben (siehe Abbildung 26.): anhand der Verteilung lässt sich kein systematischer Einfluss von Aufenthaltsstatus und Geschlecht auf den Grad der Teilhabe am Arbeitsmarkt erkennen. Es ist jedoch auffällig, dass von den Teilnehmenden mit Aufenthaltserlaubnis vor allem Frauen vom Arbeitsmarkt exkludiert sind. Umgekehrt sind von den befragten Personen im laufenden Asylverfahren eher Frauen voll integriert als Männer. Als Gründe für eine Einschränkung der Teilhabe am Arbeitsmarkt werden genannt:

- Eingeschränkter allgemeiner Gesundheitszustand, eingeschränkte psychische Gesundheit, mangelnde Motivation
- Mangelnde Sprachkenntnisse, mangelnde Berufsausbildung, mangelnde Vorerfahrung mit Erwerbstätigkeit, Fokus auf die Schule, fehlende Arbeitserlaubnis
- Schwangerschaft, familiäre Situation, Kinderbe-

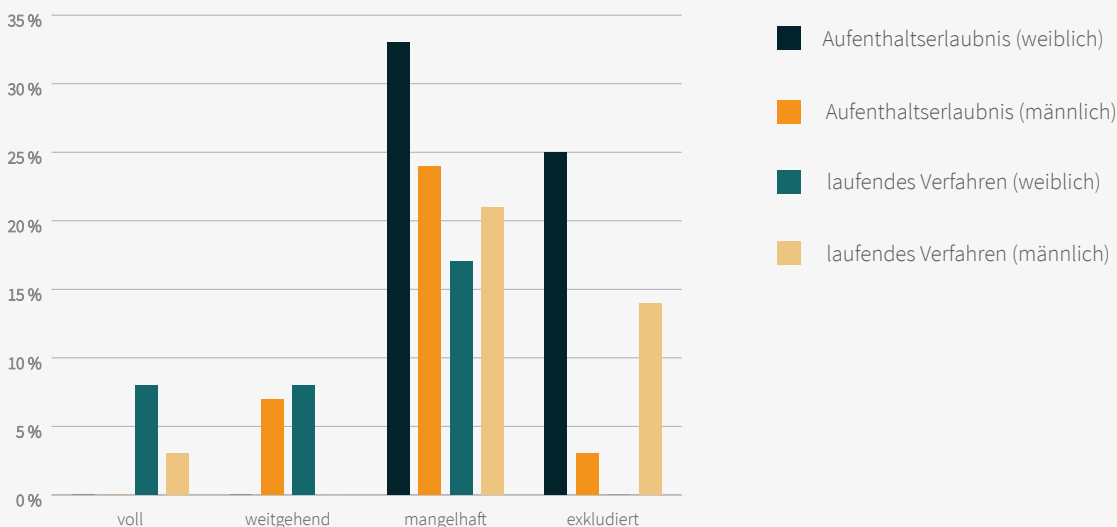


Abb. 26: Teilhabe am Arbeitsmarkt zum ersten Erhebungszeitpunkt relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern.

treuung

Im Verlauf der Untersuchung hat sich der Durchschnitt des Teilhabegrades am Arbeitsmarkt verbessert, obwohl sich nur in weniger Einzelfällen auch der Aufenthaltsstatus geändert hat. Von den Behandler*innen wurden für die Verbesserung des Teilhabegrades Interventionen in folgenden Bereichen geplant:

- Motivation zum Spracherwerb, Informationen über den Zugang zum Arbeitsmarkt, Thematisierung konkreter Arbeitsbereiche, Koordination der Begutachtung zur Arbeitsfähigkeit, Vernetzung mit anderen Beratungsstellen.
- Selbstwirksamkeitserwartung, Validierung der Bemühungen, Stabilisierung
- Stärkung der häuslichen Situation

Der Mittelwert des Grades der **Existenzsicherung** im Bereich Wohnen suggeriert, dass die Wohnverhältnisse bei den meisten Befragten ausreichend gesichert sind. Der überwiegende Teil der Befragten gibt zwar an, in „adäquaten“ Wohnverhältnissen zu leben, jedoch wird in 18 Fällen ein Substitutionsgrad von 100 % angegeben, beispielsweise, weil der private Wohnraum in einer Gemeinschaftsunterkunft für Geflüchtete liegt. Dieser Umstand spricht nicht dafür, dass die Befragten tatsächlich inklusiv adäquat wohnen.

Nicht nur statistische Kennwerte sprechen für einen Zusammenhang der einzelnen in der IC_Flü erfassten Achsen und deren Unterskalen (siehe Abbildung 27). Sondern sie bilden sich auch durch große Überschneidungen der genannten Interventionen und Gründe für eine eingeschränkte Teilhabe ab.

Interviews validieren die Erkenntnisse

Die Ergebnisse der quantitativen Untersuchung wer-

den von den Aussagen einer Mitarbeiterin einer unabhängigen Integrationsberatungsstelle, einer niedergelassenen Psychiaterin sowie einer befragten Klientin validiert: Beide Expertinnen teilen die Annahme, dass der Aufenthaltsstatus Einfluss auf den Grad der Teilhabe hat, zum einen über direkte Zugangsmöglichkeiten, zum anderen über Stressoren wie die permanente Angst abgeschoben zu werden. In Gesprächen mit allen drei Interviewten wurde ein Zusammenhang zwischen Arbeit und Sprache identifiziert. Für die Klientin ist besonders der Zugang zu einem Arbeitsplatz maßgeblich für ihre Integration, die Expertinnen bestätigen die Bedeutung der Sprache für die Teilhabe in den Bereichen Arbeitsplatzsuche, Gesundheitsversorgung, allgemeine Orientierung sowie die Überwindung kultureller respektive sprachlicher Distanzen.

Im Zusammenhang mit der psychischen Gesundheit wird außerdem eine Wechselwirkung deutlich: Gelingen der Spracherwerb und/oder die Arbeitsaufnahme, dann habe dies einen positiven Einfluss auf das Selbstwertgefühl. Andersherum bejahen die Expertinnen aus ihrer jeweiligen, und unterschiedlichen beruflichen Perspektive die Frage nach dem Einfluss von psychischer Gesundheit eines Menschen für den Grad der Teilhabe. Sie bestätigen, dass die gesundheitliche Situation der Ratsuchenden und Patient*innen einerseits ein Hindernis für die Teilhabe darstellen kann, also der Arbeitsaufnahme oder der Teilnahme an Sprachkursen. Umgekehrt kann der fehlende oder eingeschränkte Teilhabezugang einen negativen Einfluss auf die psychische Gesundheit haben. Sie identifizieren einen großen Bedarf an spezifischer Beratung, Orientierung und Begleitung – im Idealfall multimodal, also juristisch, sozial und medizinisch.

Aus Perspektive der Klientin scheint besonders der Vertrauensbezug zu einer beratenden Person wichtig. „Über alles reden und immer wieder herkommen“, so die Klientin über die psychosoziale Beratung in einem Behandlungszentrum, bewirke, dass sie sich „gestärkt fühle“. In schwierigen Situationen führen Therapie und psychosoziale Beratung zu einer Entlas-



Abb. 27: Schematischer Zusammenhang der erfassten Achsen und Unterskalen.

tung, bestätigen die Expertinnen. Die Menschen hätten dann wieder mehr Ressourcen sich auf etwas anderes zu konzentrieren, z. B. die Sprache zu lernen.

Fazit

Insgesamt zeigen die Ergebnisse sowohl der quantitativen als auch qualitativen Untersuchung, dass die teilnehmenden geflüchteten Menschen in hohem Maß im Grad ihrer Teilhabe von der Aufnahmegesellschaft ausgeschlossen sind. Substituierende Systeme werden entwickelt, um sie in spezifischen Bereichen teilhaben zu lassen, aber auch von substituierenden Systemen sind viele Teilnehmende ausgeschlossen. Beispielsweise bieten einige Ehrenamtliche Unterstützung in der alltäglichen Orientierung, aber nicht alle Geflüchteten werden von ehrenamtlichen Paten begleitet. Dies betrifft in unterschiedlichem Maße die weiblichen und männlichen Teilnehmer*innen dieser Untersuchung.

Besonders die Aussagen der befragten Klientin deckt sich mit den Erkenntnissen dieser Untersuchung: die Teilhabe an gesellschaftlichen Systemen wie zum Beispiel dem Arbeitsmarkt ist maßgeblich für das Wohlbefinden der Menschen. Davon ausgeschlossen zu werden, etwa auf Grund von Sprachbarrieren durch wiederum unzureichenden Zugang zu Bildungssystemen, geht mit Einbußen der Selbstwirksamkeitserwartung einher und bringt nicht nur finanzielle Abhängigkeit und Notstand mit sich, sondern auch Einschränkungen in der Entfaltung persönlicher Kompetenzen

„Mit Arbeit fühle sie sich wohler, [...] sie wünscht sich mit ihrem Schweiß das Geld verdienen zu können und nicht nur auf die Zahlung des Jobcenters zu warten [...] Arbeit ist Leben.“

Die Erkenntnisse dieser Untersuchung müssen unter Beachtung der Stichprobencharakteristik interpretiert werden: Demnach ist der vermeintlich und nicht explizit erwartete „Geschlechtereffekt“ womöglich zurück zu führen auf z. B. das deutlich höhere Alter der Teilnehmerinnen, ihren allgemeinen Gesundheitszustand in Verbindung mit dem Alter, ihrer Mutterschaft und damit Betreuungsaufgabe von mindestens einem Kind sowie ggf. anderen Kontext- und Rollenfaktoren. Es ist davon auszugehen, dass der Effekt nicht mit dem Frau-Sein im Zusammenhang steht, sondern viel mehr mit Lebensumständen der befragten Klientinnen.

Im Gegensatz zu einem Geschlechtereffekt, wurde ein Einfluss des Aufenthaltsstatus auf den Grad der Teilhabe vorangenommen. Dieser zeigt sich nicht so stark und systematisch wie erwartet.

Obleich die Untersuchung gute Hinweise auf die Lebensrealität einiger Klient*innen eines Beratungs- und Behandlungszentrums für Geflüchtete gibt, kann nicht von einer generalisierbaren Erkenntnis über alle Geflüchteten gesprochen werden. Es ist vielmehr davon auszugehen, dass die Ergebnisse für geduldete oder papierlose Menschen noch deutlich drastischer aussehen.

Das Instrument zeichnet sich durch die parallele Erfas-

sung breitgefächerter quantitativer und qualitativer Daten aus. Es erwies sich außerdem im Beratungsetting als nützlich. Behandler*innen meldeten zurück, dass es durch die Aufdeckung von bislang nicht thematisierten Bereichen ein MehrgeWINN war. Zum Beispiel wurde im Rahmen der Befragung erstmals Kontoführung thematisiert und zum Beispiel eine (Teil-)Exklusion einer Eheperson aufgedeckt, wenn Geldtransfer nicht beiden Partnern obliegt.

Die statistisch relevante Veränderung¹⁷ des Funktionsniveaus über den Untersuchungszeitraum deutet auf eine Wirkungsweise der psychosozialen und multimodalen Arbeit hin. Die Werte der GAF-Skala etwa sind vergleichbar mit Werten aus einer Untersuchung des Behandlungszentrums Ulm (Behandlungszentrum für Folteropfer, 2019).

Sowohl in Gesprächen mit Expertinnen, Behandler*innen und der Klientin, als auch anhand der angegebenen Interventionen für die Verbesserung der Gesundheit und den Grad der Teilhabe der Klient*innen wird deutlich, dass die psychosoziale Arbeit dabei wirksam ist, wenn sie multimodal erfolgt: Zum einen können verfügbare Kompetenzen durch Interventionen zur Selbstwirksamkeitserwartung, Stabilisierung, Motivations- und Aktivitätssteigerungen erweitert, und die psychische Gesundheit verbessert werden. Zum anderen sind Vernetzungen mit anderen Beratungsstellen, Orientierung und psychosoziale Beratung auch in diesem Sinne maßgeblich für die Teilhabe an der Aufnahmegesellschaft.

Die ausführliche Publikation ist zu finden unter: <http://www.baff-zentren.org/aktivitaeten-und-projekte/traumatisierungsketten-durchbrechen-handlungsunsicherheiten-ueberwinden-schutzsysteme-staerken/>

Literatur

Baron, J., Schriefers, S., Windgasse, A., & Pantuček-Eisenbacher, P. (2015). „Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion.“- Die flüchtlingsspezifische Inklusionschart (IC_flü). soziales_kapital, 13, 133–146.

Behandlungszentrum für Folteropfer. (2019). Jahresbericht Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm 2018. <https://www.bfu-ulm.de/hintergrund/jahresberichte#2018-jahresbericht2018desbehandlungszentrumsf%C3%BCrfolteropferulmbfu>

Europäische Kommission. (2004). Gemeinsamer Bericht der Kommission und des Rates über die soziale Eingliederung. https://ec.europa.eu/employment_social/soc-prot/soc-incl/final_joint_inclusion_report_2003_de.pdf

Pantuček -Eisenbacher, P. (2012). Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit (3. aktualisierte

¹⁷ Kennzahlen zu statistischen Veränderungen und Detailinformationen sind in einem ausführlicheren Artikel auf der Homepage von REFUGIO Bremen e. V. beschrieben: https://www.refugio-bremen.de/wp-content/uploads/2020/08/Die-Rolle-von-psychosozialer-Arbeit-f%C3%BCr-die-Teilhabe_IC-Fl%C3%BC.pdf

Auflage). Böhlau.

8. Klient*innen in Psychotherapie

8. Klient*innen in Psychotherapie

Menschen, die Opfer oder Zeug*innen von Zerstörung, Krieg und Gewalt geworden sind, leiden oft langfristig an den Folgen ihrer Erlebnisse. Oft ist ihr Vertrauen in die Welt und in andere Menschen ganz grundlegend erschüttert. Selbstzweifel, Gefühle der Unsicherheit, der permanenten Bedrohung und der Wertlosigkeit machen sich breit. Einige Menschen bewältigen diese schwierige Zeit ohne professionelle Hilfe. Bei anderen werden durch soziale oder integrative Unterstützung die nötigen Selbstheilungsprozesse aktiviert. Häufig waren die Gewalt- und Verlust Erfahrungen jedoch so unmenschlich und die Belastungen im Exil sind so hoch, dass komplexe psychische Belastungen und Symptome auftreten, die eine psychotherapeutische oder psychiatrische Behandlung erforderlich machen.

So erging es auch Lejla M., die seit ihrer Flucht unter schweren Depressionen leidet, Suizidgedanken hatte, sich lange Zeit aber niemandem anvertrauen konnte. Im Interview berichtet sie, wie existenziell das Vertrauensverhältnis zu ihrer Therapeutin ist. Vor ihrer Flucht waren selbst enge Freund*innen zu Täter*innen oder Duldenden von Täterschaft geworden, so dass sie nur noch wenigen Menschen vertrauen konnte.

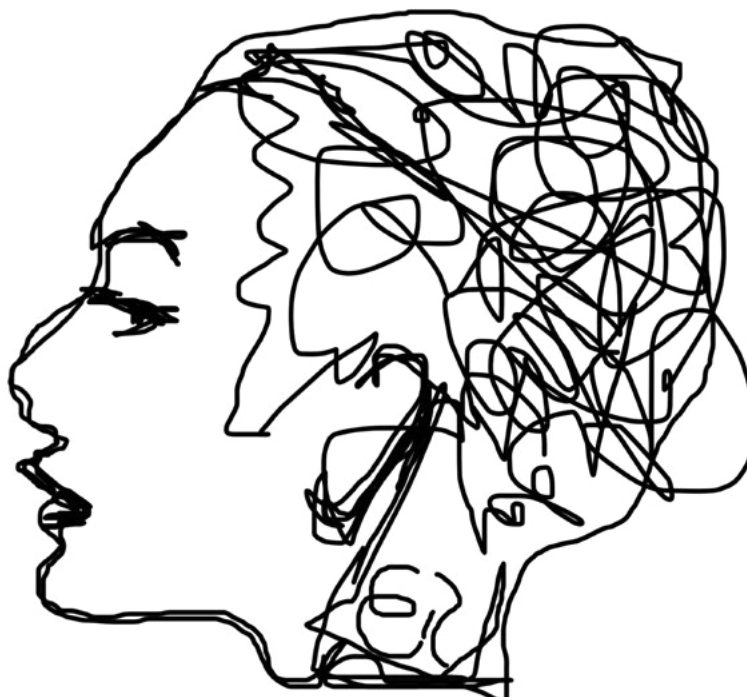
„Das war die einzige Person, der ich vertrauen konnte. Durch den Krieg, durch alles, was dort passiert ist, habe ich mein Vertrauen verloren in Menschen. Ich glaube, das war alles so... Ich brauchte jemanden, der wirklich zuhört. Und ich habe das bei ihr wirklich bemerkt, wenn ich geweint habe, da habe ich so ein Gefühl gehabt... Dass sie wirklich hört, was ich rede. Dass

sie es mitgekriegt hat. Und, das war sehr wichtig für mich.“

Für Lejla ist es von großer Bedeutung, dass sie ihre Familie, die selbst Schreckliches erlebt hat, nicht mit ihren Sorgen belastet.

„Ich kannte niemanden, mit dem ich mich unterhalten konnte. Ich habe nicht gewusst, dass man eine Therapie machen kann. Ich war immer unter der Familie. Meine Schwiegereltern, meine Schwägerin, die hat auch einen Ehemann im Krieg verloren. Und da war immer so eine traurige Situation. Und... na ja, ich wusste es nicht damals, diese schwierige Situation... Ich wollte mich umbringen. Ich bin ein paar Mal zur U-Bahn gegangen, weil ich mir das Leben nehmen wollte. (Sie beginnt zu weinen). Und an manchen Tagen kann ich darüber reden und an anderen bin ich nicht so stark.“

Für die psychischen Erkrankungen und Komorbiditäten, unter denen Geflüchtete und Opfer von Folter häufig leiden (siehe Kapitel „Wie viele Geflüchtete sind traumatisiert?“), ist nach den geltenden Behandlungsleitlinien Psychotherapie die Behandlungsmethode der Wahl. Entsprechend ist die psychotherapeutische Versorgung geflüchteter Klient*innen für die große Mehrheit der Psychosozialen Zentren einer der Kernbereiche ihres Leistungsspektrums. Lediglich 5 von 40 Einrichtungen führen selbst innerhalb des PSZ (noch) keine Psychotherapie durch, sondern versuchen Klient*innen, die bei Ihnen an die (psycho)soziale Beratung angebunden



sind, im Bedarfsfall an andere therapeutische Anlaufstellen weiter zu vermitteln. Einige dieser Einrichtungen arbeiten seit vielen Jahren aus Prinzip nicht therapeutisch, weil sie die Regelversorgung als für diesen Bereich zuständig sehen. Diese Zentren haben inzwischen ein stabiles Netzwerk an

niedergelassenen Therapeut*innen aufgebaut, mit dem sie ihre Klient*innen gemeinsam versorgen. Andere Einrichtungen hingegen sind selbst noch neu gegründet und befinden sich im Aufbau des therapeutischen Angebots.

Anzahl der Klient*innen in Psychotherapie

Insgesamt wurden in den Psychosozialen Zentren 6.132 Psychotherapie-Klient*innen versorgt, d. h. ein Anteil von 27 %, gemessen an der Gesamtzahl aller 2018 versorgten Klient*innen. In den PSZ, die selbst Psychotherapien anbieten, waren von durchschnittlich 569 Klient*innen, die ein PSZ insgesamt versorgt, rund 175 Klient*innen auch an eine*n Psychotherapeut*in angebunden (M = 175; Md = 120). Wie hoch der Anteil der Therapie-Klient*innen in den Zentren ist, unterscheidet sich stark von Einrichtung zu Einrichtung. Während in einigen Einrichtungen alle Klient*innen des PSZ auch therapeutisch begleitet werden, sind Klient*innen andernorts nur in Ausnahmefällen in einem explizit psychotherapeutischen Setting angebunden (Min = 1,8 %; Max = 100 %). Im Durchschnitt befindet sich ein Anteil von 41 % der Klient*innen eines PSZ in Psychotherapie (M = 40,6 %; Md = 35,0 %).

Die Wirksamkeit von Psychotherapie in der Arbeit mit geflüchteten Menschen wird stark auch von der aktuellen Lebenssituation beeinflusst. Sind Ge-

flüchtete einem erhöhten Risiko von sozialer Marginalisierung ausgesetzt, dann gestaltet sich auch der Verlauf der Behandlung komplizierter (Sandhu et al. 2013). Weil der therapeutische Prozess so stark auch durch die Entwurzelung und die Belastungen im Exil mit beeinflusst wird, werden Klient*innen in den Psychosozialen Zentren meistens nicht ausschließlich psychotherapeutisch behandelt. Im Durchschnitt sind nur knapp über 1/5 der Klient*innen eines PSZ ausschließlich an Psychotherapeut*innen angebunden (M = 21,8 %; Md = 11,6 %). Alle anderen Klient*innen nehmen zugleich sozialarbeiterische und andere niederschwellige Angebote wahr.

Dieser multimodale, kontextsensible Behandlungsansatz, wie ihn die Psychosozialen Zentren seit vielen Jahren verfolgen, hat inzwischen ansatzweise auch Eingang in die S3 Leitlinie zur Behandlung von Traumafolgestörungen (Schäfer et al., 2019); siehe Kapitel „*Neue Behandlungsempfehlungen für Traumafolgestörungen*“ auf Seite 67) gefunden.

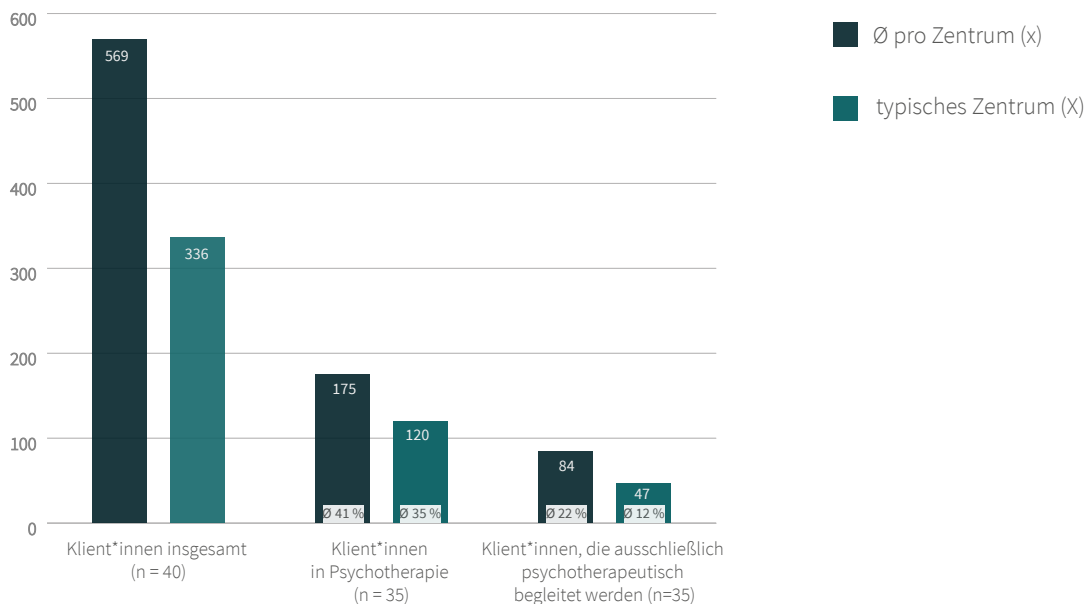


Abb. 28: Klient*innen in Psychotherapie 2018.

	Klient*innen insgesamt (n = 40)	Klient*innen in Psychotherapie (n = 35)	Klient*innen, die ausschließlich psychotherapeutisch begleitet werden (n = 35)
Σ	22.746	6.132	2.280
Ø pro Zentrum (x̄)	569	175	84
typisches Zentrum (X̃)	336	120	47

Tabelle 8: Klient*innen in Psychotherapie 2018.

Blick in die Forschung:

Neue Behandlungsempfehlungen für Traumafolgestörungen

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE:

- ▶ Im Dezember 2019 erschien die aktualisierte S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS). S3-Leitlinien sind medizinische Leitlinien, die auf einer systematischen Analyse von aktuellen Forschungsergebnissen beruhen und wissenschaftlich fundierte Handlungsempfehlungen für die Diagnostik und Behandlung einzelner Erkrankungen geben. Der Status „S3“ kennzeichnet die höchste Qualitätsstufe der Leitlinienentwicklung.

Was ist neu? Die wichtigsten Änderungen in Kürze:

- ▶ **Es gibt nun ein eigenes Kapitel zur Diagnose und Behandlung der komplexen PTBS (KPTBS).** Symptome von Traumafolgestörungen bei Geflüchteten können durch diese Diagnose besser abgebildet werden. Für die Behandlung wird eine Kombination aus medizinischer, psychotherapeutischer und psychosozialer Versorgung empfohlen – also ein multimodaler Zugang, wie ihn die Psychosozialen Zentren seit vielen Jahren anbieten.
- ▶ **Zur Frage, wie eine PTBS entsteht und aufrecht erhalten bleibt, werden nun explizit auch Kontextfaktoren berücksichtigt.** Die Lebenssituation von Geflüchteten, einschließlich diskriminierender Strukturen, kann so besser als Auslöser psychischer Belastung sichtbar gemacht und im therapeutischen Prozess berücksichtigt werden.
- ▶ **Geflüchtete werden explizit als Gruppe erwähnt, die nur schwer Zugang zur Regelversorgung findet,** weil die Strukturen der Kostenübernahme intransparent und unzuverlässig sind.

Die aktualisierte S3 Leitlinie zur Posttraumatischen Belastungsstörung

Gastbeitrag von Elisa Steinfurth, Referentin für Psychotherapie bei der BAfF

Seit Dezember 2019 liegt eine aktualisierte S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung (PTBS)¹⁸ vor. Sie basiert auf einer systematischen Analyse von Forschungsergebnissen und Veränderungen im wissenschaftlichen Traumadiskurs. Im Gegensatz zu der alten Version der Leitlinie von 2011, in der noch über DESNOS (Disorder of Extreme Stress Not Otherwise Specified) diskutiert worden war (Flatten et al., 2011), enthält die aktuelle Version auch ein eigenes Kapitel zur komplexen PTBS (Schäfer et al., 2019).

Vorstellung der Komplexen Posttraumatischen Behandlungsstörung (KPTBS)

Nach langjähriger internationaler Weiterentwicklungsarbeit wurde im Mai 2019 die 11. Revision des Internationalen Klassifikationssystems der Krankheiten von der Weltgesundheitsversammlung verabschiedet (ICD-11). Das ICD-11 soll ab dem 1. Januar 2022 mit einer flexiblen 5-jährigen Übergangsfrist in Kraft treten. Eine wichtige Neuerung im Bereich der psychischen Krankheiten ist die Aufnahme der KPTBS als eigenständige Diagnose. Die KPTBS ist gekennzeichnet durch das Erleben

18 https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/155-001l_S3_Posttraumatische_Belastungsstoerung_2020-02_1.pdf

von besonders schweren, langandauernden und sich wiederholenden traumatischen Ereignissen. Hierunter zählen die sogenannten Typ-II Traumata, z. B.: kriegerische Auseinandersetzungen, Folter oder andere Formen schwerer politischer und organisierter Gewalt (Schäfer et al., 2019). Neben den drei Kernsymptomen der klassischen PTBS (Wiedererinnerung, Vermeidung und Übererregung) umfasst die KPTBS drei weitere Symptomgruppen:

- anhaltende und tiefgreifende Probleme der Emotionsregulation (verstärkte emotionale Reaktivität, Affektverflachung, gewalttätige Durchbrüche),
- ein negatives Selbstkonzept (beeinträchtigte Selbstwahrnehmung wie die Überzeugung, minderwertig, unterlegen oder wertlos zu sein, Schuldgefühle, Schamgefühle)
- sowie Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen (Schwierigkeiten, nahe Beziehungen aufzubauen und aufrecht zu erhalten).

Differentialdiagnostisch kann sie zur emotional instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typus dadurch abgegrenzt werden, dass die Furcht vor dem Verlassenwerden keine zentrale Rolle spielt, das Selbstbild kaum Schwankungen unterliegt, sondern dauerhaft negativ ist und suizidales Verhalten meist seltener oder wenig stark ausgeprägt ist. Zu beachten ist auch die Abgrenzung zu häufig komorbid auftretenden dissoziativen, schweren affektiven Störungen und psychotischen Erkrankungen (Schäfer et al., 2019).

Da ICD-Diagnosen die Grundlage für die ambulante und stationäre Gesundheitsversorgung in Deutschland darstellen, ist die Aufnahme der KPTBS aus Sicht der BAfF, sehr begrüßenswert. Die andauernden, langanhaltenden und multiplen traumatischen Erfahrungen von Geflüchteten nicht nur vor der Flucht, sondern auch während und nach der Flucht lassen sich nun adäquater abbilden und auch von der Regelversorgung adressieren.

Kontextfaktoren und deren Erfassung

Ein entscheidender Fortschritt der aktualisierten S3-Leitlinie PTBS ist die Berücksichtigung von Kontextfaktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer PTBS. Damit ist es möglich, die von diskriminierenden Strukturen gekennzeichnete Lebenssituation von Geflüchteten – die maßgeblich beteiligt ist an der Aufrechterhaltung und Chronifizierung ihrer psychischen Belastungen – sichtbar und damit für den therapeutischen Prozess nutzbar zu machen. So kann eine individuelle Pathologisierung vermieden und stärker an einer Sensibilisierung für und Veränderung von diskriminierenden Strukturen gearbeitet werden. Da diese Faktoren nicht mit dem ICD erfasst werden, empfiehlt die Leitlinie, die „funktionale Gesundheit“ und die besonderen Kontextfaktoren durch eine „strukturierte Klassifikation“ nach der International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) zu erfassen. Die ICF ist ein internationales Klassifikationssystem zur Beschreibung des funktionalen Gesundheitszustandes, der Behinderung, der sozialen Beeinträchtigung und der relevanten Umgebungsfaktoren eines Menschen (ICF, 2005). Mit der ICF können die bio-psycho-sozia-

len Faktoren systematisch erfasst werden. Besondere rechtliche und finanzielle Implikationen für die Behandlung von Geflüchteten können sich ergeben, wenn die Feststellung der funktionalen Gesundheit mit der im SGB IX festgelegten Teilhabeorientierung gekoppelt wird. Gesellschaftliche Teilhabe von Geflüchteten ist nicht nur aufgrund von Sprachbarrieren, sondern vor allem aufgrund von Rassismus und struktureller Diskriminierung (z. B. durch das Asylverfahrensbeschleunigungsgesetz, das Integrationsgesetz und das Asylbewerberleistungsgesetz), massiv eingeschränkt. Auch das von den Autor*innen der aktualisierten S3-Leitlinie in diesem Zusammenhang erwähnte Opferentschädigungsrecht ist für die Arbeit mit Geflüchteten meist nicht anwendbar, da es nur für Menschen gilt, die in Deutschland Opfer von Gewalt geworden sind.

Einschränkungen hinsichtlich der Anwendbarkeit der ICF ergeben sich für die Autor*innen der S3-Leitlinie PTBS durch eine geringe Praktikabilität aufgrund der umfangreichen Kodierung, eine fehlende Kategorisierung der personenbezogenen Kontextfaktoren und eine begrenzte Validität. Sie schreiben, dass die „die Anwendung der Mini-ICF bei psychischen Störungen Praktikabilität gezeigt“ hat. Der BAfF bekannte Messinstrumente, wie der Inklusionschart (IC4, Pantucek-Eisenbacher & Grigori, 2016), welcher als IC_Flü – ergänzt um die Lebensbedingungen von Geflüchteten – vorliegt (Baron et al., 2015), werden in der S3-Leitlinie nicht erwähnt. In den PSZ wird die IC_Flü bisher in unterschiedlicher Weise angewandt. Es gibt einzelne Erfahrungen, die eine wertvolle Strukturierung der psychosozialen Therapie und Beratung entlang der Kriterien der IC_Flü berichten (Hermühlen & Millies, 2020). Neben der Erhebung relevanter Funktionssysteme zu Beginn der Beratung wird sie teilweise auch zur Verlaufsdokumentation genutzt. Ein flächendeckender Einsatz erfolgt aufgrund des zeitlichen Aufwands bisher nicht. Besonders in Zentren in denen die Verweildauer der Klient*innen in der Sozialberatung gering ist, erscheint bei starkem Versorgungsdruck und in Anbetracht geringer personeller und zeitlicher Ressourcen der Dokumentationsaufwand gegenüber dem Nutzen zu groß. Eine Vereinheitlichung der Anamnese in der Sozialberatung wird angestrebt und weitere Tools finden sich bereits in der Erprobung (z. B. von Refugio München).

Konkrete Behandlungsempfehlungen

Zur Behandlung der KPTBS empfehlen die Autor*innen eine „Kombination traumafokussierter Techniken [...], bei denen Schwerpunkte auf der Verarbeitung der Erinnerung an die traumatischen Erlebnisse und/oder ihrer Bedeutung liegen [...] sowie auf Techniken zur Emotionsregulation und zur Verbesserung von Beziehungsstörungen im Sinne der Bearbeitung dysfunktionaler zwischenmenschlicher Muster“. Bei der PTBS Behandlung empfehlen sie, ergänzend zu traumafokussierten Interventionen, folgende Bereiche abzuklären und in die Behandlung zu integrieren: „das Risiko weiterer Viktimisierung bei Opfern von Gewalt, Aggressivität, Trauerprozesse, soziale Neuorientierung, Neubewertung und Selbstwertstabilisierung“. Bei schweren komorbiden Störungen bzw. Symptomen und akuter Suizidalität wird empfohlen vor der traumafokussierten Therapie andere Techniken (z. B. Emotionsregulations- oder Fertigkeitentraining) einzusetzen. Erstmals ist auch ein eigenes Kapitel zur Diagnostik und Behandlung bei Kindern in der S3-Leitlinie enthalten. Hier gelten die gleichen Behandlungsempfehlungen, ergänzt um

die Empfehlung die Eltern in die Behandlung einzubeziehen. Bei jungen unbegleiteten Geflüchteten (umF) können dies auch Einrichtungsmitarbeiter*innen sein (Schäfer et al., 2019).

Aus Sicht der BAfF, die die teilweise jahrzehntelange Erfahrung von Therapeut*innen in der psychosozialen Praxis repräsentiert, steht aufgrund der komplexen Symptomatik und der unsicheren Lebens- und Aufenthaltssituation von Geflüchteten der Einsatz von traumafokussierten Techniken nicht an erster Stelle (Flory & Teigler, 2017), vor allem, wenn nach Behandlungsabschluss keine weitere Unterstützung stattfinden kann (Stegmann, Steinfurth, & Teigler, <http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/>). Bei Kindern und Jugendlichen, insbesondere der umF, wird die empfohlene Einbeziehung von Einrichtungsmitarbeiter*innen in den Mitgliedszentren der BAfF bereits praktiziert.

Versorgungssituation von Geflüchteten

Im Kapitel „Versorgungskonzepte und Versorgungsrealitäten bei Menschen mit PTBS“ beschreiben die Autor*innen, dass *„bei komplexen Traumafolgestörungen eine abgestimmte medizinische, psychotherapeutische und psychosoziale Versorgung“ notwendig ist. Im Unterkapitel zur Behandlung Geflüchteter wird der erschwerte Zugang zur Regelversorgung dargestellt. „Die Bewilligung von Leistungen (Fahrkosten, Kosten für Sprach- und Kulturmittler*innen) erfolgt oft intransparent und wenig verlässlich. Es müssen unterschiedliche Kostenträger kontaktiert und jeweils müssen die Anträge getrennt begründet werden. Wenn eine dieser Bewilligungen nicht erfolgt, kann eine Therapie meist nicht stattfinden. Aufgrund dieser Schwierigkeiten kommt es oft nicht zu einer notwendigen Behandlung.“* Auch an anderer Stelle werden die Herausforderungen und Versorgungshemmnisse bei Geflüchteten in der Regelversorgung betont: *„Studien zur psychotraumatologischen Versorgung von Geflüchteten verweisen insbesondere auf die Problematik der Sprache und der häufig ungeklärten Kostenübernahme“.*

Fazit

Insgesamt erscheinen die Neuerungen für die Behandlung von psychisch erkrankten Geflüchteten hilfreich. Die Berücksichtigung der KPTBS, sowie die zusätzliche Erhebung von Kontextfaktoren ermöglicht die Abbildung ihrer häufig komplexen Symptomatik und den diskriminierenden Lebensstrukturen die den Krankheitsverlauf massiv beeinflussen können. Besonders hervorzuheben ist auch die spezifische Betrachtung der Versorgungssituation Geflüchteter. Die S3 Leitlinie zeigt die bisherigen Behandlungshindernisse auf und bietet mit der Etablierung der KPTBS als Diagnose und dem Einbezug der Kontextfaktoren neue Möglichkeiten für die psychotherapeutische Behandlung von Geflüchteten durch die Regelversorgung.

Literatur:

- 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.
- Baron, J., Schriefers, S., Windgasse, A., & Pantuček-Eisenbacher, P. (2015). „Daten für Taten: Indikatoren für Inklusion.“- Die flüchtlingspezifische Inklusionschart (IC_flü). *soziales_kapital*, 13, 133–146.
- Deutsches Institut für Medizinische Dokumentation und Information (DIMDI), WHO-Kooperationszentrum für das System Internationaler Klassifikationen. (2005). ICF, Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit. <https://www.dimdi.de/dynamic/de/klassifikationen/icf/index.html>
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L., & Wöller, W. (2011). S3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. *Trauma & Gewalt* 3, 202–210.
- Flory, L., & Teigler, L. (2017). Was hilft? Wege aus der Isolation. Geflüchtete sprechen über ihre Erfahrungen mit Psychotherapie. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V.
- Hermühlen, H., & Millies, M. (2020). Die Rolle von psychosozialer Beratung für die Teilhabe von Geflüchteten, Versorgungsbericht zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen und Folteropfern. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. https://www.refugio-bremen.de/wp-content/uploads/2020/08/Die-Rolle-von-psychosozialer-Arbeit-f%C3%BCr-die-Teilhabe_IC-Fl%C3%BC.pdf
- Pantuček-Eisenbacher, P. (2012). Soziale Diagnostik: Verfahren für die Praxis Sozialer Arbeit (3. aktualisierte Auflage). Böhlau.
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., & Wöller, W. (Hrsg.). (2019). S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59783-5>
- Stegmann, S., Steinfurth, E., & Teigler, L. (2020). Kritische Reflektion des Einsatzes von Kurzzeittherapien mit Geflüchteten im Kontext eines PSZ. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V.
- WHO. (2019). Complex post traumatic stress disorder. In ICD-11 for Mortality and Morbidity Statistics. <https://icd.who.int/browse11/l-m/en#/http%3a%2f%2fid.who.int%2f%2ficd%2f%2f585833559>

Psychotherapeut*innen in den PSZ

Die Psychotherapien in den Psychosozialen Zentren werden in der Regel durch diverse Teams aus Psychotherapeut*innen mit unterschiedlichen Ausbildungshintergründen in verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren durchgeführt.

Bundesweit arbeiteten in den Psychosozialen Zentren 2018 insgesamt 218 Psychotherapeut*innen, ein durchschnittliches PSZ beschäftigt zwischen 5 und 6 Psychotherapeut*innen (M = 5,45; Md = 5). Die meisten therapeutischen Mitarbeiter*innen in den PSZ sind jedoch nicht allein im genuin psychotherapeutischen Setting tätig. Viele sind zusätzlich für Angebote in der psychosozialen Beratung, im Clearing und der Krisenintervention, aber auch im Bereich der Fortbildung und der Projektleitung tätig bzw. für die Geschäftsführung der Einrichtungen verantwortlich. Insgesamt erstreckt sich das Tätigkeitsfeld der rund 218 therapeutisch qualifizierten Mitarbeitenden in den PSZ also über weit mehr als

nur die Behandlung der insgesamt rund 6.100 im Therapie-Setting angebotenen Klient*innen.

Ausbildungshintergründe der Therapeut*innen

Die größte Gruppe der Therapeut*innen in den PSZ sind mit 29,8 % Psychologische Psychotherapeut*innen, die gemeinsam mit den Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA, 28,0%) über die Hälfte aller Therapeut*innen in den PSZ abbilden. Aber auch Systemische Therapeut*innen (15,6 %) sowie Gesprächspsychotherapeut*innen, Gestalttherapeut*innen und in weiteren Verfahren ausgebildete Kolleg*innen (10,1 %) gehören zu den therapeutischen Teams der PSZ. Der Anteil der Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen beträgt 9,6 %. Ärztliche Psychotherapeut*innen (6,9 %) sind in den PSZ-Teams weniger häufig vertreten.

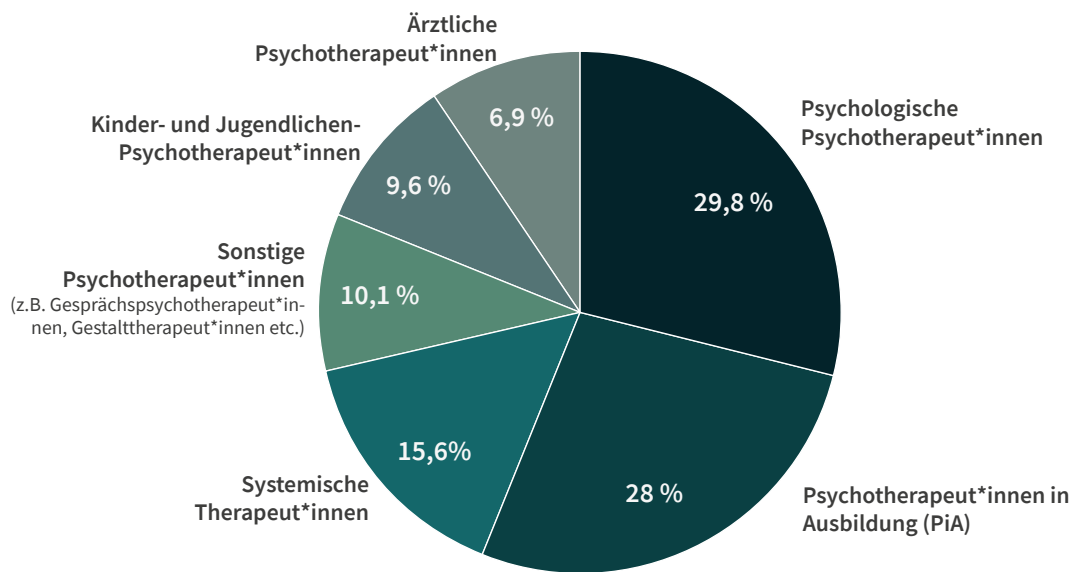


Abb. 29: Psychotherapeut*innen in den PSZ 2018.

	Σ	\bar{x} pro Zentrum (Mittelwert)	typisches Zentrum (Median)	% Anteil an allen Therapeut*innen
Mitarbeiter*innen in der Psychotherapie	218	5,45	5	
Psychologische Psychotherapeut*innen	65	1,63	1	29,8 %
Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA)	61	1,53	1	28,0 %
Systemische Therapeut*innen	34	0,85	1	15,6 %
Sonstige Psychotherapeut*innen (z. B. Gesprächspsychotherapeut*innen, Gestalttherapeut*innen etc.)	22	0,55	0	10,1 %
Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeut*innen	21	0,53	0	9,6 %
Ärztliche Psychotherapeut*innen	15	0,38	0	6,9 %

Tabelle 9: Psychotherapeut*innen in den PSZ 2018.

Approbation der Psychotherapeut*innen in den einzelnen Verfahren (n = 24)

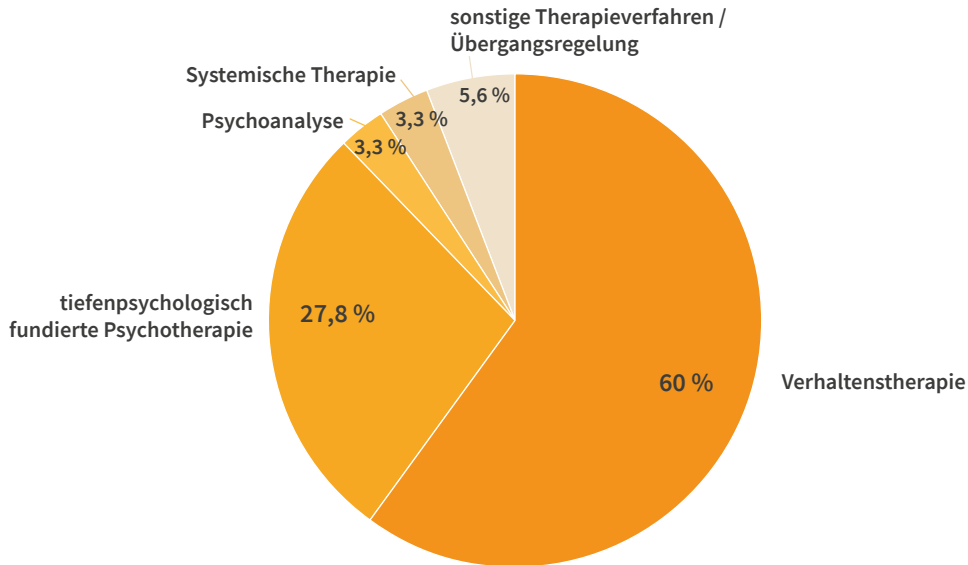


Abb. 30: Approbation der Therapeut*innen in den einzelnen Verfahren 2018 (n = 24).

Insgesamt sind 41 % der Psychotherapeut*innen in den Psychosozialen Zentren approbiert, was 90 von insgesamt 218 Personen entspricht. Im Durchschnitt sind es 2 approbierte Kolleg*innen pro Zentrum. Davon sind 60 % als Verhaltenstherapeut*innen, etwa

28 % als tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapeut*innen, 3 % als Psychoanalytiker*innen und auch 3 % als systemische Therapeut*innen tätig. Weitere 6 % sind Psychotherapeut*innen, die mit ihrer Ausbildung unter die Übergangsregelung fallen.

Therapeutisches Setting

In den Psychosozialen Zentren wird der Großteil der Therapie-Klient*innen im einzeltherapeutischen Setting unterstützt (M = 78,6 %; Md = 81,5 %). Einige Klient*innen, die eine Einzeltherapie wahrnehmen, nutzen darüberhinaus noch Angebote im gruppentherapeutischen Setting (M = 9,7 %; Md = 6 %). Nur etwa 12 % der Klient*innen in Therapie nehmen ausschließlich gruppenpsychotherapeutische An-

gebote wahr (M = 11,7 %; Md = 5,5 %). Neben dem einzeltherapeutischen Setting ist auch das Arbeiten in der Gruppentherapie mit vielen organisatorischen Herausforderungen verbunden. Doch dieses Behandlungssetting birgt zugleich enorme Chancen, wenn es aktive Solidarität ermöglicht und soziale Nähe erfahrbar macht:

Therapeutisches Setting in den PSZ (n = 34)

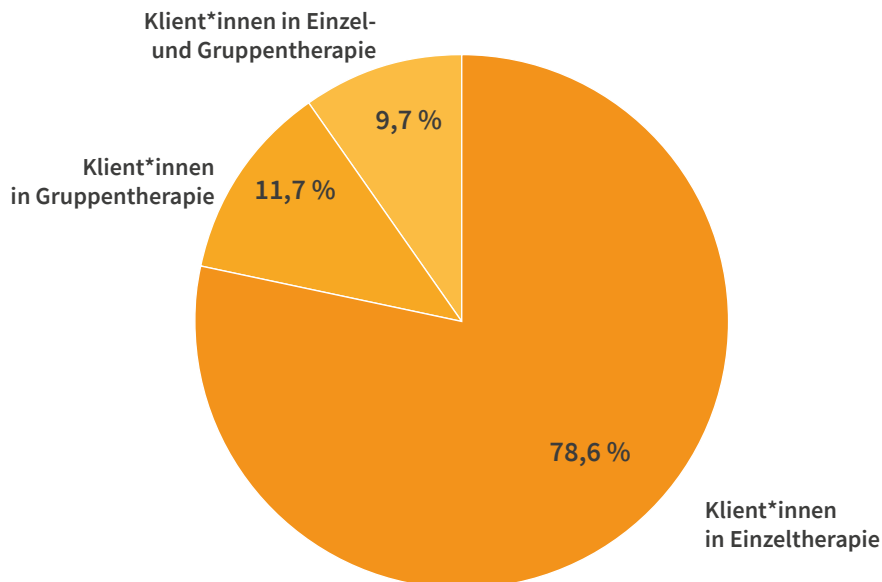


Abb. 31: Anteil der Therapieklient*innen in den verschiedenen Psychotherapie-Settings in einem durchschnittlichen PSZ 2018.

*„In meiner Arbeit im PSZ habe ich wöchentlich eine Gruppensitzung für psychisch schwer belastete mit sechs Dolmetscher*innen durchgeführt und eine Gruppe mit weniger schwer belasteten Klient*innen. Besonders elementar für eine funktionierende Gruppentherapie ist die Solidarität, die sich über die Zeit aufbaut und ohne die eine Gruppe aufgeschmissen ist.*

*Für mich ist Gruppentherapie die Methode der Wahl, weil sie interpersonelles Lernen im geschützten Rahmen fördert. Allen Teilnehmenden wird die Chance geboten in der Gruppe ihren*seinen eigenen Platz zu finden sowie sein*ihr Können und Wissen einzubringen. Jede*r wird mit seiner*ihrer*

*Teilnahme automatisch zum Teil der Gruppe und kann dies in seiner*ihrer Geschwindigkeit tun ohne dabei gleich sichtbar zu sein oder gleich reden zu müssen.*

*Ein universeller therapeutischer Faktor der Gruppentherapie nach Irvin Yalom lautet folgendermaßen: „Menschen haben häufig das Gefühl, dass ihr Leid etwas Einzigartiges ist und dass sie damit alleine sind. Ein Gruppenprozess kann helfen, dass sie fühlen, sie sind Mensch wie jede*r andere auch und dass sie sich dabei nicht so allein fühlen, wie sie glaubten – was ungemein erleichternd sein kann.“*

Psychotherapeutin in einem PSZ¹⁹

Behandlungsdauer

In den Psychosozialen Zentren dauert eine Psychotherapie im Durchschnitt 25 Sitzungen (M = 25,06; Md = 25).

Im Durchschnitt werden 63 % der Therapie-Klient*innen im Rahmen einer Kurzzeittherapie, d. h. innerhalb von weniger als 25 Sitzungen behandelt (M = 63 %; Md = 62 %). Etwas mehr als ein Viertel (M = 26 %; Md = 30 %) der Klient*innen befand sich in einer Langzeittherapie (< 50 Sitzungen) und 9 % der Klient*innen wurden länger als 50 Sitzungen betreut.

Diese Verteilung von Kurz- bzw. Langzeittherapien ist in der Regelversorgung ähnlich. Eine Auswertung der Daten von fast 400.000 Patient*innen der kassenärztlichen Vereinigungen in Deutschland, die

zwischen 2009 und 2012 eine ambulante Psychotherapie in der Regelversorgung erhielten, zeigte, dass 70 % der Patient*innen eine reine Kurzzeittherapie erhalten, wobei die Mehrzahl das Kontingent von 25 Stunden nicht voll ausnutzte (Multmeier & Tenckhoff, 2014). Bei etwa 30 % der Patient*innen wurde eine Langzeittherapie durchgeführt oder eine Kurzzeit- in eine Langzeitbehandlung überführt (Multmeier & Tenckhoff, 2014). Dabei gibt es zwischen den verschiedenen Therapieverfahren deutliche Unterschiede in Therapiedauer und Sitzungsfrequenz.

Dass ein großer Anteil der Psychotherapien in den PSZ nach 25 Sitzungen beendet wird, liegt nicht immer daran, dass bei diesen Klient*innen kein weiterer Unterstützungsbedarf vorliegt. Wie lange thera-

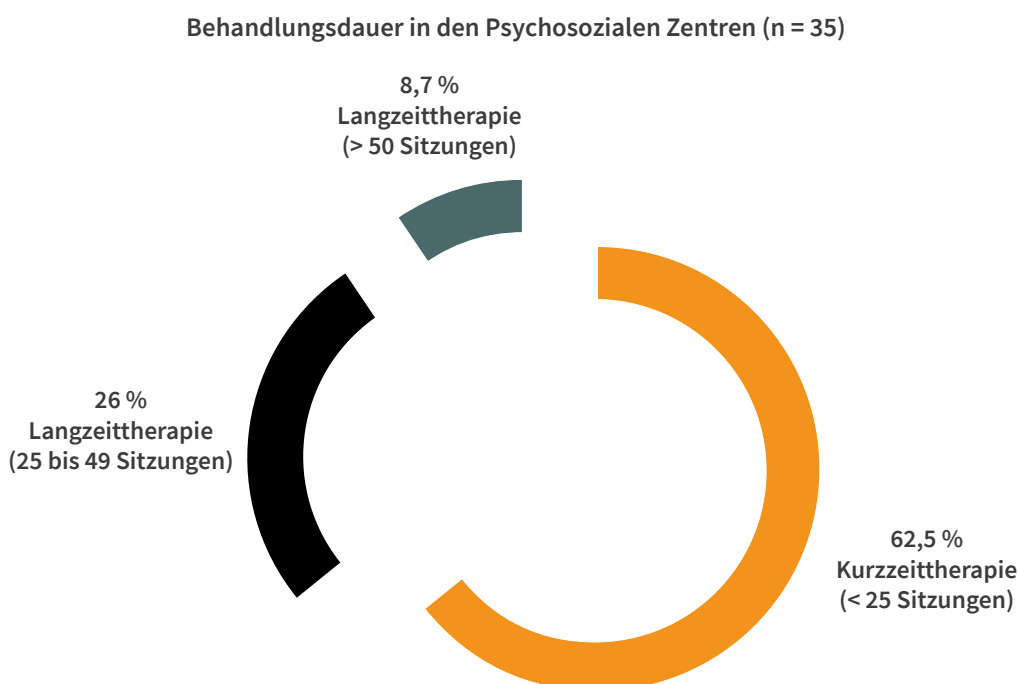


Abb. 32: Anteil der Therapieclient*innen in Kurz- oder Langzeittherapien in einem durchschnittlichen PSZ im Jahr 2018.

19 Erstveröffentlicht im Diskussionsforum „Therapie der Zukunft?“ (Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V., 2018).

peutische Angebote sein dürfen, ist oft vielmehr Teil einer konzeptionellen Entscheidung in den Einrichtungen, die auf Grundlage ihrer Versorgungskapazitäten getroffen wird:

*„Wir führen inzwischen vor allem Kurzzeittherapien durch, damit wir möglichst viele Menschen sehen, behandeln und im besten Fall weiter vermitteln können. Wir entscheiden das aber nicht aus den therapeutischen Prozessen heraus, sondern weil wir unter diesem extremen Versorgungsdruck stehen. Wir wissen, dass das meistens nicht ausreicht und viele Klient*innen ein längerfristigeres Angebot*

*bräuchten, um ihre Erfahrungen wirklich zu verarbeiten. Aber was sollen wir machen? Wir können so viele Menschen wie möglich so weit stabilisieren, dass sie hier erst einmal zurechtkommen – im Wissen, dass sie möglicherweise wieder kommen werden – oder wir handeln ausschließlich nach psychotherapeutischen Maximen und entscheiden auf Grundlage des Bedarfs der einzelnen Klient*innen. Aber dann müssen wir noch mehr Menschen ablehnen, die nirgendwo sonst aufgefangen werden.“*

Psychotherapeutin in einem PSZ

PRAXISFORSCHUNG ZU KURZZEITTHERAPIE

Wenn von psychosozialen oder therapeutischen Kurzzeitinterventionen für Geflüchtete die Rede ist, werden sie häufig im Kontext fehlender Kapazitäten in der Versorgung und vermeintlich schnellen und günstigen Lösungen erwähnt. Die BAfF hat bereits an mehreren Stellen darauf hingewiesen, dass einige dieser Angebote von zweifelhafter Qualität sind und drohen, eine Versorgung zweiter Klasse zu fördern (BAfF, 2019; Karpenstein et al., 2020; Teigler & Flory, 2019). Trotz dieser fachlichen und politischen Bedenken stellen sich Einrichtungen und Therapeut*innen die Frage, unter welchen Umständen und für wen eine verantwortungsvoll durchgeführte, ressourcenfokussierte Kurzzeittherapie sinnvoll sein kann. Motiviert durch diese Gemengelage evaluierte ein PSZ zusammen mit der BAfF im Rahmen eines gemeinsamen Projekts den Einsatz von Kurzzeittherapie mit geflüchteten Klient*innen. In einem Artikel stellen die Autor*innen ihre Studie vor und diskutieren die Ergebnisse nicht nur bezüglich Wirksamkeit und Anwendbarkeit sondern auch vor dem Hintergrund der Frage: Wie kann Psychotherapieerfolg in den sehr komplexen Leben von PSZ-Klient*innen überhaupt gemessen werden?

Mehr Informationen unter: <http://www.baff-zentren.org/aktivitaeten-und-projekte/traumatisierungsketten-durchbrechen-handlungsunsicherheiten-ueberwinden-schutzsysteme-staerken/>

Die Publikation ist eines der Ergebnisse des Verbundprojekts „Traumatisierungsketten durchbrechen – Handlungsunsicherheiten überwinden – Schutzsysteme stärken“, das die BAfF von 2018 bis 2020 gemeinsam mit 11 Psychosozialen Zentren durchgeführt hat. Das PSZ Sachsen-Anhalt hat im Projekt die Kurzzeitintervention durchgeführt, die gemeinsam mit der BAfF evaluiert wurde.

Therapieabbrüche

In Erhebungen zur Dauer von Psychotherapien fließen immer auch Klient*innen ein, die ihre Therapie aus unterschiedlichen Gründen abbrechen und deshalb nur wenige Sitzungen wahrgenommen haben. In den Psychosozialen Zentren wird die therapeutische Arbeit bei etwa einem Viertel der Klient*innen vorzeitig abgebrochen (M = 24,4 %; Md = 20 %), was den Zahlen zu Abbuchquoten von Psychotherapien in der Regelversorgung entspricht (Cinkaya et al., 2011; Jacobi et al., 2011).

Nimmt man die Gründe für Therapieabbrüche in den Blick, dann zeigt sich, dass sich die Symptomatik der Betroffenen in einem Viertel der Fälle tatsächlich bereits nach wenigen Sitzungen deutlich verbessert hat (M = 23,7 %). Doch bei durchschnittlich einem Fünftel der Fälle bleibt unklar

(M = 20,8 %), warum die Person nicht mehr kommt. Bei etwa 12 % der Klient*innen kann die Therapie bei anderen Therapeut*innen in der Regelversorgung fortgeführt werden (M = 12,2 %). Andere Gründe sind der Abbruch durch die Klient*innen selbst (M = 11,7 %), z. B. weil die Motivation für eine Therapie bzw. die Erfolgserwartung zu gering ist oder die Therapeut*in-Klient*in-Beziehung nicht passt; ein Umzug der Person (M = 11,1 %) außerhalb des Einzugsgebiets des Psychosozialen Zentrums oder auch eine Abschiebung oder „freiwillige“ Ausreise der Klient*innen (M = 9,5 %). Therapien, die aufgrund einer Entscheidung des Psychotherapeuten/der* Psychotherapeut*in (M = 7 %) oder aufgrund fehlender Finanzierungsmöglichkeiten abgebrochen werden (M = 4 %) sind in den Psychosozialen Zentren eher selten.

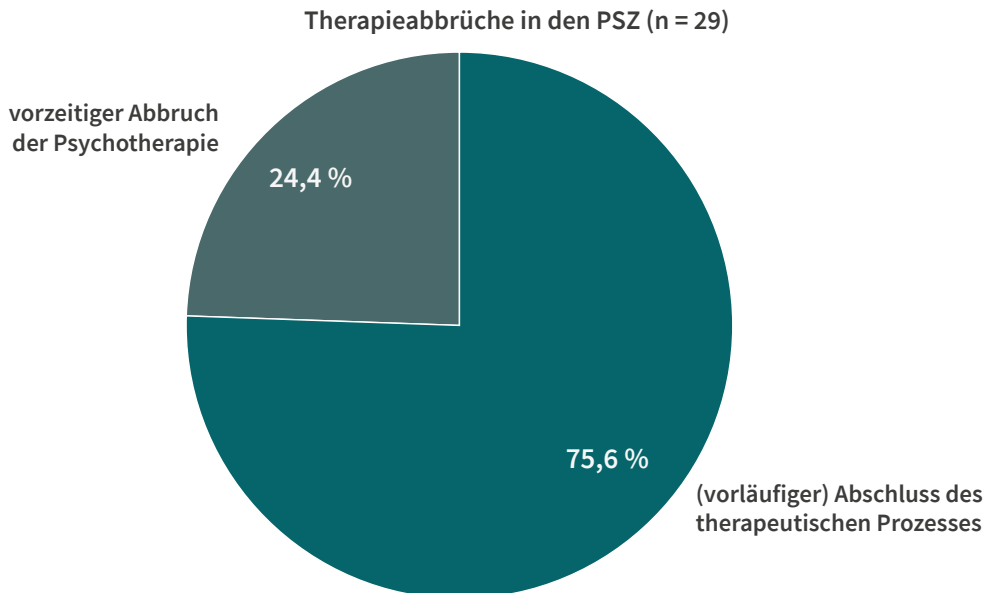


Abb. 33: Durchschnittlicher Anteil der Psychotherapien, die in den PSZ 2018 vorzeitig beendet wurden.

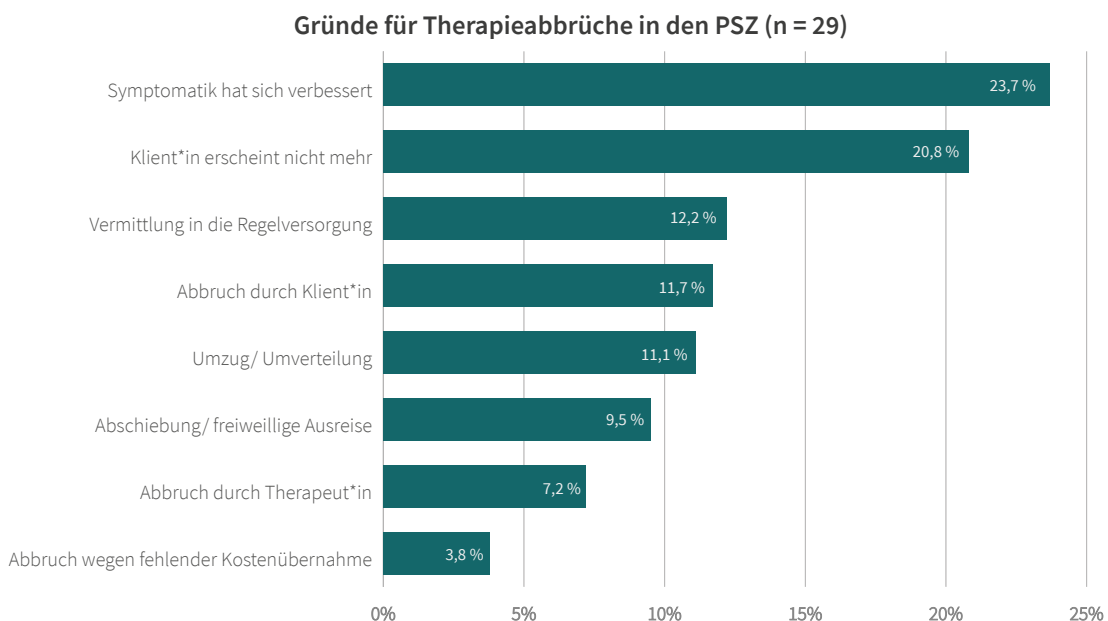


Abb. 34: Durchschnittlicher Anteil der Gründe für Therapieabbrüche in den PSZ 2018.



9. Klient*innen in psychiatrischer Versorgung

9. Klient*innen in psychiatrischer Versorgung

Insgesamt 8 der 40 Psychosozialen Zentren bieten in unterschiedlichem Umfang auch psychiatrische Versorgung an. In einigen Fällen arbeitet in den Teams dieser Zentren ein*e Psychiater*in, in der Regel bestehen jedoch Kooperationen auf Honorarbasis, das heißt, ein*e externe*r Psychiater*in bietet z. B. an einem Tag in der Woche eine psychiatrische Sprechstunde an. Insgesamt ist der Anteil der Klient*innen, die innerhalb des PSZ auch psychiatrisch angebunden ist, mit 1,7 % sehr gering. Er entspricht bundesweit 387 Personen.

In den Zentren, die ein psychiatrisches Angebot haben, haben 2018 durchschnittlich 48 Klient*innen pro Zentrum auch eine*n Psychiater*in gesehen

(M = 48,4; Md = 45). Im Schnitt bilden die (auch) psychiatrisch versorgten Klient*innen in diesen Zentren etwa 6,1 % der Gesamt-Klient*innen.

Eine psychiatrische Konsultation dauert in den Psychosozialen Zentren durchschnittlich zwischen 15 und 50 Minuten, im Schnitt sehen Psychiater*innen die Klient*innen 36 Minuten. Klient*innen suchen ihre Psychiater*innen in den PSZ zwischen 2 mal pro Quartal und 12 mal pro Quartal (= wöchentlich) auf, typischerweise kommen sie monatlich (Md = 3 mal pro Quartal).

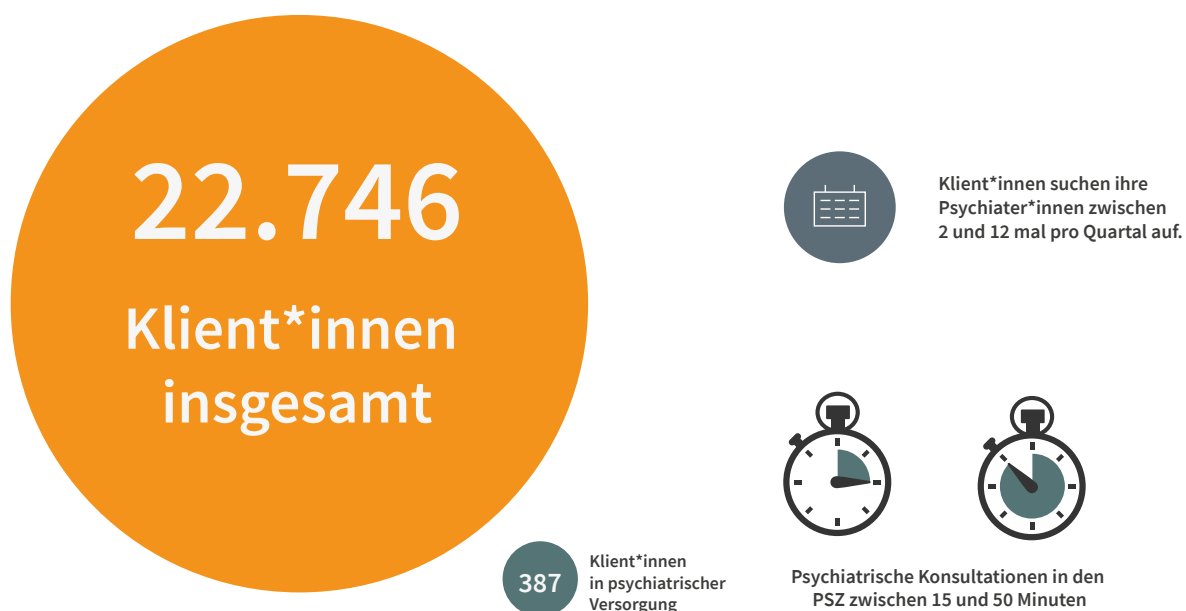


Abb. 35: Psychiatrische Versorgung in den Psychosozialen Zentren.

	alle Klient*innen (n = 40)	davon psychiatrisch versorgt (n = 8)	Frequenz psychiatrischer Termine (n = 5)	Dauer psychiatrischer Termine (n = 5)
Summe	22746	387		
Mittelwert	568,7	48,4	4,4 * pro Quartal	36 Minuten
Median	335,5	45	3 * pro Quartal	35 Minuten
durchschnittl. Anteil an allen Klient*innen (\bar{x})		6,1%		
Min	32,0	0,0	2 * pro Quartal	15 Minuten
Max	3287,0	140,0	12 * pro Quartal	50 Minuten

Tabelle 10: Anzahl psychiatrisch versorgter Klient*innen in den PSZ, Frequenz & Dauer der Termine 2018.

10. Personelle Ressourcen der Psychosozialen Zentren

10. Personelle Ressourcen der Psychosozialen Zentren

Anzahl der Mitarbeitenden

Das bundesweite Netzwerk der Psychosozialen Zentren besteht inzwischen aus insgesamt 620 hauptamtlich beschäftigten Mitarbeiter*innen. Wie viele Mitarbeiter*innen ein einzelnes PSZ beschäftigt, variiert dabei sehr: Die Bandbreite reicht von gerade erst gegründeten Einrichtungen, die mit einer einzigen fest angestellten Person begonnen hat, ein Zentrum aufzubauen bis hin zu seit Jahrzehnten etablierten Organisationen, die an mehreren Standorten insgesamt 100 Mitarbeiter*innen beschäftigen (Min = 1, Max = 100)

In einem durchschnittlichen Zentrum mit etwa 569 Klient*innen arbeiten insgesamt zwischen 15 und 16

Mitarbeiter*innen, die sich ungefähr 10 Vollzeitstellen „teilen“. Die Mitarbeiter*innen in den Psychosozialen Zentren sind in der Regel auf Teilzeit-Stellen angestellt, im Durchschnitt mit etwa 66 % der wöchentlichen Arbeitszeit, d. h. mit *rund 26 Stunden* pro Woche.

In einem typischen Zentrum mit etwa 336 Klient*innen arbeiten insgesamt 9 hauptamtliche Mitarbeitende. Üblicherweise teilt sich dieses 9-köpfige Team 6 „volle Stellen“, die Mitarbeitenden arbeiten auch hier nur mit durchschnittlich 63 %-Stellen, d. h. mit im Schnitt 24 Wochenarbeitsstunden.

	hauptamtliche Mitarbeiter*innen	Stellenanteile (VZÄ) insgesamt	Ø Wochenarbeitszeit pro Mitarbeiter*in
Summe (n = 40)	620	401,085	
Ø pro Zentrum (Mittelwert)	15,50	10,03	25,6 h/ Woche (65,6 %)
typisches Zentrum (Median)	9,00	5,63	24,4 h/Woche (62,5 %)
Minimum	1	1	18,0 h/Woche (46,2 %)
1. Quartil	6	4	22,75 h/Woche (58,3 %)
2. Quartil (Median)	9	6	24,4 h/Woche (62,5 %)
3. Quartil	17	12	28,0 h/Woche (71,9 %)
Maximum	100	72	39,0 h/ Woche (100 %)

Tabelle 11: Mitarbeitende in den PSZ 2018.

Berufsgruppen im multiprofessionellen Team

Die multiprofessionellen Behandlungs- und Beratungsteams der Psychosozialen Zentren bestehen zu knapp über einem Drittel aus Psychotherapeut*innen (35 %) und zu fast einem Drittel aus Mitarbeiter*innen in der (psycho)sozialen Beratung (30 %). Sie arbeiten eng mit Mitarbeiter*innen in kreativ-/ bewegungs- und weiteren therapeutischen Bereichen (2,6 %) und mancherorts auch mit Kolleg*innen aus dem medizinischen Bereich (Ärzt*innen, Krankenpfleger*innen; 1,6 %) zusammen. Unterstützt werden sie durch Mitarbeiter*innen mit administrativem bzw. Verwaltungsschwerpunkt

(14 %) sowie durch Kolleg*innen aus der Öffentlichkeitsarbeit (2,4 %). Sprachmittler*innen sind eher selten hauptamtlich für die Psychosozialen Zentren tätig (3,4 %) – sie arbeiten in der Regel auf Honorarbasis als freie Mitarbeiter*innen.

Ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum besteht aus 5 Psychotherapeut*innen, 5 Sozialarbeiter*innen, 2 Verwaltungskräften, 2 Mitarbeiter*innen in weiteren Arbeitsbereichen sowie eine*r bzw. einem fest angestellten Sprachmittler*in.

	Σ (N = 40)	$\bar{\varnothing}$ pro Zentrum (Mittelwert)	typisches Zentrum (Median)	% Anteil der Berufsgruppe an allen Mitarbeitenden
Mitarbeitende insgesamt 2018	620	15,50	9	
Stellenanteile (VZÄ) insgesamt	401,09	10,03	5,63	
Mitarbeiter*innen in der Psychotherapie	218	5,45	5	35,2 %
Psychologische Psychotherapeut*innen	65	1,63	1	10,5 %
Psychotherapeut*innen in Ausbildung (PiA)	61	1,53	1	9,8 %
Ärztliche Psychotherapeut*innen	15	0,38	0	2,4 %
Kinder- und Jugendlichen-Psychothera- peut*innen	21	0,53	0	3,4 %
Systemische Therapeut*innen	34	0,85	1	5,5 %
Sonstige Psychotherapeut*in- nen (z. B. Gesprächspsycho- therapeut*innen, Gestaltthe- rapeut*innen etc.)	22	0,55	0	3,5 %
Mitarbeiter*innen in der psychosozialen Beratung	186	4,65	3	30,0 %
Sozialarbeiter*innen und (Sozial-) Pädagog*innen	134	3,35	2	21,6 %
Psycholog*innen	33	0,83	0	5,3 %
Jurist*innen	9	0,25	0	1,6 %
weitere Mitarbeiter*innen in der Beratung	10	0,25	0	1,6 %
Mitarbeiter*innen in Administration & Verwaltung	87	2,18	1	14,0 %
Mitarbeiter*innen in weiteren Arbeitsbereichen	67	1,68	0	10,8 %
Mitarbeiter*innen in der Sprachmittlung	21	0,53	0	3,4 %
Mitarbeiter*innen in kreativ-/ bewegungs- und weiteren therapeutischen Bereichen	16	0,40	0	2,6 %
Mitarbeiter*innen in Fundraising/ Öffentlichkeits- arbeit u.ä.	15	0,38	0	2,4 %
Mitarbeiter*innen in der medizinischen Versorgung	10	0,25	0	1,6 %

Tabelle 12: Anzahl der angestellten Mitarbeiter*innen in allen Zentren, dem durchschnittlichen und typischen Zentrum in den verschiedenen Arbeitsfeldern im Jahr 2018.

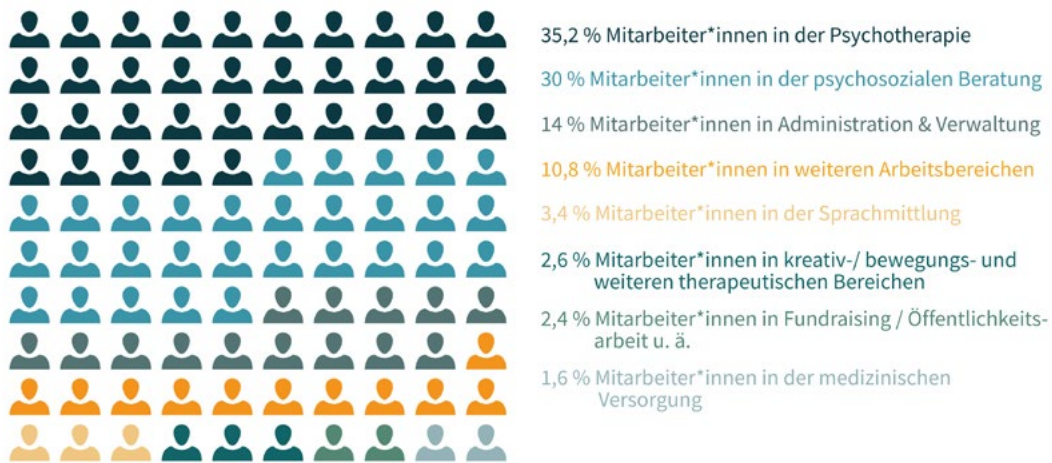


Abb. 36: Anteile der Berufsgruppen an allen Mitarbeiter*innen in einem „Durchschnitts-PSZ“ in 2018.

Freie Mitarbeiter*innen

Neben den fest angestellten Mitarbeitenden in den PSZ gibt es zusätzlich bundesweit etwa 1.527 Personen, die als freie Mitarbeitende in den PSZ tätig sind. Durchschnittlich gibt es pro PSZ 38 freie Mitarbeitende, zum größten Teil im Bereich der Sprach-

mittlung (82 %), aber auch in anderen Bereichen wie der Psychotherapie (6 %) oder in kreativ-, bewegungs- und weiteren therapeutischen Bereichen (5 %).

	Summe (N = 40)	Ø pro Zentrum (Mittelwert)	typisches Zentrum (Median)	% Anteil der Berufsgruppe an allen freien Mitarbeitenden
freie Mitarbeiter*innen insgesamt 2018	1527	38,2	35,5	
Mitarbeiter*innen in der Sprachmittlung	1249	31,2	25,5	81,8 %
Mitarbeiter*innen in der Psychotherapie	84	2,1	0	5,5 %
Mitarbeiter*innen in kreativ-/ bewegungs- und weiteren therapeutischen Bereichen	75	1,9	0	4,9 %
Mitarbeiter*innen in weiteren Arbeitsbereichen	54	1,4	0	3,5 %
Mitarbeiter*innen in der psychosozialen Beratung	42	1,1	0	2,8 %
Mitarbeiter*innen in der medizinischen Versorgung	15	0,4	0	1,0 %
Mitarbeiter*innen in Administration & Verwaltung	4	0,1	0	0,3 %
Mitarbeiter*innen in Fundrai- sing/ Öffentlichkeitsarbeit u.ä.	4	0,1	0	0,3 %

Tabelle 13: Anzahl der freien Mitarbeitenden in allen Zentren, dem durchschnittlichen und typischen Zentrum in den verschiedenen Arbeitsfeldern im Jahr 2018.

Ehrenamtliche, Praktikant*innen und Minijobs

Weitere Unterstützung bekommen die Psychosozialen Zentren im Durchschnitt außerdem von etwa 8 Ehrenamtlichen, die sich jede Woche mit rund 5,4 Stunden für das PSZ und seine Klient*innen engagieren. Durch Mentoring-Programme oder z. B. Arbeitsgruppen zur Wohnungssuche für Geflüchtete unterstützen die Ehrenamtlichen die Klient*innen im Alltag wie auch bei Behördengängen. Darüber hinaus unterstützt die Arbeit des Zentrums durchschnittlich noch ein*e Praktikant*in mit etwa 28 Wochenstunden, wie auch eine Person, die auf Minijob-Basis – meist in der Verwaltung des PSZ – mit durchschnittlich 8 Wochenstunden angestellt ist.

Im Vorjahresvergleich wird deutlich, dass sich die Anzahl der Ehrenamtlichen pro Zentrum fast halbiert hat. Während 2017 noch insgesamt 557 ehrenamtliche Unterstützer*innen in den PSZ aktiv waren, sind es im Jahr 2018 nur noch 312 Personen. Aber diejenigen, die bleiben, sind sehr engagiert und investieren im Jahr 2018 durchschnittlich bis zu 5 Wochenstunden, wohingegen es im Jahr 2017 nur 3 Wochenstunden waren.

*„Bei den Ehrenamtlichen sehen wir eine deutliche Erschöpfung. Der Hype von 2015 und 2016 ist vorbei. Wir merken deutlich, dass das Engagement zurückgeht. Aber die Ehrenamtlichen, die da bleiben, bilden auch einen festen, verlässlichen Kern, der mittlerweile gut für die Begleitung der Klient*innen qualifiziert ist.“*

Mitarbeitende eines PSZ

	Summe (N = 37)	Ø pro Zentrum (Mittelwert)	typisches Zentrum (Median)
Ehrenamtliche	312	8 Ehrenamtliche mit 5,4 h/Woche	2 Ehrenamtliche mit 3 h/Woche
Praktikant*innen	37	1 Praktikant*in mit 27,5 h/Woche	1 Praktikant*in mit 30 h/Woche
Minijobs	49	1,3 Mitarbeitende mit 8 h/Woche	---

Tabelle 14: Anzahl der Minijobs, Praktikant*innen und Ehrenamtlichen im Jahr 2018.



Abb. 37: Ehrenamtliches Engagement für die PSZ von 2015 bis 2018.



FREIWILLIG

11. Entwicklung der Klient*innen-Zahlen in den Psychosozialen Zentren

11. Entwicklung der Klient*innen-Zahlen in den Psychosozialen Zentren über die Zeit

Seit die BAfF Daten zur Versorgungssituation in den Psychosozialen Zentren erhebt, wächst die Versorgungsstruktur der Psychosozialen Zentren kontinuierlich weiter. In der Vergangenheit ist die Anzahl der Klient*innen, die von allen PSZ bundesweit pro Jahr versorgt werden konnte, immer um etwa 20 % gestiegen. Zum einen sind dem Netzwerk der BAfF kontinuierlich neue Einrichtungen beigetreten: Die Anzahl der in der BAfF vernetzten PSZ ist zwischen 2013 und 2018 von 26 auf 40 Einrichtungen gestiegen. Zum anderen haben sich neue Finanzierungsquellen aufgetan und Stiftungs-, Spenden- und Projektmittel für die PSZ wurden mancherorts erhöht, sodass neue Mitarbeitende eingestellt und die Kapazität der Einrichtungen erhöht werden konnte. Zugleich haben die Psychosozialen Zentren in den Jahren 2015 und 2016 alle einen enormen Andrang Hilfe suchender Geflüchteter bewältigt: Vielerorts

wurden dabei für sehr viele Klient*innen Bedarfe abgeklärt, Kriseninterventionen und Stabilisierungsmaßnahmen angeboten. Nicht immer konnte jedoch im Anschluss allen Klient*innen auch eine langfristige Begleitung angeboten werden, mitunter hatten die PSZ zwar insgesamt mehr Personen neu aufgenommen, diese aber jeweils kürzer begleitet (siehe Kapitel „Entwicklung der Behandlungsdauer in den PSZ“ auf Seite 87).

Der stetige Anstieg der bundesweit durch das PSZ-Netzwerk versorgten Klient*innen hat sich im Jahr 2018 zum ersten Mal nicht in dieser Größenordnung fortsetzen können. In die Datenerhebung der BAfF sind zwar statt vorher 37 in diesem Jahr 40 Zentren eingegangen, die Anzahl der insgesamt versorgten Klient*innen ist im Vergleich zum Vorjahr trotzdem nur leicht um etwa 1.300 Klient*innen an-

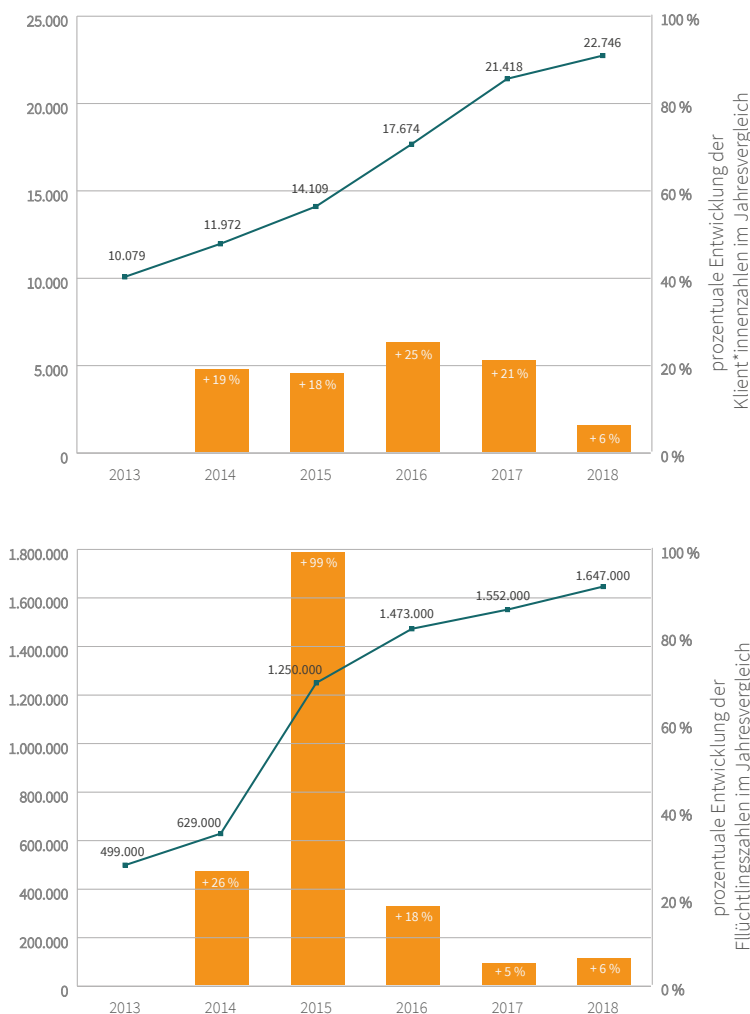


Abb. 38: Entwicklung der Flüchtlingszahlen und der Klient*innen-Zahlen in den PSZ von 2013 bis 2018.

Quelle: Dr. Thomas Hohlfeld, Referent für Migration und Integration, Fraktion DIE LINKE. im Bundestag, 227-51122, 12.3.2019; Antworten der Bundesregierung auf Kleine Anfragen der LINKEN (Ulla Jelpke u. a.): BT-Drs. 16/8321, 16/12029, 17/642, 17/4791, 17/8547, 17/12457, 18/1033, 18/3987, 18/5862, 18/7800, 18/9556, 18/11388, 18/13537, 18/136, 19/633, 19/3860, 19/8258

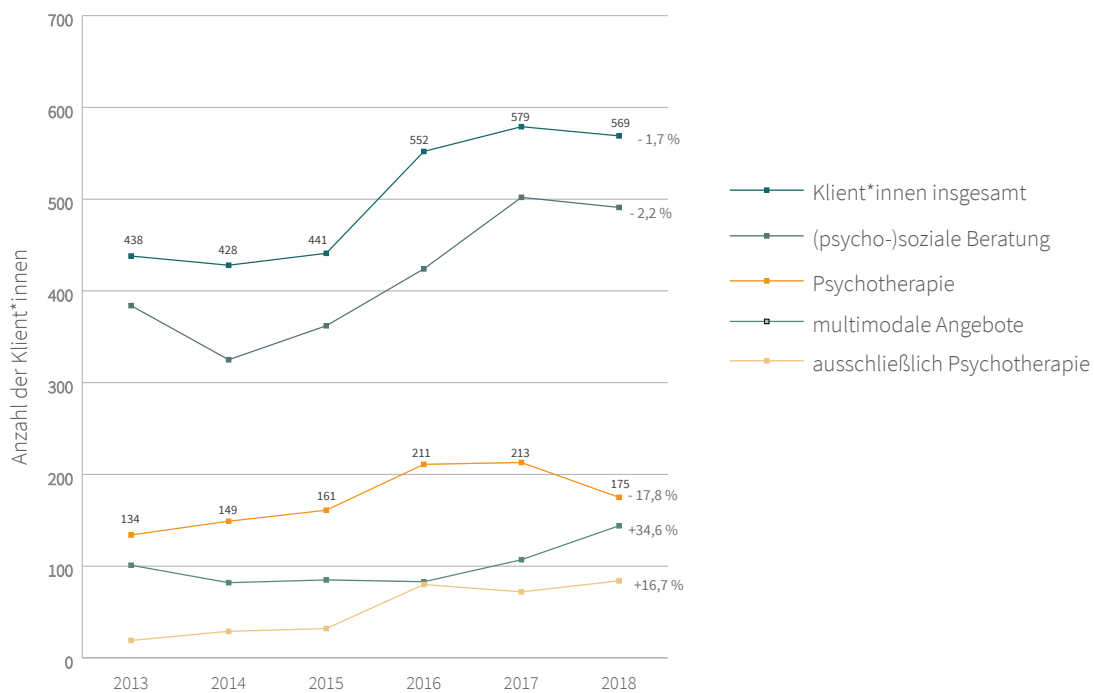


Abb. 39: Entwicklung der durchschnittlichen Klient*innen-Zahl in den Versorgungssettings von 2013 bis 2018.

gestiegen (+6 %). Der Anstieg der Klient*innen-Zahlen in den PSZ entspricht damit in etwa dem Anstieg der Anzahl geflüchteter Menschen, die aktuell in Deutschland leben (siehe Abbildung 38). Langfristig ist die Kapazität der Psychosozialen Zentren jedoch weit davon entfernt, die Entwicklung der Flüchtlingszahlen aufzuholen: Während die Anzahl der Geflüchteten, die in Deutschland leben, sich seit 2013 mehr als verdreifacht hat, hat die Kapazität der Zentren sich im gleichen Zeitraum lediglich auf etwas mehr als das Doppelte erhöht.

Im Durchschnitt konnte ein einzelnes PSZ im Jahr 2018 sogar minimal weniger Klient*innen versorgen als im Jahr zuvor (siehe Abbildung 39). Die Klient*innen-Anzahl, die pro Zentrum versorgt werden konnte, sank um durchschnittlich 10 Klient*innen auf 569 (-1,7 %). Am stärksten fällt dabei der Rückgang der Therapieklient*innen auf (-17,8 %): Pro Zentrum konnten nur noch durchschnittlich 175 Klient*innen psychotherapeutisch begleitet werden, im Vorjahr waren es noch 213.

Neuaufnahmen in den PSZ

Dieser leichte Rückgang der Klient*innen-Zahlen hängt vor allem damit zusammen, dass die Psychosozialen Zentren im Durchschnitt weniger Klient*innen neu aufgenommen haben als im Vorjahr. Insgesamt wurden 2018 fast 10.000 Klient*innen neu in die Behandlungs- und Beratungsprogramme der Zentren aufgenommen ($\Sigma = 9.683$).

Durchschnittlich gab es 2018 pro Einrichtung 242 Neuaufnahmen ($M = 242$, $Md = 169$), im Vergleich zum Vorjahr 2017 zeigt sich hier also ein Rückgang um 16 %. Ein Blick auf den prozentualen Anteil, den neu aufgenommene Klient*innen an allen Klient*innen einnehmen, zeigt, dass er von etwa der Hälfte aller Klient*innen auf nur noch 43 % zurückgegangen ist (siehe Abbildung 40). Insgesamt haben die Psychosozialen Zentren zum Jahreswechsel 2018/19 also mehr „Bestandsklient*innen“ versorgt als neue Klient*innen aufgenommen.

Qualitativ verbinden die Fachkräfte in den Psychosozialen Zentren die sinkenden Kapazitäten für

Neuaufnahmen mit einer erhöhten Intensität, die für die Begleitung ihrer aktuellen Klient*innen notwendig ist. So habe der Anteil der Klient*innen, die sich in komplexeren, krisenhaften Problemlagen befinden, über die Zeit zugenommen.

„Wir benötigen für die bestehenden Klient*innen immer mehr Zeit, da komplexere Problemlagen kommen, die immer wieder Stress und Krisen auslösen, seien es verweigerte Arbeitserlaubnisse, verweigerte Geburtsurkunden verbunden mit der Anforderung, sich an die eigene Botschaft wegen der Passbeschaffung zu wenden, obwohl sie noch im laufenden Asylverfahren sind. Es gibt immer mehr Probleme, Rechte, die den Menschen eigentlich zustehen, auch geltend zu machen und immer mehr Hindernisse durch das Handeln der Behörden.“

Psychotherapeut*in PSZ

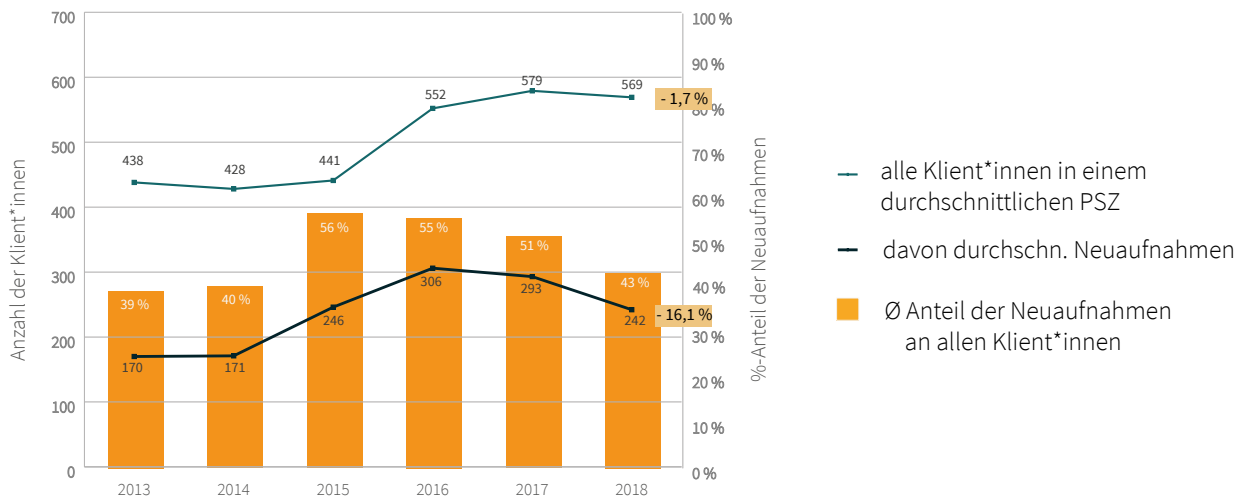


Abb. 40: Entwicklung der Neuaufnahmen in einem durchschnittlichen PSZ von 2013 bis 2018.

Entwicklung der Behandlungsdauer in den PSZ

Für das therapeutische Setting deckt sich dieser Eindruck mit den Ergebnissen zur Behandlungsdauer sowie zum Anteil der Kurz- bzw. Langzeittherapien in den Psychosozialen Zentren. So ist die Anzahl der Sitzungen bis zum Abschluss einer Psychotherapie in den PSZ von durchschnittlich 23 Sitzungen im Jahr 2017 auf im Schnitt 25 Sitzungen in der aktuellen Erhebung gestiegen. Der Anteil der Kurzzeittherapien in den PSZ war im Jahr 2016 zunächst stark auf durchschnittlich 71 % aller Therapien angestie-

gen. Inzwischen ist dieser Anteil wieder rückläufig und liegt bei durchschnittlich 62,5 % der Therapien (siehe Abbildung 41). Im Vergleich mit den Daten aus dem Jahr 2017 zeigt sich auch, dass zeitgleich vor allem der Anteil derjenigen Klient*innen, die länger als 50 Sitzungen (also dem Kontingent einer Langzeittherapie in der Regelversorgung), begleitet werden müssen, leicht von durchschnittlich 6,7 % auf 8,7 % aller Therapien gestiegen ist.

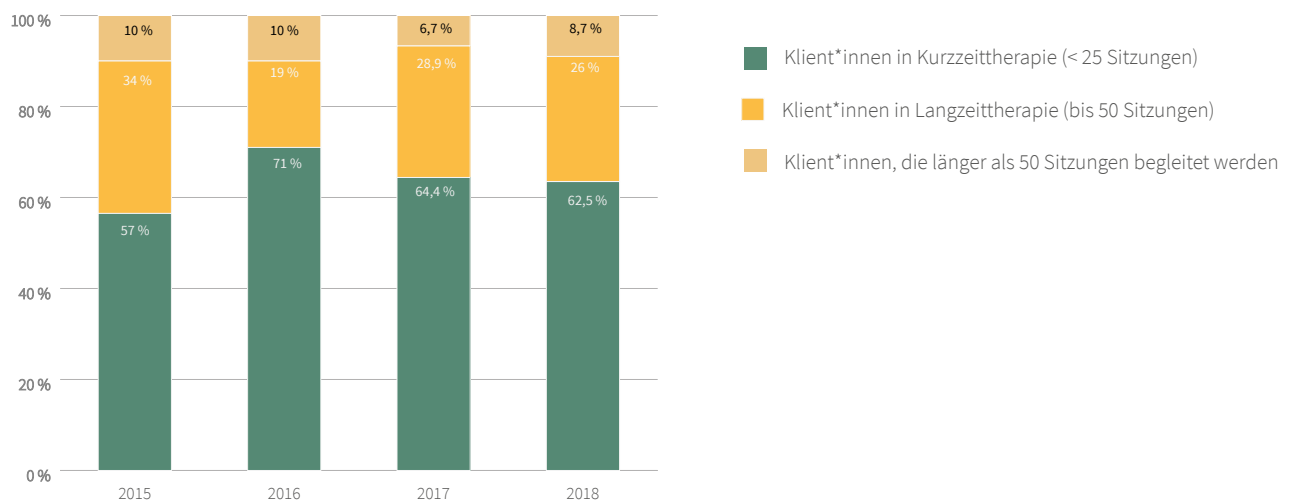


Abb. 41: Entwicklung der Behandlungsdauer in den PSZ von 2015 bis 2018. Anteile von Kurz- und Langzeittherapien im Vergleich.

Rückfälle und neue Krisen bei Klient*innen der PSZ

Geflüchtete Klient*innen brauchen oft viel Zeit, um ihre Gewalterfahrungen in der Therapie zu verarbeiten und trotz des enormen Drucks ihrer prekären Lebenssituation zur Ruhe zu kommen. Dennoch gelingt es vielen Klient*innen mit der Unterstützung des PSZ, sich nach einer gewissen Zeit zu stabilisieren und hier anzukommen. Mitunter beenden Klient*innen eine Therapie dann, weil sie ihr Leben nach dieser Zeit ohne Unterstützung in Angriff nehmen wollen, sie sich ein soziales Netz aufgebaut und z. B. auch in den Arbeitsmarkt integriert haben. Häufig verbessert sich die Symptomatik auch, wenn das Asylverfahren abgeschlossen ist und sich ein Teil der existentiellen Unsicherheit aufgelöst hat, die das Leben der Klient*innen bislang geprägt hat. Unter Umständen sind Klient*innen nach der Unterstützung durch das PSZ über lange Zeit hinweg relativ stabil, integrieren sich in den Arbeits- oder Ausbildungsmarkt und nehmen erst zu einem späteren Zeitpunkt wieder Kontakt mit dem Zentrum auf – z. B. weil sie jetzt bereit sind, sich intensiver auch mit ihrer Biografie auseinanderzusetzen und

traumatische Erlebnisse aufzuarbeiten, an die sie sich in der Unsicherheit nach ihrer Ankunft noch nicht heranwagen konnten. Manchmal treten aber auch nach einiger Zeit neue Belastungen auf, etwa, weil sich die Familiendynamik im Exil verändert, der Anpassungsdruck zu hoch ist oder neue kritische Lebensereignisse sie aus dem Gleichgewicht bringen.

In diesen Fällen entstehen oft neue Krisen oder Rückfälle, so dass bereits stabilisierte Klient*innen der Psychosozialen Zentren wieder intensivere Betreuung benötigen oder ehemalige Klient*innen erneut in das PSZ aufgenommen werden müssen. Zum aktuellen Zeitpunkt tritt dies gehäuft bei Klient*innen auf, die eigentlich bereits als Flüchtlinge anerkannt wurden, die nun aber vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) eine Anknüpfung für ein sogenanntes Widerrufsverfahren erhalten.

Das Widerrufsverfahren

Im Widerrufsverfahren (§§ 73 ff. AsylG) überprüft das BAMF, ob die Voraussetzungen für den einst zuerkannten Schutzstatus weiterhin bestehen. Beispielsweise kann eine dauerhafte politische Umwälzung im Herkunftsland unter Umständen dazu führen, dass eine bislang drohende Gefahr der politischen Verfolgung nun zu verneinen ist. Im Hinblick auf Personen mit Asyl- und Flüchtlingsstatus schreibt das Asylgesetz dem BAMF vor, die Widerrufsprüfung spätestens drei Jahre nach unanfechtbarer Anerkennung anlasslos durchzuführen (sog. Regelüberprüfung). Auch zu einem späteren Zeitpunkt kann jedoch eine (erneute) Prüfung erfolgen. Auch bei subsidiärem Schutz und Abschiebungsverboten kann das BAMF ein (anlassbezogenes) Widerrufsverfahren einleiten.

Die Betroffenen können durch Aufforderung durch das Bundesamt zur Mitwirkung verpflichtet werden, sofern dies zumutbar und für die Prüfung erforderlich ist. Wird dieser Pflicht nicht nachgekommen, kann das BAMF ein Zwangsgeld androhen bzw. nach Aktenlage entscheiden, sofern es hierauf zuvor hingewiesen hat. Auch Personen mit Flüchtlingsanerkennung oder subsidiärem Schutzstatus sollten im Widerrufsverfahren etwaige Erkrankungen geltend machen, da das BAMF im Falle des Widerrufs prüfen muss, ob die Voraussetzungen für ein Abschiebungsverbot vorliegen.

Interview mit Dr. Dima Zito, Therapeutin im PSZ Düsseldorf:

„Seit dem Widerruf hatte sie wieder massive Halluzinationen. Sie hatte ein Gefühl von relativer Sicherheit, aber das rutschte ihr alles wieder weg.“

Die öffentliche Diskussion um massenhafte Überprüfungen von Flüchtlingsanerkennungen und der Diskurs um vermeintlich sichere Herkunftsregionen sorgt bei vielen Klient*innen für enorme Verunsicherung. Auch wenn eine tatsächliche Aberkennung des Schutzstatus nur für einen Teil der Klient*innen in den PSZ eine reale Bedrohung darstellt, ist meistens die bloße Aufforderung zur Mitwirkung bzw. die Ladung zu einer Befragung im Widerrufsverfahren, so destabilisierend, dass Klient*innen erneut und mitunter längerfristig vom PSZ begleitet werden müssen. Eine Psychotherapeutin aus den PSZ hat mit der BAFD darüber gesprochen, was die Widerstandspraxis für die therapeutische Arbeit mit ihren Klient*innen bedeutet.

Dima Zito: Ein Fall hat mich sehr beschäftigt. Wir haben lange mit einer Roma-Familie aus dem Kosovo gearbeitet. Sie wurden 2014 im Asylverfahren abgelehnt, und wir haben damals schon etwas für sie geschrieben. Das Gericht hatte dann Gutachten bei einem Institut in Auftrag gegeben. Das waren jeweils 70-seitige psychodiagnostische Gutachten für vier Familienmitglieder, in denen detailliert belegt wurde, welche Erlebnisse sie berichteten, welche Auswirkungen diese hatten und wie es sich auswirken würde, wenn sie zurück müssten. Daraufhin wurden ihnen Abschiebungshindernisse zugesprochen und die Familie erhielt eine Aufenthaltserlaubnis.

Wir haben die einzelnen Familienmitglieder intensiv psychotherapeutisch begleitet, sie haben sich ziemlich stabilisiert und waren kurz davor, eine Niederlassungserlaubnis zu bekommen. Im Herbst 2018 hat das BAMF ein Widerrufsverfahren eingeleitet, in dessen Verlauf wir zwei Stellungnahmen geschrieben haben. Aber die Antwort war ein Widerruf, unter anderem mit der Begründung, dass ich als behandelnde Therapeutin befangen und außerdem nicht qualifiziert sei, eine Stellungnahme zu schreiben. Also hat eine Fachärztin für Psychotherapie nochmal diagnostische Gespräche geführt und die Diagnosen bestätigt. Das Statement des BAMF war dann, ihre Gespräche seien zu kurz gewesen und sie könne das daher nicht beurteilen.

Wie geht Ihr in der Psychotherapie mit diesen Rückschlägen um?

Bei dem Fall habe ich gemerkt, dass mich das sehr runtergezogen hat. Wir sind für die Menschen oft die letzte Hoffnung. Das nimmt einem das Gefühl von Selbstwirksamkeit. Wenn wir früher etwas geschrieben haben, wurde es in der Regel bei Entscheidungen ernst genommen. Im Moment erlebe ich es eher so, dass grundsätzlich abgelehnt wird, und im Nachhinein dafür Gründe gesucht werden.

Die Familie hatte sich stabilisiert, sie machen unglaublich viel: Arbeit, Ausbildung, Schule. Und dann mitzubekommen, wie das alles kippt und sie wieder in suizidale Krisen kommen. Das dann psychotherapeutisch aufzufangen, ihnen Hoffnung zu vermitteln, und gleichzeitig selber immer mehr Skepsis zu bekommen, ob es wirklich hinhaut, ist schon sehr fordernd. Und es kostet unglaublich viel Zeit – ich fand es zermürbend, immer wieder etwas schreiben zu müssen. Da kommt das Gefühl: ‚Ich habe doch schon alles dazu gesagt. Was soll ich denn noch schreiben, wenn es offensichtlich den Wunsch gibt abzulehnen, egal was ich schreibe?‘

Was würdest Du schätzen – wie viele Stunden Arbeit hast du allein für die letzte Stellungnahme investiert?

Das sind ja fünf Familienmitglieder und es waren drei Stellungnahmen. Eine für die Eltern und den minderjährigen Sohn zusammen, und jeweils eine für die beiden volljährigen Töchter. Ich, die Ärztin und der Jurist waren involviert, wahrscheinlich sind es mehr als 60 Stunden, der Jurist hat dann auch bei der Klagebegründung noch viel gemacht.

Im Laufe der Jahre habe ich immer wieder etwas für die Familie geschrieben. Wegen diesem akuten Druck in der Situation habe ich auch Überstunden gemacht, Sachen zuhause geschrieben. Diese Schwingungen von Druck, Angst, Trauma und Gewalt habe ich dann an meinem Küchentisch bearbeitet... Das war nicht gut. Das war in dem Moment nicht anders zu machen um die Sachen fertig zu bekommen, aber ich achte jetzt wieder verstärkt darauf, mich selber zu schützen.

Wie ging es Deinen Klient*innen in dieser Situation?

Meine Hauptklientin ist die Tochter der Familie. Sie ist als Jugendliche zu mir in Therapie gekommen, inzwischen ist sie 20. Sie hat als kleines Kind einen Überfall auf die Familie durch maskierte Männer erlebt, und alle Kinder mussten mit ansehen, wie die Mutter vergewaltigt wurde. Die Kinder sind davon alle traumatisiert, und bei ihr hat sich eine PTBS entwickelt mit psychotischem Erleben. Wenn sie unter Druck steht, sieht sie schwarze Männer im Raum, die mit ihr im Kontakt sind. Sie ist sehr therapiemotiviert, macht alle Übungen zuhause und hatte sich ziemlich stabilisiert.

Seit dem Widerruf hatte sie wieder massive Halluzinationen mit Männern im Raum. Sie hatte ein Gefühl von relativer Sicherheit erarbeitet, und das rutschte ihr dann alles wieder weg und dadurch kamen die Symptome wieder. Ich frage mich, wie lange ich sie noch erreichen und stabilisieren kann, oder ob dem nicht irgendwann komplett der Boden entzogen wird.

Sie macht auch die Erfahrung, dass es doch nicht so wirksam war, was wir erreicht haben, weil ihr vom BAMF nicht geglaubt wird. Die ganze Familie ist total aufgewühlt. Ich hatte viele Termine mit ihnen, um zu erklären, wie das mit der Klage gegen den Widerruf ablaufen wird und ich merke, es bleibt einfach nicht hängen bei ihnen. Ich glaube, weil sie so panisch und dissoziativ sind in den Gesprächen.

Die Verunsicherung ist so existentiell, dass Eure Klient*innen nicht mehr aufnehmen können, was Ihr erklärt?

Ja, oder es kommt für den Moment an, aber ist ganz schnell wieder weg. Dann muss man es immer wieder erklären. Man muss viel vereinfachen mit Symbolen, dann lege ich Wege mit Steinen: ‚Das ist der nächste Schritt und das ist der nächste.‘ Es ist schwierig, dass es greifbar wird für sie.

Und all das bei Klient*innen, die schon so viel erreicht und eine gewisse Stabilität erreicht haben.

Ja, und die Familie war auch nicht der einzige Fall, mir fallen direkt zwei weitere Klienten ein, bei denen das BAMF versucht hat, den Abschiebungsschutz zu widerrufen. Bei beiden war der Antrag auf die Niederlassungserlaubnis schon gestellt und zog sich lange hin. Dann hat der eine von der Ausländerbehörde einen Brief gekriegt mit einem Termin, an dem er die Niederlassungserlaubnis abholen könne. Und am nächsten Tag kam ein Brief vom Bundesamt, dass sein Aufenthalt widerrufen wird. Beim anderen war

es ähnlich. Obwohl die Niederlassungserlaubnis eigentlich schon erteilt war, mussten sie dem BAMF Bescheinigungen über die weiterhin bestehende psychische Erkrankung und Behandlungsbedürftigkeit vorlegen.

Der eine Klient ist als umF gekommen, der andere war gerade volljährig, sie sind schon über zehn Jahre in Deutschland. Die Strategie scheint zu sein, den Aufenthalt noch schnell zu entziehen, bevor er entfristet wird. Und das sind beides Menschen, die sehr gut deutsch sprechen, berufstätig und gut integriert sind und natürlich stürzt sie das in die Krise. Sie werden total verunsichert und brauchen dann wieder stabilisierende Gespräche. Das macht ein mulmiges Gefühl, dass es nie einfach mal gut ist, sondern ihnen jederzeit doch noch alles entzogen werden kann.

Diese traumatische Phase, in der keine Sicherheit einkehrt, wo von außen die Lebensgrundlage immer noch entzogen werden kann, das wird jetzt über viele Jahre gestreckt. Das ist Teil einer sequentiellen Traumatisierung, die Menschen so fundamental zu erschüttern und zu verunsichern. Dass keine Sicherheit einkehrt, ist, glaube ich, das Schlimmste, und dann kannst du die Leute eigentlich nicht stabilisieren. Am Ende haben sie beide ihre Niederlassungserlaubnis bekommen, aber sie mussten wieder durch eine erschütternde Phase der Unsicherheit und wir hatten wieder viel Arbeit mit Klienten, die uns eigentlich nicht mehr brauchen sollten.



12. Kapazität der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

12. Kapazität der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE:

- ▶ Die Wartezeiten auf einen Therapieplatz in den Psychosozialen Zentren liegen bei durchschnittlich 7 Monaten, in fast 30 % der Zentren sogar zwischen 9 Monaten und eineinhalb Jahren.
- ▶ Bundesweit konnten über 7.600 Personen, die Unterstützung in Psychosozialen Zentren gesucht haben, nicht versorgt werden. Sie wurden weder in ein anderes Angebot außerhalb des Zentrums vermittelt, noch auf die Warteliste gesetzt.

Das Netzwerk der Psychosozialen Zentren hat sich in den letzten Jahren stetig vergrößert, die einzelnen Einrichtungen sind zum Teil gewachsen und die Anzahl der jährlich durch die PSZ versorgten Klient*innen ist inzwischen auf über 22.700 Klient*innen bundesweit gestiegen. In der Vergangenheit hat der Ausbau der Psychosozialen Zentren jedoch angesichts der hohen Nachfrage durch Geflüchtete mit einem Behandlungs- und/oder Beratungsbedarf nicht zu einer Verbesserung der angespannten Versorgungssituation geführt (Baron & Flory, 2019). Die Wartelisten und die Ablehnungszahlen blieben über die Jahre hinweg sehr hoch. Die Ergebnisse

zur Entwicklung der Klient*innen-Zahlen im Jahresvergleich deuten darauf hin, dass die Kapazitäten zur Aufnahme neuer Klient*innen im aktuellen Erhebungszeitraum eher gesunken sind (siehe Kapitel „11. Entwicklung der Klient*innen-Zahlen in den Psychosozialen Zentren über die Zeit“ auf Seite 85). Im Folgenden wird ein Blick darauf geworfen, inwieweit sich diese Beobachtung auch in der aktuellen Aufnahme- und Anmeldepraxis für neue Klient*innen in den PSZ widerspiegelt. Näher betrachtet werden dabei insbesondere die Wartezeiten sowie die Anzahl der Klient*innen, die von den PSZ abgewiesen werden müssen.

a. Aufnahmepraxis der Psychosozialen Zentren

Die Aufnahmepraxis der Psychosozialen Zentren unterscheidet sich oft sehr, abhängig von der Organisations- und Angebotsstruktur, der Größe der Einrichtung, den Hauptzielgruppen (Erwachsene, Kinder und Jugendliche) sowie den regionalen Kooperationsnetzwerken der Einrichtungen. In der Mehrheit der Zentren werden die Aufnahmemodalitäten zudem kontinuierlich der aktuellen regionalen Situation angepasst und befinden sich insbesondere bezogen auf das Wartelistenmanagement in einem kontinuierlichen Weiterentwicklungsprozess.

Die Mehrheit der Psychosozialen Zentren organisiert die Aufnahmen von neuen Klient*innen über Wartelistensysteme (75,0 %). Oft werden auch mehrere Wartelisten, z. B. für psychotherapeutische und für psychosoziale Angebote, für Erwachsene und für minderjährige Geflüchtete geführt. Die Aufnahmen erfolgen meistens kontinuierlich das gesamte Jahr über (77,5 %), in einigen Einrichtungen allerdings

nur zu bestimmten Zeiten im Jahr, unabhängig vom Anmeldezeitpunkt der Person (10,0 %).

Über 40 % der Psychosozialen Zentren müssen Anfragen mitunter vollständig ablehnen (siehe Kapitel „Ablehnungen“ auf Seite 100). Diese Personen können dann weder versorgt, beraten, auf die Warteliste gesetzt oder an die Regelversorgung vermittelt werden. Etwa ein Viertel der Psychosozialen Zentren setzt das Anmelde- bzw. Wartelistenprozedere sogar regelmäßig für alle Anfragenden aus und verhängt für eine bestimmte Zeit Aufnahmestopp (25,0 %).

Einige Zentren arbeiten auch mit einem Sprechstundensystem. So gibt es Modelle, die z. B. zweimal wöchentlich offene Sprechstunden anbieten, bei der ein erstes Clearing stattfindet. Nach einer Priorisierung nach Zielgruppe und Dringlichkeit kommt es dann entweder zu einer Kurzberatung oder zu ei-

ner Aufnahme in die Angebotsstruktur des Psychosozialen Zentrums bzw. zur Weitervermittlung in die Regelversorgung.

Die meisten Psychosozialen Zentren nehmen in besonderen Krisenfällen immer wieder auch au-

ßerhalb ihres geregelten Aufnahmeprozesses Klient*innen auf (82,5 %). In fast einem Drittel der Psychosozialen Zentren gibt es für diese Fälle Notfall- bzw. Krisensprechstunden, die auch für Klient*innen offenstehen, die (noch) keine Klient*innen des Zentrums sind (30,0 %).

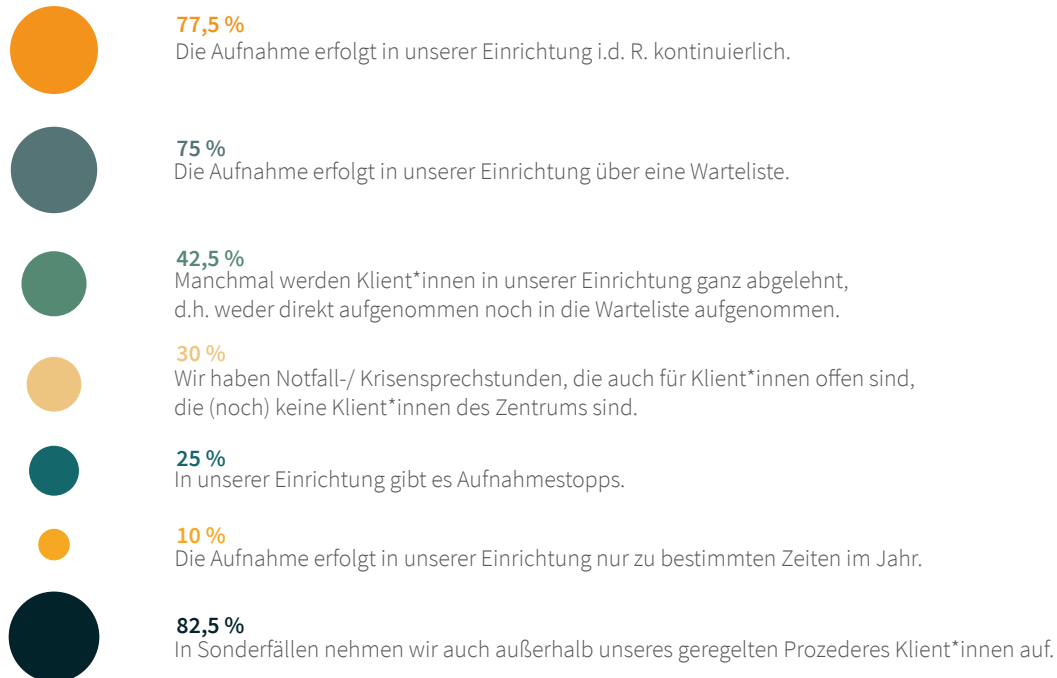


Abb. 42: Angaben zur Aufnahmepraxis für neue Klient*innen in den PSZ in Prozent

Kriterien für die Aufnahme von Klient*innen

Die begrenzten Kapazitäten in den Psychosozialen Zentren führen dazu, dass die Mitarbeitenden kontinuierlich die Entscheidung treffen müssen, welche Klient*innen zu welchem Zeitpunkt aufgenommen werden können. Kriterien für die Aufnahme sind dabei oftmals nicht nur der Grad der Belastung oder die Schwere der Symptomatik, sondern auch die Rahmen- und Lebensbedingungen der Personen.

Personen, bei denen bekannt ist oder der Verdacht besteht, dass sie Folter überlebt haben, werden von allen PSZ aufgenommen – in über der Hälfte der Zentren erfolgt die Aufnahme von Folterüberlebenden prioritär (54 %). Auch *Personen mit dringenden aufenthaltsrechtlichen Anliegen* haben bei der Hälfte der PSZ Priorität und werden von fast allen Einrichtungen aufgenommen.

Personen, die sich in akuten Krisen befinden, werden in 83 % der Psychosozialen Zentren aufgenommen, in knapp der Hälfte der Zentren (46 %) prioritär. Im Rahmen einer Krisenintervention durch das Psychosoziale Zentrum können z. B. Klinikaufenthalte koordiniert und häufig überhaupt erst ermöglicht werden. Wenn Suizidgedanken oder -absichten im Raum stehen, dann ist die Vermittlung in eine psychiatrische Klinik oft zunächst der erste Schritt. Vor

diesem Hintergrund geben 14 % der Psychosozialen Zentren an, dass sie Anfragende in akuten Krisen eher weitervermitteln als selbst aufnehmen.

Grundsätzlich unterscheiden sich die Aufnahmekriterien der Psychosozialen Zentren abhängig von den regionalen und konzeptionellen Voraussetzungen. Während in einigen Zentren Personen, die bereits einen gesicherten Aufenthaltsstatus, eine Versichertenkarte oder bestimmte Sprachkompetenzen (Englisch, Deutsch) besitzen, eher nicht aufgenommen bzw. in die Regelversorgung vermittelt werden, gehören diese Klient*innen in anderen Einrichtungen zum Personenkreis, der auch vom Zentrum selbst aufgenommen wird (siehe Abbildung 43). Menschen, die jedoch z. B. eine seltene Sprache sprechen, nehmen die meisten Zentren selbst auf, da diese Personen noch schwerer in die Regelversorgung zu vermitteln sind. Die Übernahme von Sprachmittlungskosten in der Regelversorgung ist unter anderem durch bürokratische Hürden erschwert und die Suche nach qualifizierten Sprachmittler*innen für die seltenen Sprachen ist für niedergelassene Psychotherapeut*innen ohne Zugriff auf Dolmetscherpools besonders schwierig (siehe Kapitel „14. Vermittlungen in die Regelversorgung: Möglichkeiten und Grenzen“ auf Seite 107).

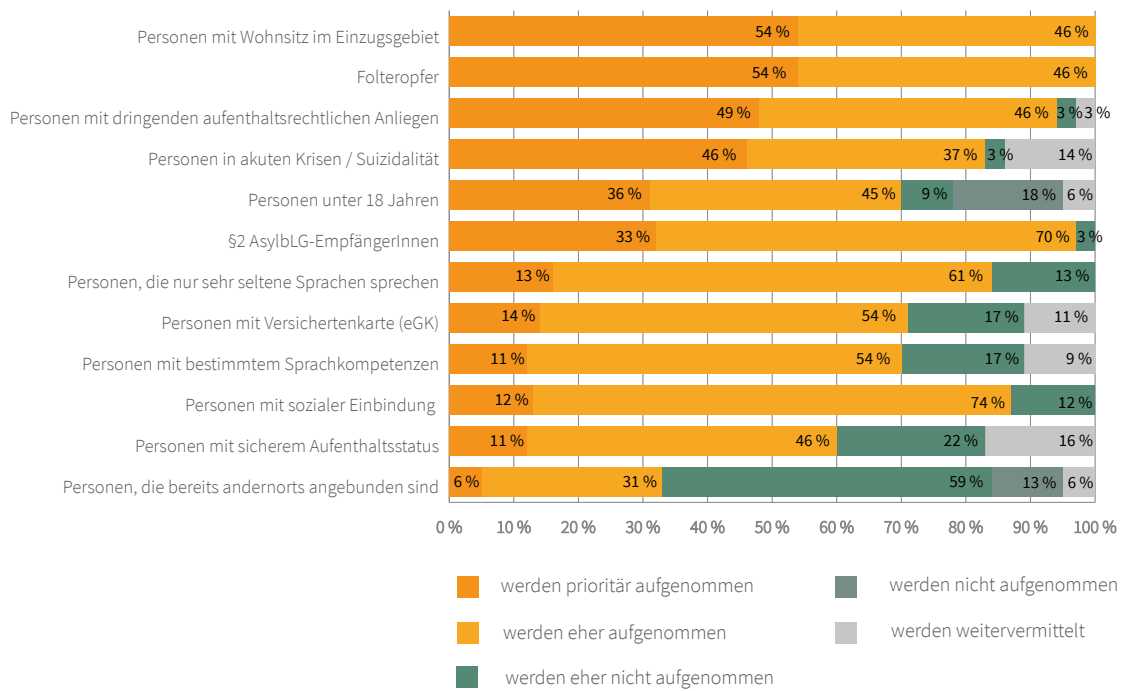


Abb. 43: Aufnahmekriterien in den PSZ 2018.

Anmeldende

Geflüchtete melden sich nicht immer selbst für ein Angebot in einem Psychosozialen Zentrum an, weil auch hier im Anmeldeprozess mitunter zunächst sprachliche oder bürokratische Hürden bestehen. Am häufigsten werden Klient*innen durch Mitarbeiter*innen der Unterkünfte, andere Beratungsstellen, ehrenamtliche Unterstützer*innen oder Angehörige bei der Anmeldung unterstützt. Auch die Rechtsanwält*innen, die die Klient*innen in asyl- und aufenthaltsrechtlichen Fragen begleiten, übernehmen manchmal die Anmeldung.

Nur selten werden Klient*innen durch Hausärzt*innen, niedergelassene Psychotherapeut*innen, Psychiater*innen oder andere Fachärzt*innen angemeldet. Auch eine Reihe weiterer Akteur*innen, wie Mitarbeiter*innen aus Schulen und Kindergärten, Wohngruppen für unbegleitete Minderjährige, Behörden (Sozialamt, Jugendamt, Jobcenter oder das BAMF) sowie Sprachmittler*innen aus den Communities vermitteln in einigen Regionen zu einer Anmeldung im PSZ.

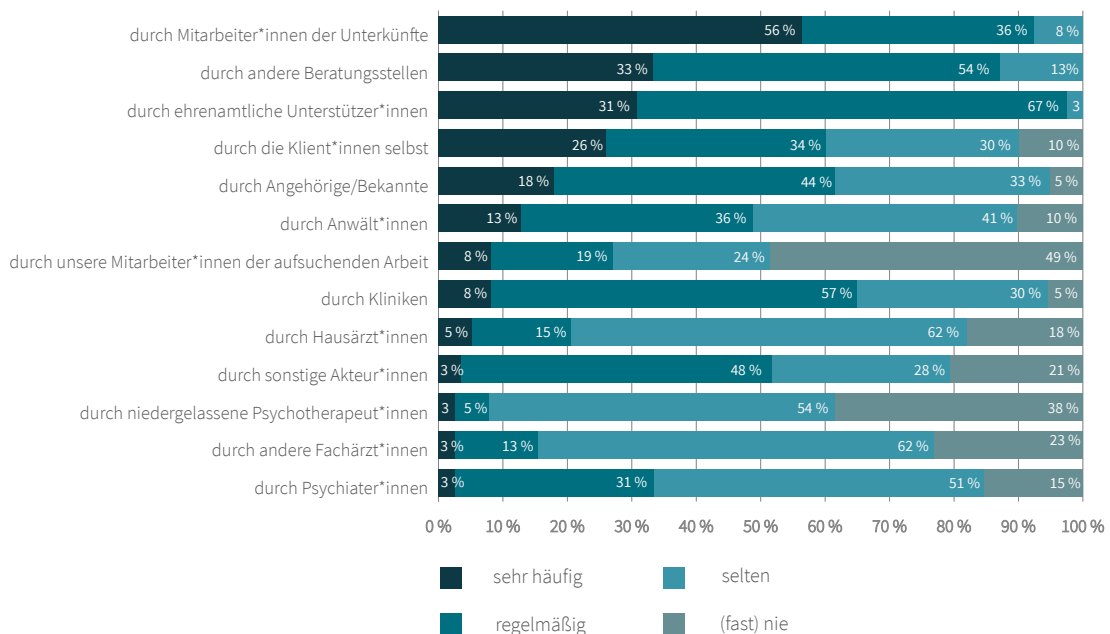


Abb. 44: Anmeldung von Klient*innen in den PSZ 2018.

b. Wartezeiten in den Psychosozialen Zentren

Wartezeiten stellen die zeitliche Dimension der Zugänglichkeit einer Versorgungsleistung dar. Darunter wird die Zeit zwischen der Terminanfrage bei einer Einrichtung bzw. Praxis bis zum vereinbarten bzw. tatsächlich erfolgten Termin verstanden. Wartezeiten entstehen, wenn Leistungen begrenzt sind und das Versorgungsangebot nicht ausreichend auf den bestehenden Bedarf reagieren kann. Grundsätzlich müssen in Deutschland vor allem für Termine bei Fachärzt*innen alle Menschen Warte-

zeiten einplanen. Im Bereich der psychotherapeutischen Versorgung ist die Lage besonders angespannt (Bundespsychotherapeutenkammer, 2018; Rabe-Menssen et al., 2019). Die folgenden Analysen gehen der Frage nach, wie sich die Wartezeiten für die Gruppe der Geflüchteten in den Psychosozialen Zentren entwickelt haben und wo sie im Vergleich zu denen für Patient*innen der Regelversorgung stehen.

Klient*innen auf den Wartelisten der Psychosozialen Zentren

Insgesamt standen im Jahr 2018 während eines durchschnittlichen Monats bundesweit 2.352 Klient*innen auf den Wartelisten der Psychosozialen Zentren, im Mittel etwa 64 Personen pro Zentrum. Je nach Zentrum unterscheidet sich die Länge der Wartelisten deutlich. Während in einigen Psychosozialen Zentren monatlich bis zu 343 Personen auf der Warteliste standen, haben andere Einrichtungen das Wartesystem vollständig abgeschafft und steuern die Aufnahme über andere Systeme.

Fast immer müssen Geflüchtete, die sich für einen Therapieplatz anmelden möchten, mehrere Monate warten, bis sie einen Termin erhalten. In lediglich 5 von 34 Psychosozialen Zentren (14,7 %) ist es für den*die durchschnittlichen Klient*innen möglich, zeitnah, d. h. in weniger als 3 Monaten, eine Psychotherapie zu beginnen. Im Durchschnitt beträgt die Wartezeit auf einen Therapieplatz 7 Monate (M = 7,0), in der Hälfte der Zentren warten Geflüchtete mehr als ein halbes Jahr auf eine Psychotherapie (Md = 6; siehe Tabelle 16). Bei fast 30 % aller Psychosozialen Zentren warten Klient*innen im

Durchschnitt sogar zwischen 9 Monaten und eineinhalb Jahren, bis sie mit einer Psychotherapie beginnen können (siehe Abbildung 45).

Viele psychosoziale Zentren haben getrennte Wartelisten zum einen für die Psychotherapie, zum anderen für die (psycho)soziale Beratung. Beratungstermine können zwar in der Regel schneller vergeben werden, doch auch hier ist oft keine zeitnahe Anmeldung möglich: Im Durchschnitt beträgt die Wartezeit auf einen Beratungsplatz fast 4 Monate, in der Hälfte der Zentren wartet man mehr als 3 Monate bis zum ersten Beratungstermin (M = 3,6; Md = 3). In einigen Zentren werden Klient*innen immer zeitgleich sowohl an das Beratungs- als auch das Therapiesetting angebunden, so dass Klient*innen in 20 % der Zentren auch auf die Beratung über ein halbes Jahr warten müssen (siehe Abbildung 46).

	Klient*innen auf der Warteliste pro Monat	Ø Wartezeit auf einen Therapieplatz	Ø Wartezeit auf einen Beratungsplatz
Summe (n = 37)	2.352		
Mittelwert	64	7 Monate	3,6 Monate
Median	40	6 Monate	3 Monate
Min	3	0 Monate	0 Monate
1. Quartil	18	3 Monate	1 Monat
2. Quartil (Md)	40	6 Monate	3 Monate
3. Quartil	81	9 Monate	5 Monate
Max	343	18 Monate	18 Monate

Tabelle 15: Monatliche Klient*innenzahlen auf Wartelisten, Ø Wartezeiten in den PSZ auf Psychotherapie und Beratung 2018.

Durchschnittliche Wartezeiten auf einen Therapieplatz in den PSZ

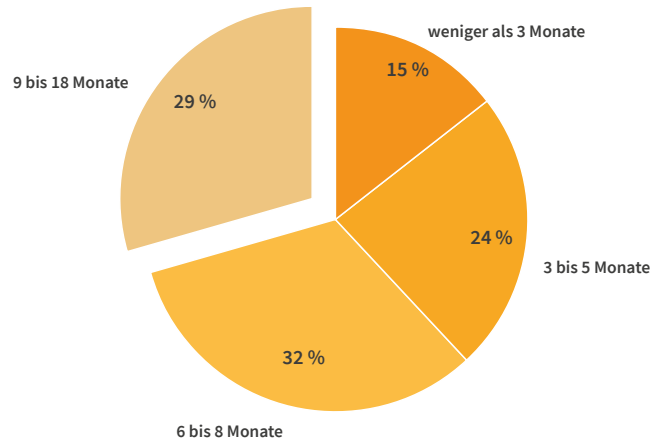


Abb. 45: Wartezeiten in den PSZ auf einen Psychotherapieplatz 2018 (n = 34).

Durchschnittliche Wartezeiten auf einen Beratungsplatz in den PSZ

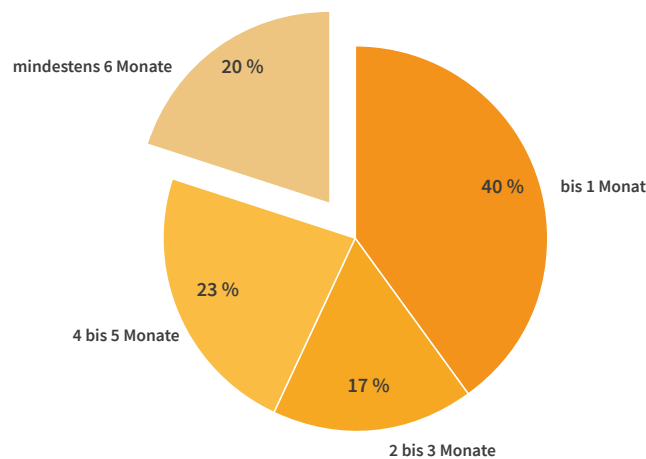


Abb. 46: Wartezeiten in den PSZ auf einen Beratungsplatz 2018 (n = 35).

Wie lange Geflüchtete auf einen Therapieplatz in einem Psychosozialen Zentrum warten müssen, unterscheidet sich vor allem in Abhängigkeit vom Regionstyp, in dem ein PSZ sich befindet. Die längsten Wartezeiten haben mit durchschnittlich 8,1 Monaten die Psychosoziale Zentren in den metropolitanen Stadtregionen²⁰ (n = 21). Außerhalb der größeren Metropolen und in ländlichen Regionen liegen die Wartezeiten bei durchschnittlich 6 Monaten (siehe Abbildung 47 auf Seite 98).

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

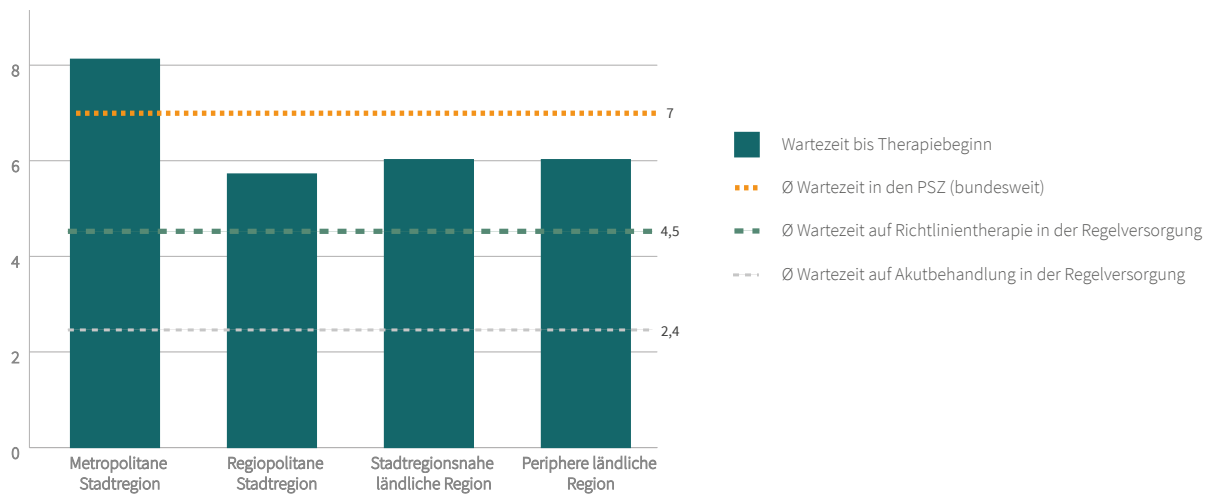


Abb. 47: Durchschnittliche regionale Wartezeit auf eine Psychotherapie (in Monaten) im Vergleich mit Wartezeiten in der Regelversorgung.

Vergleich mit Wartezeiten in der Regelversorgung

Damit sind die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen Therapieplatz in den Psychosozialen Zentren für Geflüchtete in allen Regionstypen deutlich höher als die Zeit, die Patient*innen in der Regelversorgung durchschnittlich bis zum Beginn einer Psychotherapie warten müssen (siehe Abbildung 47)²¹. Nach einer Befragung der Deutschen Psychotherapeutenvereinigung (DPTV) lag die Dauer bis zum Beginn einer psychotherapeutischen Akutbehandlung 2018 im Mittel bei 2,39 Monaten, die durchschnittli-

che Zeit bis zum Beginn einer Richtlinienpsychotherapie bei 4,5 Monaten (Rabe-Menssen et al., 2019). Die Autor*innen betonen allerdings, dass die Zeit bis zum Beginn der Richtlinienpsychotherapie *nicht* mit der Wartezeit auf einen Therapieplatz gleichgesetzt werden darf, da die Personen probatorische Sitzungen durchlaufen und bereits in dieser Zeit nicht mehr unversorgt sind. Vor diesem Hintergrund wird der Abstand der Wartezeiten innerhalb der Regelversorgung und in den PSZ noch größer.

Entwicklungen der Wartelisten über die Zeit

Sieht man sich an, wie sich die Anzahl der Geflüchteten, die auf einen Therapieplatz in den Psychosozialen Zentren warten, über die Jahre hinweg entwickelt hat, dann zeigte sich noch im Vorjahr (nach einer relativen Stabilisierung der Wartezeiten in 2015 und 2016) ein deutlicher Anstieg der Wartenden und auch der Wartezeiten. In der aktuellen

Erhebung für das Jahr 2018 kam es jedoch zu einem leichten Rückgang: Bundesweit stehen mit 2.675 Klient*innen jeden Monat etwa 300 Geflüchtete weniger auf den Wartelisten der PSZ.

Dieser Trend ist auch in den Wartezeiten auf einen Therapieplatz zu erkennen. Im Jahr 2017 waren

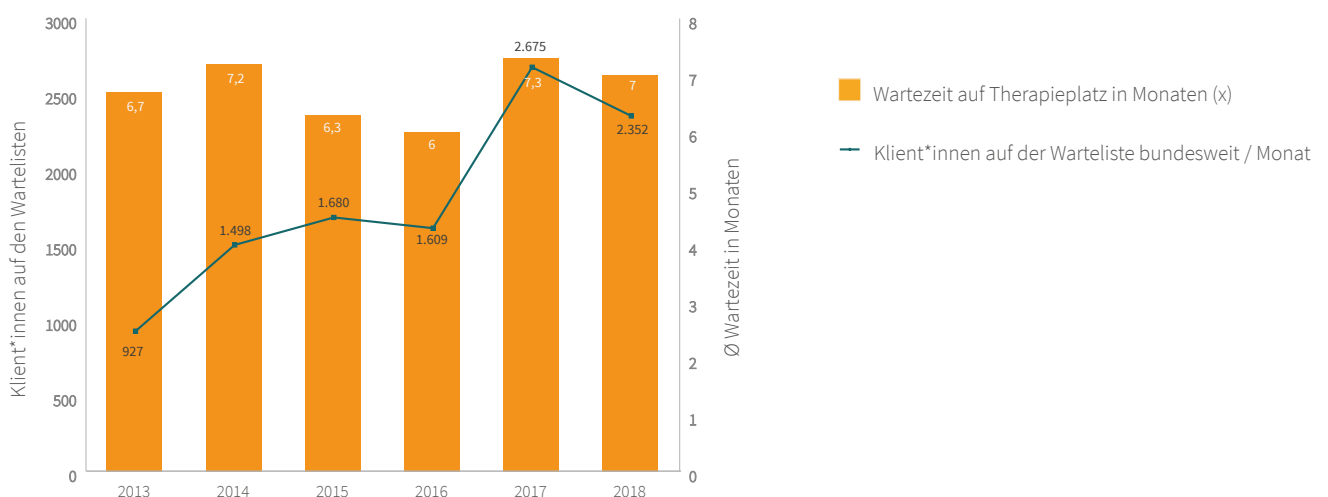


Abb. 48: Entwicklung der Wartelisten/-zeiten in den PSZ, bundesweit von 2013 bis 2018.

²¹ Quelle für die Vergleichsdaten aus der Regelversorgung: Rabe-Menssen et al., 2019. Die in Wochen angegebene Wartezeit wurde mit dem Faktor 4,35 in Monate umgerechnet.

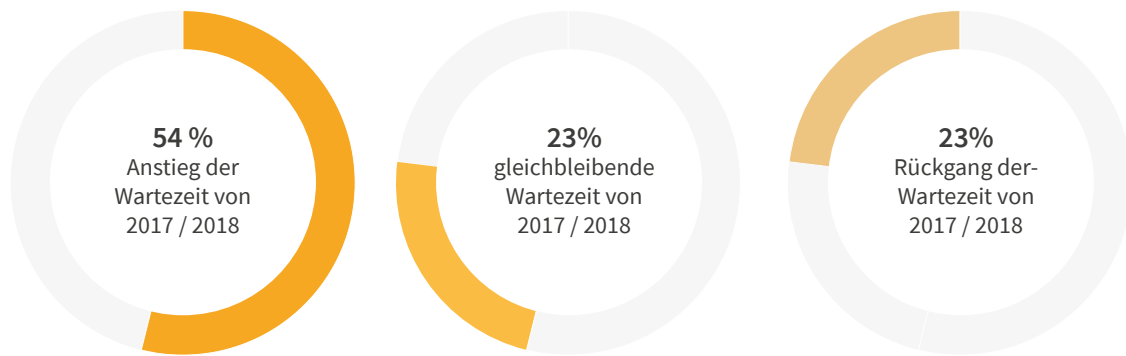


Abb. 49: Entwicklung der Wartezeiten in den PSZ von 2017/18.

die Wartezeiten nochmals auf durchschnittlich 7,3 Monate und damit den Höchstwert seit Beginn der Datenerhebung in den Psychosozialen Zentren angestiegen. In der aktuellen Erhebung zeigt sich in den Durchschnittswerten für die Wartezeiten nun ein leichter Rückgang auf 7 Monate (-4,1 %).

Sieht man sich diese Entwicklung jedoch nicht bezogen auf die Durchschnittszeit an, die sich bundesweit als Wartezeit für alle Zentren ergibt, sondern im Einzelvergleich für alle PSZ, für die auch Daten aus beiden Jahren vorliegen (n = 26), dann zeigt sich, dass die Wartezeiten in der Mehrheit der Zentren (54 %) nicht zurückgegangen, sondern zum Teil deutlich angestiegen sind. Betrachtet man allein die Trends für die Wartezeiten auf Ebene der einzelnen Zentren, dann zeigt sich hier sogar ein Anstieg der jeweiligen Wartezeiten um über ein Drittel (M = 36,0 %; Md = 20 %). In einigen Zentren haben sich die Wartezeiten um ein halbes Jahr verlängert. In nur 23 % der Einrichtungen ist die Wartezeit überhaupt zurückgegangen, hier zum Teil aber sehr deutlich: Unter anderem die Einrichtungen, die im

Jahr 2017 mit Wartezeiten von 2 Jahren noch die Extremwerte abgebildet hatten, haben ihre Wartezeiten auf zumindest eineinhalb Jahre reduziert.

Es gibt große Unterschiede, wie mit Wartelisten in den Psychosozialen Zentren umgegangen und nach welchen Kriterien aufgenommen wird. In den meisten Psychosozialen Zentren gibt es auch mehrere Wartelisten. Unterschieden wird dabei für die Zielgruppe, z. B. werden häufig getrennte Wartelisten für Kinder und Jugendliche oder Erwachsene bzw. für die Angebote der Einrichtung, z. B. Therapie und Beratung, geführt. Die Zahl der Menschen, die auf Wartelisten gesetzt werden, wird häufig auch „gedeckelt“, da sonst die Wartezeiten unverträglich stark ansteigen würden. Die Tatsache, dass Personen in einigen Regionen bis zu 1,5 Jahre auf ihren Therapieplatz warten müssen, führt dazu, dass in den Psychosozialen Zentren die Aufnahmekriterien stark diskutiert werden und immer häufiger nur noch die extremen, sehr krisenhaften Fälle versorgt werden, die sonst nirgendwo die Versorgung bekommen können, die sie brauchen.

c. Ablehnungen

Die meisten Psychosozialen Zentren können nicht jede geflüchtete Person, die nach Unterstützung bei ihnen anfragt, auch auf die Warteliste setzen. Die Wartezeiten würden sonst noch stärker ansteigen. Deshalb werden in vielen Einrichtungen auch Anfragen abgewiesen, bevor ein ausführlicheres Clearing zur Klärung des Unterstützungsbedarfs oder der Vermittlungsmöglichkeiten stattgefunden hat.

Im Jahr 2018 konnten bundesweit 7.632 Personen, die Unterstützung in Psychosozialen Zentren gesucht haben, nicht versorgt werden. Sie wurden also weder in ein anderes Angebot außerhalb des Zentrums vermittelt, noch auf die Warteliste gesetzt. Knapp die Hälfte aller Ablehnungen erhielten Personen, die einen Therapieplatz suchten (48 %), fast ein Drittel der abgelehnten Anfragen fielen auf die Beratungsanfragen (30 %) und gut 22 % auf weitere Angebote der PSZ. Die Dunkelziffer ist hoch, da nicht alle Anfragen dokumentiert werden und in angespannten Zeiten auch Multiplikator*innen inzwischen häufig von Anfragen beim PSZ absehen.

Während die Anzahl der Personen auf den Wartelisten der PSZ und die durchschnittlichen Wartezeiten im Jahresvergleich sehr leicht zurückgegangen sind, zeigt sich für die Ablehnungszahlen erneut eine gegenläufige Entwicklung: Nach einem deutlichen Rückgang der insgesamt von den PSZ abgelehnten Personen im Jahr 2017 sind die Ablehnungszahlen aktuell wieder leicht angestiegen (+6 %, siehe Abbildung 50). Diese Verkettung von Wartezeiten und Ablehnungszeiten hatte sich bereits in den letzten Jahren gezeigt (Baron & Flory, 2019): Immer, wenn die Wartezeiten in den Psychosozialen Zentren leicht zurückgehen, müssen zeitgleich mehr Geflüchtete abgelehnt werden, schaffen es also *nicht* auf die Warteliste. Die PSZ müssen ihre Aufnahmepraxis und das Wartelistenmanagement kontinuierlich anpassen und Wartelisten im Zweifel zu bestimmten Zeiten oder für bestimmte Personengruppen ganz schließen, damit die Zeit bis zum Beginn der Behandlung nicht ins Unermessliche ansteigt.

Entwicklung von Ablehnungen und Wartenden in den PSZ von 2015 bis 2018

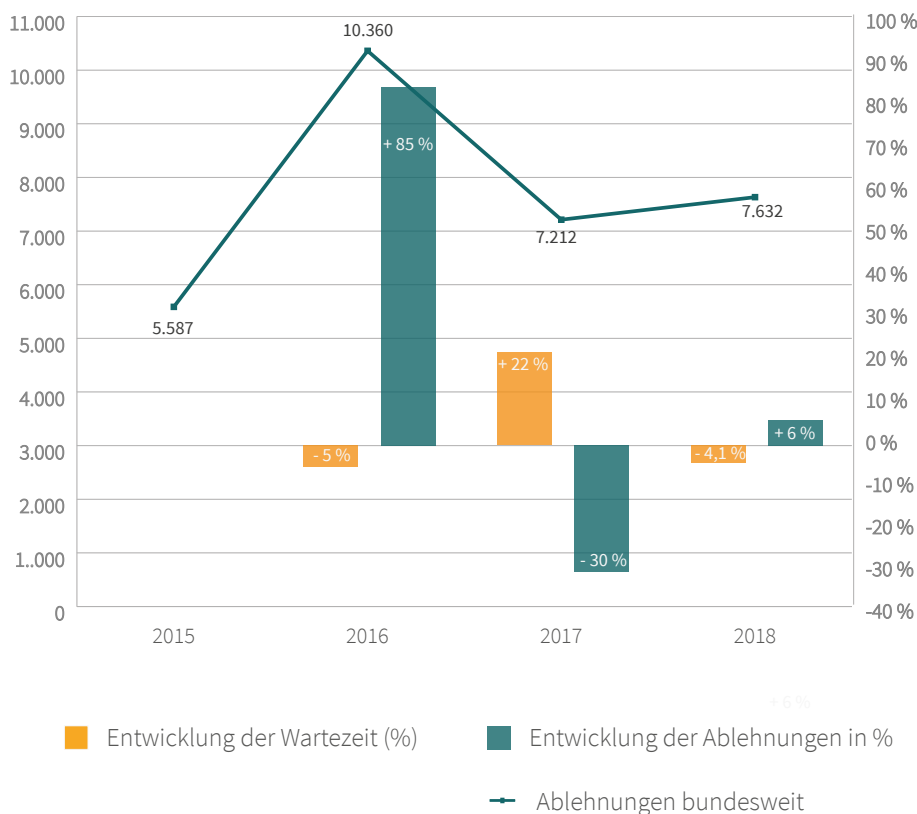


Abb. 50: Ablehnungen pro Jahr (bundesweit) von 2015 bis 2018 im Vergleich zur Entwicklung der Wartesituation.

Die prozentualen Anstiege bzw. Rückgänge in der Wartezeit sind als orangene Balken dargestellt, die Anstiege bzw. Rückgänge in der Anzahl der Ablehnungen als grüne Balken. Es wird sichtbar, dass 2016 die Wartezeit leicht zurückging (-5 %), stattdessen aber die Ablehnungen enorm gestiegen sind (+85 %). 2017 hingegen sind die Wartezeiten gestiegen (+22 %), die Ablehnungen dafür aber gesunken (-30 %). 2018 kehrte sich dieser Trend wieder leicht um: Die Wartezeiten sinken leicht (-4,1 %), allerdings um den Preis steigender Ablehnungszahlen (+6 %).

Die häufigsten Gründe für die Ablehnung von Unterstützungsanfragen sind nach wie vor fehlende Kapazitäten in den Psychosozialen Zentren. Abgelehnt werden aber auch Personen, die Unterstützungsstrukturen bzw. andere Psychosoziale Zentren näher an ihrem Wohnort nutzen können. Auch Personen unter 18 Jahren werden in einigen Zentren abgelehnt, da diese kein speziell ausgerichtetes Angebot für Kinder und Jugendliche anbieten. Es werden aber auch Personen abgewiesen, die bereits als Flüchtlinge anerkannt wurden oder so gut Deutsch oder Englisch sprechen, dass sie vergleichsweise leichter auch selbst bei anderen Anlaufstellen Unterstützung suchen können.

Aktuell wurde von den Psychosozialen Zentren außerdem gehäuft berichtet, dass die Intensität, mit der sie ihre Bestandsklient*innen begleiten müssen, so stark gestiegen sei, dass sie weniger Kapazitäten für neue Klient*innen haben. Die Zahl der Klient*innen, die sich in sehr komplexen Problemlagen befänden, die sich wiederum immer wieder

krisehaft entwickeln, habe derzeit zugenommen. Auch würden sich die Anfragen von ehemaligen oder nur noch niederfrequent begleiteten Klient*innen häufen, die sich eigentlich bereits stabilisiert hatten, sich nun aber aufgrund von Rückfällen oder neuen Krisen wieder an das PSZ wendeten (siehe Kapitel *„Rückfälle und neue Krisen bei Klient*innen der PSZ“* auf Seite 88).



13. Erreichbarkeit der psychosozialen Versorgung

13. Erreichbarkeit der psychosozialen Versorgung

Die Zugänglichkeit von Unterstützungsangeboten ist auch davon abhängig, ob Versorgungsangebote für Klient*innen in geografischer und sicherer Reichweite liegen. Das Konzept der Erreichbarkeit von Angeboten wird dabei unterschiedlich und mit verschiedenen Indikatoren untersucht. Häufig werden *Entfernungsintervalle* und zurückgelegte *Anfahrtszeiten* verwendet.

Bei den Psychosozialen Zentren zeigt bereits der Blick auf ihre *Einzugsgebiete*, dass Klient*innen für Therapie und Beratung mitunter einen weiten Weg zurücklegen müssen. Das Einzugsgebiet eines Psychosozialen Zentrums umfasst im Durchschnitt 146 Kilometer (M = 146km; Md = 110km). Während sich in einigen Bundesländern ein Netzwerk aus mehreren Zentren findet, sodass die Einzugsgebiete der einzelnen Einrichtungen jeweils kleiner ausfallen (Min = 50km), existiert andernorts nur in einer einzigen Stadt ein PSZ und Klient*innen reisen aus allen Teilen des jeweiligen Bundeslandes an (Max = 400km).

Die Mehrheit der Klient*innen (durchschnittlich 67,1 %) erreicht die Psychosozialen Zentren auf einem relativ kurzen Anfahrtsweg von weniger als 25 km. Im Durchschnitt ist diese Klient*innengruppe etwa eine halbe Stunde (M = 32,94 min) für den (einfachen) Weg zum Zentrum unterwegs. Gut ein Fünftel der Klient*innen (M = 20,8 %) legt jedoch bereits eine Strecke von 25 bis 50 km zurück und braucht für die einfache Strecke durchschnittlich eine Stunde (M = 61,57 min). Etwa 8 % der Klient*innen hat eine Anfahrt von 50 bis 100km und Reisezeiten von über 1,5 Stunden allein für den einfachen Weg (M = 96,29). Ein Anteil von 4,3 % muss über 100km zum PSZ zurücklegen: Bei einer durchschnittlichen Wegzeit von 145 min heißt das, dass diese Klient*innengruppe für den Hin- und Rückweg zur Therapie oder Beratung im Schnitt insgesamt fast 5 Stunden unterwegs ist (siehe Tabelle 17).

Einzugsgebiet der Psychosozialen Zentren in 2018

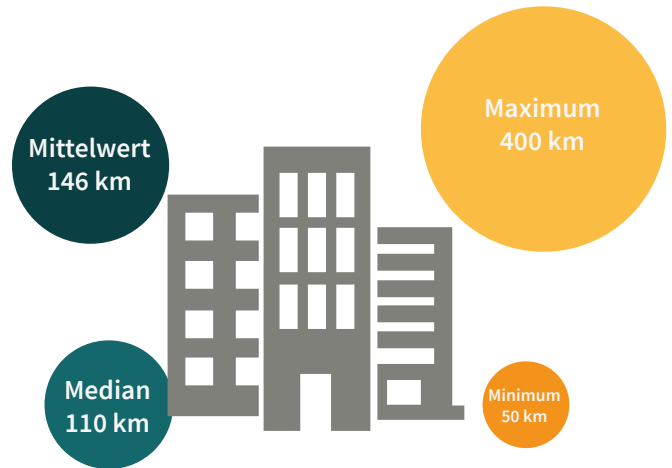


Abb. 51: Einzugsgebiet der Psychosozialen Zentren im Jahr 2018.

Insbesondere im ländlichen Raum erfordern diese enormen Wege ein hohes Maß an Motivation, Organisationsfähigkeit und Belastbarkeit, weil viele Stunden im ÖPNV verbracht werden müssen. Vollerorts ist das Streckennetz lückenhaft und die Geflüchteten-Unterkünfte liegen weit abgelegen von der nächsten Haltestelle. Aber vor allem psychisch ist die Überwindung derartiger Distanzen für viele Klient*innen eine hohe zusätzliche Belastung:

*„Der Weg ist für meine Klient*innen nicht immer leicht. Vor allem, wenn sie gerade in einer Krise stecken, denn da kann es schon einen Unterschied machen, ob ich mit dem Zug in eine andere Stadt fahren muss oder mit dem Bus ein paar Stationen. Gerade für meine Klient*innen, die unter Angststörungen oder Panikattacken leiden, aber auch für Menschen mit einer Depression ist die Distanz oft eine große Hürde.“*

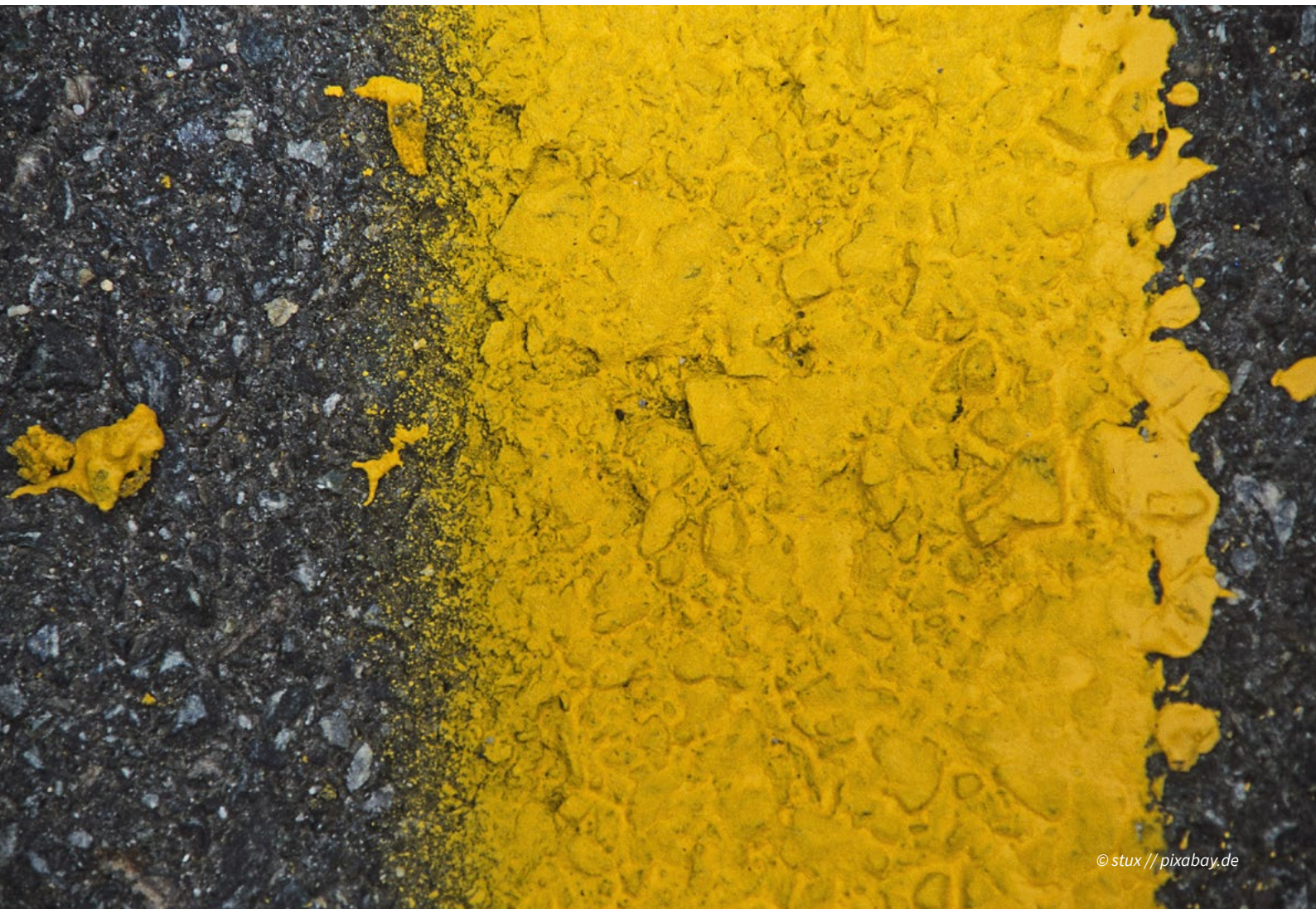
Psychotherapeut*in in einem PSZ

	Ø Anteil der Klient*innen	Ø Anfahrtszeit der Klient*innen
Anfahrtsweg unter 25 km	67,10 %	32,94 min
Anfahrtsweg zwischen 25 und 50 km	20,80 %	61,57 min
Anfahrtsweg zwischen 50 und 100 km	7,90 %	96,29 min
Anfahrtsweg über 100 km	4,30 %	144,72 min

Tabelle 16: Anfahrtswege und -zeiten der Klient*innen in den PSZ 2018.

Zur zurückzulegenden Zeit und Distanz kommen die Kosten für den Transport hinzu. Die Mehrheit der Klient*innen bezahlt die Kosten für die Anfahrt zum Psychosozialen Zentrum aus eigener Tasche. Eine Kostenübernahme ist zwar nach §6 AsylbLG oder bei minderjährigen Klient*innen im Rahmen der Jugendhilfe theoretisch möglich, in der Praxis aber eher selten. Insgesamt wurden 2018 für das Setting der Psychosozialen Zentren durch die Sozialämter und Jugendämter nur 161 Anträge auf Fahrtkosten bewilligt, die Ablehnungsquoten liegen bei den Sozialbehörden bei durchschnittlich 41 % (siehe Kapitel „Kostenübernahmen für Psychotherapien in den PSZ“ auf Seite 117).

Nimmt man nur die durchschnittlich 12,1 % der Klient*innen in den Blick, die eine Strecke von über 50 km zurücklegen, was gemessen an der Gesamtzahl der von den PSZ versorgten Klient*innen etwa 2.700 Personen entspräche, dann beträgt der Anteil der Kostenübernahmen für längere Anfahrten gerade einmal 5,8 %. Fast alle Klient*innen müssen die Kosten für die Anfahrt demnach selbst aufbringen.



ANGEBOTSDICHTE PSYCHOTHERAPEUTISCHER VERSORGUNGSSTRUKTUREN IN DER REGELVERSORGUNG

Regional ist die Angebotsdichte der psychotherapeutischen Versorgung durch Psychologische und ärztliche Psychotherapeut*innen sehr unterschiedlich. Durchschnittlich stehen in Deutschland für 100.000 Einwohner*innen rund 29 Psychologische Psychotherapeut*innen und rund 6 Ärztliche Psychotherapeut*innen zur Verfügung. Dabei gibt es jedoch deutliche Unterschiede zwischen den Kreisen: während im Kreis Coburg nur 3,5 Psychologische Psychotherapeut*innen für 100.000 Einwohner*innen zur Verfügung stehen, sind es in Heidelberg rund 147 Psychologische Psychotherapeut*innen. Für ärztliche Psychotherapeut*innen liegt der Durchschnitt bei 6,3 Ärzt*innen pro 100.000 Einwohner*innen. Hier gibt es in einigen Kreisen auf 100.000 Einwohner*innen keine*n einzige*n Ärztliche Psychotherapeut*in, in anderen Kreisen gibt es hingegen rund 49 Ärzt*innen auf 100.000 Einwohner*innen.

	Mittelwert	Min	Max
Psychologische Psychotherapeut*innen (nach Kreisen)	28,8	3,5	146,9
Ärztliche Psychotherapeut*innen (nach Kreisen)	6,3	0,0	48,6

Tabelle 17: Angebotsdichte für Psychologische und Ärztliche Psychotherapeut*innen nach Kreisen für 2019.
Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV (<https://gesundheitsdaten.kbv.de/cms/html/16402.php>); letzte Aktualisierung: 06.03.2020

Die Bedarfsplanung u. a. für Niederlassungsmöglichkeiten von Psychotherapeut*innen wurde 2019 reformiert. Im Vorfeld hatte ein vom Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) beauftragtes wissenschaftliches Gutachten in den Arzt-Einwohner-Verhältnissen für den Bereich der Psychotherapie deutliche Abweichungen zu anderen Arztgruppen festgestellt. Das Gutachten hatte festgestellt, dass ca. 2.400 zusätzliche psychotherapeutische Praxisplätze erforderlich wären, um psychisch erkrankte Menschen bedarfsgerecht zu versorgen (Gemeinsamer Bundesausschuss, 2018). Damit sollte dem veränderten Inanspruchnahmeverhalten der Bevölkerung und den vergleichsweise langen Wartezeiten entgegen gewirkt werden. Die Berechnung wurde jedoch nach den Verhandlungen mit dem GKV-Spitzenverband auf weniger als ein Drittel des im Gutachten festgestellten Bedarfs reduziert, so dass letztlich lediglich 800 zusätzliche psychotherapeutische Kassensitze ausgeschrieben wurden. Die Bundespsychotherapeutenkammer kritisiert, dass die neue Richtlinie den wissenschaftlich und fachlich festgestellten Bedarf massiv unterschätze und künftig zu einer kontinuierlichen Verschlechterung der Versorgung psychisch kranker Menschen führen werde (Bundespsychotherapeutenkammer, 2019).

14. Vermittlungen in die Regelversorgung: Möglichkeiten und Grenzen

14. Vermittlungen in die Regelversorgung: Möglichkeiten und Grenzen

Auch wenn bürokratische Hürden den Zugang zum Gesundheitssystem oft deutlich erschweren, sehen die Psychosozialen Zentren es als einen festen Bestandteil ihrer Arbeit, Klient*innen in Strukturen der Regelversorgung zu vermitteln. Durch Fortbildungsangebote aber auch Vernetzungsveranstaltungen

bemühen sich die PSZ, ihre Fachkolleg*innen insbesondere hinsichtlich der Bedarfe, der Zugangsbarrieren und des Einflusses der Lebensbedingungen auch auf den Therapieverlauf zu sensibilisieren und sie in die Behandlung von Geflüchteten und Folteropfern einzubinden.

Anzahl der Vermittlungen durch die PSZ

Ein durchschnittliches Psychosoziales Zentrum kann pro Monat etwa 16 Geflüchtete an andere Akteur*innen vermitteln, darunter 2 an niedergelassene Psychotherapeut*innen, 6 an weitere Sozialberatungsstellen, 4 an (Fach-)Ärzt*innen und 2 an Kliniken.



Abb. 52: Vermittlungen in die Regelversorgung in einem durchschnittlichen PSZ (pro Monat).

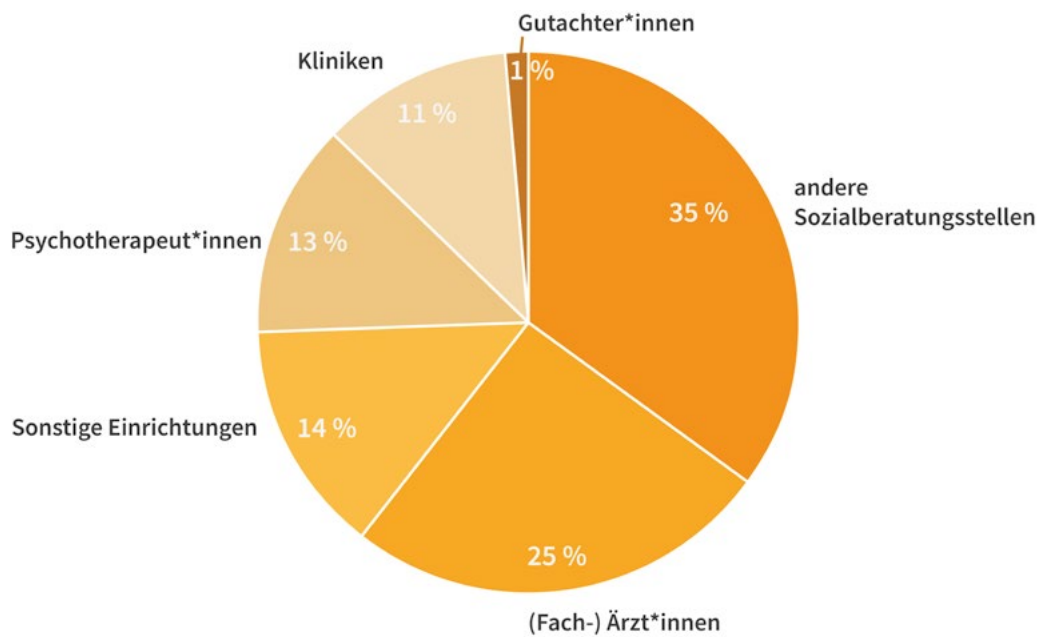


Abb. 53: Anteile der Gesamt-Vermittlungen durch die PSZ.

Insgesamt konnten die Psychosozialen Zentren über 7.500 Klient*innen an andere Akteur*innen vermitteln, davon ein Viertel an (Fach-)Ärzt*innen (25 %). 11 % der Vermittlungen fielen auf stationäre Aufnahmen in Kliniken. Etwa 13 % der Vermittlungen gingen im Jahresdurchschnitt an niedergelassene Psychotherapeut*innen, was etwa 25

Personen pro Zentrum entspricht. In der Hälfte der Zentren können jedoch nur weniger als 15 Personen pro Jahr an niedergelassene Psychotherapeut*innen vermittelt werden.

	Summe (n = 39)	Ø pro Zentrum (Mittelwert)	typisches Zentrum (Median)	Min	Max
an Sozialberatungsstellen	2.601 (35 %)	66,7	40	0	400
an (Fach-) Ärzt*innen	1.880 (25 %)	48,2	39	0	200
an Psychotherapeut*innen	956 (13 %)	24,5	14,5	1	150
an Kliniken	829 (11 %)	21,3	15	0	100
an Gutachter*innen	95 (1 %)	2,4	0	0	20
an sonstige Einrichtungen	1.015 (13,5 %)	26	19	0	200
Vermittlungen pro Jahr insgesamt	7.511	192,6	125	21	580

Tabelle 18: Jährliche Vermittlungszahlen aus den PSZ 2018.

Regionale Unterschiede in den Vermittlungsmöglichkeiten

Regional gibt es auch bei den Vermittlungszahlen große Unterschiede. So konnte in einigen Regionen über das ganze Jahr hinweg kein*e einzige*r Klient*in an Fachärzt*innen und nur ein*e Klient*in an eine*n niedergelassene*n Psychotherapeut*in vermittelt werden (Min = 1). Andere Zentren haben hingegen einen Schwerpunkt ihrer Arbeit auf Vermittlungen in die Regelversorgung gelegt und konnten daher etwa 150 Klient*innen ambulant psychotherapeutisch anbinden (Max = 150).

Unterschiede zeigen sich regional vor allen hinsichtlich der Frage, an wen Klient*innen vermittelt werden können: Die Anzahl der Klient*innen, die pro Jahr an Ärzt*innen vermittelt wird, ist in ländlichen Regionen höher (Md = 65 Klient*innen pro Jahr) als in den Großstädten (Md = 38 Klient*innen pro Jahr; siehe Abbildung 54). Auch Klinikeinweisungen eignen sich in ländlichen Regionen für etwa doppelt

so viele Klient*innen (Md = 33) wie im städtischen Raum (Md = 17). Vermittlungen an niedergelassene Psychotherapeut*innen hingegen sind hier deutlich schwieriger: In den Metropolen werden doppelt so viele Klient*innen an Therapeut*innen in der Regelversorgung vermittelt (Md = 22) wie in peripher ländlichen Regionen (Md = 11) und mehr als dreimal so viele wie in stadtrégionsnahen ländlichen Regionen (Md = 6).

Auch die Unterschiede zwischen Ost- und Westdeutschland bleiben zum aktuellen Zeitpunkt bestehen. Ein durchschnittliches PSZ in den westdeutschen Bundesländern kann jährlich drei Mal so viele Klient*innen an niedergelassene Psychotherapeut*innen vermitteln (M = 28; Md = 18) als die Kolleg*innen in Ostdeutschland (M = 9; Md = 7 Vermittlungen pro Jahr an Therapeut*innen).

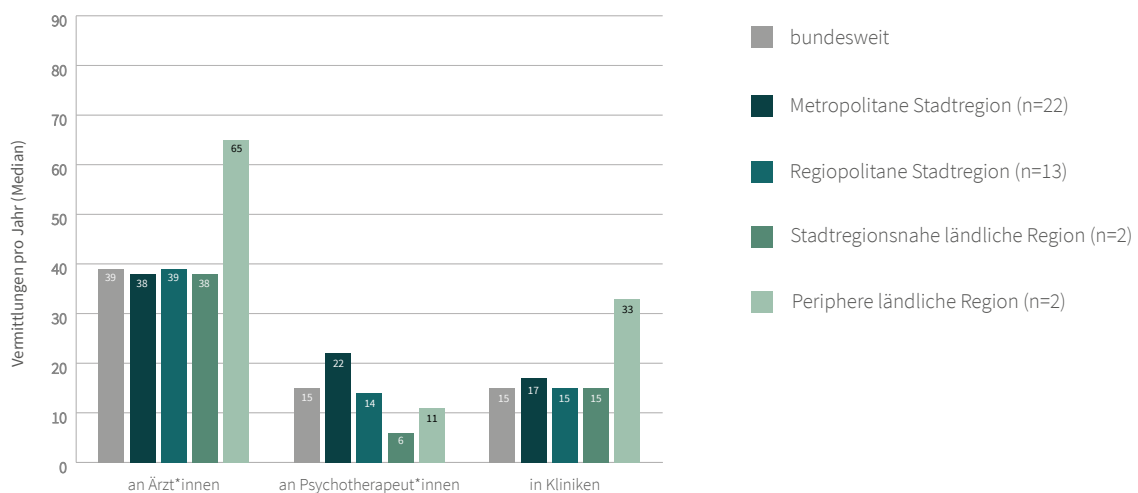


Abb. 54: Unterschiede in den Vermittlungszahlen an Ärzt*innen, Therapeut*innen & Kliniken nach Regionstypen (\bar{x}) 2018.

Art der Vermittlung

Wird die Art der Vermittlung näher betrachtet, dann zeigt sich, dass nicht alle Klient*innen, die von einem Psychosozialen Zentrum an andere Akteur*innen vermittelt werden, auch tatsächlich umfassend und ohne die Begleitung durch das PSZ von dieser Stelle versorgt werden. Beim Großteil der Vermittlungen handelt es sich um *Teilvermittlungen bzw. Kooperationen* (M = 52 %; Md = 58 %), d. h., es kann zwar z. B. an eine*n Psychiater*in oder ein*e Psychotherapeut*in angebinden werden, die psychosoziale oder aufenthaltsrechtliche Beratung findet jedoch weiterhin im PSZ statt. Nur durchschnittlich fast ein Fünftel der Vermittlungen finden *nach einem ausführlichen Erstgespräch* im Psychosozialen Zentrum statt (M = 19 %; Md = 13 %) und können als

vollständige Vermittlungen im engeren Sinne verstanden werden. Durchschnittlich 16 % der Vermittlungen erfolgen nach einer Behandlung bzw. Betreuung durch das PSZ im Sinne einer „Nachsorge“ (M = 16 %; Md = 10 %). Das trifft für die Klient*innen zu, die während der Betreuung durch das PSZ einen Aufenthaltsstatus erhalten und dann leichter in Strukturen der Regelversorgung vermittelt werden. Etwa 13 % der Vermittlungen stellen keine Vermittlungen im engeren Sinne dar, sondern belaufen sich lediglich auf die *Weitergabe von Kontaktdaten* anderer Akteur*innen (M = 13 %; Md = 5 %). In der Praxis fehlt es hier an Kapazitäten, um sicherzustellen, dass die Betroffenen auch tatsächlich an anderen Stellen ankommen und versorgt werden. In diesen

Fällen liegen den Psychosozialen Zentren keinerlei Informationen vor, ob die Vermittlung erfolgreich war bzw. ob die Personen an diesen Stellen die Versorgung bekommen, die sie brauchen.

Auch bei der Art der Vermittlung besteht ein Stadt-Land-Gefälle. Der Anteil der Teilvermittlungen, bei denen das PSZ weiter mitversorgen muss,

ist umso höher, je ländlicher die Region ist (siehe Abbildung 56). In ländlichen Regionen finden fast nur Teilvermittlungen statt (Md = 84 % in stadtregionsnahen bzw. 83 % in peripheren ländlichen Regionen), wohingegen dieser Anteil in den Großstädten typischerweise bei 40 % liegt (Md = 40 %).

Art der Vermittlung in die Regelversorgung

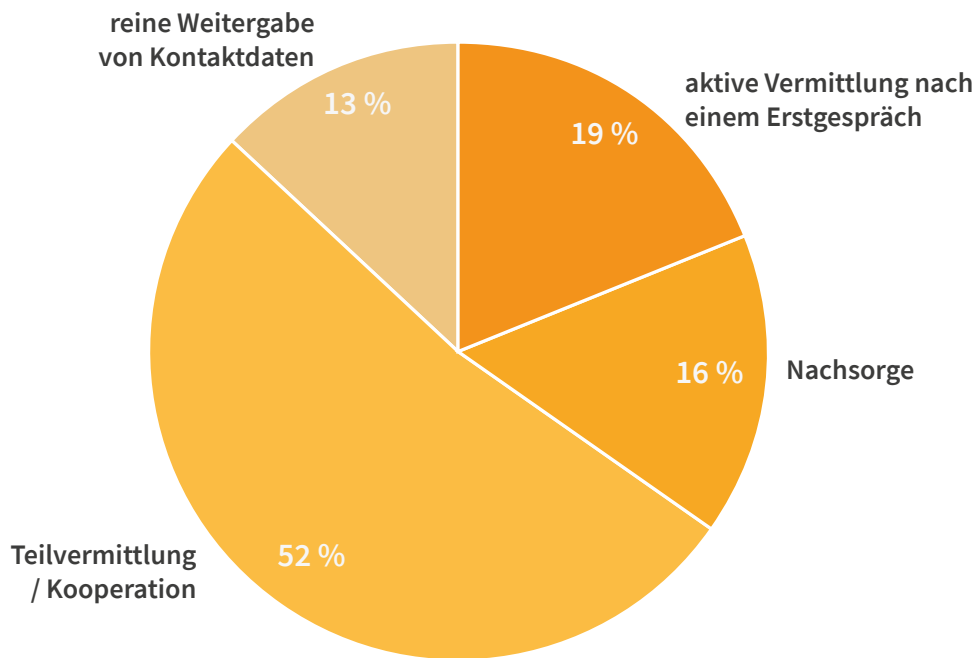


Abb. 55: Anteile der Vermittlungsarten in den PSZ 2018.

Regionale Unterschiede in den Vermittlungsarten

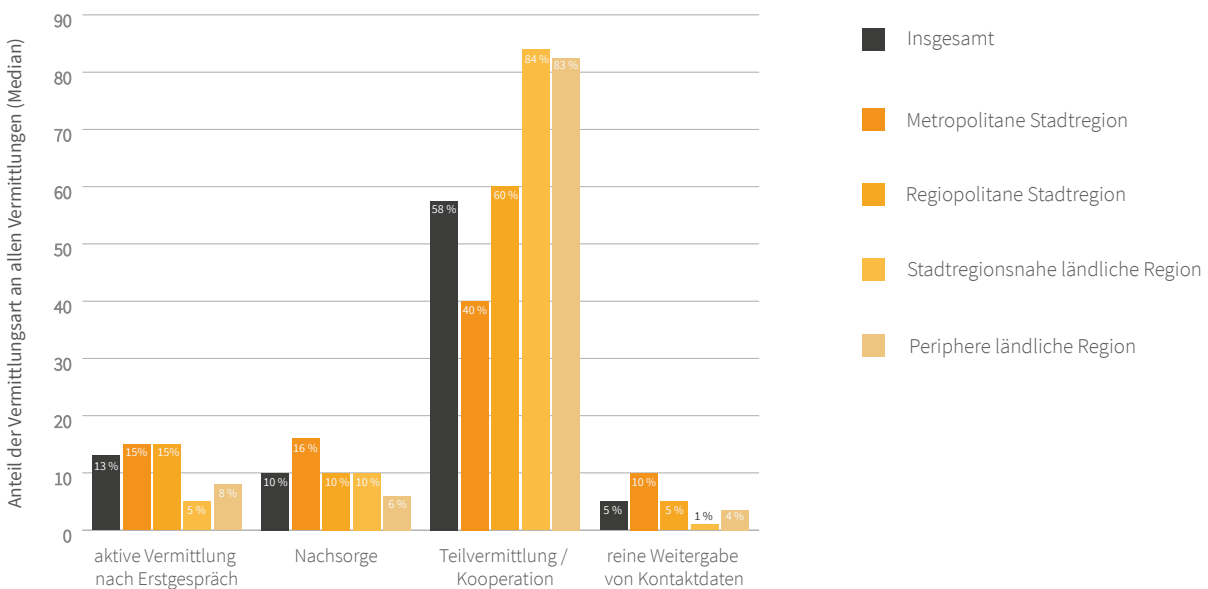


Abb. 56: Unterschiede in der Art der Vermittlung nach Regionstypen (Median).

Entwicklung der Vermittlungszahlen in den PSZ

Die Gesamtzahl der Personen, die ein PSZ durchschnittlich pro Jahr vermitteln kann, hat sich von 2017 auf 2018 nur minimal verändert (+ 1,6 %). Einen positiven Trend gibt es vor allem in der Vermittlung an andere Sozialberatungsstellen (+ 23,5 %). Ein deutlicher Einbruch hingegen ist bei der Vermittlung an niedergelassene Psychotherapeut*innen (- 25,8 %) zu beobachten (siehe Abbildung 57).

Für die Vermittlungssicherheit zeigt sich im Jahresvergleich ein deutlicher Rückgang der Anteile aktiver Vermittlungen nach Erstgesprächen (-20 %), dagegen jedoch ein positiver Trend bei den Anteilen der Nachsorge-Vermittlungen (+22 %). Der Anteil der Teilvermittlungen hat sich leicht von 44 % auf 52 % erhöht (+19 %) und ist mit dem Stand von 2018 auf dem höchsten Niveau seit 2013. Hingegen folgt der Anteil der Vermittlungen, bei denen lediglich Kontaktdaten weitergegeben wurden, dem zurückgehenden Trend und sinkt im Vergleich zum Vorjahr weiter von 19 auf 13 % (-33 %).

Insgesamt hat sich die Vermittlungssicherheit damit über die Jahre hinweg leicht erhöht, zumindest Teilvermittlungen bzw. Kooperationen machen inzwischen einen großen Anteil aus. Sie weisen jedoch auch darauf hin, dass es nach wie vor schwierig ist, Geflüchtete (ausschließlich) in der Regelversorgung anzubinden. Geringe Kapazitäten bei Niedergelassenen, bürokratische Hürden oder auch fehlende Kostenübernahmen für Sprachmittlung und Therapien sorgen dafür, dass mancherorts nur sehr wenige Klient*innen in Angebote der Regelversorgung vermittelt werden können. Berichte aus der Praxis zeigen auch, dass die Komplexität der Bedarfe von Geflüchteten, die in den PSZ ankommen, weiter zunimmt. Dies passt zur Beobachtung, dass Vermittlungen in weitere Fachberatungsstellen zunehmen, während Vermittlungen an niedergelassene Psychotherapeut*innen wieder schwieriger werden.

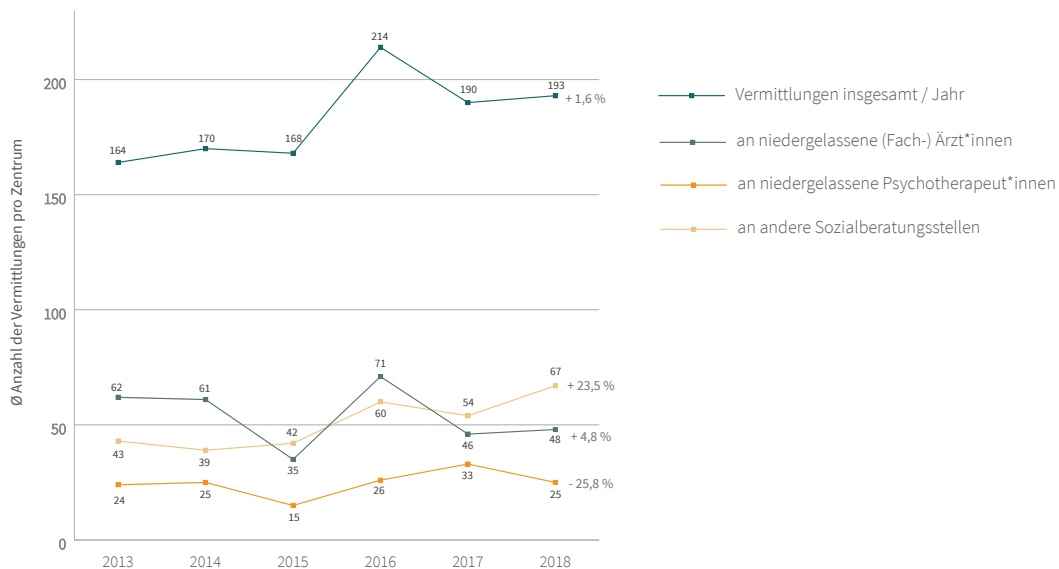


Abb. 57: Entwicklungen der Vermittlungszahlen in einem durchschnittlichen PSZ von 2013 bis 2018.

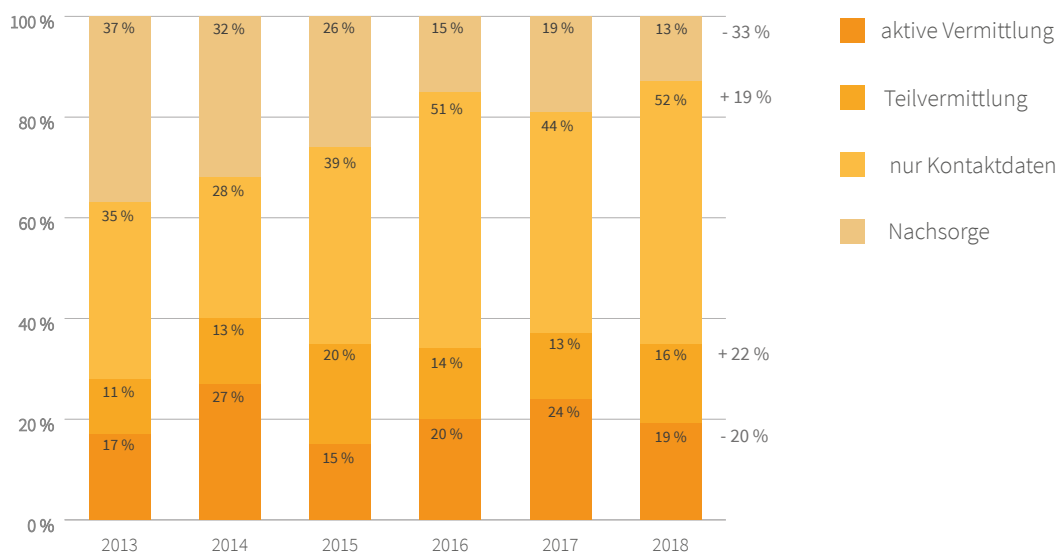


Abb. 58: Entwicklung der Vermittlungssicherheit von 2013 bis 2018.

Die Geschichte von Ada B. zeigt, wie schwierig es für körperlich und psychisch erkrankte Geflüchtete ist, mit ihren komplexen Bedarfen die richtigen Ansprechpartner*innen zu finden. Ihr Weg durch das Gesundheitssystem war und ist hürdenreich und belastend. Immer wieder wurde sie für die Abklärung ihrer Beschwerden vertröstet: auf den nächsten Transfer, auf die Zeit nach der Anerkennung. Erst nach über einem Jahr erfolgte ein erstes psychologisches Gespräch – und auch das nur deshalb, weil sie in einer Krise stationär in die Psychiatrie

aufgenommen werden musste. Frau B.s Weg steht exemplarisch für die zahlreichen Barrieren, die für Geflüchtete im Gesundheitssystem bestehen: von der Aufklärung von Patient*innen über die Abrechnung von Gesundheitsleistungen über die Kommunikationsdefizite der Akteur*innen bis hin zu den Einschränkungen der sozialen Teilhabe, die sich für die Betroffenen ergeben, wenn sie nicht die Unterstützung erhalten, die sie benötigen.

„An welcher Tür anklopfen?“

Ada B. über ihren hürdenreichen Weg durch das Gesundheitssystem

Ada B. ist aus einem westafrikanischen Land geflohen. Sie ist kleinwüchsig und benötigt einen Rollstuhl. Sie ist seit Sommer 2017 in Deutschland und hatte bereits kurze Zeit nach ihrer Ankunft im Ankunftszentrum zum ersten Mal Kontakt mit den dortigen Ärzt*innen, da sie unter (physischen und psychischen) Schmerzen litt.

„Es gab in dem Ankunftszentrum ein Krankenhaus und da bin ich immer hingegangen. Ich konnte nicht schlafen und hatte Schmerzen und wollte deshalb einen Arzt sehen. Jedes Mal hat er mir zwei Tabletten gegeben gegen den Schmerz und hat mir gesagt: ‚Für mehr müssen Sie darauf warten, dass Sie ihren Transfer haben. Dann können Sie vielleicht die Versorgung erhalten, die Sie sich wünschen.‘“

Aber nach dem Transfer nach zwei Wochen veränderte sich die Situation nicht. Ada lebte etwa vier Monate in der nächsten Aufnahmeeinrichtung, auch dort gab es eine medizinische Anlaufstelle auf dem Gelände der Einrichtung.

„Auch da bin ich immer wieder hingegangen und ich habe Medikamente und Salben bekommen. Und nachdem es dadurch nicht besser geworden ist, bin ich an ein weiteres ‚Krankenhaus‘ verwiesen worden. Sie haben Untersuchungen durchgeführt, aber ich habe die Ergebnisse der Untersuchungen nie erfahren. Ich bin zwischendurch in eine andere Stadt transferiert worden und habe die Unterlagen aus dem Camp mitgebracht, aber nicht die aus der externen Untersuchung.“

Ada weiß nicht, warum sie noch einmal umverteilt wurde.

„Dafür gab es keine Erklärung, sie haben gesagt, das ist die Prozedur. Ich kam in eine Sammelunterkunft mit katastrophalen Zuständen. Ich habe viel gelitten, es gab das Sprachproblem und die Gesundheitsprobleme. Und ich war so allein in der Unterkunft, habe keine Unterstützung erhalten. Die Schlafstörungen und Schmerzen haben angehalten. Der Sozialdienst in meiner Unterkunft hat mir den Kontakt der Städtischen Klinik gegeben. Dort habe ich zum ersten Mal die Behandlung bekommen, die ich brauchte. Ich musste mit einem Taxi dorthin fahren. Ich habe nachgefragt, ob das erstattet werden könnte, aber der Sozialdienst teilte mir mit, das sei aufgrund meines Aufenthaltsstatus nicht möglich, ich müsse das selber bezahlen. Zwei Mal hat mich davor auch ein Krankenwagen aus dem Camp abgeholt. Beim ersten Mal habe ich Blut erbrochen. Und beim zweiten Mal hatte ich Probleme mit der Atmung und Freundinnen von mir sind zur Security gegangen und haben sie gebeten einen Krankenwagen zu rufen. Beim ersten Mal war ich zwei Wochen im Krankenhaus, beim zweiten Mal drei Tage.“

Diese Notfallaufnahmen fanden ein halbes Jahr nach Adas Ankunft in Deutschland über einen Zeitraum von sechs Monaten hinweg statt. Im Sommer 2018 kam es dann zu einem längeren Krankenhausaufenthalt von zwei Monaten und von dort wurde Ada B. in die Psychiatrie überwiesen.

„Damals konnte ich mich nicht mehr bewegen wegen Schmerzen in der Hüfte und den Knien. Dort wurden Radiografien und andere Untersuchungen endlich vorgenommen, und es wurde außerdem festgestellt, dass ich an Hepatitis B erkrankt war. Ich wurde auf ein Einzelzimmer verlegt, weil die Erkrankung ansteckend war. Ich hatte Angst – zu dem Zeitpunkt dachte ich, bei der Hepatitis handele es sich um eine tödliche Erkrankung. Ich habe nur noch geweint und dachte, ich werde sterben. Ich habe sie gefragt, was sie für mich machen können und sie haben gesagt, die Behandlung von Hepatitis sei teuer und da mein Aufenthaltsstatus nicht geklärt sei, könnten sie die Behandlung nicht durchführen, außer ich würde die Behandlung selber bezahlen. Es wurden nur die Symptome behandelt, ich bekam Schmerzmittel, aber keine antivirale Therapie. Mir ist nicht erklärt worden, dass eine Behandlung auch nicht unbedingt notwendig ist, deshalb habe ich das nicht verstanden.“

Es war zwar eine Übersetzerin anwesend, als die Ärzt*innen mit ihr sprachen, aber Ada wurde nicht erklärt, dass es die normale medizinische Prozedur ist, bei einer Hepatitis zunächst nur die Symptome zu behandeln und die Werte zu beobachten und dass sie daran nicht sterben müssen.

„Während des Krankenhausaufenthaltes wurde festgestellt, dass ich nicht nur mit meinen Knien, meiner Hüfte, meinem Rücken Probleme habe, sondern auch mit meinem Kopf etwas nicht stimmt. Eines nachts schrie ich so laut, dass alle aufwachten und die Krankenpflegerinnen gekommen sind. Sie haben gesehen wie große Angst ich hatte. Deshalb haben sie einen Psychologen geholt, der mit mir gesprochen hat. Es ging mir sehr schlecht, ich habe nur geweint und konnte nicht mit ihm sprechen. Von dort haben sie mich in die Psychiatrie überwiesen. Das war das erste Mal, dass ich ein psychologisches Gespräch hatte. Über den Seelsorger des Krankenhauses wurde mir mein ehrenamtlicher Helfer vorgestellt.“

Ada wollte damals auf keinen Fall zurück in die Einrichtung, in der sie vor dem Krankenhausaufenthalt gelebt hatte. Sie lebte dort alleine in einem Zimmer und den Mitarbeitenden der Unterkunft fiel nicht auf, wenn sie tagelang das Zimmer nicht verließ, weil es ihr schlecht ging. Nur weil andere Bewohner*innen Hilfe holten, wurde man auf ihre Krankheit aufmerksam.

„Ich verbrachte zwei Monate auf der psychiatrischen Station. Am Anfang war ich vollkommen verzweifelt, ich wollte mir das Leben nehmen, weil ich die gesundheitliche Situation und die Situation im Heim nicht mehr ausgehalten habe. In dem Kran-

kenhaus habe ich zum ersten Mal wieder Hoffnung geschöpft und angefangen mich wieder besser zu fühlen. Ich wäre lieber im Krankenhaus geblieben als zurück in die Unterkunft verlegt zu werden.“

Vom psychiatrischen Krankenhaus aus wurde sie an verschiedene ärztliche Stellen weitergeleitet (gynäkologisch, orthopädisch, Schmerztherapie). Auf der Station hat sie auch einen Rollstuhl erhalten, davor konnte sie sich nicht bewegen, da sie keine Hilfsmittel dafür besaß.

„Vom Krankenhaus aus bin ich in eine private Wohnung von Bekannten meines ehrenamtlichen Unterstützers gekommen, die ein Zimmer frei hatten. Es gab große Konflikte mit der Familie, deshalb musste ich dort wieder ausziehen und in die Unterkunft zurückkehren. Dort bin ich erneut vier Monate geblieben.“

Danach konnte Ada in eine eigene Wohnung umziehen. Die Suche nach dieser Wohnung und der Umzug wurden von ehrenamtlichen Strukturen organisiert, da es keine diesbezügliche Unterstützung von den Sozialbehörden gab. Ihr wurden auch keine Hilfsmittel wie ein Rollstuhl zur Verfügung gestellt. Es gab zufälligerweise einen Rollstuhl in der Unterkunft, den sie benutzen durfte.

Eineinhalb Jahre nach ihrer Ankunft beantragte Ada mithilfe ihres Unterstützers die Feststellung eines Grades der Behinderung. Es wurden nur 30 % festgestellt. Über den Widerspruch gegen diesen Bescheid wurde bisher noch nicht entschieden. Im Herbst 2019 erhielt Ada einen Aufenthaltstitel aus humanitären Gründen. Seitdem erhält sie ALG II. Es fehlt jedoch weiterhin an einer umfassenden Betreuung, jegliche Unterstützung basiert auf der Arbeit von Ehrenamtlichen. Beispielsweise wurde ihr Physiotherapie verschrieben, diese kann sie aber nur erreichen, weil ehrenamtliche Unterstützer*innen sie dorthin fahren. Einkaufen kann sie nur dank Hilfe von Nachbar*innen. Es wurde ein Antrag auf Feststellung des Pflegegrades beim Sozialamt gestellt. Der medizinische Dienst der Krankenkassen kam aber zu dem Ergebnis, dass sie nicht auf Pflege angewiesen sei. Bisher besucht Ada keinen Sprachkurs, da sie keine Möglichkeit hat, allein das Haus zu verlassen. Ohne ehrenamtliche Unterstützung würde sie nicht überleben. Eine Teilhabe am sozialen Leben ist ihr unmöglich.

Die Klientin hat seit dem Umzug in die eigene Wohnung Kontakt zum PSZ, der während des Krankenhausaufenthalts hergestellt wurde. Es fand eine psychotherapeutische Behandlung und eine Beratung durch die Sozialarbeiterin statt. Die therapeutische Betreuung war nur dadurch möglich, dass die Therapeutin Ada zuhause aufsuchte, da sie keine Möglichkeit hatte, eigenständig ins PSZ zu kommen. Zur Verlängerung des Aufenthaltstitels wartete die Sozialarbeiterin des PSZ sechs Stunden in der Ausländerbehörde und wurde dann wieder weggeschickt, weil die Klientin persönlich anwe-

send sein müsse. Um dies zu organisieren war ein großer Aufwand nötig. Seit Sommer 2019 nimmt Ada B. an einer monatlichen Gruppe für Frauen des PSZ gegen Genitalverstümmelung teil. Eine der anderen Teilnehmerinnen holt sie für diese Treffen zu Hause ab. Die Teilnahme an dieser Gruppe stärkt sie sehr. Auch diese ist jedoch ehrenamtlich organisiert, außerhalb des Budgets des PSZ.

Auch das PSZ war überfordert, weil sie keine Erfahrung in diesem Bereich hatten. Es gab keine Expertise zum Umgang mit der Situation von Ada. Es wurde dann eine Beratungsstelle der Lebenshilfe kontaktiert, die Migrant*innen mit körperlichen Behinderungen unterstützt. Aber auch die kannten sich nicht richtig aus mit der Situation von Geflüchteten.

Der ehrenamtliche Begleiter von Ada B. berichtet:

„Die Menschen im System waren größtenteils sehr hilfsbereit, aber die Regelungen sind so starr und die einzelnen Akteure im System wissen nichts voneinander, wer ist zuständig, wen müsste ich jetzt anrufen? Es gibt ein Kommunikations-Tohuwabohu. Es wurde uns mehrmals gesagt, dass Ausländerrecht Behindertenrecht ausschließt. Deshalb sei es nicht möglich Hilfen wie einen Pflegegrad zu beantragen, bevor der Aufenthaltsstatus nicht geklärt sei.“

Ada antwortet auf die Frage, was sie sich von der Politik wünschen würde:

„Ich weiß, dass der deutsche Staat sein Bestes tut, aber ich würde sagen, dass man insbesondere für die Situation von Geflüchteten mit Behinderungen viel verbessern kann. Wir müssen so viele Versuche machen, bis wir an jemanden kommen, der uns versteht. Nicht alle Menschen sind in der Lage, ihr Leid mitzuteilen, auch wenn sie sehr leiden. Viele Menschen haben Angst zu erzählen, was ihnen passiert ist. Und wenn man es nicht schafft, das zu erzählen, bekommt man auch keine Unterstützung. Insbesondere am Anfang weiß man nicht, an welche Türen zu klopfen ist, wen man kontaktieren soll.“



Weitere Informationen zum Thema zu finden unter:

- Arbeitshilfe der BAfF zu Leistungen der Eingliederungshilfe für Geflüchtete. <http://www.baff-zentren.org/veroeffentlichungen-der-baff/rechtliches/>
 - passage gGmbH und Caritasverband für die Diözese Osnabrück: Leitfaden zur Beratung von Menschen mit einer Behinderung im Kontext von Migration und Flucht (Stand: Februar 2020). <https://www.fluchtort-hamburg.de/artikel/news/leitfaden-zur-beratung-von-menschen-mit-einer-behinderung-im-kontext-von-migration-und-flucht/>
 - Gebündelte Sammlung von Materialien bei fluechtlingshelfer.info: <https://fluechtlingshelfer.info/start/detail-start/informationen-fuer-die-unterstuetzung-von-gefluechteten-mit-behinderung/>.
 - Position des Instituts für Menschenrechte: https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/POSITION/Position_16_Gefluechtete_mit_Behinderungen.pdf
 - Informationsbroschüre des Paritätischen Wohlfahrtsverbands Niedersachsen e.V zu Migration und Behinderung: https://www.nds-fluerat.org/wp-content/uploads/2017/02/BRS-Migration-und-Behinderung_print.pdf
-

15. Finanzierung der psychosozialen Versorgung

15. Finanzierung der psychosozialen Versorgung

Kostenübernahmen für Psychotherapien in den PSZ

DAS WICHTIGSTE IN KÜRZE:

- ▶ Die Ablehnungsquoten für Psychotherapie-Anträge bei den Sozialbehörden liegen bei durchschnittlich 41 % und sind damit unverhältnismäßig hoch, wenn man sie mit der durchschnittlichen Ablehnungsquote von 5,9 % bei gesetzlich krankenversicherten Patient*innen in der Regelversorgung vergleicht.
- ▶ Auch rund 1/5 der Therapien, die über die Ermächtigungsregelung, über die Krankenkassen und die Jugendämter beantragt werden, werden abgelehnt.
- ▶ Insgesamt bleibt der Anteil der Therapien, die über das Gesundheits- und Sozialsystem abgerechnet werden können, bei lediglich 5,8 % – der Großteil der Psychotherapien mit Geflüchteten wird also außerhalb des Regelsystems finanziert.

Die Finanzierung von Psychotherapien über die eigentlich gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger gestaltet sich seit vielen Jahren problematisch. Im Zusammenhang mit dem eingeschränkten Versorgungsanspruch im Asylbewerberleistungsgesetz (siehe Kapitel „3. Welche Rechte auf Gesundheitsversorgung hat man mit welchem Aufenthaltsstatus?“ auf Seite 23) zeigen sich für Therapieanträge bei den zuständigen Sozialbehörden seit vielen Jahren hohe Ablehnungsquoten und immense Bearbeitungszeiten (Baron & Flory, 2019). Auch durch das Instrument

der Ermächtigung hatten sich in der Vergangenheit keine relevanten Veränderungen beim Anteil der Kostenübernahmen ergeben. Angesichts dieser Erschwernisse beantragt nur knapp die Hälfte der Psychosozialen Zentren (48,6 %) regelmäßig Kostenübernahmen bei den Leistungsträgern. Einige Einrichtungen finanzieren Psychotherapien ausschließlich über Projekt-, Stiftungs- und Spendengelder (siehe Kapitel „Finanzierungsstruktur und Förderanteile“ auf Seite 126).

	Anzahl der PSZ	prozentualer Anteil
Zentren, die Psychotherapie anbieten	35 von 40	87,5 %
Zentren, die Psychotherapien beantragen	17 von 35	48,6 %
Zentren, die Anträge bei den Sozialbehörden stellen	13 von 35	37,1 %
Zentren, die über eine Ermächtigung verfügen	7 von 35	20,0 %
Zentren, die Therapieanträge bei den Krankenkassen stellen	12 von 35	34,3 %
Zentren, die Therapieanträge bei den Jugendämtern stellen	12 von 35	34,3 %

Tabelle 19: Antragspraxis in den PSZ 2018.

Kostenübernahmen durch die Sozialbehörden: Psychotherapien über das AsylbLG

Aufgrund der hohen bürokratischen Hürden beantragen nur 13 der 35 therapeutisch arbeitenden Psychosozialen Zentren (37,1 %) für einige ihrer Therapien eine Kostenübernahme bei den Sozialbehörden. Die Erfolgsaussichten für eine Kostenübernahme sind regional sehr unterschiedlich. Nur in 7 Bundesländern wurden überhaupt Therapien beantragt, insgesamt 70 % der Anträge kamen aus einem einzigen Bundesland.

Im Jahr 2018 wurden von diesen 13 PSZ 197 Therapien bei den Sozialbehörden beantragt, insgesamt 117 wurden bewilligt. Auf jedes dieser Zentren kommen im Durchschnitt 18 Therapieanträge ($M = 17,9$), rund 11 davon werden letztlich bewilligt ($M = 10,6$). Diese Durchschnittswerte entstehen jedoch vor allem durch diejenigen Einrichtungen, die vergleichsweise viele Anträge gestellt haben: Die Medianwerte zeigen, dass die Hälfte der Zentren über das gesamte Jahr hinweg weniger als 6 Anträge gestellt hat ($Md = 6$).

Betrachtet man das Verhältnis von Therapieanträgen und Bewilligungen, dann ergibt sich im Durchschnitt eine Ablehnungsquote von 41 %. Im Vorjahr hatten die Sozialbehörden prozentual noch mehr Therapieanträge abgelehnt (49 %), es wurden jedoch zu diesem Zeitpunkt auch noch deutlich mehr Anträge gestellt (siehe Abbildung 59). Hier bleibt offen, ob die Bewilligungspraxis sich tatsächlich leicht verbessert hat oder ob die Antragspraxis der PSZ sich inzwischen noch stärker auf diejenigen Fallkonstellationen konzentriert, die noch am ehesten Aussicht auf eine Bewilligung haben. Insgesamt bleibt die Ablehnungsquote für Psychotherapien, die bei den Sozialbehörden beantragt werden, unverhältnismäßig hoch – insbesondere, wenn man sie mit

der durchschnittlichen Ablehnungsquote von 5,9 % bei gesetzlich krankenversicherten Patient*innen in der Regelversorgung (Sander et al., 2017) vergleicht.

Die meisten Zentren, die bei den Sozialbehörden einen Therapieantrag stellen, beantragen zugleich auch die Kosten, die in der Regel für die Zusammenarbeit mit Sprachmittler*innen entstehen. Einige Zentren beantragen auch nur die Sprachmittlungskosten bei den Sozialbehörden, weil für die Therapien andere Finanzierungsquellen gefunden wurden. Der Anteil der Zentren, die Sprachmittlungskosten beantragen ist deshalb mit 17 Einrichtungen bzw. 48,6 % der PSZ höher als derjenigen, die eine Psychotherapie beantragen. Insgesamt wurden 2018 durch die PSZ 253 Anträge auf Kostenübernahme für Sprachmittlungskosten gestellt, über 100 davon wurden jedoch nicht bewilligt. Die Ablehnungsquote liegt auch hier bei durchschnittlich 42 %.

Müssen Klient*innen für den Weg zur Therapie weite Wege zurücklegen (siehe Kapitel „Erreichbarkeit der psychosozialen Versorgung“), dann wird mitunter auch versucht, die Fahrtkosten der Betroffenen über die Sozialbehörde abzurechnen. Die Erfolgswahrscheinlichkeit ist hier ähnlich: Von insgesamt 221 Anträgen wurden lediglich 41 % bewilligt.

Kostenübernahmen durch die Sozialbehörden im Jahresvergleich

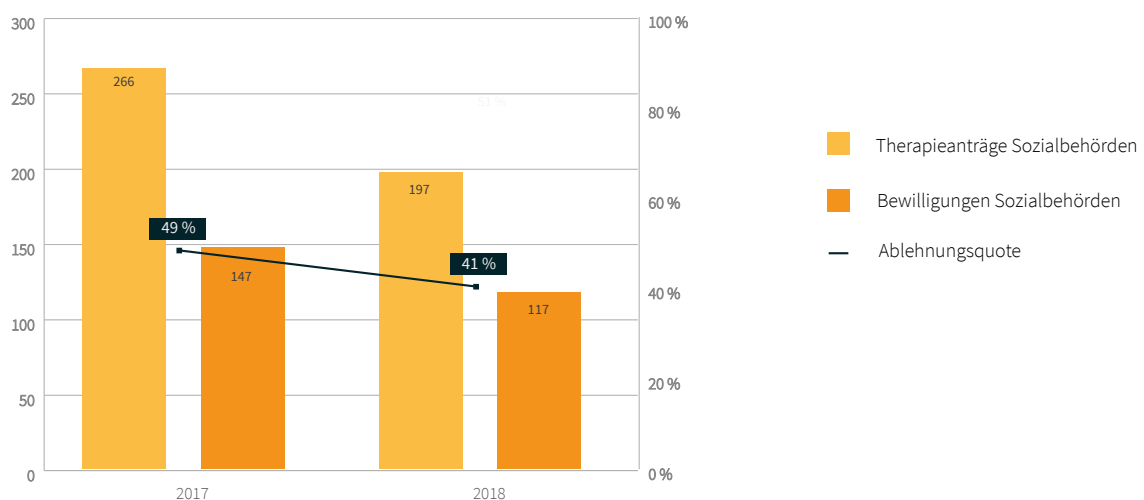


Abb. 59: Summe der Therapieanträge/-bewilligungen bei den Sozialbehörden durch die PSZ und durchschnittliche Ablehnungsquote im Jahresvergleich.

	Anzahl der PSZ	Anträge auf Kostenübernahme	bewilligte Kostenübernahmen	Ø Ablehnungsquote in den PSZ
Zentren, die Psychotherapien bei den Sozialbehörden beantragen	13 von 35 (37,1 %)	Σ: 197	Σ: 117	41 %
		M: 17,9	M: 10,6	
		Md: 6	Md: 5	
Zentren, die Sprachmittlungskosten bei den Sozialbehörden beantragen	17 von 35 (48,6 %)	Σ: 253	Σ: 147	42 %
		M: 14,9	M: 8,6	
		Md: 8	Md: 4	
Zentren, die Fahrtkosten bei den Sozialbehörden beantragen	14 von 35 (40 %)	Σ: 221	Σ: 130	41 %
		M: 15,8	M: 9,3	
		Md: 11,5	Md: 4,5	

Tabelle 20: Kostenübernahmen für Psychotherapien, Sprach- und Fahrtmittelkosten durch die Sozialbehörden im Jahr 2018.

Kostenübernahmen über die Ermächtigung

Ein Fünftel der therapeutisch arbeitenden PSZ (7 von 35) hat 2018 außerdem versucht, Therapien über die sogenannte Ermächtigungsregelung abzurechnen. Diese Regelung hat die Bundesregierung Ende 2015 geschaffen, um die Behandlungskapazitäten für Therapien mit Geflüchteten zu erhöhen. Psychotherapeut*innen und Einrichtungen, die bislang keinen Kassensitz haben, können sich seitdem zur Behandlung von Asylsuchenden, die Leistungen nach §2 des Asylbewerberleistungsgesetzes empfangen, ermächtigen lassen. Die formalen Voraussetzungen, an die Psychotherapien über die Ermächtigung geknüpft sind, sind allerdings so eng gefasst, dass insgesamt nur sehr wenige Klient*innen auf diese Weise abgerechnet werden können.²² So dürfen ermächtigte Psychotherapeut*innen lediglich Asylsuchende behandeln, die zwar bereits 18 Monate in Deutschland sind, aber noch keine

Flüchtlingsanerkennung und keine Arbeit oder Ausbildungsstelle haben, d. h. noch nicht sozialversicherungspflichtig beschäftigt sind. In vielen Bundesländern gilt eine weitere Beschränkung auf die Weiterbehandlung von Patient*innen: Es dürfen hier lediglich Personen abgerechnet werden, die in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts bereits eine Therapie begonnen haben.

Insgesamt stellten die ermächtigten 15 Psychotherapeut*innen in den Psychosozialen Zentren 2018 108 Therapieanträge, von denen 87 bewilligt wurden. Die Ablehnungsquoten liegen damit deutlich unter derjenigen der Sozialbehörden. Dennoch wurden auch hier 19,4 % der Anträge nicht bewilligt, etwa, weil der*die Klient*in die Voraussetzungen für eine Abrechnung nicht (mehr) erfüllt.

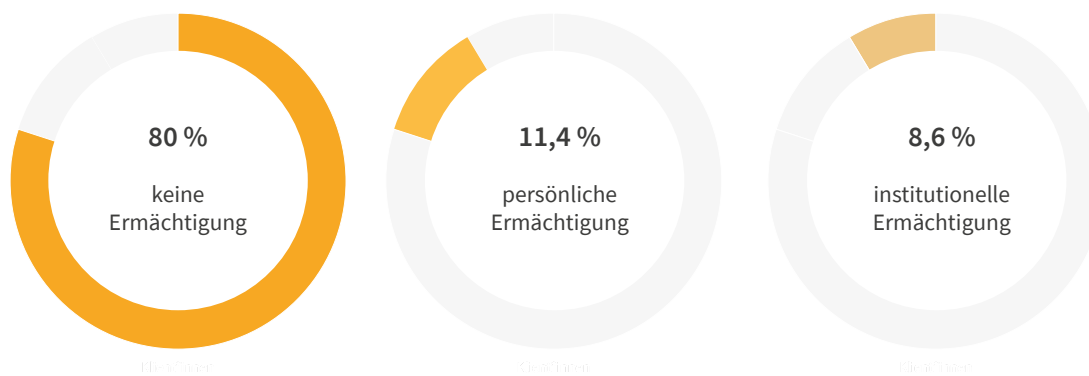


Abb. 60: Anteile der PSZ mit einer Ermächtigung 2018.

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

	Anzahl der ermächtigten Therapeut*innen	Anzahl der Therapieanträge über die Ermächtigung	Anzahl der Bewilligungen über die Ermächtigung
Summe (n = 4)	15	108	87
Mittelwert	3	27	21,75
Median	3	21	21
Minimum	1,0	7	7
Maximum	5,0	59	38

durchschnittliche Ablehnungsquote: 19,4 %

Tabelle 21: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Ermächtigung im Jahr 2018.

Die Ablehnungsquote ist verglichen mit dem Vorjahr von damals 12,7 % auf fast ein Fünftel aller Anträge gestiegen. Zugleich hat sich die Anzahl der Anträge, die von ermächtigten Psychotherapeut*innen gestellt wurden, deutlich verringert (siehe Abbildung 61).

Hier setzt sich eine Entwicklung fort, die schon länger auch in der Regelversorgung zu beobachten ist. Vielerorts passen in das enge Raster, in dem über die Ermächtigung abgerechnet werden kann, nur sehr wenige Geflüchtete. Zugleich besteht immer das Risiko, dass Therapien abgebrochen werden müssen, wenn Klient*innen im Verlauf der Behandlung einen sicheren Aufenthalt erhalten oder eine Arbeit oder eine Ausbildung aufnehmen. Das Kriterium der „Weiterbehandlung“ kann nur selten erfüllt werden, da es für Asylsuchende sehr schwierig ist, bereits in den ersten 18 Monaten ihres Aufenthalts einen Behandlungsplatz zu finden.

Auch 2018 gab es in den Psychosozialen Zentren deshalb zahlreiche Klient*innen, die zwar probatorische Sitzungen mit ermächtigten Psychotherapeut*innen in Anspruch genommen haben, für die am Ende jedoch gar keine Therapie-Anträge mehr gestellt werden konnten, weil absehbar erschien, dass sich in Kürze die Aufnahme eines Arbeitsverhältnisses oder ein Statuswechsel ergeben würde. In den Psychosozialen Zentren werden diese Klient*innen letztlich trotzdem – allerdings ohne Kostenübernahme, sondern finanziert durch Projekt- und Spendengelder – behandelt. Für die ermächtigten Psychotherapeut*innen, die in freier Praxis arbeiten, ergibt sich hier eine untragbare Situation, so dass inzwischen viele ermächtigte Therapeut*innen ihre Ermächtigung wieder zurückgegeben und sich aus der Behandlung von Geflüchteten zurückgezogen haben.

Kostenübernahmen über die Ermächtigung im Jahresvergleich

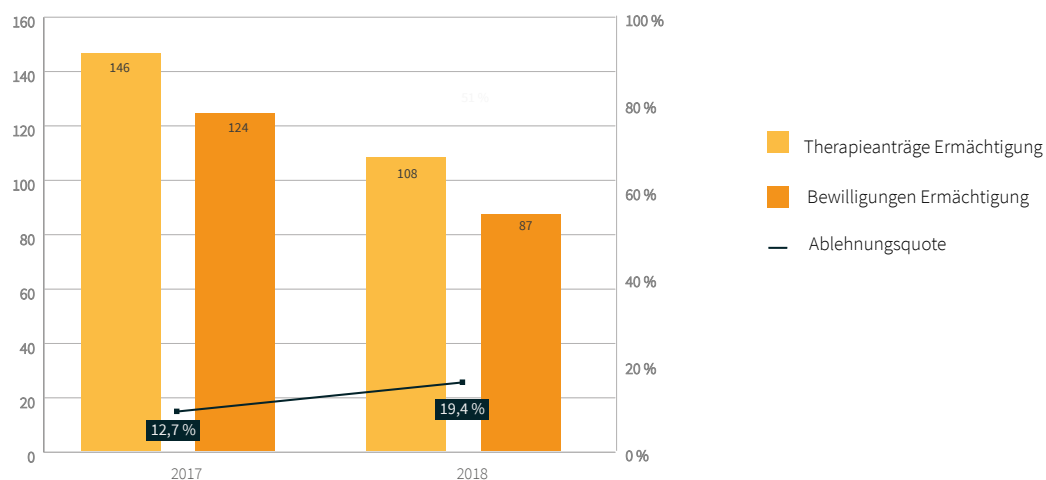


Abb. 61: Summe der Therapieanträge/-bewilligungen über die Ermächtigung und durchschnittliche Ablehnungsquoten im Jahresvergleich.

Kostenübernahmen über die Krankenkassen

Die meisten Psychosozialen Zentren behandeln hauptsächlich asylsuchende und geduldete Klient*innen. Oft ist auch noch keine Erwerbstätigkeit möglich oder erlaubt, so dass Personen, die im PSZ mit einer Therapie beginnen, in der Regel (noch) nicht krankenversichert sind. Hinzu kommt, dass die meisten Zentren es als Teil ihres Auftrags verstehen, Personen, die krankenversichert sind, in der Regelversorgung anzubinden. Kostenübernahmen durch die gesetzlichen Krankenkassen sind in den PSZ also eher selten, insgesamt haben 2018 12 von 35 Einrichtungen (34,3 %) versucht, Therapien mit den Kassen ihrer Klient*innen abzurechnen. In einigen Regionen können inzwischen Therapien, die über die Ermächtigung begonnen wurden, nach einem Statuswechsel der Klient*in, der*die dadurch Mitglied einer Krankenkasse geworden ist, finanziert durch die Krankenkasse beendet werden. Mitunter können auch über das sogenannte Kostenerstattungsverfahren²³ Kostenübernahmen erwirkt werden, dies ist jedoch in den letzten Jahren bei den meisten Krankenkassen sehr schwierig geworden (Deutsche Psychotherapeutenvereinigung, 2018).

Insgesamt wurden durch die Zentren im Jahr 2018, 111 Therapien bei den Krankenkassen beantragt, über 80 % der Anträge, im Durchschnitt 10 von 12 Anträgen, wurden bewilligt. Im Vorjahresvergleich zeigt sich hier eine auffällige Veränderung. 2017 war die Ablehnungsquote für Therapieanträge bei den Krankenkassen mit 41 % noch doppelt so hoch. Es wurden jedoch auch fast dreimal so viele Anträge gestellt (siehe Abbildung 62). Ähnlich wie bei den Kostenübernahmen durch die Sozialbehörden zeigt sich also auch hier zwar eine verbesserte Bewilligungspraxis, allerdings bei deutlich weniger Anträgen, was auch hier darauf verweisen könnte, dass von den Psychosozialen nur noch Anträge mit einer gewissen Erfolgswahrscheinlichkeit gestellt werden.

Kostenübernahmen durch die Krankenkassen im Jahresvergleich

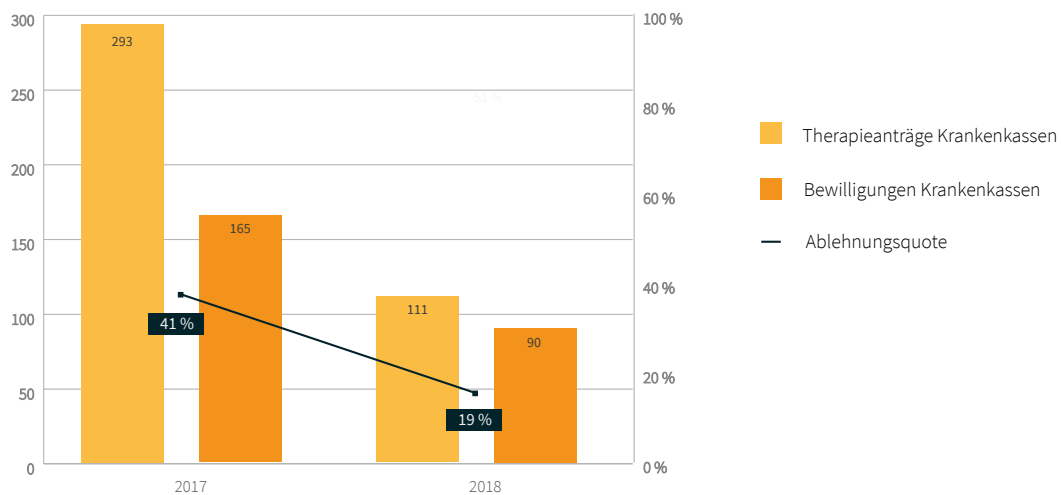


Abb. 62: Summe der Therapieanträge/-bewilligungen durch die Krankenkassen und durchschnittliche Ablehnungsquoten im Jahresvergleich.

23 Patient*innen, die dringend eine Psychotherapie benötigen, aber keinen Behandlungsplatz bei kassenzugelassenen Therapeut*innen finden, haben unter bestimmten Umständen das Recht, diese Therapie auch bei Therapeut*innen wahrzunehmen, die zwar approbiert sind, aber keinen Kassensitz haben. Nach § 13 Absatz 3 SGB V haben sie unter bestimmten Bedingungen einen Anspruch auf *Kostenerstattung* durch Ihre Krankenkasse: Diesem Anspruch liegt zugrunde, dass eigentlich alle Krankenkassen dafür sorgen müssen, dass ihre Versicherten rechtzeitig die notwendige Behandlung erhalten. Wenn eine Krankenkasse das nicht leisten kann – etwa, weil es trotz formal niedrigen Bedarfs in der Realität nicht genug freie Behandlungsplätze gibt – dann muss sie einem/einer* Versicherten, der*die sich diese Leistung „selbst beschafft“, die Kosten für diese Leistung nach §13 Absatz 3 SGB V erstatten.

	Anzahl der Therapieanträge an die Krankenkassen	Anzahl der Bewilligungen durch die Krankenkassen
Summe (n = 9)	111	90
Mittelwert	12,33	10,00
Median	10	2
Minimum	1	0
Maximum	32	32
durchschnittliche Ablehnungsquote: 18,9%		

Tabelle 22: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Krankenkassen im Jahr 2018.

Kostenübernahmen über die Jugendämter

Für Therapien mit geflüchteten Kindern und Jugendlichen gelten einige Besonderheiten. Zu beachten ist u. a., ob Kinder und Jugendliche als unbegleitete minderjährige Flüchtlinge (umF) oder gemeinsam mit ihren Eltern oder einer anderen sorgeberechtigten Person eingereist sind.²⁴ Bei der Behandlung von umF muss eine Psychotherapie je nach Fallkonstellation beim Jugendamt oder bei der Krankenkasse beantragt werden (siehe Abbildung 63). Wenn die Bedarfe des*der Klient*in mit einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung zusammenhängen, dann muss eine Psychotherapie als Heilbehandlung nach dem SGB V, d. h. bei der Krankenkasse, beantragt werden. Bestehen die Be-

schwerden eher im Zusammenhang mit einer Störung des Erziehungsprozesses, dann sollte die Beantragung von Hilfen zur Erziehung nach dem SGB VIII beim Jugendamt erfolgen. Droht bei psychisch belasteten Minderjährigen oder jungen Volljährigen eine seelische Behinderung, dann kommt ebenso das Jugendamt in Betracht, hier allerdings im Rahmen der Eingliederungshilfe.

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

Abb. 63: Kostenträger für Psychotherapien bei minderjährigen & jungen volljährigen Klient*innen.

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

Etwa ein Drittel der Psychosozialen Zentren (12 von 25 Einrichtungen; 34,3 %) hat 2018 für eine der genannten Konstellationen Therapien, Sprachmittlungs- oder Fahrtkosten bei den Jugendämtern beantragt, im Schnitt hat jedes dieser Zentren 8 Anträge zur Kostenübernahme für Psychotherapien, 8 für Sprachmittlungskosten und 9 für Fahrtkosten gestellt (siehe Tabelle 24). Von den insgesamt 75 Therapieanträgen wurden 60 bewilligt, die Ablehnungsquote lag bei etwa einem Fünftel. Für Sprach-

mittlungs- und Fahrtkosten war die Erfolgswahrscheinlichkeit für eine Bewilligung höher, hier lagen die Ablehnungsquoten nur bei jeweils rund 16 %.

Damit zeigt sich im Jahresvergleich auch hier ein leichter Rückgang der insgesamt von den PSZ beantragten Therapien von bundesweit 83 auf 75 Therapieanträge. Zugleich ist jedoch auch hier die Ablehnungsquote von 24 % auf 20 % der beantragten Therapien gesunken (siehe Abbildung 64).

Kostenübernahmen durch die Jugendämter im Jahresvergleich

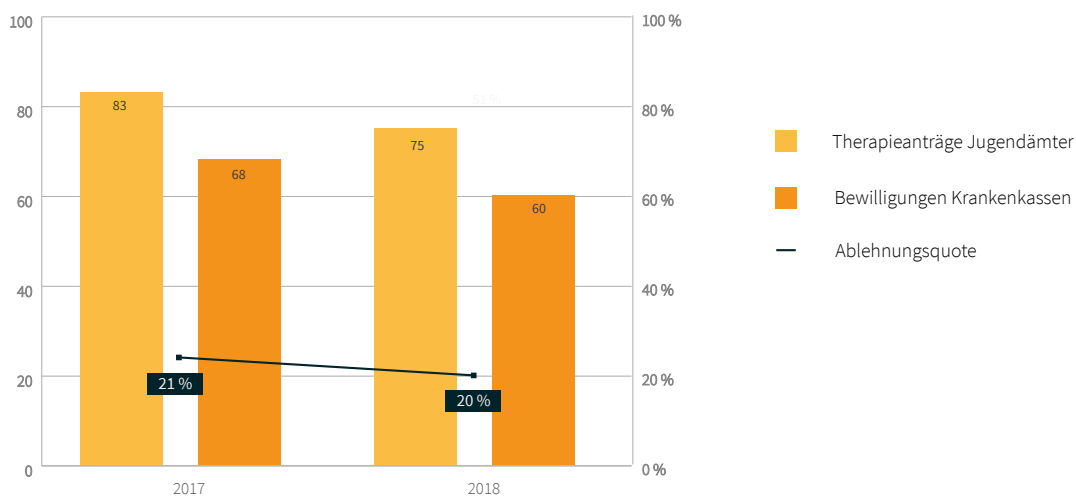


Abb. 64: Summe der Therapieanträge/-bewilligungen über die Jugendämter und durchschnittliche Ablehnungsquoten im Jahresvergleich.

	Therapieanträge bei den Jugendämtern (n = 10)	Bewilligungen durch die Jugendämter (n = 10)	Anträge auf Sprachmittlungskosten (n = 7)	Bewilligungen für Sprachmittlungskosten (n = 7)	Anträge für Fahrtkosten (n = 4)	Bewilligungen für Fahrtkosten (n = 4)
Summe	75	60	55	46	37	31
Mittelwert	7,5	6,0	7,9	6,6	9,3	7,8
Median	6,0	5,0	7,0	7,0	10,0	8,5
Minimum	3,0	0,0	1,0	1,0	3,0	3,0
Maximum	13,0	12,0	14,0	11,0	14,0	11,0
	Ø Ablehnungsquote: 20 %		Ø Ablehnungsquote: 16,5 %		Ø Ablehnungsquote: 16,1 %	

Tabelle 23: Antrags- und Bewilligungszahlen für Psychotherapien, Sprach- und Fahrtmittelkosten durch die Jugendämter im Jahr 2018.

Kontext und Entwicklung der Kostenübernahmen in den PSZ

Insgesamt haben die leicht zurückgegangenen Ablehnungsquoten bei einem Teil der Leistungsträger nicht dazu beigetragen, dass in den Psychosozialen Zentren ein höherer Anteil an Psychotherapien von den Strukturen des Regelsystems refinanziert werden kann. Im Gegenteil könnte die in der Vergangenheit noch restriktivere Bewilligungspraxis dazu geführt haben, dass die Psychosozialen Zentren 2018 seltener versucht haben, Psychotherapien bei den verschiedenen Leistungsträgern abzurechnen. Zwischen 2015 und 2017 waren die Ablehnungsquoten sowohl für Therapien, die über das AsylbLG bei den Sozialbehörden beantragt wurden, als auch bei den Krankenkassen und den Jugendämtern kontinuierlich angestiegen (siehe Abbildung 65). Auch

2018 sind sie mit bis zu 41 % bei den Sozialbehörden noch immer unverhältnismäßig hoch.

In der Konsequenz sowohl der restriktiven Bewilligungs- als auch der veränderten Antragspraxis ist die Gesamtzahl aller durch die Leistungsträger refinanzierten Psychotherapien deutlich zurückgegangen. Während 2017 noch 504 Therapien abgerechnet werden konnten, waren es im aktuellen Erhebungszeitraum nur noch 354 (siehe Abbildung 66).

Grundsätzlich hat sich der Anteil der Therapien, die nicht über das Gesundheits- und Sozialsystem abgerechnet werden können damit kaum verändert.

Ablehnungsquoten für Kostenübernahmen im Jahresvergleich

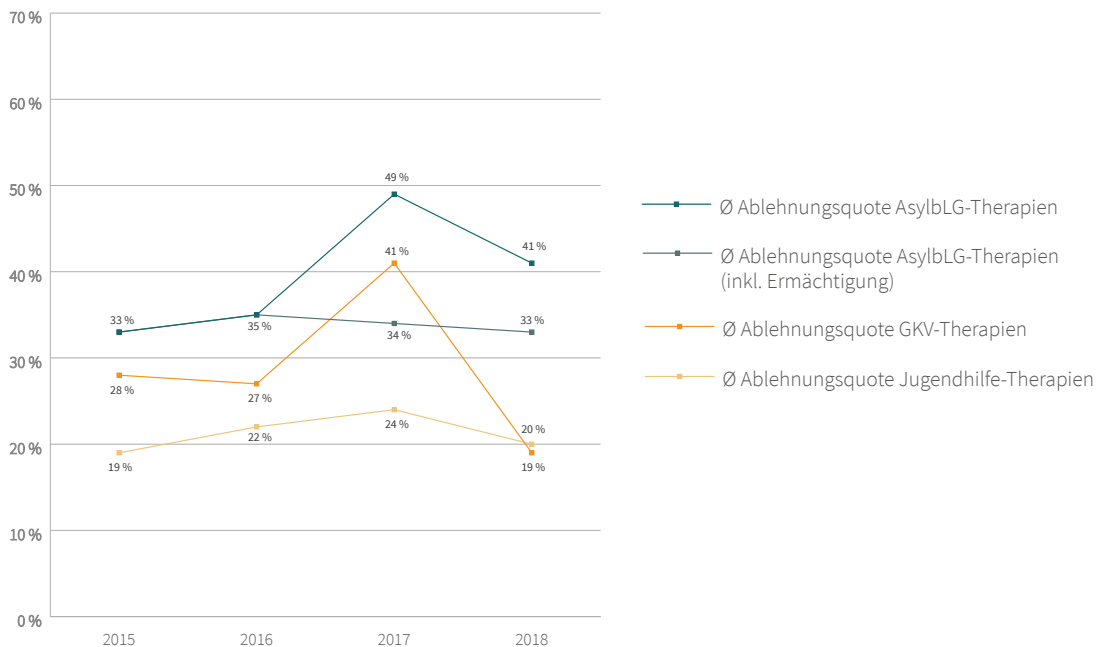


Abb. 65: Durchschnittliche Ablehnungsquoten für Therapieanträge zwischen 2015 und 2018.

Kostenübernahmen durch alle Leistungsträger im Jahresvergleich

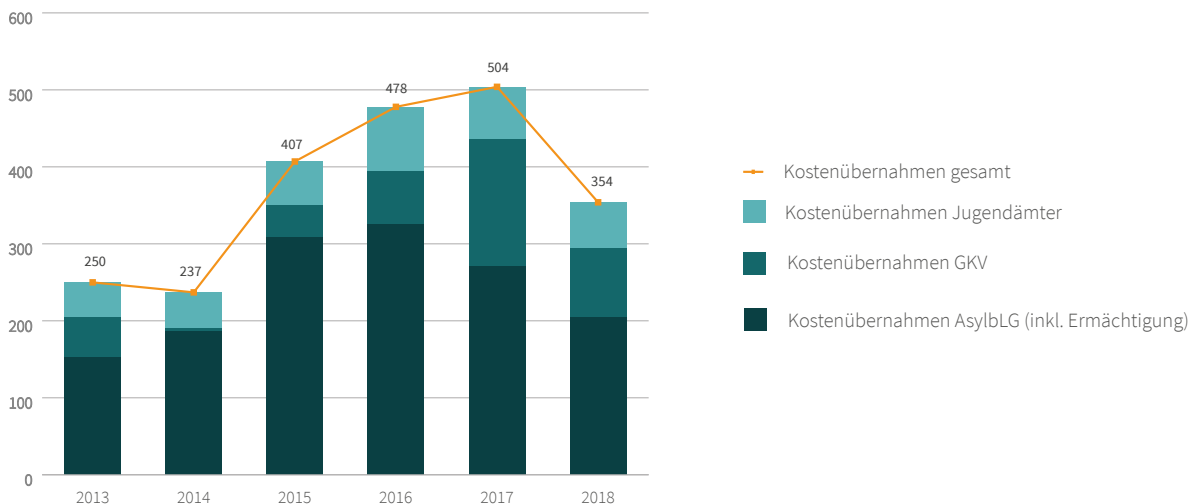


Abb. 66: Summe der Kostenübernahmen in den PSZ im Jahresvergleich.

Entwicklung von Kostenübernahmen und Therapie-Klient*innen im Jahresvergleich

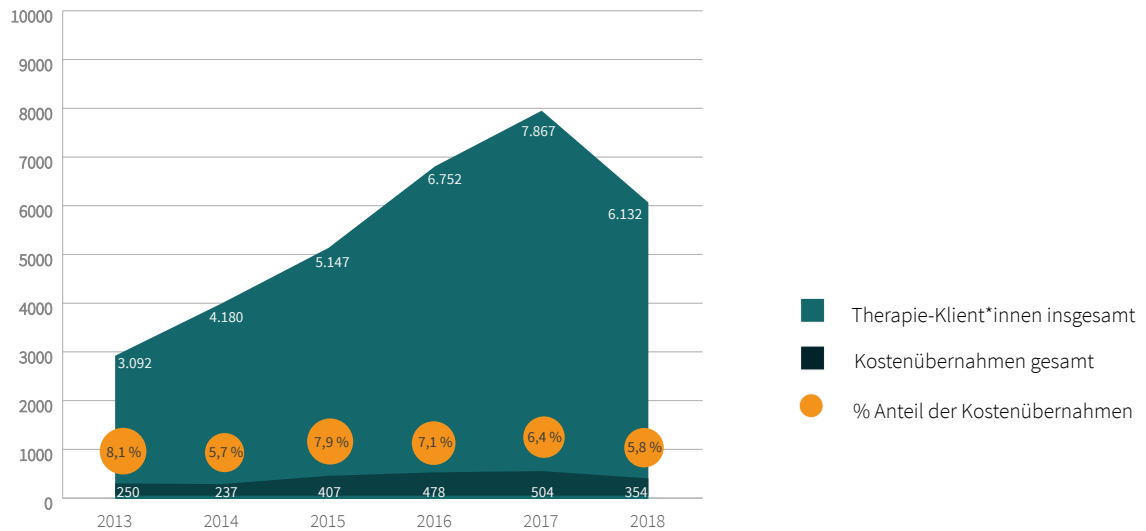


Abb. 67: Entwicklung von Kostenübernahmen und Therapie-Klient*innen im Jahresvergleich.

Seit vielen Jahren können lediglich 6 bis 8 % aller in den Psychosozialen Zentren durchgeführten Psychotherapien letztlich über einen Kostenträger refinanziert werden (siehe Abbildung 67). Auch 2018 bewegt sich der Anteil der refinanzierten Therapien mit 5,8 % in diesem Bereich. Insgesamt 6.132 Klient*innen waren im psychotherapeutischen Setting angebunden – eine Kostenübernahme konnte jedoch lediglich für 354 dieser Klient*innen erwirkt werden.

Die meisten Kostenübernahmen für Therapien in den Zentren werden mit einem Anteil von 3,3 % über das AsylbLG, einschließlich der Therapien über die Ermächtigung, finanziert. Die Krankenkassen übernehmen 1,5 % und die Jugendämter 1,0 %. Der Großteil der Psychotherapien in den PSZ wird jedoch mit 94,2 % nach wie vor durch Projektgelder, Landes- oder Bundesmittel sowie Spenden – das heißt, außerhalb des Regelsystems – finanziert.

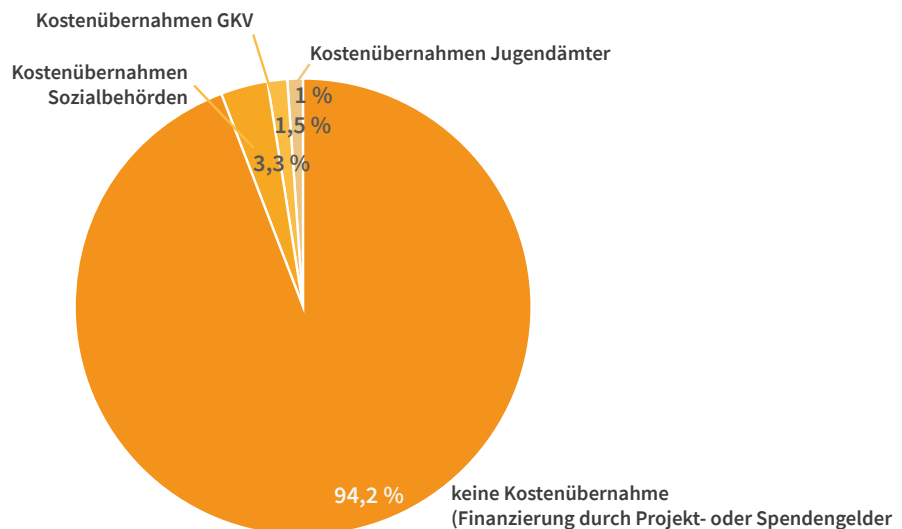


Abb. 68: Anteile der Kostenübernahmen in den PSZ 2018.

Finanzierung psychosozialer Versorgung außerhalb des Gesundheits- und Sozialsystems

Bedingt durch die hohen strukturellen Barrieren, auf die Geflüchtete im Zugang zu Leistungen des Gesundheitssystems treffen, ist eine Finanzierung der psychosozialen Versorgung über Kostenübernahmen durch Sozialbehörden, Krankenkassen oder Jugendämter in der Regel nicht bzw. im Einzelfall nur zu einem Bruchteil möglich. Die Psychosozialen Zentren finanzieren ihr multiprofessionelles Leistungsspektrum deshalb seit jeher über ein diverses Spektrum an Fördermitteln, Projekt-, Stiftungs- und Spendengeldern. Wie hoch das Budget ist, das den Einrichtungen zur Versorgung ihrer Klient*innen zur Verfügung steht, unterscheidet sich dabei sehr von Zentrum zu Zentrum. Während das kleinste Zentrum mit nur eine*r/m hauptamtlichen Mitarbeitenden mit einem Budget von 67.000 € haushaltet, gibt es inzwischen drei Einrichtungen, die mit einem Haushalt von über 3 Millionen Euro an verschiedenen Standorten und in mehreren Abteilungen teils weit über 2.000 Klient*innen versorgen.

Ein typisches Zentrum, repräsentiert durch den Median der Einrichtungen, verfügt zur Versorgung seiner Klient*innen über ein jährliches Budget von etwa 615.000 €. Das heißt, bei der Hälfte der Zentren liegt das Budget unter diesem Wert, bei der anderen Hälfte der Einrichtungen darüber. 46 % der PSZ haushalten mit einem jährlichen Budget von

n	37
Σ	34.105.047,01 €
Ø pro Zentrum (\bar{x})	921.758,03 €
typisches Zentrum (\tilde{x})	615.000,00 €
Min	67.000,00 €
1. Quartil	275.697,50 €
2. Quartil (Median)	615.000,00 €
3. Quartil	902.626,00 €
Max	5.702.000,00 €

Tabelle 24: Kennwerte zum jährlichen Budget der PSZ 2018.

weniger als 500.000 €, knapp über ein Drittel hat zwischen 500.000 € und einer Million Euro zur Verfügung und bei lediglich 7 von 37 Einrichtungen liegt das Budget über einer Million Euro. Der Mittelwert des jährlichen Budgets liegt bei rund 922.000 € – dieser Wert wird jedoch stark durch diese 7 größten Zentren beeinflusst.

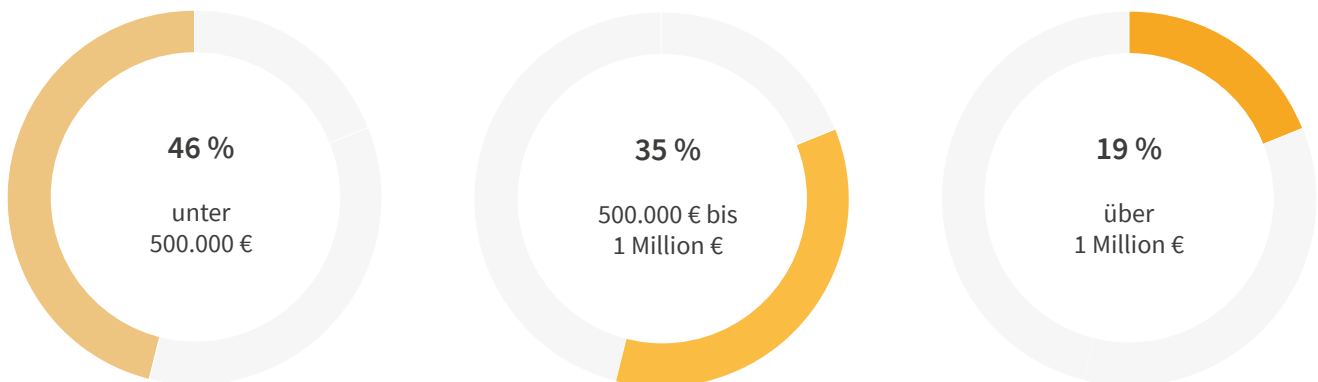


Abb. 69: Das jährliche Budget der PSZ 2018.

Finanzierungsstruktur und Förderanteile

An der Schnittstelle zwischen Menschenrechtsarbeit und Gesundheits- bzw. psychosozialer Versorgung verortet, ist nicht nur das Leistungsspektrum der Psychosozialen Zentren sehr vielfältig. Auch die Finanzierungsstruktur der Psychosozialen Zentren ist durch eine hohe Diversifizierung geprägt. Kaum eine Einrichtung bezieht ihre Förderung allein durch Mittel eines einzigen Geldgebers, meistens gibt es auch keine Hauptförderquelle, sondern das jährliche Budget wird aus verschiedensten Programmen bei 10 bis über 20 unterschiedlichen

Förderern akquiriert. Die Förderhöhen und Projektlaufzeiten variieren stark, viele Projekte laufen aber lediglich über ein Jahr und müssen danach erneut mit hohem bürokratischem Aufwand und oft auch neuen Schwerpunkten beantragt werden.

Im Durchschnitt bilden Projekte, die aus Landesmitteln gefördert werden, seit einigen Jahren mit knapp über einem Drittel der jährlichen Budgets der PSZ (M = 35,5 %) am ehesten einen Finanzierungsschwerpunkt. 31 von 37 Zentren (83,8 %) erhalten

Mittel von den jeweiligen Landesregierungen. Im Blick auf die Durchschnittswerte folgen an nächster Stelle kommunale Mittel mit 13,5 % des Budgets. Die Mehrheit der Zentren erhält jedoch nur in sehr geringem Umfang eine Förderung von kommunaler Seite: Die Medianwerte für kommunale Mittel liegen nur bei rund 11.000 €, die Hälfte der Zentren erhält also jährlich weniger als diese Summe. Auf Platz 3 der Finanzierungsanteile folgt mit einem durchschnittlichen Finanzierungsanteil von 10,8 % die Förderung aus Mitteln des Bundesministeriums für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ; M = 99.740 €, Md = 60.000 €). Alle weiteren Finanzierungsquellen können im Einzelfall regional zwar hoch ausfallen, im Durchschnitt tragen sie jedoch jeweils mit weniger als 10 % zum Budget der PSZ bei. Im Einzelnen handelt es sich hier zum Beispiel um Förderungen durch verschiedene Stiftungen (9,6 %), einschließlich etwa der UNO-Flüchtlingshil-

fe oder Amnesty International, um Kostenübernahmen für Psychotherapien durch Sozialbehörden, Krankenkassen oder Jugendämter (5,1 %), um Spenden (4,9 %), kirchliche Mittel (4,5 %) oder um Projektmittel aus dem Asyl-, Migrations- und Integrationsfonds (AMIF, 4,1 %).

Im Durchschnitt zeigt sich damit zwar, dass Landes-, kommunale und Bundesmittel gemeinsam einen Anteil von rund 59,8 % des jährlichen Budgets abdecken. Wirft man jedoch einen Blick auf die Medianwerte der absoluten Fördersummen für diese Mittel, dann ergibt sich lediglich eine Summe von 275.000 €, was deutlich weniger als der Hälfte des typischen Budgets pro Jahr (MD = 615.000 €) entspricht, die ein Zentrum zur Verfügung hat. Demnach muss mehr als die Hälfte des Budgets aus vielen verschiedenen weiteren Finanzierungsquellen akquiriert werden.

	Anzahl PSZ, die eine Förderung erhalten	Ø pro Zentrum (\bar{x})	Ø Förderanteil in %	typisches Zentrum (\bar{x})
Σ Budget		921.758,03 €		615.000,00 €
Landesmittel	31 (83,8 %)	327.600,67 €	35,5 %	204.000,00 €
kommunale Mittel	24 (64,9 %)	124.812,68 €	13,5 %	10.610,63 €
Bundesmittel	30 (81,1 %)	99.740,23 €	10,8 %	60.000,00 €
Stiftungen	26 (70,3 %)	88.376,64 €	9,6 %	27.734,00 €
sonstige Förderer	14 (37,8 %)	76.265,58 €	8,3 %	- €
Kostenübernahmen für Therapien	12 (32,4 %)	46.656,67 €	5,1 %	- €
Spenden, Bußgelder	24 (64,9 %)	45.182,41 €	4,9 %	7.239,23 €
kirchliche Mittel	13 (35,1 %)	41.222,84 €	4,5 %	- €
AMIF	15 (40,5 %)	37.988,67 €	4,1 %	- €
Träger	8 (21,6 %)	15.774,78 €	1,7 %	- €
Wohlfahrtsverband	11 (29,7 %)	13.601,01 €	1,5 %	- €
sonstige europäische/internat. Projekte	3 (8,1 %)	3.158,89 €	0,3 %	- €
Mitgliedsbeiträge	12 (32,4 %)	1.462,32 €	0,2 %	- €

Tabelle 25: Finanzierungsstruktur der Psychosozialen Zentren im Jahr 2018.

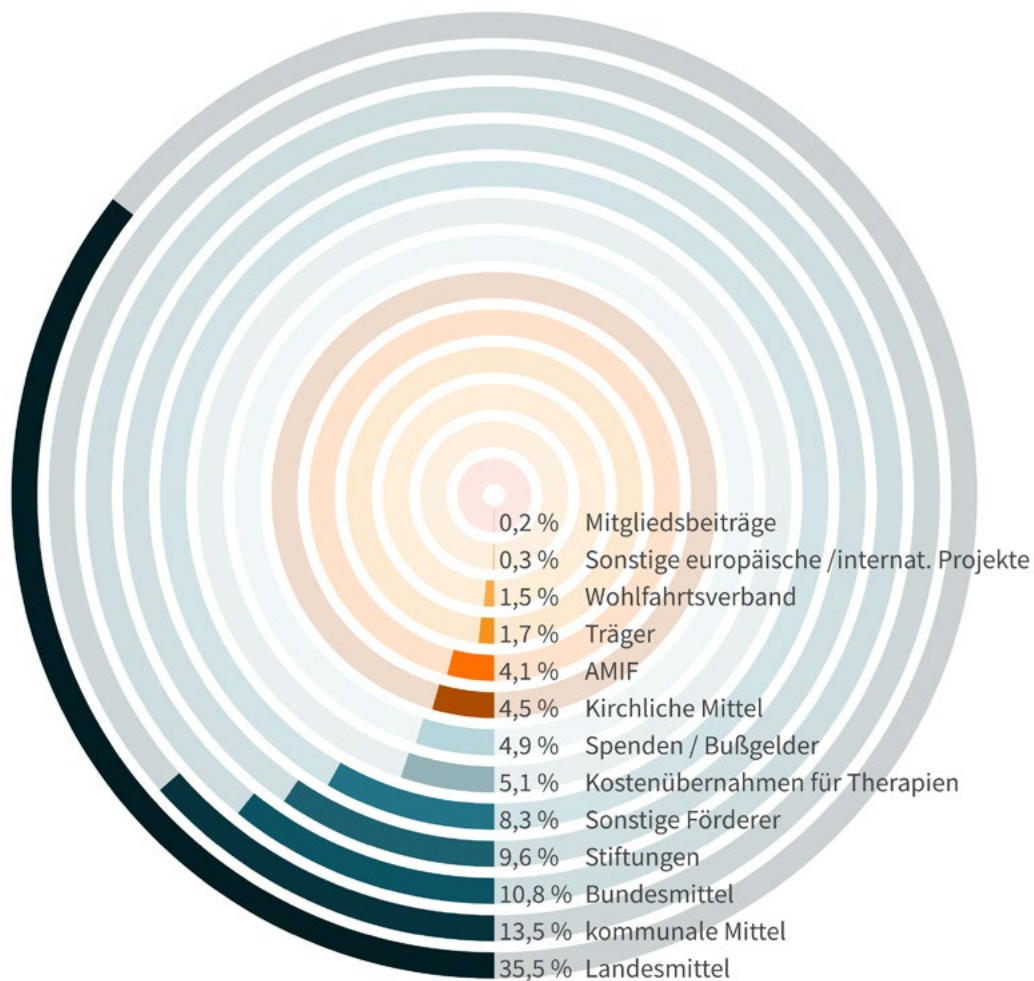


Abb. 70: Finanzierungsstruktur der Psychosozialen Zentren im Jahr 2018.

Die meisten Förderer vergeben ihre Mittel dabei im Rahmen von Projekten mit einer begrenzten Laufzeit, meist über ein Jahr, in einigen europäischen Fonds auch für bis zu drei Jahre. Auch die Verwendung der Mittel wird in der Regel begrenzt auf bestimmte Leistungen, z. B. Therapie oder Beratung oder Fortbildungs- und Netzwerkarbeit. Kaum ein Förderer deckt dabei das komplexe Leistungsspektrum der PSZ oder gar die Versorgung aller Zielgruppen unabhängig vom Aufenthaltsstatus ab. Mitunter können Projekte nur entweder zur Versorgung von Asylsuchenden oder aber von anerkannten Flüchtlingen beantragt werden. Plant man also ein Projekt z. B. zur therapeutischen Versorgung von Geflüchteten, dann können nicht immer alle Klient*innen in dieses Behandlungsprogramm aufgenommen werden, die aufgrund ihrer Symptomatik einen Bedarf hätten, sondern nur diejenigen, die zum Zeitpunkt der Aufnahme gerade den „richtigen“ Aufenthaltsstatus haben. Vielerorts werden auch die Landesmittel nach eng begrenzten Kriterien an die PSZ vergeben: In einigen Bundesländern dürfen diese Mittel nur für Beratung verwendet werden, weil Therapien als Aufgabe des Regelsystems gesehen werden. Andernorts wiederum werden vom Land nur Psychotherapien finanziert, weil die Beratung

als Teil der Flüchtlingssozialarbeit bereits durch andere Träger landesfinanziert durchgeführt wird.

Damit Klient*innen das multiprofessionelle Leistungsspektrum der PSZ in Anspruch nehmen können, müssen die Ausschlüsse, die bestimmte Geldgeber festlegen, immer durch jeweils andere Förderer ausgeglichen werden, die wiederum eigene Ansprüche an Abrechnung, Eigenmittelanteile und die Öffentlichkeitsarbeit für ihr Projekt haben. Mitunter wird die Versorgung für eine*n einzelnen Klient*in deshalb in drei oder vier unterschiedlichen Projekten abgerechnet. Diese komplexe Finanzierungsstruktur verlangt den PSZ einen enormen Verwaltungsaufwand ab. Zugleich sind Versorgungsverläufe schlecht planbar, weil alle Projekte zeitlich begrenzt und eine Weiterführung über das jeweilige Kalenderjahr oft unsicher ist. Insbesondere, wenn die PSZ sich in Regionen befinden, in denen es ohnehin schwierig ist, Fachkräfte für die psychosoziale Versorgung zu finden, entstehen zum Jahresende regelmäßig krisenhafte Situationen, weil unklar ist, ob Arbeitsverträge für qualifizierte Therapeut*innen oder Sozialarbeitende rechtzeitig verlängert werden können.



16. Zusammenfassung und Fazit

„Ich versuche alles zu vergessen, aber die Angst, dass ich vielleicht morgen oder übermorgen aus Deutschland abgeschoben werde - da gibt es keine Möglichkeit zu vergessen. Zuerst muss man sicher sein für seine Zukunft und sicher sein für seine Familie, dass nichts mehr passiert. Zeit macht alles gesund. Aber dafür muss man eine sichere Situation für sein Leben haben. Man kann nur in einer sicheren Situation vergessen.“

Sewarion B. aus Georgien

Die Einblicke, die uns geflüchtete Klient*innen der Psychosozialen Zentren in ihr Leben gegeben haben, zeigen deutlich, dass Schutzsuchende auch nach einer erfolgreichen Flucht vor Verfolgung, Folter und Krieg meist sehr belastende Situationen bewältigen müssen. Sie versuchen, das Erlebte hinter sich zu lassen, sind dabei aber einer permanenten Ungewissheit ausgesetzt, da durch den Gedanken an eine Abschiebung die Ereignisse immer wieder sehr nah rücken. Das Leben in Unsicherheit und mit andauernden Ängsten um die eigene Familie aber auch die eigene Zukunft prägt den Alltag vieler Geflüchteter (siehe Kapitel „2. Welche Belastungsfaktoren gibt es nach der Flucht?“ auf Seite 15). Traumafolgestörungen, darunter depressive Erkrankungen, Angststörungen und Posttraumatische Belastungsstörungen, kommen daher bei Geflüchteten deutlich häufiger vor als in der Allgemeinbevölkerung (siehe Kapitel „1. Wie viele Geflüchtete sind traumatisiert?“ auf Seite 9). Betont sei an dieser Stelle jedoch, dass diese Belastungsreaktionen vor dem Hintergrund der gewaltvollen Kontexte, aus denen Schutzsuchende fliehen mussten, als „normale Reaktion“ auf „nicht-normale Ereignisse“ verstanden werden müssen. Hinzu kommt, dass Geflüchtete ihre Ressourcen oft nicht nutzen können, weil asyl- und aufenthaltsrechtliche Restriktionen es ihnen verbieten. Für viele Klient*innen in den Psychosozialen Zentren sind es die Misserfolgs- und die Ausgrenzungserfahrungen, die sie verzweifeln lassen und ihre Symptome verstärken.

Diese Komplexität sowohl der biografischen als auch der aktuellen Belastungen, die Geflüchtete bewältigen müssen, verlangt auch von Versorgungsstrukturen eine komplexe Verzahnung von therapeutischer, psychosozialer sowie asyl-, aufenthalts- und sozialrechtlicher Expertise. Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer haben diese multiprofessionellen Versorgungsstrukturen über teils mehr als vier Jahrzehnte aufgebaut und kontinuierlich entlang der Bedarfe ihrer Klient*innen wie der aktuellen strukturellen Gegebenheiten weiterentwickelt (siehe Kapitel „5. Was sind Psychosoziale Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer?“ auf Seite 29).

Insgesamt haben die 40 Psychosozialen Zentren im Jahr 2018 über 22.700 Klient*innen aus 76 verschiedenen Herkunftsländern mit einem breit gefächerten Leistungsspektrum versorgt (siehe Kapitel „6.

*Klient*innen in den Psychosozialen Zentren“ auf Seite 41). Fast die Hälfte der Klient*innen in den Psychosozialen Zentren befand sich noch im Asylverfahren, ein Viertel wird hier nur geduldet. Die große Mehrheit der Klient*innen in den PSZ lebt also während der Behandlung oder Beratung in einer besonders prekären, unsicheren Situation und ist zugleich ganz besonders von den Barrieren betroffen, die von Geflüchteten im Zugang zum Gesundheitssystem überwunden werden müssen (siehe Kapitel „3. Welche Rechte auf Gesundheitsversorgung hat man mit welchem Aufenthaltsstatus?“ auf Seite 23).*

Der Weg durch das Gesundheitssystem wurde von den Geflüchteten, die in diesem Bericht zu Wort kamen, als hürdenreich und entmutigend beschrieben. Bürokratische Verzögerungen und die Ablehnung von Leistungen, Sprachbarrieren, Diskriminierungserfahrungen beim Besuch von Ärzt*innen und die schlechte Erreichbarkeit von Angeboten infolge der oft isolierten Wohnsituationen werden als entmündigend wahrgenommen und können zu Resignation und Verzweiflung führen, wenn Bemühungen wiederholt ins Leere laufen. Es kommt zu verzögerten Behandlungen und Chronifizierungen, wenn nicht Ehrenamtsstrukturen oder Nichtregierungsorganisationen die Ausschlüsse aus dem Gesundheits- und Sozialsystem kompensieren.

Die Psychosozialen Zentren investieren deshalb viele Ressourcen in die Sensibilisierung der Regelversorgung für die Bedarfe ihrer Klient*innen. Sie bieten Fortbildung und Beratung für niedergelassene Kolleg*innen und Kliniken an, initiieren Kooperation und versuchen, so viele Klient*innen wie möglich an Angebote im regulären Gesundheitssystem anzubinden (siehe Kapitel „14. Vermittlungen in die Regelversorgung: Möglichkeiten und Grenzen“ auf Seite 107). Insgesamt konnten die Psychosozialen Zentren 2018 über 7.500 Klient*innen an andere Akteur*innen vermitteln, davon ein Viertel an (Fach-) Ärzt*innen, 13 % an niedergelassene Psychotherapeut*innen und 11 % an Kliniken. Die Erfolgsaussichten für Vermittlungen sind von Region zu Region sehr unterschiedlich. Vermittlungen an Ärzt*innen und Klinikeinweisungen sind in ländlichen Regionen häufiger als in Städten, an niedergelassene Psychotherapeut*innen kann hier jedoch kaum ein*e Klient*in angebunden werden. Auch bundesweit ist in den Vermittlungen an Psychotherapeut*innen aktuell ein deutlicher Einbruch zu beobachten: Im Durchschnitt kann ein Psychosoziales Zentrum monatlich nur zwei Klient*innen in Psychotherapie vermitteln. Ein hoher Anteil der Vermittlungen aus den PSZ sind zudem nur „Teilvermittlungen“ bzw. Kooperationen, bei denen die Klient*innen zwar an Regelangebote angebunden werden können, das PSZ jedoch für andere Unterstützungsleistungen weiter mitversorgen muss.

Die Aufnahmebarrieren, die die Zentren berichten, sind inzwischen weniger durch Informations- und Wissensdefizite etwa im transkulturellen oder traumaspezifischen Bereich oder hinsichtlich der rechtlichen und sozialen Rahmenbedingungen der Behandlung bedingt.

DAS PSYCHOSOZIALE ZENTRUM FÜR FLÜCHTLINGE UND FOLTEROPFER

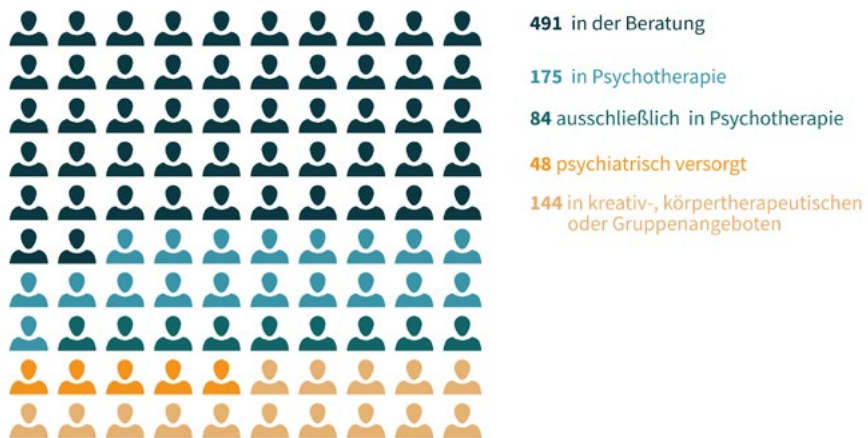
In einem „durchschnittlichen Psychosozialen Zentrum“ arbeiten insgesamt 16 Mitarbeiter*innen, die sich ungefähr 10 Vollzeitstellen „teilen“. Die Mitarbeiter*innen in den Psychosozialen Zentren sind in der Regel auf Teilzeit-Stellen mit rund 26h/Woche angestellt. Mit diesem Team kann ein Durchschnittszentrum etwa 569 Geflüchtete unterstützen. Die Wartezeit auf einen Therapieplatz im PSZ betrug durchschnittlich 7 Monate. Im Schnitt musste jedes PSZ über 200 Klient*innen pro Jahr ganz ablehnen, konnte diese Personen also auch nicht auf die Warteliste aufnehmen.

Das PSZ

16 Mitarbeiter*innen



569 Klient*innen



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

1.647.000	Geflüchtete in Deutschland 2018
494.100	30 % Prävalenz Traumafolgestörung
22.746	Klient*innen in den PSZ
7.511	Vermittlungen in die Regelversorgung
30.257	im Umfeld der PSZ versorgte Klient*innen
6,1 %	der potentiell behandlungsbedürftigen Geflüchteten

Erfahrungen aus der Kooperation mit Fachkräften aus der Regelversorgung zeigen, dass die weitaus größere Aufnahmebarriere in den strukturellen Rahmenbedingungen liegt: im Zusammenwirken der gesetzlich festgelegten Zugangsbeschränkungen im AsylbLG, des unzureichenden Einsatzes von Dolmetscher*innen bzw. der unzureichenden Kostenübernahme und der generell mangelhaften Kapazitäten in der Regelversorgung auch für die einheimische, sprachkundige und regulär krankenversicherte Bevölkerung. Engagierte Ansätze der vergangenen Jahre, die Angebote der Regelversorgung auch Geflüchteten zugänglich zu machen – z. B. über Therapienetze, in denen sich niedergelassene Psychotherapeut*innen zusammenschließen – funktionieren oft nicht mehr. Eine Entlastung der Psychosozialen Zentren durch den Ausbau von Kapazitäten in der Regelversorgung scheint damit aktuell wieder weiter weg zu rücken.

Wie hoch der Anteil ist, der unabhängig von den Psychosozialen Zentren und den kooperierenden Einrichtungen und Personen übernommen werden kann, ist nicht bekannt. Dazu werden von den Leistungsträgern keine Daten erhoben und es liegen bislang auch keine repräsentativen, bundesweiten Erhebungen zur Versorgung von Geflüchteten in der Regelversorgung vor. Ob die Angebote, die durch die Zentren und ihr Umfeld angeboten werden, adäquat auf die Nachfrage und den Bedarf psychisch belasteter Geflüchteter in Deutschland eingehen können, kann mit den Daten aus den Psychosozialen Zentren nur annähernd eingeschätzt werden. Ginge man gemäß der Studienlage davon aus, dass etwa 30 % der Geflüchteten eine Behandlung benö-

tigen, dann wären das für 2018 bei etwa 1,65 Millionen Geflüchteten in Deutschland etwa 494.000 Personen, bei denen ein Behandlungsbedarf abgeklärt und bei Bedarf eine Versorgung erfolgen müsste. Die Psychosozialen Zentren haben über 22.700 Klient*innen begleitet und außerdem etwa 7.500 Personen in die Regelversorgung vermittelt. Insgesamt werden im Umfeld der Psychosozialen Zentren demnach jedes Jahr etwa 30.000 Geflüchtete versorgt. Das entspräche etwa 6,1 % der potentiell behandlungsbedürftigen Personengruppe.

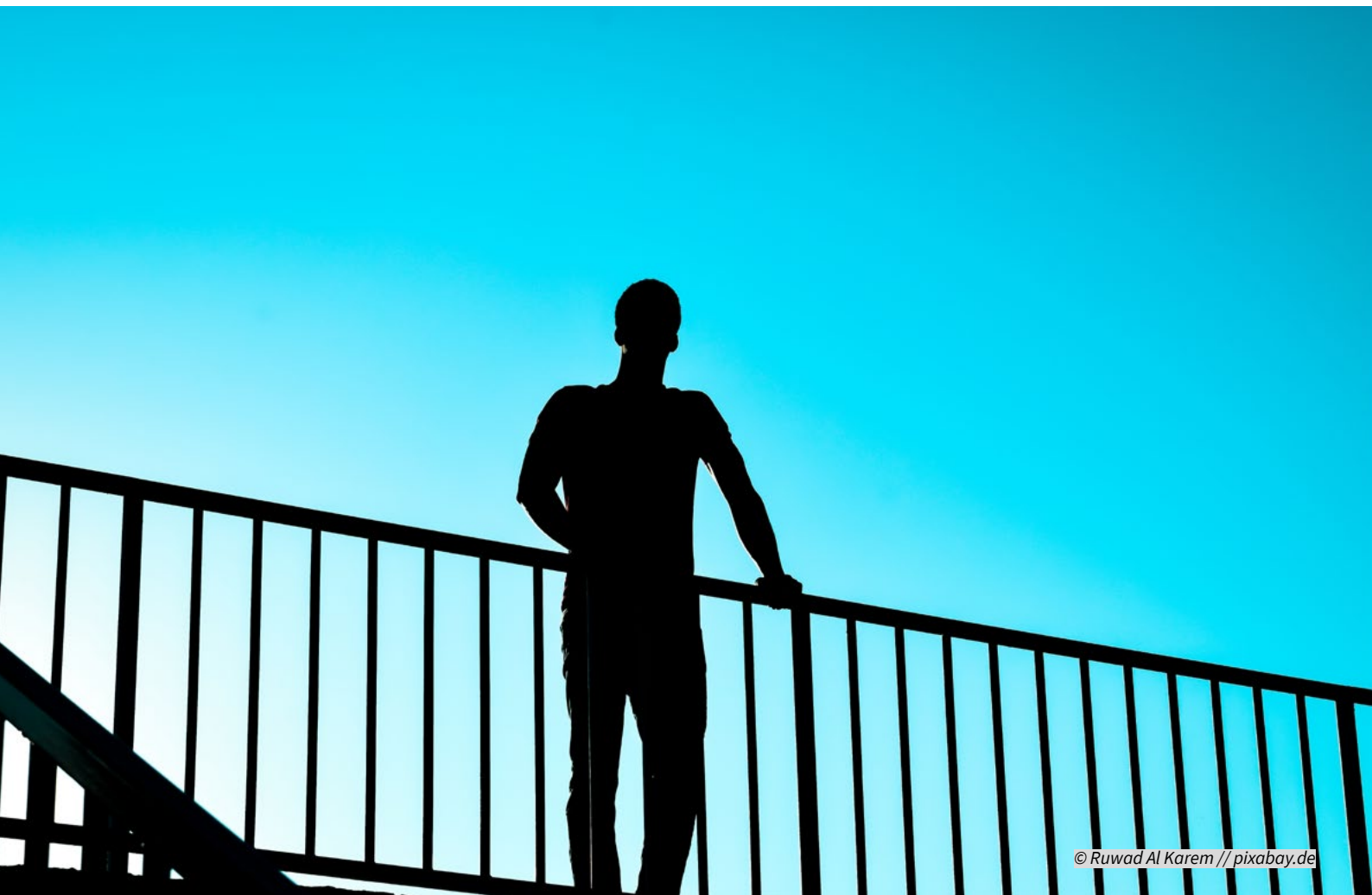
Im Einklang mit dieser Schätzung stehen auch die Daten zu den Grenzen der Versorgungskapazität in den Psychosozialen Zentren (siehe Kapitel „12. Kapazität der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer“ auf Seite 93). Die Wartezeit auf einen Therapieplatz in den Psychosozialen Zentren beträgt im Durchschnitt 7 Monate und hat sich damit kaum verändert. Bei fast 30 % aller Psychosozialen Zentren warten Klient*innen im Durchschnitt sogar zwischen 9 Monaten und eineinhalb Jahren, bis sie mit einer Psychotherapie beginnen können. Die durchschnittlichen Wartezeiten auf einen Therapieplatz in den Psychosozialen Zentren sind damit deutlich höher als die Zeit, die Patient*innen in der Regelversorgung bis zum Beginn einer Psychotherapie warten müssen. Damit die Wartezeiten nicht noch stärker ansteigen, können die meisten Psychosozialen Zentren nicht jede geflüchtete Person, die nach Unterstützung bei ihnen anfragt, auch auf die Warteliste setzen. Oft müssen sie Anfragen abweisen, bevor eine Klärung des Unterstützungsbedarfs stattgefunden hat. Bundesweit konnten im Jahr 2018 über 7.600 Personen, die Unterstützung

in den Psychosozialen Zentren gesucht haben, nicht versorgt werden – sie wurden also weder in ein anderes Angebot außerhalb des Zentrums vermittelt, noch auf die Warteliste gesetzt.

Für die Mitarbeitenden der Psychosozialen Zentren produziert dieses Ungleichgewicht zwischen ihren Versorgungskapazitäten und dem Hilfebedarf, der an sie herangetragen wird, einen enormen Versorgungsdruck. Diese angespannte Situation ist nicht neu, sondern begleitet alle Psychosozialen Zentren seit vielen Jahren unabhängig von der Anzahl der Klient*innen, die die Einrichtungen jedes Jahr insgesamt versorgen können. Bisher ist die Anzahl der Klient*innen, die alle Psychosozialen Zentren pro Jahr versorgen konnten, dennoch jedes Jahr gestiegen. Neue Einrichtungen sind dem Netzwerk der BAfF beigetreten, mancherorts konnten neue Mitarbeitende eingestellt und die Kapazitäten des Zentrums erhöht werden. Dieses stetige Wachstum der einzelnen Einrichtungen hat sich aktuell zum ersten Mal nicht in dieser Größenordnung fortgesetzt: Ein einzelnes PSZ hat im Durchschnitt sogar minimal weniger Klient*innen versorgt als im Vorjahr (siehe Kapitel „11. Entwicklung der Klient*innen-Zahlen in den Psychosozialen Zentren über die Zeit“ auf Seite 85). Zurückgegangen ist dabei vor allem der Anteil der Neuaufnahmen: Während in der Vergangenheit meist über die Hälfte aller pro Jahr versorgten Klient*innen neu in die Versorgungsstruktur des PSZ aufgenommen wurde, haben die Zentren ak-

tuell zu 57 % mit Bestandsklient*innen gearbeitet. Parallel ist auch die durchschnittliche Dauer einer Psychotherapie in den PSZ leicht angestiegen, was von Mitarbeiter*innen der Psychosozialen Zentren gehäuft mit einem höheren Anteil von Klient*innen in komplexeren Problemlagen und sich immer wieder zuspitzenden Krisensituationen in Verbindung gebracht wurde.

Geflüchtete Klient*innen brauchen mitunter viel Zeit, um ihre Gewalterfahrungen in der Therapie zu verarbeiten und trotz des enormen Drucks ihrer prekären Lebenssituation zur Ruhe zu kommen. Mit der Unterstützung des PSZ gelingt es dennoch vielen Klient*innen, sich nach einer gewissen Zeit erst einmal zu stabilisieren. Oft treten aber zu einem späteren Zeitpunkt neue Belastungen auf, so dass Klient*innen wieder eine intensivere Betreuung benötigen oder ehemalige Klient*innen erneut in das PSZ aufgenommen werden müssen. Aktuell wurde diese Entwicklung unter anderem aus der Arbeit mit Klient*innen berichtet, die eigentlich bereits als Flüchtlinge anerkannt wurden, die nun aber vom Bundesamt für Migration und Flüchtlinge (BAMF) eine Ankündigung für ein Widerrufsverfahren erhalten haben. Einige der betroffenen Klient*innen lebten bereits seit über 10 Jahren in Deutschland, waren gut integriert und dennoch wäre ihnen ihr Aufenthalt fast entzogen worden, kurz bevor er eigentlich hätte entfristet werden müssen. Die Klient*innen erleben dadurch erneut eine erschüt-



ternde Phase existentieller Unsicherheit – und die Mitarbeiter*innen der PSZ müssen Ressourcen für die Arbeit mit Klient*innen mobilisieren, die die Unterstützung des PSZ eigentlich nicht mehr benötigen müssten.

Zusammenfassend muss festgehalten werden, dass die Kapazitäten der Psychosozialen Zentren nach wie vor weit unter dem Bedarf liegen, der an sie herangetragen wird. Bislang werden die Zentren nur durch eine unzureichende und stark diversifizierte Finanzierungsstruktur getragen (siehe Kapitel „15. Finanzierung der psychosozialen Versorgung“ auf Seite 117). Die Finanzierung von Psychotherapien über die eigentlich gesetzlich verantwortlichen Leistungsträger gestaltet sich seit vielen Jahren problematisch: Die Ablehnungsquoten für Psychotherapie-Anträge bei den Sozialbehörden liegen bei durchschnittlich 41 % und sind damit unverhältnismäßig hoch, vergleicht man sie mit der durchschnittlichen Ablehnungsquote von 5,9 % bei gesetzlich krankenversicherten Patient*innen in der Regelversorgung. Insgesamt liegt der Anteil der Therapien, die in den Psychosozialen Zentren über das Gesundheits- und Sozialsystem abgerechnet werden können, seit vielen Jahren unverändert zwischen 6 und 8 %. Der Großteil der Psychotherapien mit Geflüchteten wird also außerhalb des Regelsystems durch Projektgelder, Landes- oder Bundesmittel sowie Spenden finanziert.

Die hohe Nachfrage nach Behandlung und Beratung in den Psychosozialen Zentren macht überdeutlich, wie wichtig der Ansatz der Zentren für Geflüchtete ist, die nach Folter und schweren Gewalterfahrungen Unterstützung suchen. Die Psychosozialen Zentren stellen in der Versorgungslandschaft mit ihren Komplexleistungen ein nach wie vor einzigartiges Angebot dar, dass flächendeckend und nachhaltig staatlich gefördert werden muss.

Zugleich zeigen die nach wie vor eklatanten Kapazitätsdefizite und die zahlreichen strukturellen Barrieren, welchen Herausforderungen sich das Gesundheitssystem stellen muss, will es seinem Auftrag - dem Schutz des Rechts auf Gesundheit für alle Menschen, die in Deutschland leben - tatsächlich gerecht werden. Eine Öffnung des Gesundheitssystems für psychisch belastete Geflüchtete ist nur möglich, wenn Schutzsuchende bundesweit ungeachtet ihrer Herkunft, ihres Aufenthaltsstatus und ihrer Muttersprache einen diskriminierungsfreien Zugang zu den Leistungen erhalten, die auch gesetzlich Krankenversicherten in Deutschland zustehen. Sprachmittlungskosten müssen deshalb als notwendiger Bestandteil der Krankenbehandlung anerkannt und geregelt finanziert werden.

Ein Abbau der Barrieren, die das Gesundheitssystem für Geflüchtete aufgebaut hat, ist dabei nicht allein aus menschenrechtlicher Perspektive geboten. Auch aus der Wissenschaft liegt Evidenz dafür vor, dass Leistungsausschlüsse in erhöhten Kosten und dem Risiko der Verschlechterung von Gesundheitsproblemen resultieren (Bauhoff & Göppfarth, 2018; Bozorgmehr & Razum, 2015). Ebenso ist bekannt, dass restriktive migrationspolitische Maßnahmen potentiell gesundheitsschädliche Auswirkungen haben (Juárez et al., 2019), die der Gesundheitssektor allein nicht ausgleichen kann.

Gemäß dem Konzept von „Health in All Policies“ der Weltgesundheitsorganisation ist der Schutz des Rechts auf Gesundheit für Geflüchtete deshalb nicht allein eine gesundheitspolitische, sondern eine sektorenübergreifende staatliche Aufgabe. Sie bedarf eines ressortübergreifenden politischen Dialogs, der gesundheits- und migrationspolitische Interessenskonflikte zugunsten der Bedarfe der Betroffenen auflöst und entsprechend abgestimmte Interventionen auf den Weg bringt.

Literatur

- Amirpur, D. (2020). Intersektionalität reloaded. Ableismus und Rassismus in der Frühen Kindheit. In A. König & U. Heimlich, *Inklusion in Kindertageseinrichtungen: Eine Frühpädagogik der Vielfalt* (S. 118–144). Kohlhammer Verlag.
- Amnesty International. (2014). *Folter 2014. 30 Jahre gebrochene Versprechen*. https://www.amnesty.de/sites/default/files/2017-05/Amnesty-Bericht_Folter_2014.pdf
- BAfF. (2019). *Lots*innen, Peers und Laienhelfer*innen: (Neue) Unterstützungskonzepte in der psychosozialen Arbeit mit Geflüchteten. Positionspapier*. http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2019/02/BAfF_Positionspapier_Laienhilfe_2019.pdf
- Baron, J. (2013). „Ich nehme meine Tabletten und ich bete und gehe schlafen.“ *Zur psychosozialen Versorgung von Flüchtlingen in Deutschland: Barrieren im Zugang zu Behandlungs- und Rehabilitationsleistungen am Beispiel Asylsuchender aus dem Nordkaukasus* [Diplomarbeit].
- 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.
- Baron, J., Flory, L., & Krebs, D. (2020). *Living in a box. Psychosoziale Folgen des Lebens in Sammelunterkünften für geflüchtete Kinder*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V.
- Bauhoff, S., & Göppfarth, D. (2018). Asylum-seekers in Germany differ from regularly insured in their morbidity, utilizations and costs of care. *PLoS ONE*, 13(5). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197881>
- Benbrahim, K. (2017). *Empowerment-Räume als Orte der Sichtbarmachung von Rassismus- und Diskriminierungserfahrungen im Kontext von Flucht und Asyl* (kontext.flucht. Perspektiven für eine rassismuskritische Jugendarbeit mit jungen geflüchteten Menschen). Informations- und Dokumentationszentrum für Antirassismusbearbeitung in Nordrhein-Westfalen. https://www.ida-nrw.de/fileadmin/user_upload/brosch_flyer/IDA-NRW_Reader_kontext.flucht.pdf
- Biddle, L., Hintermeier, M., Baron, J., Flory, L., & Bozorgmehr, K. (2019). *Working Paper #2: Gesundheitszustand und Inanspruchnahme von gesundheitlichen Versorgungsangeboten bei Geflüchteten in Psychosozialen Zentren*. http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/10/Arbeitspapier_PSZ_RESPOND.pdf
- Biddle, L., Menold, N., Bentner, M., Nöst, S., Jahn, R., Ziegler, S., & Bozorgmehr, K. (2019). Health monitoring among asylum seekers and refugees: A state-wide, cross-sectional, population-based study in Germany. *Emerging Themes in Epidemiology*, 16(1), 3. <https://doi.org/10.1186/s12982-019-0085-2>
- Bjertrup, P. J., Bouhenia, M., Mayaud, P., Perrin, C., Ben Farhat, J., & Blanchet, K. (2018). A life in waiting: Refugees' mental health and narratives of social suffering after European Union border closures in March 2016. *Social Science & Medicine*, 215, 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.08.040>
- Bogic, M., Njoku, A., & Priebe, S. (2015). Long-term mental health of war-refugees: A systematic literature review. *BMC International Health and Human Rights*, 15, 29. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0064-9>
- Böttche, M., Heeke, C., & Knaevelsrud, C. (2016). Sequenzielle Traumatisierungen, Traumafolgestörungen und psychotherapeutische Behandlungsansätze bei kriegstraumatisierten erwachsenen Flüchtlingen in Deutschland. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(5), 621–626. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2337-4>
- Bozorgmehr, K., Schneider, C., & Joos, S. (2015). Equity in access to health care among asylum seekers in Germany: Evidence from an exploratory population-based cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 15(1), 502. <https://doi.org/10.1186/s12913-015-1156-x>
- 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*, 10(7), e0131483. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0131483>
- Bryant-Davis, T., & Ocampo, C. (2016). Racist Incident-Based Trauma: *The Counseling Psychologist*. <https://doi.org/10.1177/0011000005276465>
- Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (Hrsg.). (2017). *Engagement in der Flüchtlingshilfe Ergebnisbericht einer Untersuchung des Instituts für Demoskopie Allensbach*. <https://www.bmfsfj.de/blob/122010/d35ec9bf4a940ea49283485db4625aaf/engagement-in-der-fluechtlingshilfe-data.pdf>
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2015). *BPTK-Standpunkt: Psychische Erkrankungen bei Flüchtlingen*. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/01/20150916_bptk_standpunkt_psychische_erkrankungen_fluechtlinge.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2018). *Ein Jahr nach der Reform der Psychotherapie-Richtlinie. Wartezeiten 2018*. Bundespsychotherapeutenkammer. https://www.bptk.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/BPTK-Studien/Wartezeiten_2018/20180411_bptk_studie_wartezeiten_2018.pdf
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2019). *Willkürliche Berechnung und formaler Fehler. BPTK fordert, den G-BA-Beschluss zur Bedarfsplanung zu beanstanden*. https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/06/20190613_pm_bptk_G-BA-Beschluss-zur-Reform-der-Bedarfsplanung-beanstanden.pdf
- Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. (2018). *Von Aleppo nach Eisenhüttenstadt—Und dann? Wege in Sicherheit und Versorgung* [Tagungsdokumentation].
- Carter, R. T. (2007). Racism and Psychological and Emotional Injury: Recognizing and Assessing Race-Based Traumatic Stress. *The Counseling Psychologist*, 35(1), 13–105. <https://doi.org/10.1177/0011000006292033>

- Cinkaya, F., Schindler, A., & Hiller, W. (2011). Wenn Therapien vorzeitig scheitern: Merkmale und Risikofaktoren von Abbrüchen in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 224–234. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000121>
- Constantine, M. G. (2002). The intersection of race, ethnicity, gender, and social class in counseling: Examining selves in cultural contexts. *Journal of Multicultural Counseling and Development*, 30(4), 210–215. <https://doi.org/10.1002/j.2161-1912.2002.tb00520.x>
- Czelinkski, F., Fischer, P., Ihring, I., Jahn, S., & Nestlinger, J. (2017). *Eine empirische Studie zu weiblicher Genitalverstümmelung in Deutschland: Daten—Zusammenhänge—Perspektiven*. Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend. https://eige.europa.eu/library/resource/aleph_eige000009226
- Deutsche Psychotherapeutenvereinigung. (2018). DPTV-Umfrage „Kostenerstattung“ 2017/18. <https://www.deutschepsychotherapeutenvereinigung.de/index.php?eID=dumpFile&t=f&f=6733&token=b35cb86eb958e21743254658e81c039e67782a82>
- Deutsches Institut für Menschenrechte. (2017). Menschenrechtskonforme Ausgestaltung des Alltags in Gemeinschaftsunterkünften. In Entwicklung der Menschenrechtssituation in Deutschland. Juni 2016–Juni 2017. Bericht an den Deutschen Bundestag gemäß §2 Absatz 5 DIMRG. https://www.institut-fuer-menschenrechte.de/fileadmin/user_upload/Publikationen/Menschenrechtsbericht_2017/Menschenrechtsbericht_2017.pdf
- Flatten, G., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Maercker, A., Reddemann, L., & Wöller, W. (2011). S3 Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung. Trauma & Gewalt 3, 202–210.
- Flory, L., Teigler, L., Behrends, M., & Atasayi, S. (2020). *Trauma, Empowerment und Solidarität. Wie können wir zu einem verantwortungsvollen und ermächtigenden Umgang mit Trauma beitragen?* Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V. http://www.baff-zentren.org/wp-content/uploads/2020/06/BAfF_Trauma-Empowerment-Solidaritaet.pdf
- Führer, A., Niedermaier, A., Kalfa, V., Mikolajczyk, R., & Wienke, A. (2019). A yawning gap: Asylum-seekers' health care needs and outpatient treatment for psychological complaints. <https://doi.org/10.13140/RG.2.2.14333.51682>
- Gemeinsamer Bundesausschuss. (2018). *Beschluss des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Abnahme des Endberichts „Gutachten zur Weiterentwicklung der Bedarfsplanung i.S.d. §§ 99 ff. SGB V zur Sicherung der vertragsärztlichen Versorgung“*. https://www.g-ba.de/downloads/39-261-3493/2018-09-20_Endbericht-Gutachten-Weiterentwicklung-Bedarfsplanung.pdf
- Georgiadou, E., Schmitt, G. M., & Erim, Y. (2020). Does the separation from marital partners of Syrian refugees with a residence permit in Germany have an impact on their quality of life? *Journal of Psychosomatic Research*, 130, 109936. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2020.109936>
- Gewalt, S. C., Berger, S., Szecsenyi, J., & Bozorgmehr, K. (2019). “If you can, change this system”. Pregnant asylum seekers' perceptions on social determinants and material circumstances affecting their health whilst living in state-provided accommodation in Germany—A prospective, qualitative case study. *BMC Public Health*, 19(1). <https://pub.uni-bielefeld.de/record/2935292>
- González Méndez de Vigo, N., Schmidt, F., & Klaus, T. (2020). *Kein Ort für Kinder. Zur Lebenssituation von minderjährigen Geflüchteten in Aufnahmeeinrichtungen*. (terre des hommes, Hrsg.). https://www.tdh.de/fileadmin/user_upload/inhalte/04_Was_wir_tun/Themen/Weitere_Themen/Fluechtlingskinder/2020-06_terre-des-hommes-AnkerRecherche.pdf
- Göpfarth, D., & Bauhoff, S. (2017). Gesundheitliche Versorgung von Asylsuchenden—Untersuchungen anhand von Abrechnungsdaten der BARMER. *Barmer GEK Gesundheitswesen aktuell*, 32–65.
- Hantke, L., Görges, H.-J., & Huber, M. (2012). *Handbuch Traumakompetenz: Basiswissen für Therapie, Beratung und Pädagogik* (1. Aufl.). Junfermann Verlag.
- Hess, S., Pott, A., Schammann, H., Scherr, A., & Schiffauer, W. (2018). *Kurzstudie: Welche Auswirkungen haben „Anker-Zentren“? mediendienst integration*. https://mediendienst-integration.de/fileadmin/Dateien/Expertise/Anker-Zentren_August_2018.pdf
- Hynie, M. (2018). The Social Determinants of Refugee Mental Health in the Post-Migration Context: A Critical Review. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 63(5), 297–303. <https://doi.org/10.1177/0706743717746666>
- Jacobi, F., Uhmann, S., & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie?: Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 246–256. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000122>
- Jankovic, J., Vidakovic, I., Matanov, A., Schützwohl, M., Ljubotina, D., Lecic-Tosevski, D., & Priebe, S. (2011). Reasons for Not Receiving Treatment in People With Posttraumatic Stress Disorder Following War: *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 199(2), 100–105. <https://doi.org/10.1097/NMD.0b013e3182083db5>
- Juárez, S. P., Honkaniemi, H., Dunlavy, A. C., Aldridge, R. W., Barreto, M. L., Katikireddi, S. V., & Rostila, M. (2019). Effects of non-health-targeted policies on migrant health: A systematic review and meta-analysis. *The Lancet Global Health*. [https://doi.org/10.1016/S2214-109X\(18\)30560-6](https://doi.org/10.1016/S2214-109X(18)30560-6)
- Karpenstein, J., Flory, L., & Teigler, L. (2020). Trauma und Traumasensibilität in der Arbeit mit jungen Geflüchteten. *Sozialmagazin*, 2.
- Keskinkilic, L. J. (2018). »Der Flüchtling sollte kein muslimischer Mann sein«. Solidarität und Differenz in der Wohnraumvermittlung für Geflüchtete. In: *Islamophobia Studies Yearbook Jahrbuch Für Islamophobieforschung 2018*. <https://www.academia.edu/37610378/Der-Fl%C3%BCchtling-sollte-kein-muslimischer-Mann-sein-Solidarit%C3%A4t-und-Differenz-in-der-Wohnraumvermittlung-f%C3%BCr-Gefl%C3%BCchtete>
- Kien, C., Sommer, I., Faustmann, A., Gibson, L., Schneider, M., Krczal, E., Jank, R., Klerings, I., Szelag, M., Kerschner, B., Brattström, P., & Gartlehner, G. (2018). Prevalence of mental disorders in young refugees and asylum seekers

- in European Countries: A systematic review. *European Child & Adolescent Psychiatry*. <https://doi.org/10.1007/s00787-018-1215-z>
- Kleinert, E., Müller, F., Furajjat, G., Hillermann, N., Jablonka, A., Happel, C., & Simmenroth, A. (2019). Does refugee status matter? Medical needs of newly arrived asylum seekers and resettlement refugees - a retrospective observational study of diagnoses in a primary care setting. *Conflict and Health*, 13, 39. <https://doi.org/10.1186/s13031-019-0223-z>
- Laban, C. J., Gernaat, H. B. P. E., Komproe, I. H., Schreuders, B. A., & De Jong, J. T. V. M. (2004). Impact of a long asylum procedure on the prevalence of psychiatric disorders in Iraqi asylum seekers in The Netherlands. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 192(12), 843–851.
- Lindert, J., Ehrenstein, O. S. von, Wehrwein, A., Brähler, E., & Schäfer, I. (2018). Angst, Depressionen und posttraumatische Belastungsstörungen bei Flüchtlingen – eine Bestandsaufnahme. *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie*, 68(01), 22–29. <https://doi.org/10.1055/s-0043-103344>
- Löbel, L.-M. (2020). Family separation and refugee mental health—A network perspective. *Social Networks*, 61, 20–33. <https://doi.org/10.1016/j.socnet.2019.08.004>
- Lorde, A., & Joseph, G. (1992). *Offener Brief von Audre Lorde und Gloria Joseph an den Bundeskanzler Helmut Kohl*. Der Tagesspiegel.
- Maercker, A., Heim, E., Hecker, T., & Thoma, M. V. (2017). Soziale Unterstützung nach Traumatisierung. *Der Nervenarzt*, 88(1), 18–25. <https://doi.org/10.1007/s00115-016-0242-6>
- Metzing, M., Schacht, D., & Scherz, A. (2020). *Psychische und körperliche Gesundheit von Geflüchteten im Vergleich zu anderen Bevölkerungsgruppen*. https://doi.org/10.18723/diw_wb:2020-5-1
- Miller, A., Meredith Hess, J., Bybee, D., & Goodkind, J. (2017). Understanding the Mental Health Consequences of Family Separation for Refugees: Implications for Policy and Practice. *The American journal of orthopsychiatry*, 88. <https://doi.org/10.1037/ort0000272>
- Momartin, S., Steel, Z., Coello, M., Aroche, J., Silove, D. M., & Brooks, R. (2006). A comparison of the mental health of refugees with temporary versus permanent protection visas. *The Medical Journal of Australia*, 185(7), 357–361. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2006.tb00610.x>
- 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(1), 8. <https://doi.org/10.1186/s13034-019-0268-1>
- Multmeier, J., & Tenckhoff, B. (2014). Psychotherapeutische Versorgung: Autonomere Therapieplanung kann Wartezeiten abbauen. *Deutsches Ärzteblatt*, 111, 438–440.
- Nesterko, Y., Jäckle, D., Friedrich, M., Holzapfel, L., & Glaesmer, H. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder, depression and somatisation in recently arrived refugees in Germany: An epidemiological study. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*, 29, e40. <https://doi.org/10.1017/S2045796019000325>
- Ogette, T. (2020). *Ein Gespräch über Erwichen und Empowerment. Über rassismus-sensible Therapie und Selbstfürsorge. Über Pathologisierung und Schule. Über Wut, Angst und einen Ankerstein*. (Nr. 002). <https://mvokt2.podcaster.de/tupodcast/002-gespraech-mit-stephanie-cuff/>
- Ottersbach, M., & Wiedemann, P. (2017). *Die Unterbringung von Flüchtlingen in nordrhein westfälischen Kommunen. Aspekte eines integrierten Gesamtkonzepts zur nachhaltigen Integration von Flüchtlingen am Beispiel der Stadt Köln*. Forschungsinstitut für gesellschaftliche Weiterentwicklung (FGW), Düsseldorf. <https://www.th-koeln.de/mam/downloads/deutsch/hochschule/aktuell/nachrichten/f01/expertise-fgw.pdf>
- Porter, M., & Haslam, N. (2005). Predisplacement and Postdisplacement Factors Associated With Mental Health of Refugees and Internally Displaced Persons: A Meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 294(5), 602–612. <https://doi.org/10.1001/jama.294.5.602>
- Rabe-Menssen, C., Ruh, M., & Dazer, A. (2019). Die Versorgungssituation seit der Reform der Psychotherapie-Richtlinie 2017. Ergebnisse der DPTV-Onlineumfragen 2017 und 2018 zu Wartezeiten. *Psychotherapie Aktuell*, 25–34.
- Razum, O., Bunte, A., Gilsdorf, A., Ziese, T., & Bozorgmehr, K. (2016). *Gesundheitsversorgung von Geflüchteten: Zu gesicherten Daten kommen*. Robert Koch-Institut, Epidemiologie und Gesundheitsberichterstattung. <https://doi.org/10.25646/2173>
- Razum, O., Saß, A.-C., & Bozorgmehr, K. (2016). Gesundheitliche Versorgung von Geflüchteten: Herausforderungen und Lösungsansätze. *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 59(5), 543–544. <https://doi.org/10.1007/s00103-016-2344-5>
- Refugio München. (2019). *Wo die Not zum Himmel schreit – ein Jahr Hilfe für Kinder im AnKER-Zentrum Manching*. <https://www.refugio-muenchen.de/ueber-uns/einblicke/anker-zentren/>
- Sander, M., Albrecht, M., Stengel, V., Moellenkamp, M., Loos, S., & Igl, G. (2017). *Leistungsbewilligungen und -ablehnungen durch Krankenkassen. Studie für den Beauftragten der Bundesregierung für die Belange der Patientinnen und Patienten sowie Bevollmächtigten für Pflege*. https://www.researchgate.net/publication/317835621-Leistungsbewilligungen_und_-ablehnungen_durch_Krankenkassen
- Schäfer, I., Gast, U., Hofmann, A., Knaevelsrud, C., Lampe, A., Liebermann, P., Lotzin, A., Maercker, A., Rosner, R., & Wöller, W. (Hrsg.). (2019). *S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung*. Springer-Verlag. <https://doi.org/10.1007/978-3-662-59783-5>
- Schneider, C., Joos, S., & Bozorgmehr, K. (2015). Disparities in health and access to healthcare between asylum seekers and residents in Germany: A population-based cross-sectional feasibility study. *BMJ Open*, 5(11). <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-008784>
- Schock, K., Rosner, R., & Knaevelsrud, C. (2015). Impact of asylum interviews on the mental health of traumatized asylum seekers. *European Journal of Psychotraumatology*, 6(0). <http://www.ejpt.net/index.php/ejpt/article/view/26286>
- Schouler-Ocak, M., & Kurmeyer, C. (2017). *Study on Female Refugees-Representative Untersuchung von geflüchteten Frauen in unterschiedlichen Bundesländern in Deutschland*.

- <https://www.integrationsbeauftragte.de/resource/blob/72490/459592/a6ba320f4cb82231a9e03702a87a0d67/forschung-charite-female-ref-data.pdf>
- Schröder, H., Zok, K., & Faulbaum, F. (2018). Gesundheit von Geflüchteten in Deutschland – Ergebnisse einer Befragung von Schutzsuchenden aus Syrien, Irak und Afghanistan. *WldOmonitor*, 1, 1–20. https://www.wido.de/fileadmin/Dateien/Dokumente/Publikationen_Produkte/WldOmonitor/wido_monitor_2018_1_gesundheit_gefluechtete.pdf
- Spura, A., Kleinke, M., Robra, B.-P., & Ladebeck, N. (2017). Wie erleben Asylsuchende den Zugang zu medizinischer Versorgung? *Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz*, 60(4), 462–470. <https://doi.org/10.1007/s00103-017-2525-x>
- Stauffer, J. (2015). *Ethical Loneliness: The Injustice of Not Being Heard*. Columbia University Press.
- Steel, J. L., Dunlavy, A. C., Harding, C. E., & Theorell, T. (2017). The Psychological Consequences of Pre-Emigration Trauma and Post-Migration Stress in Refugees and Immigrants from Africa. *Journal of Immigrant and Minority Health*, 19(3), 523–532. <https://doi.org/10.1007/s10903-016-0478-z>
- Steel, Z., Chey, T., Silove, D., Marnane, C., Bryant, R. A., & van Ommeren, M. (2009). Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA: The Journal of the American Medical Association*, 302(5), 537–549. <https://doi.org/10.1001/jama.2009.1132>
- Steel, Zachary, Momartin, S., Silove, D., Coello, M., Aroche, J., & Tay, K. W. (2011). Two year psychosocial and mental health outcomes for refugees subjected to restrictive or supportive immigration policies. *Social Science & Medicine*, 72(7), 1149–1156. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.02.007>
- Szaflarski, M., & Bauldry, S. (2019). The Effects of Perceived Discrimination on Immigrant and Refugee Physical and Mental Health. *Advances in medical sociology*, 19, 173–204. <https://doi.org/10.1108/S1057-629020190000019009>
- Takou Ndie, R. P. (2018). *Die Suchenden* (Afrique-Europe-Interact, Hrsg.). Unrast Verlag.
- Tedeschi, R. G., & Calhoun, L. G. (2004). TARGET ARTICLE: „Posttraumatic Growth: Conceptual Foundations and Empirical Evidence“. *Psychological Inquiry*, 15(1), 1–18. https://doi.org/10.1207/s15327965pli1501_01
- Teigler, L., & Flory, L. (2019). Wer ist hier schutzbedürftig?! Junge Geflüchtete zwischen Selbstbestimmung, Trauma und Sicherheitsdiskurs in der psychosozialen Versorgung. *Forum Erziehungshilfen*, 5.
- Teigler, L., & Krebs, D. (2020). „Wir müssen reden“ – Rassismus thematisieren in mehrheitlich weißen Hilfesystemen im Kontext Flucht. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V.
- vom Felde, L., Flory, L., & Baron, J. (2020). Identifizierung besonderer Schutzbedürftigkeit am Beispiel von Personen mit Traumafolgestörungen. *Status quo in den Bundesländern, Modelle und Herausforderungen*. Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer e. V.
- Walther, L., Fuchs, L. M., Schupp, J., & von Scheve, C. (2019). *Living conditions and the mental health and well-being of refugees: Evidence from a large-scale German panel study*. SOEPpapers on Multidisciplinary Panel Data Research. https://www.diw.de/documents/publikationen/73/diw_01.c.617830.de/diw_sp1029.pdf
- Wenk-Ansohn, M., Stammel, N., & Böttche, M. (2019). Folteropfer und traumatisierte Geflüchtete. In Andreas Maercker (Hrsg.), *Traumafolgestörungen* (S. 481–509). Springer Berlin Heidelberg. https://doi.org/10.1007/978-3-662-58470-5_25
- Winkler, J., Brandl, E., Bretz, H., Heinz, A., & Schouler-Ocak, M. (2019). Psychische Symptombelastung bei Asylsuchenden in Abhängigkeit vom Aufenthaltsstatus. *Psychiatrische Praxis*, 46(04), 191–199. <https://doi.org/10.1055/a-0806-3568>
- World Health Organisation. (2018). *Report on the health of refugees and migrants in the WHO European Region. No public health without refugee and migrant health*. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/311347/9789289053846-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y&ua=1>

Verzeichnisse

Abbildungen

Abb. 1:	Überdurchschnittliche körperliche und unterdurchschnittliche psychische Gesundheit bei seit 2013 angekommenen Geflüchteten (Quelle: SOEPv35, gewichtet, eigene Darstellung).	9
Abb. 2:	Vergleich der Ergebnisse von Klient*innen in den PSZ mit denen von Geflüchteten, die in Unterküpfen befragt wurden (Quelle: Biddle, Hintermeier, et al., 2019).....	12
Abb. 3:	Inanspruchnahme und potentiell ungedeckter Bedarf an gesundheitlicher Versorgung nach zu Grunde liegendem Gesundheitszustand. (Quelle: Biddle, Hintermeier, et al., 2019).	12
Abb. 4:	Belastungsfaktoren nach der Flucht.	15
Abb. 5:	Vergleich zwischen Asylsuchenden mit psychischen Beschwerden und Asylsuchenden mit Diagnose. (Quelle: Führer et al., 2019)	20
Abb. 6:	Leistungsansprüche im Überblick	23
Abb. 7:	Anzahl der Psychosozialen Zentren von 1979 bis 2020.	29
Abb. 8:	Versorgungsangebote der PSZ 2018.	34
Abb. 9:	Angebote der PSZ über die Versorgung von Klient*innen hinaus.	34
Abb. 10:	Die Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer in Deutschland, Stand August 2020.	35
Abb. 11:	Zeitstrahl über das Ankommen, das Asylverfahren und die Versorgung von Jamal B.	37
Abb. 12:	Verteilung der Klient*innen-Zahlen in den Psychosozialen Zentren 2018.	41
Abb. 13:	Anzahl der Klient*innen im Jahr 2018 in „älteren“ und „jüngeren“ PSZ.	42
Abb. 15:	Anzahl der Klient*innen, differenziert nach 4 Regionstypen im Jahr 2018.	42
Abb. 14:	Anzahl der Klient*innen im Jahr 2018 in „PSZ mit vollem Leistungsspektrum“ und „PSZ im Aufbau“. ...	42
Abb. 16:	Anteile der Klient*innen im Jahr 2018 nach Gender & Altersstruktur	43
Abb. 17:	Die 10 Hauptherkunftstaaten der Klient*innen in den PSZ im Jahr 2018.....	44
Abb. 18:	Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen in den PSZ im Jahresvergleich 2015-2018.	50
Abb. 19:	Aufenthaltsrechtliche Situation der Klient*innen in den PSZ 2018 im Vergleich mit der von Geflüchteten in der BRD 2018.	50
Abb. 20:	Summe der Klient*innen in den PSZ in den Versorgungssettings 2018.	54
Abb. 21:	Klient*innen in den einzelnen Versorgungssettings in einem durchschnittlichen (M) bzw. typischen Zentrum (MD).	55
Abb. 22:	Durchschnittlicher Anteil der Angebote in gemeinsamer Sprache oder mit Sprachmittlung.....	56
Abb. 23:	Beispielitem der IC_Flü.	59
Abb. 24:	Stichprobenbeschreibung nach Geschlecht und Aufenthaltstatus.	59
Abb. 26:	Teilhabe am Arbeitsmarkt zum ersten Erhebungszeitpunkt relativ nach dem Anteil von Frauen und Männern.	60
Abb. 27:	Schematischer Zusammenhang der erfassten Achsen und Unterskalen.....	61
Abb. 28:	Klient*innen in Psychotherapie 2018.....	66
Abb. 29:	Psychotherapeut*innen in den PSZ 2018.	70
Abb. 30:	Approbation der Therapeut*innen in den einzelnen Verfahren 2018 (n = 24).	71
Abb. 31:	Anteil der Therapieklient*innen in den verschiedenen Psychotherapie-Settings in einem durchschnittlichen PSZ 2018.....	71
Abb. 32:	Anteil der Therapieklient*innen in Kurz- oder Langzeittherapien in einem durchschnittlichen PSZ im Jahr 2018.	72
Abb. 33:	Durchschnittlicher Anteil der Psychotherapien, die in den PSZ 2018 vorzeitig beendet wurden.	74
Abb. 34:	Durchschnittlicher Anteil der Gründe für Therapieabbrüche in den PSZ 2018.	74
Abb. 35:	Psychiatrische Versorgung in den Psychosozialen Zentren.	77
Abb. 36:	Anteile der Berufsgruppen an allen Mitarbeiter*innen in einem „Durchschnitts-PSZ“ in 2018.	81
Abb. 37:	Ehrenamtliches Engagement für die PSZ von 2015 bis 2018.	82
Abb. 38:	Entwicklung der Flüchtlingszahlen und der Klient*innen-Zahlen in den PSZ von 2013 bis 2018.	85
Abb. 39:	Entwicklung der durchschnittlichen Klient*innen-Zahl in den Versorgungssettings von 2013 bis 2018.	86
Abb. 40:	Entwicklung der Neuaufnahmen in einem durchschnittlichen PSZ von 2013 bis 2018.....	87
Abb. 41:	Entwicklung der Behandlungsdauer in den PSZ von 2015 bis 2018: Anteile von Kurz- und Langzeittherapien im Vergleich.....	87
Abb. 42:	Angaben zur Aufnahmepaxis für neue Klient*innen in den PSZ in Prozent	94
Abb. 43:	Aufnahmekriterien in den PSZ 2018.....	95
Abb. 44:	Anmeldung von Klient*innen in den PSZ 2018.....	95
Abb. 45:	Wartezeiten in den PSZ auf einen Psychotherapieplatz 2018 (n = 34).	97
Abb. 46:	Wartezeiten in den PSZ auf einen Beratungsplatz 2018 (n = 35).	97
Abb. 47:	Durchschnittliche regionale Wartezeit auf eine Psychotherapie (in Monaten) im Vergleich mit Wartezeiten in der Regelversorgung.	98
Abb. 48:	Entwicklung der Wartelisten/-zeiten in den PSZ, bundesweit von 2013 bis 2018.	98
Abb. 49:	Entwicklung der Wartezeiten in den PSZ von 2017/18.....	99
Abb. 50:	Ablehnungen pro Jahr (bundesweit) von 2015 bis 2018 im Vergleich zur Entwicklung der Wartesituation	100
Abb. 51:	Einzugsgebiet der Psychosozialen Zentren im Jahr 2018.....	103
Abb. 52:	Vermittlungen in die Regelversorgung in einem durchschnittlichen PSZ (pro Monat).....	107

Abb. 53: Anteile der Gesamt-Vermittlungen durch die PSZ.....	108
Abb. 54: Unterschiede in den Vermittlungszahlen an Ärzt*innen, Therapeut*innen & Kliniken nach Regionstypen (X̄) 2018.....	109
Abb. 55: Anteile der Vermittlungsarten in den PSZ 2018.....	110
Abb. 56: Unterschiede in der Art der Vermittlung nach Regionstypen (Median).....	110
Abb. 57: Entwicklungen der Vermittlungszahlen in einem durchschnittlichen PSZ von 2013 bis 2018.....	111
Abb. 58: Entwicklung der Vermittlungssicherheit von 2013 bis 2018.....	111
Abb. 59: Summe der Therapieanträge/-bewilligungen bei den Sozialbehörden durch die PSZ und durchschnittliche Ablehnungsquoten im Jahresvergleich.....	118
Abb. 60: Anteile der PSZ mit einer Ermächtigung 2018.....	119
Abb. 61: Summe der Therapieanträge/-bewilligungen über die Ermächtigung und durchschnittliche Ablehnungsquoten im Jahresvergleich.....	120
Abb. 62: Summe der Therapieanträge/-bewilligungen durch die Krankenkassen und durchschnittliche Ablehnungsquoten im Jahresvergleich.....	121
Abb. 63: Kostenträger für Psychotherapien bei minderjährigen & jungen volljährigen Klient*innen.....	122
Abb. 64: Summe der Therapieanträge/-bewilligungen über die Jugendämter und durchschnittliche Ablehnungsquoten im Jahresvergleich.....	123
Abb. 65: Durchschnittliche Ablehnungsquoten für Therapieanträge zwischen 2015 und 2018.....	124
Abb. 66: Summe der Kostenübernahmen in den PSZ im Jahresvergleich.....	124
Abb. 67: Entwicklung von Kostenübernahmen und Therapie-Klient*innen im Jahresvergleich.....	125
Abb. 68: Anteile der Kostenübernahmen in den PSZ 2018.....	125
Abb. 69: Das jährliche Budget der PSZ 2018.....	126
Abb. 70: Finanzierungsstruktur der Psychosozialen Zentren im Jahr 2018.....	128

Tabellen

Tabelle 1: Gesamtzahl der Klient*innen 2018.....	41
Tabelle 2: Klient*innen nach Gender im Jahr 2018.....	43
Tabelle 3: Klient*innen nach Alter im Jahr 2018.....	43
Tabelle 4: Die 20 Hauptherkunftstaaten der Klient*innen in den PSZ im Jahr 2018.....	44
Tabelle 5: Folterüberlebende Klient*innen in den PSZ 2018.....	45
Tabelle 6: Lebenszeitprävalenzen traumatischer Ereignisse – erwachsene Geflüchtete in Deutschland 2017/2018, 1.965 Befragte (Quelle: WIdO 2018).....	47
Tabelle 7: Kennzahlen zur Anzahl der Klient*innen in den einzelnen Versorgungssettings 2018.....	55
Tabelle 8: Klient*innen in Psychotherapie 2018.....	66
Tabelle 9: Psychotherapeut*innen in den PSZ 2018.....	70
Tabelle 10: Anzahl psychiatrisch versorgter Klient*innen in den PSZ, Frequenz & Dauer der Termine 2018.....	77
Tabelle 11: Mitarbeitende in den PSZ 2018.....	79
Tabelle 12: Anzahl der angestellten Mitarbeiter*innen in allen Zentren, dem durchschnittlichen und typischen Zentrum in den verschiedenen Arbeitsfeldern im Jahr 2018.....	80
Tabelle 13: Anzahl der freien Mitarbeitenden in allen Zentren, dem durchschnittlichen und typischen Zentrum in den verschiedenen Arbeitsfeldern im Jahr 2018.....	81
Tabelle 14: Anzahl der Minijobs, Praktikant*innen und Ehrenamtlichen im Jahr 2018.....	82
Tabelle 15: Monatliche Klient*innenzahlen auf Wartelisten, Ø Wartezeiten in den PSZ auf Psychotherapie und Beratung 2018.....	96
Tabelle 16: Anfahrtswege und -zeiten der Klient*innen in den PSZ 2018.....	103
Tabelle 17: Angebotsdichte für Psychologische und Ärztliche Psychotherapeut*innen nach Kreisen für 2019. Quelle: Statistische Informationen aus dem Bundesarztregister, KBV.....	105
Tabelle 18: Jährliche Vermittlungszahlen aus den PSZ 2018.....	108
Tabelle 19: Antragspraxis in den PSZ 2018.....	117
Tabelle 20: Kostenübernahmen für Psychotherapien, Sprach- und Fahrtmittelkosten durch die Sozialbehörden im Jahr 2018.....	119
Tabelle 21: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Ermächtigung im Jahr 2018.....	120
Tabelle 22: Kostenübernahmen für Psychotherapien durch die Krankenkassen im Jahr 2018.....	122
Tabelle 23: Antrags- und Bewilligungszahlen für Psychotherapien, Sprach- und Fahrtmittelkosten durch die Jugendämter im Jahr 2018.....	123
Tabelle 24: Kennwerte zum jährlichen Budget der PSZ 2018.....	126
Tabelle 25: Finanzierungsstruktur der Psychosozialen Zentren im Jahr 2018.....	127

Hilfe vor Ort: die Psychosozialen Zentren

Baden-Württemberg

BFU Ulm – Behandlungszentrum für Folteropfer Ulm
Wagnerstraße 65 | 89077 Ulm
www.bfu-ulg.de

PBV Stuttgart – Psychologische Beratungsstelle für politisch Verfolgte und Vertriebene
Schloßstraße 76 | 70176 Stuttgart
<http://www.eva-stuttgart.de/fluechtlinge-mit-traumaerfahrung.html>

Refugium Freiburg – Psychosoziale und medizinische Beratung und Koordinierung für Geflüchtete
Adelhauser Straße 8 | 79098 Freiburg
<https://www.refugium-freiburg.de/>

Refugio Stuttgart e. V. – Psychosoziales Zentrum für traumatisierte Flüchtlinge
Weißenburgstr.13 | 70180 Stuttgart
www.refugio-stuttgart.de

Refugio Villingen-Schwenningen – Kontaktstelle für traumatisierte Flüchtlinge e. V.
Schwedendammstr. 6 | 78050 Villingen-Schwenningen
www.refugio-vs.de

Traumanetzwerk Lörrach
Caritasverband Landkreis Lörrach
Haagener Strasse 17 | 79539 Lörrach
www.traumanetz-loe.de

Bayern

PSZ Nürnberg
St.-Johannis-Mühlgasse 5 | 90419 Nürnberg
<https://jugendhilfe.rummelsberger-diakonie.de/flexible-hilfen/angebote-fuer-gefluechtete/psychosoziales-zentrum-fuer-fluechtlinge/>

REFUGIO München – Beratungs- und Behandlungszentrum für Flüchtlinge und Folteropfer e. V.
Rosenheimer Straße 38 | 81669 München
www.refugio-muenchen.de

Berlin

Zentrum Überleben gGmbH
Turmstraße 21 | 10559 Berlin
www.ueberleben.org

XENION Berlin – Psychosoziale Hilfen für politisch Verfolgte
Paulsenstraße 55/56 | 12163 Berlin
www.xenion.org

Fachstelle für LSBTI* Geflüchtete
Schwulenberatung Berlin
Wilhelmstraße 115 | 10963 Berlin
<https://www.schwulenberatungberlin.de>

Brandenburg

Behandlungsstelle für traumatisierte Flüchtlinge,
Fürstenwalde | c/o KommMit e. V.
Turmstraße 21 | 10559 Berlin
<http://www.bbzberlin.de/projekte/kommmit-brandenburg.html>

Bremen

REFUGIO Bremen – Psychosoziales Zentrum für ausländische Flüchtlinge e. V.
Außer der Schleifmühle 53 | 28203 Bremen
www.refugio-bremen.de

Hamburg

PSB Flucht – Psychosoziale Beratung für Flüchtlinge
Königstraße 54 | 22767 Hamburg
<https://www.diakonie-hamburg.de/de/visitenkarte/PSB-Flucht-Psychosoziale-Beratung-fuer-Fluechtlinge-KT0000440>

Psychosoziales Beratungs- und Koordinierungszentrum SEGEMI
in Trägerschaft des gemeinnützigen Vereins SEGEMI
Seelische Gesundheit Migration und Flucht e. V.
Adenauerallee 10 | 20097 Hamburg
<http://www.segemi.org/>

Hessen

Ev. Zentrum für Beratung und Therapie am Weißen Stein
Eschersheimer Landstraße 567 | 60431 Frankfurt/Main
<https://evangelischesfrankfurt.de/kirche/was-wir-bieten/hilfe/evangelisches-zentrum-f%C3%BCr-beratung-und-therapie-am-wei%C3%9Fen-stein/>

FATRA – Frankfurter Arbeitskreis Trauma und Exil e. V.
Lindleystraße 15 | 60314 Frankfurt/M.
www.fatra-ev.de

Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete in Nordhessen
Treppenstraße 4 | 34117 Kassel
<http://www.pzg-nordhessen.de/>

Mecklenburg-Vorpommern

Psychosoziales Zentrum für Asylsuchende und MigrantInnen in Vorpommern
im Kreisdiakonischen Werk Greifswald e. V.
Kapaunenstraße 10 | 17489 Greifswald
www.psz-greifswald.de

Niedersachsen

IBIS – Interkulturelle Arbeitsstelle e. V.
Klävemannstraße 16 | 26122 Oldenburg
www.ibis-ev.de

NTFN – Netzwerk für traumatisierte Flüchtlinge in
Niedersachsen e. V.
Marienstraße 28 | 30171 Hannover
<http://www.ntfn.de/>

Nordrhein-Westfalen

MFH Bochum – Medizinische Flüchtlingshilfe e. V.
Glockengarten 1 | 44803 Bochum
www.mfh-bochum.de

PSZ Aachen - Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge
in der Städteregion Aachen (PÄZ Aachen e. V.)
Adalbertsteinweg 1 | 52070 Aachen
<http://www.paez-aachen.de/psz.html>

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

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Dortmund
Lange Straße 44 | 44137 Dortmund
www.awo-dortmund.de

Psychosoziales Zentrum für Flüchtlinge Düsseldorf
Benrather Straße 7 | 40213 Düsseldorf
www.psz-duesseldorf.de

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

Refugio Münster – Psychosoziale Flüchtlingshilfe
Hafenstr. 3-5 | 48153 Münster
www.refugio-muenster.de

**Therapiezentrum für Folteropfer des
Caritasverbandes für die Stadt Köln e. V.**
Spiesergasse 12 | 50670 Köln
[https://www.caritas-koeln.de/hilfe-beratung/
fluechtlinge-einwandernde/traumatisierte-
fluechtlinge/tzfo/](https://www.caritas-koeln.de/hilfe-beratung/fluechtlinge-einwandernde/traumatisierte-fluechtlinge/tzfo/)

Rheinland-Pfalz

IN TERRA – PSZ Mayen
Caritasverband für die Region Rhein-Mosel-Ahr e. V.
St. Veit-Straße 14 | 56727 Mayen
[http://migration.caritas-rhein-mosel-ahr.de/psz1-
zentrum.htm](http://migration.caritas-rhein-mosel-ahr.de/psz1-zentrum.htm)

Ökumenische Beratungsstelle für Flüchtlinge
Dasbachstraße 21 | 54292 Trier
[https://www.caritas.de/adressen/oek.-beratungsstelle-
fuer-fluechtlinge-psychosozia/54292-trier/83774](https://www.caritas.de/adressen/oek.-beratungsstelle-fuer-fluechtlinge-psychosozia/54292-trier/83774)

Psychosoziales Zentrum Pfalz
Diakonie Pfalz
Wredestr. 19 | 67059 Ludwigshafen
[https://www.diakonie-pfalz.de/ich-suche-hilfe/hilfe-
fuer-gefluechtete/psychosoziales-zentrum-pfalz](https://www.diakonie-pfalz.de/ich-suche-hilfe/hilfe-fuer-gefluechtete/psychosoziales-zentrum-pfalz)

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

PSZ Montabaur
Diakonisches Werk Westerwald
Vorderer Rebstock 50 | 6410 Montabaur
[http://www.diakonie-westerwald.de/psychosoziales-
zentrum-fuer-gefluechtete.html](http://www.diakonie-westerwald.de/psychosoziales-zentrum-fuer-gefluechtete.html)

Saarland

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

Sachsen

Psychosoziales Zentrum für Geflüchtete Leipzig
Mosaik Leipzig – Kompetenzzentrum für
transkulturelle Dialoge e. V.
Peterssteinweg 3 | 04107 Leipzig
www.mosaik-leipzig.de

Psychosoziales Zentrum Dresden
Projekt CALM Sachsen (das Boot gGmbH)
Friedrichstraße 24 | 01067 Dresden
<https://psz-sachsen.de/de/index>

Psychosoziales Zentrum -Beratungsstelle Chemnitz
SFZ Förderzentrum gGmbH
Düsseldorfer Platz 1 | 09111 Chemnitz
www.sfz-chemnitz.de

Sachsen-Anhalt

PSZ Sachsen-Anhalt
Charlottenstraße 7 | 06108 Halle (Saale)
Agnetenstraße 14 | 39106 Magdeburg
www.psz-sachsen-anhalt.de

Schleswig-Holstein

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

Brücke Schleswig-Holstein, Kiel
Zum Brook 4 | 24143 Kiel
<http://www.bruecke-sh.de/index.php?idm=10.3065>

Thüringen

REFUGIO Thüringen – Psychosoziales Zentrum für
Flüchtlinge e. V.
Lassallestraße 8 | 07743 Jena
Schillerstraße 44 | 99096 Erfurt
www.refugio-thueringen.de

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.) stellt der Debatte zum Recht auf Gesundheit für Geflüchtete jährlich aktualisierte Daten zur psychosozialen Versorgung zur Verfügung.

Im Fokus der Analysen steht die Frage, wie zugänglich und erreichbar Unterstützungsstrukturen in und außerhalb staatlicher Verantwortung sind und was es braucht, um unabhängige und bedarfsgerechte Beratungs- und Behandlungsangebote für besonders vulnerable Geflüchtete aufzubauen, zu stärken und auf stabile Füße zu stellen.

Es werden gängige Fragen zur psychischen Gesundheit von Geflüchteten beantwortet, ihre rechtlichen Ansprüche auf eine bedarfsgerechte Versorgung vorgestellt und mit Fallbeispielen aus der Praxis illustriert. Zudem werden die Versorgungsstrukturen vorgestellt, die aktuell für Geflüchtete existieren. Die Daten, die den Analysen zugrunde liegen, stammen aus der jährlichen Erhebung der BAfF in den Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer, sowie aus Interviews mit Klient*innen und Mitarbeitenden dieser Einrichtungen.

Der vorliegende Bericht versteht sich als Analyse der Versorgungssituation, wie sie sich aktuell in den Netzwerken der Psychosozialen Zentren darstellt und zugleich als Aufruf, die gesundheits- und asylpolitischen Strukturen, die sie bedingen, in Richtung eines bedarfsgerechten, diskriminierungsfreien Zugangs zum Recht auf Gesundheit weiterzuentwickeln.

Die Bundesweite Arbeitsgemeinschaft der Psychosozialen Zentren für Flüchtlinge und Folteropfer (BAfF e. V.) ist der Dachverband der Zentren, Einrichtungen und Initiativen, die sich die psychotherapeutische, soziale und medizinische Behandlung und Versorgung von Geflüchteten in Deutschland zur Aufgabe gemacht haben.

Weitere Informationen unter www.baff-zentren.org